

**FACULDADES EST**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

JOCILÉIA DA SILVA BEZERRA

RELIGIOSIDADE E AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS ENTRE  
MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE  
DA MULHER EM SANTARÉM/PARÁ

São Leopoldo

2015

JOCILÉIA DA SILVA BEZERRA

RELIGIOSIDADE E AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS ENTRE  
MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE  
DA MULHER EM SANTARÉM/PARÁ

Trabalho Final de  
Mestrado Profissional  
Para obtenção do grau de  
Mestra em Teologia  
Faculdades EST  
Programa de Pós-Graduação  
Linha de Pesquisa: Dimensões do  
Cuidado e Práticas Sociais

Orientador: André Sidnei Musskopf

São Leopoldo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B574r Bezerra, Jociléia da Silva  
Religiosidade e autocuidado em relação ao HIV e à AIDS entre  
mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher  
em Santarém/Pará / Jociléia da Silva Bezerra ; orientador André  
Sidnei Musskopf. – São Leopoldo : EST/PPG, 2015.  
97 p. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-  
Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2015.

1. AIDS (Doença) em mulheres – Aspectos religiosos –  
Cristianismo. 2. AIDS (Vírus) – Aspectos religiosos – Cristianismo.  
3. AIDS (Doença) – Prevenção – Aspectos religiosos. 4. Mulheres  
HIV-positivo. 5. Religiosidade. I. Musskopf, André Sidnei. II. Título.

JOCILÉIA DA SILVA BEZERRA

RELIGIOSIDADE E AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS ENTRE  
MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE  
DA MULHER EM SANTARÉM/PARÁ

Trabalho Final de  
Mestrado Profissional  
Para obtenção do grau de  
Mestra em Teologia  
Faculdades EST  
Programa de Pós-Graduação  
Linha de Pesquisa: Dimensões do  
Cuidado e Práticas Sociais

Data:

---

Prof. Dr. André Sidnei Musskopf – Doutor em Teologia – EST

---

Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto – Doutor em Teologia – EST



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na hora da angústia, por me carregar no colo quando me faltou o chão, que me inspirou e inspira todos os dias, e que me faz acreditar que uma pessoa pode ser transformada.

A João Bezerra (em memória), meu pai, pelos seus ensinamentos de coragem, lealdade, persistência e respeito recebidos ao longo de todos os anos de convivência. Lembro-me de suas palavras quando dizia que a vida se tornaria mais empolgante quando acreditasse em mim e se tivesse fé tudo seria possível, que a ajuda viria do meio externo, para alcançar o sucesso. Hoje vejo que tudo só se tornou real graças à oportunidade recebida de Deus por tê-lo como pai.

À Francisca da Silva Bezerra, minha amada mãe, amiga, admirável, companheira incentivadora que me trouxe ao mundo, criou e educou com carinho e desvelo.

À minha família, que é meu porto seguro. Meu querido esposo, José Pinheiro, pelo incentivo, proteção e principalmente pela concordância da concretização desse sonho. Anderson Maia, meu filho, por demonstrar admiração e desejar-me as melhores coisas dessa vida. Isaias Junior, por ter sabedoria silenciosa e me transmitido paz. Vocês são minhas pérolas, meus tesouros, obrigada pela compreensão da minha ausência no período do Mestrado.

À minha discípula Irinéia Bacelar, uma mulher extraordinária, que desempenha bem seu papel do cuidar, seguindo os princípios de Deus.

Aos meus irmãos, minhas irmãs, cunhados, cunhadas, sobrinhos e em especial ao meu sobrinho Davi Bezerra, pelo incentivo e por me auxiliar compartilhando as responsabilidades de trabalho neste período.

Ao meu orientador André Musskopf que mesmo com a distância geográfica, não deixou de se fazer presente nas orientações, sanando minhas dúvidas, mesmo quando solicitado em horas impróprias, e que muito contribuiu para a construção desse trabalho e crescimento metodológico favorecendo o ampliar de minha visão em relação ao conhecimento científico e abrindo novas oportunidades de crescimento junto à comunidade científica.

Ao Walmor Ari Kanitz, pelo empenho e zelo, ao enviar os materiais que ajudaram na aprovação desse trabalho no CEP, surpreendendo-me com a rapidez da ajuda.

Às minhas amigas especiais: Margarete Munis e Camila Barbosa, pelas preciosas colaborações, por me incentivar, encorajar e ajudar no que fosse preciso, sem medir esforços.

À Instituição Fundação Esperança/Instituto Esperança de Ensino Superior-IESPES, pela compreensão de minha ausência nos períodos que precisei viajar e me dedicar ao Mestrado e pela contribuição financeira em incentivo ao aperfeiçoamento de seus profissionais.

Às amigas do Mestrado, em especial Simone, Isabele, Carla Mirian e Dineide, que, juntas, enfrentamos os desafios da adversidade desta jornada.

A todos/as os/as docentes do Programa de Mestrado Profissional em Teologia da EST, pela dedicação e por compartilharem seus conhecimentos tão valiosos.

Seria impossível enumerar todos aos quais gostaria de agradecer, portanto meu muito obrigada a todos vocês que fazem parte da minha história e caminhada em busca do título de Mestre.

O cuidado se revela como o impulso instintivo de 'acarinhar' aquilo que em seu desamparo emite sinais de desespero.

Erik Erikson





## RESUMO

O aumento de casos de HIV e AIDS em mulheres evidencia que a sua propagação tem provocado mudanças no perfil da epidemia. A dimensão religiosa é importante na existência do ser humano e o espaço religioso em relação ao HIV e à AIDS pode ser um lugar de acolhimento e suporte para as mulheres e de incentivo aos comportamentos preventivos, mas, também um lugar onde existirá o isolamento e o preconceito, incentivando comportamentos que as tornem mais vulneráveis. O objetivo deste trabalho foi analisar a influência da religiosidade sobre o autocuidado das mulheres em relação a HIV e AIDS. No primeiro capítulo é apresentada uma revisão bibliográfica sobre a relação entre religião/religiosidade e autocuidado, mulheres e HIV/AIDS. No segundo capítulo é apresentada uma pesquisa de campo com seus caminhos metodológicos, resultados e discussão destes. Foram entrevistadas 100 mulheres entre 18 a 49 anos atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado no Município de Santarém-Pará. Trata-se de um estudo exploratório, multimétodo, com abordagem dos dados, tanto quantitativa como qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2014. Para atingir os objetivos, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas relacionadas ao perfil sociodemográfico, Escala de Religiosidade da Duke – DUREL, relação entre religiosidade e a saúde e sobre comportamentos de risco, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação ao HIV e à AIDS. Constatou-se que a maioria das mulheres da pesquisa apresentam alto grau de religiosidade, afirmam cuidar da saúde, e que a crença religiosa ajuda a enfrentar processos de saúde/doença, porém, não há um consenso se a crença religiosa influencia na proteção e cuidado ao HIV. Mesmo sabendo as formas de prevenção e contaminação pelo HIV estas mulheres não costumam fazer uso do preservativo e possuem baixa percepção de risco de serem infectadas. Conclui-se que as práticas religiosas não estão ajudando na tomada de comportamentos saudáveis e na superação de situações de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Religiosidade. Autocuidado. HIV/AIDS. Mulheres.



## **ABSTRACT**

The increase in cases of HIV and AIDS among women demonstrates that the propagation has provoked changes in the profile of the epidemic. The religious dimension is important in the existence of the human being and the religious space with regards to HIV and AIDS can be a place of welcome and support for the women and of encouragement of preventive behaviors, but it can also be a place where there can exist isolation and prejudice, encouraging behaviors which make them more vulnerable. The goal of this paper was to analyze the influence of religiosity on women's self care with regard to HIV and AIDS. In the first chapter a bibliographic review is presented on the relation between religion/religiosity and self care, women and HIV/AIDS. In the second chapter a field research is presented with its methodological paths, results and discussion of the latter. 100 women between the ages of 18 and 49 who were attended by the Reference Center of Women's Health were interviewed. This center is localized in the Municipality of Santarém – Pará. This is an explorative study, using various methods, dealing with quantitative as well as qualitative data. The collection of data occurred between the months of August and September of 2014. To reach the goals, a questionnaire with open and closed questions was used relating to the socio-demographic profile, the DUREL - Duke Religiosity Scale, the relation between religiosity and health and about risk behaviors, prevention practices, self perception and knowledge with regard to HIV and to AIDS. It was observed that the majority of the women of the research presented a high level of religiosity, affirming that they take care of their health, and that the religious belief helps them face the processes of health/sickness, however there is not a consensus that religious belief influences in the protection and care against HIV. Even knowing the forms of prevention and contamination of HIV these women do not customarily make use of condoms and have a low perception of the risk of being infected. The conclusion is that religious practices are not helping in practicing healthy behaviors and in overcoming situations of vulnerability.

**Keywords:** Religiosity. Self care. HIV/AIDS. Women.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Frequência que vai a uma Igreja, templo ou outro encontro religioso .....	51
<b>Figura 2</b> – Frequência que dedica o tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos .....	52
<b>Figura 3</b> – Sentir a presença divina ou do Espírito .....	53
<b>Figura 4</b> – As crenças religiosas estão por trás da maneira de viver .....	53
<b>Figura 5</b> – Esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida.....	54
<b>Figura 6</b> – Considera que cuida da saúde .....	56
<b>Figura 7</b> – Acredita que a crença religiosa ajuda a enfrentar processo de saúde/doença.....	57
<b>Figura 8</b> – Acredita que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS.....	58



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014.....	46
<b>Tabela 2</b> – Comportamentos e práticas de prevenção em relação ao HIV/AIDS de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014.....	61
<b>Tabela 3</b> – Autopercepção e conhecimento em relação ao HIV/AIDS de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014.....	64
<b>Tabela 4</b> – Conhecimento sobre formas de transmissão do HIV de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014.....	66
<b>Tabela 5</b> – Fonte de informação de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014 sobre prevenção e os riscos do HIV .....	68
<b>Tabela 6</b> – Conhecimento de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014 sobre quem pode se infectar pelo HIV .....	71





## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE E SUA RELAÇÃO COM O AUTOCUIDADO, MULHERES E HIV/AIDS .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1 Religião e Religiosidade.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2 Religião/religiosidade e saúde/autocuidado .....</b>	<b>26</b>
<b>1.3 HIV, AIDS e mulheres .....</b>	<b>30</b>
1.3.1 Sexualidade, religião e AIDS.....	33
1.3.2 HIV/AIDS, mulheres e a religião/religiosidade.....	35
1.3.3 Políticas de Saúde e o enfrentamento à feminização da AIDS .....	36
<b>2 PESQUISA DE CAMPO: CAMINHOS METODOLÓGICOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Caminhos metodológicos .....</b>	<b>41</b>
2.1.1 Abordagem.....	41
2.1.2 Local.....	42
2.1.3 Sujeitos .....	43
2.1.4 Coleta de dados .....	43
2.1.5 Análise dos dados .....	45
2.1.6 Cuidados éticos.....	45
<b>2.2 Resultado e discussão .....</b>	<b>45</b>
2.2.1 Perfil sociodemográfico .....	46
2.2.2 Escala de religiosidade da Duke- Durel .....	50
2.2.3 Religiosidade, saúde e HIV/AIDS.....	55
2.2.4 Comportamentos, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação ao HIV/AIDS .....	60
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>97</b>



## INTRODUÇÃO

A feminização da AIDS é um fenômeno reconhecido.<sup>1</sup> O aumento de casos em mulheres evidencia que a propagação da AIDS tem sofrido mudanças em seu perfil. Outro fenômeno preocupante é a heterossexualização, ou seja, o aumento de número de casos notificados via relação heterossexual.<sup>2</sup> As características biológicas, iniciação sexual precoce, baixa renda, nível de escolaridade baixo, questões de gênero, relações desiguais de poder, dependência financeira das mulheres, muitas vezes a privação de decisão que os homens exercem sobre as mulheres em relação à prática do sexo com proteção e mais o fato de que muitas mulheres associam o uso de preservativos como forma de evitar a gravidez não planejada e não como prevenção de doenças são os fatores que fazem com que as mulheres sejam consideradas vulneráveis à DST/HIV.<sup>3</sup>

Diante desse quadro de vulnerabilidade das mulheres em relação à contaminação pelo HIV, este estudo buscou abordar também as práticas religiosas a fim de discutir se essas práticas exercem alguma influência no autocuidado da mulher com relação à contaminação pelo HIV. Vários estudos na área da sociologia, educação, psicologia e saúde têm procurado estabelecer se há alguma influência da religiosidade na vida das pessoas, porém nenhum com a abordagem que o presente estudo propõe.<sup>4</sup>

Diversos/as autores/as afirmam que a religião possui papel importante na cultura da maioria dos povos e na vida das pessoas. Saúde e religião se relacionam desde a antiguidade. No mundo ocidental os religiosos cuidavam das pessoas doentes desde a Idade Média até recentemente. No final do século XIX, a ciência, com intuito de se firmar como conhecimento autônomo, se distanciou da religião.<sup>5</sup> Porém, atualmente, as relações entre a religiosidade e a saúde emergem como uma

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília, DF, 2007.

<sup>2</sup> SAMPAIO, J. et al. Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semiárido nordestino. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.1, p.171-181, 2011.

<sup>3</sup> SANTOS, T. L.; ABUD, A. C. F.; INAGAKI A. D. M. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres com alta escolaridade. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 502-505, 2009.

<sup>4</sup> VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 5, n. 2, p. 325-332, 2010.

<sup>5</sup> STROPPA, A.; MOREIRA - ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor, *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 3, n. 5, p. 190-196, 2009.

área relevante na investigação, tanto no âmbito das ciências humanas como no das ciências da saúde.<sup>6</sup>

Constata-se ainda que o sentido que as mulheres enquanto grupo atribuem ao HIV e à AIDS, pode determinar posturas de maior ou menor autocuidado na saúde ou de adesão às práticas de prevenção. Além disso, não é possível pensar em ações de prevenção sem considerar as relações de gênero enquanto relações de poder. A questão de gênero é muito relevante em nossa sociedade, principalmente em relação à saúde.<sup>7</sup>

Por ser uma prática social e um ato político, a investigação científica se torna uma forma de obter conhecimentos para o fortalecimento da enfermagem enquanto ciência e contribuir significativamente na resolução dos problemas de saúde pública.<sup>8</sup> Mostra-se a importância deste estudo multidisciplinar tanto para teologia como para a enfermagem, visto que a pesquisadora que se propõe a realizá-lo é enfermeira.

Investigar a percepção das mulheres sobre o problema é algo extremamente importante e deve considerar os aspectos cultural/econômico/social/religioso que influenciam diretamente em sua forma de viver/convier na sociedade. Estudos dessa natureza são extremamente importantes para gerar conhecimentos que subsidiem as práticas educativas pautadas na realidade, de forma eficaz e contextualizada, distanciadas daquelas ditadas pelas normas protocolares.

Ações de promoção em saúde em relação ao HIV e à AIDS devem levar em consideração alguns aspectos como o comportamento sexual das pessoas, buscando informações sobre as práticas sexuais e os saberes sobre o HIV e AIDS destas. Esses dados podem contribuir para identificar os fatores de risco e de proteção ao HIV. É necessária a valorização do diálogo e articulação do sujeito religioso e os discursos sobre sexualidade. Pensar em políticas públicas que

---

<sup>6</sup> PAIS-RIBEIRO, J. L.; POMBEIRO, T. *Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas*. In: Pais- Ribeiro JL, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 2004. p. 757-769.

<sup>7</sup> AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 121-132, 2006.

<sup>8</sup> SILVA, I. A. A contribuição da ABEn na produção de conhecimentos: In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48, 1996, São Paulo*. Anais. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção São Paulo, p. 337-345, 1996.

independente de religiosidade contemplem todos/as os/as brasileiros/as e promovam a saúde e direitos sexuais.

Este estudo visa contribuir para a reflexão de profissionais de enfermagem, assim como de todos/as da área da saúde como também para a área da teologia, objetivando reconhecer os fatores que podem influenciar para que as mulheres se tornem mais vulneráveis ao HIV, proporcionando assim uma melhor assistência e suporte. Além disso, é extremamente importante para o meio científico, pois produzirá novos conhecimentos acerca do problema e sob a percepção das próprias mulheres.

Ressalta-se a importância dessa pesquisa uma vez que promove a integração da comunidade científica nas suas diversas áreas do conhecimento, pretendendo fornecer subsídios para a proposição de ações educativas junto ao grupo de mulheres, com vistas à prevenção da contaminação pelo HIV, a partir das suas práticas religiosas e seus conhecimentos.

Mesmo com tanta informação circulante, existem pessoas desinformadas. Torna-se urgente esclarecer e acrescentar conhecimentos sobre HIV e AIDS à população feminina, mesmo com a vivência de inúmeras campanhas e programas educativos.

Considerando esse contexto de vulnerabilidade em que as mulheres estão inseridas, a escassez de estudos que visem apreender a percepção da mulher em relação a esse problema, escassez de estudos que abordem as práticas religiosas e a relação ao autocuidado ao HIV e à AIDS, sugere-se a seguinte problemática: Qual a influência da religiosidade sobre o autocuidado da mulher em relação ao HIV e à AIDS? A partir dessa problemática, foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil sociodemográfico das mulheres da pesquisa?
- Qual a prática religiosa das mulheres da pesquisa?
- Quais os possíveis comportamentos de risco, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação ao HIV e à AIDS das mulheres da pesquisa?
- Qual a relação entre a religiosidade e o autocuidado ao HIV e à AIDS das mulheres da pesquisa?

A partir da pesquisa realizada, no primeiro capítulo deste estudo será apresentada uma revisão bibliográfica sobre a relação entre religião/religiosidade e autocuidado, mulheres e HIV/AIDS e no segundo capítulo será apresentada uma pesquisa de campo, detalhando os caminhos metodológicos trilhados e explorando os resultados desta pesquisa, os quais são discutidos a partir de outros dados e autores/as.

# 1 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE E SUA RELAÇÃO COM O AUTOCUIDADO, MULHERES E HIV/AIDS

Este capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão, trazendo a conceituação de religião e religiosidade e suas influências na sociedade, as principais discussões sobre a relação entre religião e saúde, a influência da religiosidade no autocuidado, aspectos de vulnerabilidade da mulher que influenciaram o processo de feminização do HIV/AIDS e de que forma a religião também influenciou essa vulnerabilidade. Por fim, aborda exemplos de ações religiosas e governamentais que objetivam dar uma resposta positiva contra a feminização da epidemia.

## 1.1 Religião e Religiosidade

Vários são os conceitos dos termos religião e religiosidade:

Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema...); religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão).<sup>9</sup>

Religião e religiosidade são questões discutidas em vários campos do conhecimento e em relação a várias situações que envolvem a vida das pessoas. Manoel conceitua religião como “produções humanas situadas na esfera da cultura, ou da superestrutura, se quiserem; são históricas, portanto, mas que por vezes são interpretadas como a - históricas e, além disso, se propõem elas mesmas, estabelecerem um conceito e uma filosofia da história”.<sup>10</sup> A história é produto da ação humana. Para este autor a religião é um conjunto de doutrinas e práticas institucionalizadas, as quais objetivam estabelecer uma relação entre o sagrado e o profano, unir criatura/criador, ser humano/Deus. Este conceito do campo religioso está relacionado ao monoteísmo do mundo ocidental.

---

<sup>9</sup> KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. B. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press, 2001, s/p.

<sup>10</sup> MANOEL, I. A. História, religião e religiosidade. *Revista de Cultura Teológica*, v. 15, n. 59, 2007. p. 105.



No Brasil o predomínio religioso se concentra nas Igrejas cristãs. Estas igrejas tornaram-se um canal para manifestação da religiosidade, porém vale ressaltar que a religiosidade nem sempre se manifesta por meio de religiões institucionalizadas. Esta religiosidade é a busca pelo sagrado, sem necessariamente explicar o que seja esse sagrado.<sup>11</sup> Já para Simmel afirma que “a religiosidade, em sua pura essência livre de toda matéria empírica, é a vida: a pessoa religiosa é alguém que vive de certa maneira que lhe é peculiar” é algo intrínseco a existência do ser humano.<sup>12</sup> A Religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento no cotidiano e hábitos do indivíduo e sua relação com o mundo.<sup>13</sup> Já segundo Gordon Allport a religiosidade de uma pessoa pode ser intrínseca ou extrínseca:

Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior. Outras necessidades são vistas como de menor importância, e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto-absolvição. Nesse caso, abraçar uma crença é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades mais primárias. A orientação intrínseca está habitualmente associada à personalidade e estado mental saudáveis.<sup>14</sup>

No início do século XX acreditava-se que quanto mais o mundo desenvolvesse tecnologia e absorvesse conhecimento, mais diminuiria o papel da religião na vida das pessoas. Porém, de lá para cá, os avanços tecnológicos e científicos foram vastos e o mundo continua inesperadamente místico.<sup>15</sup>

Atualmente com a falta de perspectiva de vida cada vez maior para os seres humanos, com a massificação de valores e sentimentos, a religião ocupa um papel importante na definição das diretrizes da vida de cada indivíduo. A diversidade de sentimentos e pensamentos dos indivíduos é comprovada pela diversidade de religiões e a religião atua como juiz dos valores e atos. Quando um preceito de sua

---

<sup>11</sup> MANOEL, 2007.

<sup>12</sup> SIMMEL, 1997, p. 143 *apud* RIBEIRO, J. C. Georg Simmel, Pensador da Religiosidade Moderna. *Revista de Estudos da Religião*, n.2, p. 109-126, 2006.

<sup>13</sup> KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001.

<sup>14</sup> ALLPORT; ROSS, 1997 *apud* STROPPA, A.; MOREIRA – ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

<sup>15</sup> KLINTOWITZ, 2001 *apud* PINTO, E. C. *Turismo religioso no Brasil*. Disponível em: <<http://fama2.us.es:8080/turismo/turismonet1/economia%20del%20turismo/ultimos/turismo%20religioso%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

religião é desrespeitado o mecanismo de consciência pode gerar a culpa no indivíduo.<sup>16</sup> Para Serretti, a religião é cultural, ela muda de cultura para cultura, abarcando valores culturais de determinados locais. Se uma religião não se adequa a cultura de seu povo, implica na sua inércia. Grande parte das culturas do planeta nasceu e se desenvolveu com suas respectivas religiões e cultos.<sup>17</sup>

Além da relação com a cultura, a religião se inter-relaciona com outros aspectos da vida dos indivíduos e sociedade. Desde o começo do século passado, economistas discutem mais profundamente a inter-relação entre economia e religião. A igreja é uma ferramenta de influência na sociedade. A religião, influenciando a forma de ser das pessoas, influencia diretamente no capitalismo, porém é uma relação mútua. Há evidências de que o protestantismo teve papel importante no desenvolvimento do capitalismo moderno.<sup>18</sup>

Em relação à religião e à política, Ferreira afirma que são duas dimensões historicamente arraigadas e consolidadas profundamente na existência do ser humano e que a união entre estas duas dimensões quase sempre foi danosa, especialmente para um grupo, o campesinato. Afirma que a Revolução Francesa representou o fim de um longo período no qual religião e política estavam entrelaçadas. Encontrar um equilíbrio justo existencial entre essas dimensões é um escopo a ser alcançado.<sup>19</sup> Cleary diz que a religião cada vez mais afasta-se da política e centra-se em sua própria área de atuação.<sup>20</sup> No Brasil a Igreja sofreu transformações institucionais sob influência de fatores políticos. No auge da ditadura militar os conflitos políticos provocaram progressiva desintegração institucional da Igreja, que, desde então, procura ampliar a sua influência no país.<sup>21</sup> A igreja continuou sua atuação na cena política na etapa de transição para a democracia, marcando presença em torno de três questões:

---

<sup>16</sup> SERRETTI, A. P. A religião e a ordem social – breves considerações. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 111, p. 26–35, 2010.

<sup>17</sup> SERRETTI, 2010.

<sup>18</sup> CORREIA, R. Z. *Reflexões sobre economia e religião: seus principais pensadores e a igreja católica brasileira*. 2003. 81f. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 2003.

<sup>19</sup> FERREIRA, V. L. S. *Religião e política: análise histórico-crítica das relações de poder entre o campesinato judaíta e a classe sacerdotal jerusalimitana no período pós-exílio*. 2012. 295f. Tese (doutorado). Universidade Metodista de São Paulo. Faculdades de Humanidades e Direito, São Bernardo do Campo, 2012.

<sup>20</sup> CLEARY apud AZEVEDO, D. A Igreja Católica e seu papel político no Brasil. *Estudos avançados*, v. 18, n. 52, p. 109-120, 2004.

<sup>21</sup> AZEVEDO, 2004.

[...] a defesa da justiça social, com a conseqüente crítica às políticas consideradas neoliberais, de desregulamentação dos mercados e de redução dos gastos sociais, aumentando o processo de empobrecimento da maioria dos latino-americanos; a defesa da moral sexual tradicional e a legitimação política e institucional do Catolicismo, diante do Estado, à luz da concorrência das igrejas evangélicas, sobretudo as pentecostais. Para esses autores, a influência da Igreja sobre as elites e os governos é menos eficaz no primeiro ponto e mais eficaz nos dois últimos; diante da população mais pobre, o tema da justiça social é mais bem aceito que os temas de caráter moral e ético.<sup>22</sup>

Sabe-se que essa relação entre Igreja e política é um processo construído na história do país desde 1500. Hoje a influência da Igreja na política e nas políticas se dá com base nas mensagens religiosas e sociopolíticas, com o compromisso de apoiar um modelo democrático, politicamente soberano e participativo, que tenha uma economia inclusiva e justiça para a sociedade.<sup>23</sup>

Saúde e religião/religiosidade também se relacionam, uma pesquisa realizada em Porto Alegre investigou a dimensão religiosa dos/as usuários/as na prática do atendimento à saúde através da percepção dos profissionais de saúde e mostrou que alguns profissionais entendem que a religiosidade consegue tirar os/as clientes de um quadro de vulnerabilidade, fortalecendo-os/as. O estudo destacou também uma maior religiosidade entre as mulheres, o que contribui para prevenção.<sup>24</sup>

Estas são algumas reflexões sobre como a religião se inter-relaciona com outras dimensões da vida humana, como cultura, economia, política e saúde. O mesmo poderia ser feito sobre a relação com ciência, educação, direito, entre outros. Porém, este estudo tem foco específico na relação entre religiosidade (enquanto prática, seguimento e crença de uma religião) com a saúde, relação que será explorada a seguir.

## 1.2 Religião/religiosidade e saúde/autocuidado

Existe uma relação positiva entre religiosidade e a saúde, efeito protetor, influenciando a saúde física e mental de várias formas.<sup>25</sup> Isso pode se dar através da

---

<sup>22</sup> AZEVEDO, 2004, p. 110.

<sup>23</sup> AZEVEDO, 2004.

<sup>24</sup> ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

<sup>25</sup> KOENIG, H. G. *Handbook of religion and mental health*. New York: Academic Press, 1998.

criação de uma rede de suporte social, usando as crenças religiosas para lidar com diferentes situações, por meio de regras de convivência, desestimulando comportamentos violentos ou sexuais de risco, abuso de álcool e drogas.

As famílias se fortalecem através da religiosidade, podendo influenciar na construção de seus valores e crenças e no incentivo de práticas e comportamentos saudáveis.<sup>26</sup> Por isso, em um país que tem como característica marcante a religiosidade, como é o Brasil, onde ocorrem diversas manifestações de crenças religiosas e espirituais, considera-se de extrema importância estudar a influência da religiosidade na saúde da população.<sup>27</sup>

Pesquisadores/as identificaram que a vivência religiosa e espiritual tem ligação positiva sobre a saúde e a doença.<sup>28</sup> Estes/as autores/as foram os primeiros a discutir a ligação entre religiosidade e saúde, num enfoque epidemiológico. A interligação entre espiritualidade/religiosidade/saúde vem desde longa data, sendo que em muitos casos antigos a cura era responsabilidade dos que lidavam com o espírito (xamãs, sacerdotes, etc.) e tratavam os males do corpo. A doença e a cura eram, muitas vezes, atribuídas a fatores religiosos, o que ainda ocorre em algumas sociedades.<sup>29</sup>

Vários estudos abordam o tema sob diferentes perspectivas. Corrêa, em seu estudo sobre a compreensão do processo de recuperação de enfermidades a partir da experiência religiosa e os símbolos religiosos na vida do fiel carismático, evidenciou que neste processo de recuperação de suas enfermidades estes dois fatores proporcionam efeito protetor, de conforto, motivam, melhoram a disposição, e ajudam na recuperação de vigor quando todas as outras forças terminam e refletem principalmente como esperança para a cura da doença que os acomete.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> WARNER-ROBBINS, C. G.; BOMAR, P. J. Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. *Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 187-221.

<sup>27</sup> SHIRAMIZU, M. S. et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1187-1192, 2009.

<sup>28</sup> LEVIN, J.; SCHILLER, P. Is there a religious factor in health? *J. Journal of Religious and Health*, v. 26, n. 1, p. 9-36, 1987.

<sup>29</sup> PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos medicina*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

<sup>30</sup> CORRÊA, D. A. M. religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 5, Supl., p. 134-141. 2006.

Duarte e Wanderley evidenciaram que religião e espiritualidade são recursos relevantes aos quais idosos recorrem no enfrentamento da hospitalização, dada a importância que atribuem às práticas religiosas privadas e a frequência com que recorrem às mesmas. Isso ajuda a preencher a distância da família, da rotina, prestando acolhimento, e ajuda a suportar as vicissitudes impostas pela rotina hospitalar.<sup>31</sup>

A religiosidade foi apontada como um dos fatores protetores na vida de adolescentes contra o consumo e a dependência de substâncias psicotrópicas, mesmo em ambientes caracterizados pela abundância de fatores de risco (favelas e arredores). Ela tem um papel importante também na estruturação familiar, auxiliando na construção da personalidade destes adolescentes e sendo fonte de informação quanto aos aspectos negativos do uso de drogas.<sup>32</sup>

Sobre o papel do enfrentamento religioso em pacientes vivendo com HIV/aids, Faria e Seidl ressaltaram a importância da religiosidade como fonte de suporte emocional, mas também alertaram quanto à possibilidade de ser fonte de conflito e sofrimento.<sup>33</sup> Já Siegel e Schrimshaw, em estudo realizado com adultos soropositivos norte-americanos, evidenciaram que dentre os benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso estão favorecimento de emoções e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento, facilitação da aceitação da doença, alívio do medo e da incerteza perante a morte. Sugerem, então, que a religiosidade é um potencial mecanismo para a adaptação psicológica em contextos de ameaça ou danos à saúde.<sup>34</sup>

A influência da religião e da religiosidade sobre a saúde mental é uma área potencialmente investigada e fonte de grandes controvérsias. Há estudos que afirmam que o envolvimento religioso habitualmente está associado a melhor saúde mental, a mais indicadores positivos de satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado, e a menos indicadores de depressão, pensamentos e

---

<sup>31</sup> DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27 n. 1, p. 49-53, 2011.

<sup>32</sup> SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, A. L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p. 43–55, 2004.

<sup>33</sup> FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS, *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, p. 155-164, 2006.

<sup>34</sup> SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2002 *apud* FARIA; SEIDL, 2006.

comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas.<sup>35</sup> Porém, alguns cientistas e intelectuais de grande influência no contexto acadêmico, baseados em teorias e opiniões pessoais, afirmavam no século passado que a religiosidade causava efeito negativo para o funcionamento psicológico.<sup>36</sup>

Koenig afirma que “atividades e crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida”.<sup>37</sup> Tounier mostra a relevância de estudos que investigam a religião, relacionando também aos dilemas de ter uma doença.<sup>38</sup> Existem aspectos positivos e negativos na relação saúde e religião. A religião é benéfica à saúde quando oferece uma estrutura cognitiva que reduz a ansiedade existencial, havendo ordenamento e explicação de situações caóticas que ocorrem no mundo, quando é motivadora e oferece esperança, significado à vida, possibilita bem-estar emocional, apoio em conflitos emocionais e situacionais, traçando uma orientação moral, diminuindo comportamentos de risco à vida. Os aspectos negativos e prejudiciais se evidenciam quando a religião diminui a autoestima, inibe a expressão de sensações sexuais, gera níveis patológicos de culpa e fornece base para a repressão da raiva.<sup>39</sup>

Outros/as autores/as afirmam que “a espiritualidade é uma dimensão humana multidimensional, complexa e individual; contempla a intersubjetividade e pode proporcionar bem-estar e paz interior”.<sup>40</sup> Quando acompanhada do cuidado pode ajudar na melhora da qualidade de vida, no enfrentamento de doenças e no processo de cura. A religiosidade pode exercer influência no modo que as pessoas enxergam o mundo e interagem com ele, ajudando numa melhor postura das pessoas em relação ao autocuidado.

O autocuidado é denominado como a prática de cuidados realizados pelos indivíduos portadores de uma necessidade para manter seu próprio bem-estar e

---

<sup>35</sup> MOREIRA - ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.3, n.28, p. 242-50, 2006.

<sup>36</sup> STROPPA; MOREIRA – ALMEIDA, 2008.

<sup>37</sup> KOENIG, H. G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *International Journal Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.

<sup>38</sup> TOURNIER, P. *Culpa e graça: uma análise do sentimento de culpa e o ensino do evangelho*. São Paulo: ABU Editora, 2004.

<sup>39</sup> LOTUFO, F. N. Religião, psicoterapia e saúde mental. In: C. N. ABREU (Org.). *Psicoterapia cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 289-301.

<sup>40</sup> SOLER, V. M. Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. *CuidArte Enfermagem*, Catanduva/SP, v. 6, n. 2, p. 91-100, 2012.

saúde.<sup>41</sup> Um dos aspectos de vida saudável, são ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, com o propósito de regular seu próprio funcionamento com base nos seus interesses de vida, funcionando integralmente e garantindo o bem-estar, e/ ou sendo ações involuntárias.

A dimensão religiosa é uma dimensão importante da existência do ser humano, porém pouco abordada por profissionais de saúde. É necessário que o/a profissional de saúde desloque seu próprio valor religioso/espiritual para que possa compreender os valores de seus/suas clientes e as influências das suas práticas religiosas/espirituais no processo do cuidado de si, estando aberto/a para discussão com o/a cliente.

### 1.3 HIV, AIDS e mulheres

Estimativas mostram que ocorrem a cada ano cerca de 340 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) no mundo, sem incluir herpes genital e HPV, e cerca de 12 milhões de casos no Brasil. Essas doenças acometem cada vez mais as mulheres e preocupam não só os/as profissionais da área das ciências da saúde, mas, também profissionais das ciências humanas.<sup>42</sup>

Ter uma doença sexualmente transmissível aumenta 3 a 5 vezes o risco de contaminação e transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).<sup>43</sup> O controle de DST em mulheres torna-se um desafio devido às implicações sociais e de gênero. A ocorrência de uma DST causa impacto negativo para as mulheres no relacionamento com o parceiro sexual e o convívio em sociedade. No Brasil a dificuldade de um conhecimento real em relação aos casos de DST é consequência da subnotificação, devido à escassez de dados epidemiológicos, causando prejuízos na elaboração de estratégias para o controle.<sup>44</sup> Somente após o surgimento do HIV é

---

<sup>41</sup> OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc., 1985.

<sup>42</sup> SANTOS; ABUD; INAGAKI, 2009.

<sup>43</sup> BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 349-54, 2008.

<sup>44</sup> ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479 – 486, dez. 2007.

que no Brasil se passou a considerar essencial o controle de DST<sup>45</sup> e o contexto social – sexual das últimas décadas tem causado mudanças no perfil das DST.<sup>46</sup>

No passado a AIDS era vista como uma doença de grupos de risco (homossexuais e usuários de drogas), carregada de preconceitos, tornando-se hoje uma grande ameaça para as mulheres, devido a condicionantes sociais, culturais, biológicos, históricos e existenciais.<sup>47</sup>

A violência doméstica e sexual impede que muitas mulheres busquem conhecimento, informação ou procurem os serviços de saúde. As relações desiguais de gênero, dificuldade das mulheres ao acesso à educação, emprego, moradia renda, falta de autonomia para tomar decisões; violência sexual e doméstica contra as mulheres seja física, psicológica, sexual ou de outra forma contribuem para a vulnerabilidade ao HIV.

É relevante a articulação de três componentes para a análise das situações que geram vulnerabilidade. O componente individual está relacionado ao nível de informação que o indivíduo tem sobre o problema e como utiliza essas informações para se proteger. O componente social relaciona-se aos aspectos que dependem não só do indivíduo, mas de acessibilidade aos meios de comunicação, de recursos materiais e fatores políticos. O componente programático relaciona-se às ações/programas disponibilizados para prevenção e ao cuidado relativo à DST/HIV. Todos esses aspectos se inter-relacionam.<sup>48</sup>

São necessários esforços intersetoriais do governo para combater e diminuir a pobreza e enfrentar a feminização do HIV. Há também obstáculos para o uso do preservativo tanto masculino como feminino. A intimidade e a confiança levam os indivíduos ao risco de contaminação. Mulheres sem parceiro fixo se protegem mais, pois se sentem mais vulneráveis, e as mulheres com parceiro fixo consideram a

---

<sup>45</sup> SILVA, C. M. *A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/AIDS*. 2008. 89f. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

<sup>46</sup> FERNANDES, A. M. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 103-112, 2000.

<sup>47</sup> PADOIM, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. O desafio de prevenir a transmissão do HIV na mulher: políticas públicas e as circunstâncias individuais e sociais. In: PADOIM, S. M. M.; SCHAURICH, C. C. P. D. (Orgs.). *Aids: o que ainda há para ser dito?* Santa Maria: UFSM, 2007. p. 69.

<sup>48</sup> AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117-138.



prevenção importante para todos, menos para elas, em virtude da confiança no parceiro. Poucas são as pessoas adultas que usam preservativo em todas as relações sexuais mesmo tendo conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. As mulheres identificam em outras mulheres o risco de contaminação por HIV, porém, não se consideram vulneráveis. Assim o HIV é visto como algo que atinge o/a outro/a. A prevenção entre as mulheres depende da consciência de que existe risco à sua própria saúde.

O uso de drogas injetáveis contribui para a taxa de infecção nas mulheres, seja pelo compartilhamento de seringas e agulhas, ou por não usarem preservativos nas relações com parceiros usuários de drogas injetáveis. As características biológicas também contribuem para que a mulher seja mais vulnerável a ter DST: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e a mucosa vaginal é frágil. Superar as desigualdades de gênero em uma relação é um fator importante para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres assim também diminuindo a incidência e prevalência do HIV.<sup>49</sup>

É necessário um grande investimento em iniciativas de prevenção para mulheres contra a epidemia da AIDS, tendo em vista o seu avanço principalmente em mulheres sexualmente ativas, mais pobres e monogâmicas.<sup>50</sup> Porém, sobre o ponto de vista da prevenção existem divergências, por exemplo, entre a Igreja Católica e o Ministério da Saúde. A Igreja Católica orienta a castidade, abstinência, incentiva a fidelidade conjugal e proíbe o uso de preservativos, enquanto o Ministério da Saúde orienta o uso de preservativos, assim como formas de prevenção como um todo.<sup>51</sup> Nesse sentido, diferentes tradições religiosas podem influenciar e impactar a forma como mulheres percebem o seu corpo e exercem o autocuidado, especialmente com relação à infecção pelo HIV.

---

<sup>49</sup> AGUIAR, R. O. A diaconia profética como denúncia ao sexismo: mulheres vivendo com HIV/AIDS e as limitações ao trabalho de prevenção. *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, v. 27, p. 59-63, 2012.

<sup>50</sup> OROZCO, Y. P. *Mulheres, Aids e Religião*. São Paulo: CDD, 2002. p. 7.

<sup>51</sup> LOPEZ, M. M.; RAMÍREZ, F. M. Por uma espiritualidade libertadora de corpos doentes com AIDS e HIV. Uma abordagem a partir das experiências de vida de Yulixa e Miriã em Nm 12. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 357-373, 2012.

### 1.3.1 Sexualidade, religião e AIDS

Algumas pesquisas vêm investigando a relevância da religião como instância reguladora das sexualidades brasileiras, interagindo com vários outros discursos abordados pela mídia, como os de inspiração técnico científica na área da sexologia ou prevenção da AIDS.<sup>52</sup>

O HIV e a AIDS encontram na sexualidade desprotegida uma das principais portas de entrada no corpo da mulher. A separação entre corpo e alma é uma herança deixada pelo cristianismo, a qual gerou consequências principalmente para as mulheres. Os discursos negativos sobre sexualidade são impostos ao corpo, sendo o corpo da mulher o que mais sofreu com esse tipo de discurso. Em busca da hegemonia do poder religioso, o cristianismo colocou a relação sexual exclusivamente no âmbito do matrimônio, usando a lei natural da procriação e a constituição da família como forma de controle da sociedade.<sup>53</sup>

Com a tradição da moral cristã condenando o desejo e prazer sexual, a sexualidade foi vinculada à procriação, fortalecendo a redução da mulher à função de reprodutora. Mesmo com avanços em relação a sexualidade e desvinculação de sua relação única com a procriação, a igreja ainda mantém o discurso de relação sexual tendo como único espaço legítimo o matrimônio e família.<sup>54</sup>

O conflito entre catolicismo e sexualidade se potencializou principalmente com o advento da AIDS. Sem levar em consideração que a sexualidade não é uma dimensão isolada na vida do ser humano, a Igreja passou a pregar a castidade e abstinência sexual como forma de prevenção, deixando ainda mais vulneráveis as mulheres, que estão mais propensas a receber e seguir seus ensinamentos. É comum entre as mulheres viver suas relações conjugais com base na concepção de gênero tradicional e rígida, e em pressupostos religiosos (como a fidelidade).<sup>55</sup>

No século XX houve uma revolução sexual e mesmo com avanços na liberdade sexual, ainda foi imposto um modelo de sexualidade e de orgasmo, pautado na genitália do homem, prevalecendo sobre as mulheres e servindo de referência para estas. A sexualidade foi padronizada, e a ordem genital do homem

---

<sup>52</sup> HEILBORN, M. L. Ente as tramas da sexualidade brasileira. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, 2006.

<sup>53</sup> OROZCO, 2002.

<sup>54</sup> OROZCO, 2002.

<sup>55</sup> OROZCO, 2002.

passou a ser hegemônica, tornando homens e mulheres reféns de uma sexualidade ditada, moldada e pré-determinada.<sup>56</sup>

A AIDS gerou reações de resistência à liberalização da sexualidade, dando margem a campanhas de castidade sexual e social. Na era dos movimentos pentecostais, a AIDS passou a ser vista como um castigo divino, do qual apenas com a abstinência sexual é possível livrar-se. Líderes evangélicos nos EUA participaram dos programas de governo pela preservação da virgindade.<sup>57</sup>

Lima e Moreira afirmam que:

[...] a rápida disseminação da aids chamou atenção para as limitações da compreensão da sexualidade humana, pois mesmo com todos os esforços desenvolvidos com o intuito de esclarecer a população quanto às formas de contágio da aids e quanto ao que fazer para reduzir os riscos de contaminação, não há o declínio esperado de novos casos de infecção.<sup>58</sup>

Para estas autoras as estratégias de prevenção devem buscar abertamente a discussão sobre sexualidade, passando do desconhecido para um ambiente familiar. Talvez assim as pessoas estejam mais conscientes sobre as formas de contaminação. Torna-se necessário conhecer mais profundamente as diversas formas de experimentar a sexualidade humana, as diversas crenças e práticas sexuais de cada comunidade com a qual se quer trabalhar, tentando compreender como se dão os padrões de transmissão do HIV, avaliando o impacto da AIDS em diferentes comunidades para a criação de programas de intervenção mais eficazes.<sup>59</sup>

Uma questão a ser explorada é a educação sexual nas escolas e a promoção do uso de camisinha que são apoiadas por muitos/as brasileiros/as, porém são poucas as campanhas que conseguem abordar de fato e de maneira sistemática os/as jovens religiosos/as relacionando suas crenças e seus próprios termos, dificultando o direito à prevenção.<sup>60</sup> Os entraves estão pautados em discursos conservadores.

---

<sup>56</sup> ARAUJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 22, n. 2, p. 70-77, 2002.

<sup>57</sup> ARAUJO, 2002.

<sup>58</sup> LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, v. 8, n. 1, 2008. p. 103.

<sup>59</sup> LIMA; MOREIRA, 2008.

<sup>60</sup> SILVA, C. G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicologia em Estudo*, Maringa, v. 13, n. 4, p. 683-692, 2008.

Portanto, a vulnerabilidade da mulher em relação à prática do exercício de sua sexualidade de modo seguro em relação a AIDS sofre influência de ideologias tradicionais de gênero que desqualificam frequentemente as mulheres, e de discursos e linguagens produtoras de grandes enunciados no campo da sexualidade e do gênero.<sup>61</sup>

### 1.3.2 HIV/AIDS, mulheres e a religião/religiosidade

O espaço religioso em relação ao HIV pode ser um lugar de acolhimento e suporte de apoio para as mulheres, mas, também um lugar onde existirá o isolamento e o preconceito.<sup>62</sup> A religião pode levar as mulheres a adotarem comportamentos preventivos, mas, também comportamentos que as tornem mais vulneráveis.

A igreja, assim como outras instituições no início da epidemia, trataram a AIDS como fruto da decadência moral das pessoas.<sup>63</sup> Ela recebeu diversas denominações como castigo divino, peste moderna, genocídio, peste gay, entre outros nomes.

Para Bezerra e Barbosa a desigualdade religiosa influenciou a vulnerabilidade da mulher à aids:

[...] a submissão da mulher ao homem muitas vezes se origina da interpretação errada da leitura de textos bíblicos, onde se interpreta a mulher como frágil e passiva as ordens dos homens. Tal submissão é vista como uma virtude [...] Algumas religiões reprimem comportamentos como: sexo antes do casamento, uso de preservativos, homossexualidade e incentivam a submissão da mulher ao seu cônjuge. Esses tipos de normas podem afastar a busca pelo apoio pastoral e incentivar preconceitos. Porém, por ter a religião um forte impacto na vida das pessoas, esta pode ser também um fator determinante para disseminar a estigmatização.<sup>64</sup>

A complexidade de abordar a relação entre AIDS e religião talvez esteja na relação polêmica com os temas que constantemente tem sido associados, como aborto, homossexualidade, prostituição feminina e uso de drogas. Embora estejam

<sup>61</sup> SILVA, K. G.; SANTIADO, I. F. Um estudo sobre as relações de gênero e sexualidade no processo de feminização e envelhecimento da epidemia do HIV/AIDS. *Qualitas Revista Eletrônica*, v. 16, n. 2, p.1-21, 2014.

<sup>62</sup> OROZCO, 2002, p. 7.

<sup>63</sup> DEIFELT, W. O vírus que rompeu as barreiras e quebrou os muros da igreja. *Estudos teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n 2, p. 291-305, 2012.

<sup>64</sup> BEZERRA, J. S.; BARBOSA, C. R. *Relações de gênero e a feminização do HIV/AIDS*. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 2, 2014. p. 895.

no campo amplo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos não há uma relação direta entre esses temas uma vez que a não contaminação depende da prevenção.

Com o passar dos anos, a epidemia de AIDS revelou que não era possível tratar somente questões éticas e morais. As religiões tiveram que lidar com seus aspectos mais profundos e pensar em formas de apoiar e dar assistência. Pesquisadores/as avaliaram a esperança na vida das mulheres com HIV e AIDS, evidenciando a importância da abordagem da religiosidade em mulheres com HIV, tanto no apoio como na assistência, ajudando na melhora da qualidade de vida.<sup>65</sup> Nesse sentido, são necessários estudos que abordem de que forma a religião, a religiosidade, a adesão a determinadas crenças, códigos morais decorrentes dessa religião e as práticas religiosas influenciam a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Embora as organizações religiosas tenham tido pouca atenção na área da pesquisa, essas organizações têm desempenhado crucial papel nas respostas ao HIV desde o começo da epidemia.<sup>66</sup> Um exemplo dessa preocupação é a parceria entre a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Centro de Gênero, Sexualidade e Saúde da Escola de Saúde Coletiva da Universidade da Columbia (Nova Iorque), que desenvolveram um projeto que compara de várias formas como a Igreja Católica, as igrejas evangélicas e as religiões afro-brasileiras têm respondido ao HIV e à AIDS no Brasil (nível populacional, institucional e político). Há porém, um déficit de ações que promovam a prevenção e políticas públicas para a comunidade religiosa e que sejam específicas para cada religião.<sup>67</sup>

### 1.3.3 Políticas de Saúde e o enfrentamento à feminização da AIDS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher consolida o compromisso com a implementação de ações de saúde que priorizam o direito humano das mulheres, reduzindo a taxa de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.<sup>68</sup> Tem como princípios norteadores a integridade e a

---

<sup>65</sup> ORLANDI, F. S.; PRAÇA, N. S. A esperança na vida de mulheres com hiv/aids: avaliação pela escala de Herth. *Texto Contexto em Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 141-148, 2013.

<sup>66</sup> SEFFNER, F. *et al.* Respostas religiosas à AIDS no Brasil: impressões de pesquisa acerca da pastoral de DST/AIDS da Igreja Católica. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, v. 10, n. 10, p. 159-180, 2008.

<sup>67</sup> RAXACH, J. C. *et al.* Práticas sexuais e conscientização sobre aids: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Rio de Janeiro: ABIA, 2007. p. 10.

<sup>68</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2009. p. 5.

promoção de saúde, buscando consolidar avanços na área de direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a melhora da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Prioriza também a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos para mulheres com HIV e com doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão.<sup>69</sup>

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%), sendo também as principais usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS.<sup>70</sup> Embora as mulheres tenham expectativa de vida maior que a dos homens, elas adoecem com maior frequência. Essa vulnerabilidade feminina em relação a certas doenças e a causa de morte relaciona-se mais com a discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Ou seja, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos fatores determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. A saúde das mulheres sofre forte impacto causado pela desigualdade histórica entre homens e mulheres.

Em 1984 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM adota medidas de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, além de integralidade e equidade da atenção. A política contempla a população feminina acima de 10 anos de idade.<sup>71</sup> Em 2007 o MS lançou o Plano de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DST para combater a vulnerabilidade, diminuindo a suscetibilidade das mulheres à infecção pelo HIV e outras DST.<sup>72</sup> O Plano visa à reafirmação que, para a redução da vulnerabilidade e da ocorrência de infecções causadas por relações sexuais sem proteção, deve existir a incorporação da perspectiva de gênero e garantia dos direitos humanos, norteados nos níveis federal, estadual e municipal a implantação e a implementação de ações que promovam a saúde sexual e da saúde reprodutiva.<sup>73</sup>

Em todo o mundo 17,3% milhões de mulheres com 15 anos ou mais estão vivendo com HIV, representando cerca de metade das pessoas infectadas.

---

<sup>69</sup> BRASIL, 2004, p. 5.

<sup>70</sup> BRASIL, 2004, p. 9.

<sup>71</sup> BRASIL, 2009, p. 41.

<sup>72</sup> BRASIL, 2007, p. 5.

<sup>73</sup> BRASIL, 2007, p. 5.

Estimativas mostram que 90% das pessoas com HIV no mundo não sabem que estão infectadas.<sup>74</sup> No Brasil foram notificados até junho de 2006, 290.917 casos de infecção HIV no sexo masculino e 142.138 casos no sexo feminino, sendo que 52% de casos de HIV dentre mulheres são entre aquelas com nenhuma escolaridade e entre aquelas que não terminaram o ensino fundamental.<sup>75</sup>

A faixa etária de 25 a 49 anos é a com maior incidência em relação à AIDS, em ambos os sexos. Um dado alarmante é em relação à razão do sexo em jovens de 13 a 19 anos, pois é a única faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres.<sup>76</sup>

Em 1988 foi notificado o primeiro caso de AIDS em mulheres no Pará. Desde então, vêm aumentando anualmente o número de casos em mulheres. Até junho de 2009 no estado do Pará foram notificados 9.426 casos de AIDS, sendo que 36% (3.398 casos) foram em mulheres.<sup>77</sup>

Há uma ligação entre a interiorização da AIDS e o processo de feminização da epidemia, pois houve aumento, desde 1980, no número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de AIDS entre mulheres. No período de 1985 a 2009, dos 143 municípios do Pará, 120 apresentaram pelo menos um caso notificado de AIDS, confirmando o processo de interiorização.<sup>78</sup>

As estratégias para a implementação do Plano de Enfrentamento estão divididas em seis eixos: intra e intersetorialidade, acesso à saúde, qualidade de atenção à saúde, participação e mobilização social, gestão e monitoramento, fortalecimento do controle social.

Abordou-se neste capítulo a religião/religiosidade como causadora de efeitos tanto positivos como negativos sobre o cuidado com a saúde, de forma que as questões sociais, econômicas, culturais e religiosas influenciam a vulnerabilidade da mulher em relação a HIV/AIDS. Aprofundou-se a questão da religiosidade como fator de proteção ou de vulnerabilidade frente à feminização do HIV/AIDS e como a epidemia está cercada de estigmas. Diante deste contexto, as igrejas criaram

---

<sup>74</sup> BRASIL, 2007, p. 7.

<sup>75</sup> BRASIL, 2007, p. 8.

<sup>76</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. AIDS no Brasil. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

<sup>77</sup> PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia da AIDS e outras DST do estado do Pará*. Belém, PA, 2010. p. 5.

<sup>78</sup> PARÁ, 2010, p. 6.

projetos para enfrentar essa vulnerabilidade e os governos criaram políticas públicas para enfrentar a feminização do HIV/AIDS. Temos, portanto, com este capítulo, uma importante contextualização do tema para que possa dar embasamento na discussão dos resultados da pesquisa de campo no Capítulo 2.





## **2 PESQUISA DE CAMPO: CAMINHOS METODOLÓGICOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a realização da revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa de campo para aprofundar o conhecimento sobre o tema. Neste capítulo serão apresentados o método de pesquisa utilizado, o local de realização do estudo, o tipo de amostra, o instrumento de coleta de dados, procedimentos adotados para a análise dos dados coletados, e os resultados da pesquisa de campo: com perfil sociodemográfico, a relação entre religiosidade e saúde, comportamentos, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação a HIV/AIDS de 100 mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher do Município de Santarém-Pará.

### **2.1 Caminhos metodológicos**

Para estudar um fenômeno é necessário selecionar o método mais apropriado para que sejam alcançados os objetivos que foram propostos.<sup>79</sup> No que segue será apresentada a trajetória do estudo e seus caminhos percorridos para alcançar os resultados e discussão dos dados da pesquisa de campo.

#### **2.1.1 Abordagem**

O estudo desenvolvido no Centro de Referência foi exploratório, multimétodo, com abordagem dos dados tanto quantitativa como qualitativa. As pesquisas quantitativas preveem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência, incidência e de correlações estatísticas.<sup>80</sup>

Já as pesquisas qualitativas têm caráter exploratório, estimulando as pessoas entrevistadas a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Revelam aspectos subjetivos atingindo motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de forma espontânea. Utiliza-se quando se quer identificar percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para

---

<sup>79</sup> HANDEM, P. C. *et al.* Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008. p. 91-118.

<sup>80</sup> CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

interpretação.<sup>81</sup> Estudos que usam simultaneamente as abordagens quantitativas e qualitativas garantem uma interpretação mais integrada dos resultados e das técnicas.

### 2.1.2 Local

A pesquisa ocorreu no Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado no Município de Santarém, na Avenida Barão do Rio Branco, anexo ao Hospital Municipal de Santarém, Bairro Santa Clara.

Santarém é um município brasileiro do Estado do Pará, situado ao norte do Brasil, na Mesorregião do Baixo Amazonas. Sua extensão é de 22.887 Km<sup>2</sup>. Sua sede político-administrativa, localizada na margem direita do Rio Tapajós, na confluência com o Rio Amazonas, ocupa uma área urbana de aproximadamente 77 Km<sup>2</sup>. Em 2010 um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA<sup>82</sup>, através do Perfil 2010, totalizou a população de Santarém em 294.840 habitantes, dos quais 196.135 são moradores da zona urbana e 98.705 são residentes da zona rural, revelando uma aproximação com o Censo Populacional do IBGE, cuja contagem alcançou 294.580 habitantes em Santarém.<sup>83</sup>

O Centro de Referência da Saúde da Mulher conta com um quadro de profissionais formado por cinco médicos, duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, um auxiliar administrativo e um serviços gerais. Funciona de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 17h30m. Oferta atendimento para ginecologia especializada, obstetrícia de alto risco, coleta de PCCU e planejamento familiar. Segundo o relatório de atendimentos do Centro de Referência da Saúde da Mulher referente ao ano de 2013, foram realizados 14.991 atendimentos. Atendendo uma média de 1.249 mulheres por mês.<sup>84</sup>

---

<sup>81</sup> DANTA, M.; CAVALCANTE, V. *Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa*. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação Ciência da Informação. Recife, 2006.

<sup>82</sup> SECRETARIA Municipal de Saúde - SEMSA. Prefeitura Municipal de Santarém. *Perfil da Área de Atuação de PACS/PSF*, Santarém, 2010.

<sup>83</sup> IBGE. Censo 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_para.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_para.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

<sup>84</sup> SECRETARIA Municipal de Saúde - SEMSA. Prefeitura Municipal de Santarém. *Relatório de atendimentos do Centro de Referência da Saúde da Mulher referente ao ano de 2013*. Santarém, 2013.

### 2.1.3 Sujeitos

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base nos dados no CENSO 2010, a população feminina brasileira estava estimada em 97.342.162 pessoas. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 62.110.637 mulheres e representam 64% do total da população feminina brasileira. Essa parcela da população feminina representa “um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde”.<sup>85</sup> O presente estudo não abordou mulheres menores de idade, portanto teve como público alvo mulheres da faixa etária de 18 a 49 anos.

No ano de 2013 foram atendidas 8.994 mulheres entre a faixa etária de 18 a 49 anos no Centro de Referência da Saúde da Mulher. Para o cálculo da amostra foi utilizado um nível de confiança 95%, com erro máximo desejado de 10%, proporção da população de 50%, população de 8.994 mulheres, resultando numa amostra corrigida pela população de 96 mulheres. A seleção da amostra foi realizada atendendo à demanda espontânea, tendo sido pesquisadas 100 mulheres.

A inclusão foi de acordo com os seguintes critérios: ser mulher, heterossexual, ter idade entre 18 e 49 anos, afirmar acreditar e/ou seguir uma religião, e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram automaticamente excluídas da pesquisa as mulheres que apresentaram algum déficit cognitivo visível, por ser uma possível dificuldade para coleta dos dados.

### 2.1.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entres os meses de agosto e setembro de 2014. Para atingir os objetivos, foi utilizado um questionário (Anexo I) composto de três partes. Parte I) com perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico; parte II) composta pela Escala de Religiosidade da Duke – DUREL e mais três perguntas fechadas que relacionam a religiosidade, saúde e HIV/AIDS; parte III) 12 perguntas (abertas e fechadas) relacionadas a comportamentos de risco, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação ao HIV e à AIDS.

---

<sup>85</sup> BRASIL, 2009, p. 21.

A Escala de Religiosidade da Duke- DUREL foi criada tendo em vista um grande número de pesquisas que têm investigado a relação entre religiosidade e saúde, ampliação dessas pesquisas na língua portuguesa, e obtenção de uma escala curta e que fornecesse dados relevantes. Para produzir a escala em português, Mário Peres fez a tradução inicial que foi revisada por Alexander Moreira Almeida e Francisco Lotufo Neto. Flávio Aloe retrotraduziu para o inglês e Harold Koenig, autor sênior da DUREL avaliou e aprovou a versão em inglês.<sup>86</sup>

A escala possui cinco itens que capturam três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde. A primeira dimensão é a organizacional (RO), o primeiro item da escala, relacionado à frequência a encontros religiosos. A segunda dimensão é a não-organizacional (RNO), relacionado à frequência de atividades religiosas privadas. A terceira dimensão é a religiosidade intrínseca (RI), itens 3, 4 e 5 da escala, relacionada à busca de internalização, vivência plena da religiosidade e o grau de comprometimento dessa vivência.<sup>87</sup>

Os itens das dimensões RO e RNO foram extraídos de estudos realizados nos Estados Unidos e estão relacionados aos indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os itens da dimensão RI foram extraídos da escala de religiosidade extrínseca de Hoge, e estão relacionados com o suporte social e desfecho em saúde.<sup>88</sup> Os três itens da dimensão RI estão em formato do tipo Likert (variando de totalmente verdade para não verdade). A escala de Likert é uma escala psicométrica, e muito utilizada em pesquisas quantitativas. Mede-se o nível de concordância ou não concordância a uma determinada afirmação. Para o presente estudo serão considerados os itens da escala como ordinal (1º, 2º, 3º, 4º e 5º).<sup>89</sup>

As demais perguntas do questionário foram elaboradas a partir da leitura de outros questionários utilizados em pesquisas nacionais.

---

<sup>86</sup> MOREIRA – ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Revista Psiquiatria Clínica*, Juiz de Fora, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

<sup>87</sup> MOREIRA *et al*, 2008, p. 31.

<sup>88</sup> MOREIRA *et al*, 2008, p. 31.

<sup>89</sup> LIKERT, 1932 apud AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. A arte de fazer questionário. Relatório de pesquisa. Porto (Portugal), 2005. p. 7.

### 2.1.5 Análise dos dados

O produto obtido por meio das perguntas fechadas foi tabulado no Excel 2013 e analisado através da estatística descritiva. A estatística descritiva contempla a coleta, organização e descrição dos dados, que pode ser através de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas.

O produto obtido por meio das perguntas abertas foi transcrito para Word 2013 e analisado a partir do agrupamento de acordo com pontos de convergência e posteriormente criadas categorias de análise.

### 2.1.6 Cuidados éticos

A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras quanto aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, não estigmatização, confidencialidade, privacidade, voluntariedade e equidade. O comitê de ética da EST aprovou o projeto de acordo com parecer CEP nº 712.613, CAAE nº 31466114.9.0000.5314, datado em 21/07/2014.

A pesquisa só foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – Anexo II) e mediante leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo III) aos sujeitos da pesquisa, com autorização através de assinatura do TCLE. Para cada sujeito da pesquisa foram assinadas duas vias (originais) do TCLE, uma ficou com este e a outra com a pesquisadora. Para garantir o sigilo e anonimato, foram utilizados códigos numéricos para cada mulher (M1, M2, M3...), com o cuidado de enumerar os sujeitos da pesquisa aleatoriamente.

## **2.2 Resultado e discussão**

A pesquisa de campo vai muito além da observação dos fatos e fenômenos, procura o aprofundamento de uma realidade específica. Seus dados são analisados e interpretados com base em pesquisa bibliográfica sólida, com o objetivo de conseguir informações sobre o problema pesquisado, comprovar uma hipótese ou

descobrir novos fenômenos e suas relações.<sup>90</sup> No que segue serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa de campo.

### 2.2.1 Perfil sociodemográfico

A tabela 1 mostra os dados do perfil sociodemográfico completo das mulheres entrevistadas.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014

(*Continua*)

Variável	n	%
<b>Faixa etária</b>		
18 a 25	34	34,0
26 a 33	27	27,0
34 a 41	28	28,0
42 a 49	11	11,0
Total	100	100,0
<b>Naturalidade</b>		
Pará	88	88,0
Amazonas	3	3,0
Acre	1	1,0
Maranhão	1	1,0
Pernambuco	1	1,0
Rondônia	1	1,0
Não informou	5	5,0
Total	100	100,0
<b>Cor/raça</b>		
Parda	78	78,0
Branca	15	15,0
Preta	6	6,0
Não informou	1	1,0
Total	100	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	15	15,0
Ensino fundamental completo	16	16,0
Ensino médio Incompleto	16	16,0
Ensino médio completo	41	41,0
Ensino superior incompleto	9	9,0
Ensino superior completo	3	3,0
Total	100	100,0
<b>Profissão/ocupação</b>		
Do lar	28	28,0
Doméstica	15	15,0
Estudante	12	12,0

(Conclusão)

<sup>90</sup> PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. *Metodologia do trabalho: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Trabalhadora rural	9	9,0
Autônoma	6	6,0
Serviços gerais	5	5,0
Vendedora	4	4,0
Costureira	3	3,0
Professora	3	3,0
Artesã	1	1,0
Auxiliar administrativo	1	1,0
Cabeleireira	1	1,0
Cozinheira	1	1,0
Desempregada	1	1,0
Enfermeira	1	1,0
Garçonete	1	1,0
Manicure	1	1,0
Pedagoga	1	1,0
Secretária	1	1,0
Técnica em segurança do trabalho	1	1,0
Não informou	4	4,0
Total	100	100,0
<b>Renda</b>		
Até 1 salário mínimo	57	57,0
Mais de 1 salário mínimo até 2 mínimos	18	18,0
Mais de 2 salários mínimos	6	6,0
Não informou	19	19,0
Total	100	100,0
<b>Estado marital</b>		
União estável	41	41,0
Casada	35	35,0
Solteira	15	15,0
Namorando	7	7,0
Separada	1	1,0
Viúva	1	1,0
Total	100	100,0
<b>Número de filhos</b>		
0	4	4,0
1 a 2 filhos	53	53,0
3 a 4 filhos	29	29,0
5 ou mais filhos	14	14,0
Total	100	100,0
<b>Religião</b>		
Católica	56	56,0
Evangélica	34	34,0
Não segue somente uma	10	10,0
Total	100	100,0

Conforme os dados acima, das 100 mulheres da pesquisa, 61% estão na faixa etária de 18 a 33 anos; 88% afirmaram ser natural do Estado do Pará; 78% se autodeclararam pardas; 41% tem o ensino médio completo; 28% afirmaram ter como ocupação ser “do lar”, 15% afirmaram como ocupação doméstica, 12% como ocupação ser estudante; 57% recebem até 1 salário mínimo; 41% declararam estar



em uma união estável e 35% declararam que estão casadas; 53% têm de um a dois filhos e 56% declararam ser católicas. Estes dados referem-se à maioria das respostas em cada item, revelando um perfil geral do grupo entrevistado.

Os dados do perfil das mulheres encontrado neste estudo serão comparados com o Censo 2010, que mostra em profundidade o perfil da população brasileira e das suas características socioeconômicas.<sup>91</sup> Em relação à faixa etária, de acordo com o Censo 2010, as mulheres de 18 a 34 anos correspondem a 29,3% do total da população feminina no Brasil, ressaltando a importância desta parcela da população no presente estudo.<sup>92</sup>

Quanto ao maior número de mulheres que se declararam pardas, na última década houve uma modificação na estrutura da população em relação à cor ou raça. Observou-se uma maior proporção de pessoas que se declararam pretas ou pardas. Como hipótese temos uma ressignificação da identidade racial.<sup>93</sup>

Em relação ao nível de escolarização médio das mulheres, nos últimos 30 anos, observou-se uma significativa elevação do nível de instrução das mulheres no Brasil.<sup>94</sup> O Censo 2010 destaca a importância do ensino médio no desafio da inclusão social. O atraso escolar nesse nível de ensino ou o abandono antes de sua conclusão influenciam na vulnerabilidade dos/as jovens brasileiros/as. O Censo também enfatiza que na região norte o número de pessoas com 25 anos ou mais que tinham pelo menos concluído o curso superior é menor do que nas outras regiões do Brasil, o mesmo constata-se no presente estudo onde o percentual de mulheres que concluíram o ensino superior é de apenas 3%.<sup>95</sup>

Quanto ao tipo de profissão ou ocupação relatada pelas mulheres, o percentual das mulheres que se autodeclararam “do lar” pode indicar além da

---

<sup>91</sup> IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo>>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>92</sup> IBGE. Características da população e dos domicílios – Resultados do universo, Censo 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>93</sup> IBGE. Educação e Deslocamento – Resultados da amostra, Censo 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/545/cd\\_2010\\_educacao\\_e\\_deslocamento.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/545/cd_2010_educacao_e_deslocamento.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>94</sup> SIMÕES, C. C. S. *A transição de fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2006. p. 98.

<sup>95</sup> IBGE. Educação e Deslocamento – Resultados da amostra, Censo 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/educacao\\_e\\_deslocamento/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/educacao_e_deslocamento/)>. Acesso em: 10 out. 2014.

escassez de trabalho, a permanência da mulher no “papel” de reprodução e espaço privado.<sup>96</sup> Segundo o Censo na população feminina quando se divide em grandes grupos de ocupações, a maior parcela fica nas *Ocupações elementares*, seguida de *Trabalhadores de serviços, vendedores de comércios e mercados*. Os percentuais destes dois primeiros grupos encontram-se distantes do grupo *Profissionais das Ciências intelectuais e Trabalhadores de apoio administrativo*.<sup>97</sup>

O Censo constata que a seção de atividade de forte predominância feminina é a de serviços domésticos. Segundo a Classificação de ocupações para pesquisas domiciliares (COD)<sup>98</sup>, 29% das mulheres do presente estudo estão inseridas nas ocupações elementares (domésticas, serviços gerais, trabalhadoras rurais), 11% no grande grupo Trabalhadores de serviços, vendedores de comércios e mercados (cozinheira, garçomete, cabelereira, manicure, costureira e vendedora), 5% no grande grupo Profissionais de Ciências intelectuais (enfermeira, pedagoga e professora), 2% em Trabalho de apoio administrativo (auxiliar administrativa e secretária), 1% no grupo, Trabalhadores qualificados e operários da metalurgia, da construção mecânica e afins (artesã). O restante está em ocupações mal definidas. Constata-se que as mulheres da pesquisa estão em sua maioria em atividades que não necessitam de um alto grau de instrução e escolaridade.<sup>99</sup>

Em relação à renda das mulheres, no presente estudo constata-se um nível de renda igual ao identificado no Censo<sup>100</sup>, onde a maior faixa de concentração de rendimento das mulheres está até um salário mínimo, seguida de mais de um salário a dois salários mínimos.

Quanto ao estado civil das mulheres, o resultado obtido neste estudo em relação à união conjugal (76%) é maior do que o encontrado no Censo, onde segundo o estado conjugal da população brasileira, 50,1% declarou viver em uma

<sup>96</sup> FRANCO, M. A. C. Políticas públicas de gênero e empoderamento das Mulheres de classe popular: a experiência do programa Mulheres Mil no IF baiano Campus Valença-BA. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. p. 4.

<sup>97</sup> IBGE. *Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD*. Principais diferenças entre a COD e a CBO Domiciliar Censo 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br\\_home\\_estatistica\\_indicadores\\_sipd\\_oitavo\\_forum\\_COD.pdf](http://www.ibge.gov.br_home_estatistica_indicadores_sipd_oitavo_forum_COD.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>98</sup> IBGE. *Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD*, Censo 2010.

<sup>99</sup> IBGE. *Trabalho e rendimento – Resultados da amostra*, Censo 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd\\_2010\\_trabalho\\_rendimento\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd_2010_trabalho_rendimento_amostra.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>100</sup> IBGE. *Trabalho e rendimento – Resultados da amostra*, Censo 2010.

união conjugal. Segundo o Censo 2010 o número de união consensual ou união estável vem crescendo em relação ao Censo de 2000.<sup>101</sup>

Quanto ao número de filhos, este dado ressalta a queda de fecundidade apresentada pelo Censo 2010 de 1,90 filho em 2010 comparado a mais de 6 filhos em 1960.<sup>102</sup>

O número de mulheres que se declararam católicas, coincide com um levantamento nacional<sup>103</sup> no Brasil que aponta que a maioria dos brasileiros, 68%, se declararam católicos, esse maior percentual de católicos se deve as características históricas do processo de colonização do Brasil.<sup>104</sup>

Estes dados nos mostram quem são as mulheres da presente pesquisa. Saber o perfil destas mulheres e correlacionar com suas respostas ajudará na contextualização de ações educativas que promovam a prevenção ao HIV/AIDS para estas e o restante das mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher do Município de Santarém-Pará.

## 2.2.2 Escala de religiosidade da Duke- Durel

O Data Folha realizou uma pesquisa em 2013 onde evidenciou uma certa distância dos/as fiéis católicos/as da Igreja. A pesquisa mostra que tanto os/as evangélicos/as pentecostais (membros de Igrejas como Assembleia de Deus), como os/as evangélicos/as não pentecostais (membros de Igrejas como a Batista e Metodista) vão mais à Igreja que os/as católicos/as. 46% dos/as católicos/as dizem ir pelo menos uma vez na semana (28% uma vez e 17% mais de uma vez), já entre os/as evangélicos/as, 63% dos/as pentecostais e 51% dos/as não pentecostais frequentam os cultos pelo menos uma vez por semana.<sup>105</sup>

<sup>101</sup> IBGE. Nupcialidade, Fecundidade e Migração – Resultados da amostra. Censo 2010. Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd\\_2010\\_nupcialidade\\_fecundidademigracao\\_amostra.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidademigracao_amostra.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>102</sup> IBGE. Fecundidade e Migração – Resultados da amostra, Censo 2010.

<sup>103</sup> MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

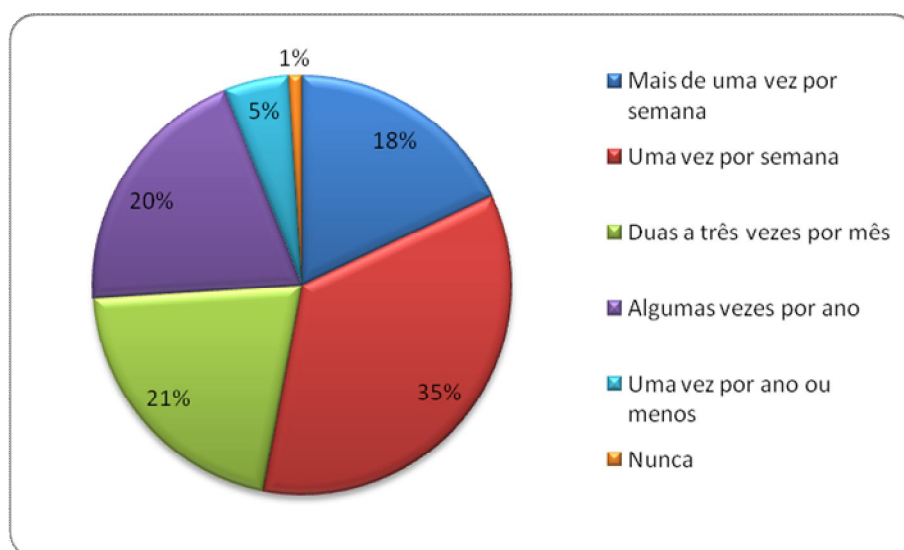
<sup>104</sup> IBGE. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência, Censo 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>105</sup> DATA Folha. *Fatia de católicos no Brasil é a menor em duas décadas*, 2013. Disponível em: <<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/22/religiao.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

Em outro levantamento nacional<sup>106</sup> este percentual de frequência em um serviço religioso entre os/as brasileiros/as foi de apenas 37%. As mulheres tendem a frequentar mais lugares religiosos do que os homens.<sup>107</sup>

A figura 1 contém as respostas ao primeiro item da escala de religiosidade da Duke-Durel, correspondente a dimensão organizacional da escala, relacionada à frequência na igreja, templo ou encontros religiosos por parte das mulheres pesquisadas. Em relação a esta pergunta 35% das mulheres afirmaram ir uma vez por semana e 18% mais de uma vez por semana, totalizando 53% de mulheres que vão pelo menos uma vez por semana.

**Figura 1** – *Frequência que vai a uma Igreja, templo ou outro encontro religioso*

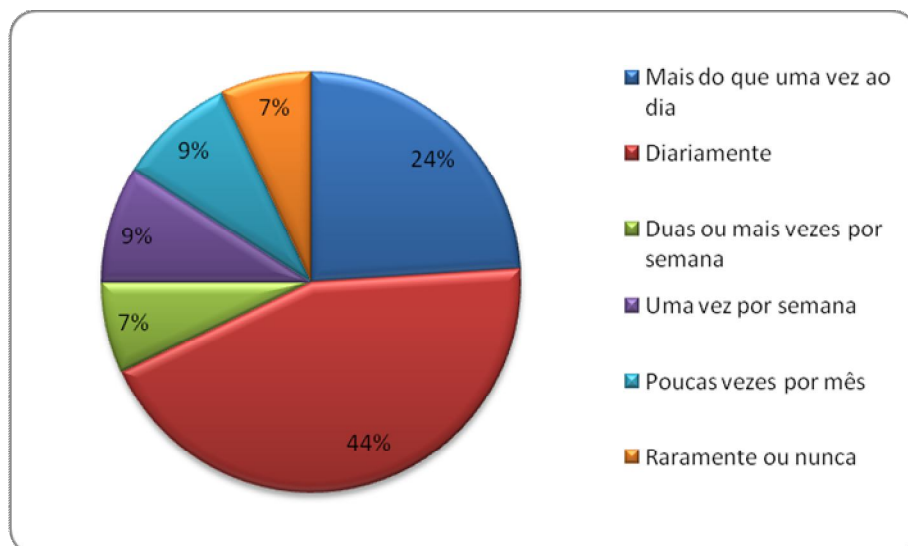


A figura 2 contém as respostas ao segundo item da escala de religiosidade da Duke-Durel, que corresponde a dimensão não-organizacional, relacionada à frequência que dedicam o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou textos religiosos.

<sup>106</sup> MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 12.

<sup>107</sup> OLIVEIRA, L. L. S.; CORTES, R. X.; BALBINOTTO-NETO, G. Quem vai à Igreja? Um teste de regressão logística ordenada do modelo de Azzi-Ehrenberg para o Brasil. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 43, n.2, p. 335-362, 2013.

**Figura 2** – Frequência que dedica o tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos



Segundo os dados acima, 44% das mulheres afirmaram que dedicam tempo às atividades religiosas diariamente e 24% mais do que uma vez ao dia, totalizando 68% de mulheres que realizam essas atividades religiosas individuais pelo menos uma vez ao dia.

Uma pesquisa realizada no Brasil quanto ao ato de rezar/orar, evidenciou que tanto os/as evangélicos/as pentecostais (95,6%), como os/as não pentecostais (95,7%), e católicos/as (88,9%) rezam muito.<sup>108</sup> Quanto ao hábito de ler a Bíblia, a pesquisa intitulada “Retratos da leitura no Brasil”<sup>109</sup> que traça um perfil do/a leitor/a sobre leituras em geral, evidencia a importância da Bíblia para os/as brasileiros/as. Quando perguntados/as sobre o gênero mais lido, 45% responderam a Bíblia. As mulheres em geral leem mais que os homens e um dos motivos é o religioso. Esse motivo religioso é mais intenso na Região Norte e Centro-Oeste. O livro mais lido por elas apontado na pesquisa é a Bíblia (49%). Além da Bíblia e outros tipos de leitura elas também leem livros religiosos (30%).

A figura 3, figura 4 e figura 5 contêm as respostas ao terceiro, quarto e quinto item respectivamente da escala de religiosidade da Duke-Durel, que corresponde à dimensão de religiosidade intrínseca respectivamente “sentir a

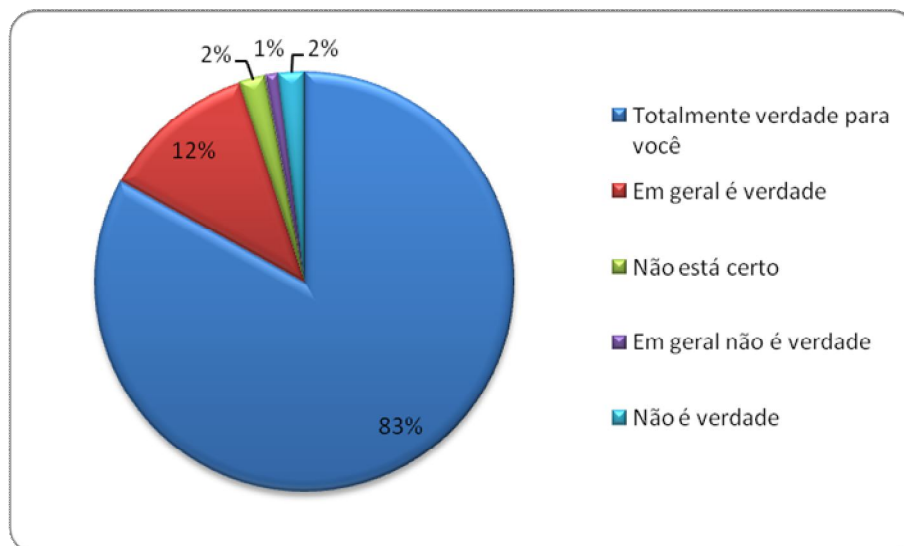
<sup>108</sup> ROSAS, N.; MUNIZ, J. O. O hábito faz o monge? Frequência e autopercepção religiosas no Brasil. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 19, n. 1, p. 214-240, 2014.

<sup>109</sup> INSTITUTO Pró Livro. *Retratos da Leitura no Brasil*, 2008. p. 67. Disponível em: <<http://prolivro.org.br/home/images/antigo/1815.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

presença divina ou do espírito” (Figura 3), se as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver (Figura 4), e se esforça para viver a religião em todos os aspectos da vida (Figura 5).

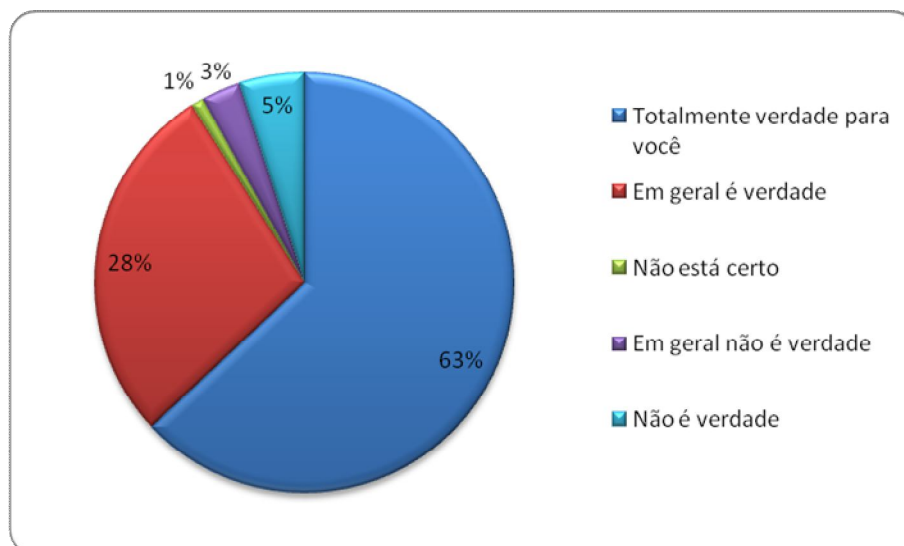
Do total das pesquisadas, 83% das mulheres afirmaram ser totalmente verdade ao serem perguntadas se sentem a presença divina ou do Espírito.

**Figura 3** – Sentir a presença divina ou do Espírito



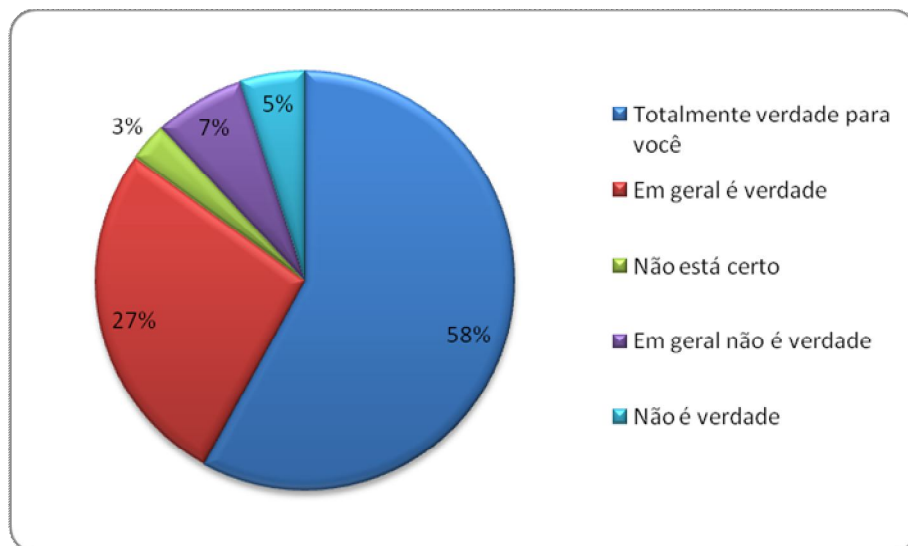
Além disso, 63% das mulheres entrevistadas afirmaram ser totalmente verdade que as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver.

**Figura 4** – As crenças religiosas estão por trás da maneira de viver



Por fim, 58% das mulheres afirmaram ser totalmente verdade o fato de se esforçarem para viver a religião em todos os aspectos da vida.

**Figura 5** – Esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida



Os diferentes tipos de religião para aqueles/as que acreditam e/ou as praticam é algo essencial, exercendo influência em suas vidas, principalmente em questões morais. Estas religiões possuem como ponto de convergência entre elas, acreditar em um ser supremo. Independente de como este ser supremo é denominado ele é capaz de influenciar as decisões das pessoas. A religião é responsável por contribuir na construção do ser humano.<sup>110</sup> Para Boff “experimentar Deus não é pensar sobre Deus, mas sentir Deus com a totalidade de nosso ser”.<sup>111</sup> Deus só é realmente essencial para o ser humano, se ele surgir do interior de sua vivência no mundo e com os outros.

Em relação a sentir a presença do Espírito ou divina, Boff também afirma que a Santíssima Trindade “ocorre em nossa existência”, o divino pode “estar e morar dentro de nós”.<sup>112</sup> A inteligência, a expressão da verdade de si, as palavras, os gestos, o simbolismo do universo e sua expressão, nos revela a presença do Filho em nós. A paixão, o amar é a revelação do Espírito Santo. E a revelação do

<sup>110</sup> HOLANDA, A. M. R. Fenômeno religioso e religiosidade. *Revista de Educação da Associação de Educação Católica do Brasil*, v. 35, n. 138, p. 24-31, 2006.

<sup>111</sup> BOFF, L. *Experimentar Deus: a transparência de todas as coisas*, 2002. Disponível em: <[http://www.unisaladm.com.br/arquivos/4\\_semestre/antropologia\\_religiosa/experimentar\\_deus.pdf](http://www.unisaladm.com.br/arquivos/4_semestre/antropologia_religiosa/experimentar_deus.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2014.

<sup>112</sup> BOFF, 2002, p. 39.

Pai em nós é o mistério de onde surge tanto o Filho como o Espírito Santo, a expressão de si mesma como verdade e o amor.

E o que seria viver segundo as crenças religiosas? Holanda diz que significa crer que Deus é “fonte e a finalidade da vida”; obedecer ao maior mandamento, de amar ao próximo e a Deus, contemplar o Senhor, participar de encontros religiosos, exercer a religião também na vida privada, recolher-se no silêncio, dentre outras maneiras. Essas ações conduzem o ser humano a viver a religiosidade em todos sentidos da vida.<sup>113</sup>

Uma pesquisa realizada pela ONG *Changing the Face of Christianity*, mostrou que 25% das pessoas que se declaram cristãs não vivem segundo os mandamentos de sua religião, sendo considerada uma cristã apenas nominal.<sup>114</sup> No presente estudo, somando o percentual daquelas que não têm certeza, aquelas que afirmam que em geral não é verdade, ou não é verdade que se esforçam para viver a religião em todos os momentos da vida totalizam 15%.

Contata-se que, segundo a Escala de Religiosidade da DUKE-DUREL, as mulheres da presente pesquisa apresentam um alto grau de religiosidade, acreditam, seguem e praticam sua religião.

### 2.2.3 Religiosidade, saúde e HIV/AIDS

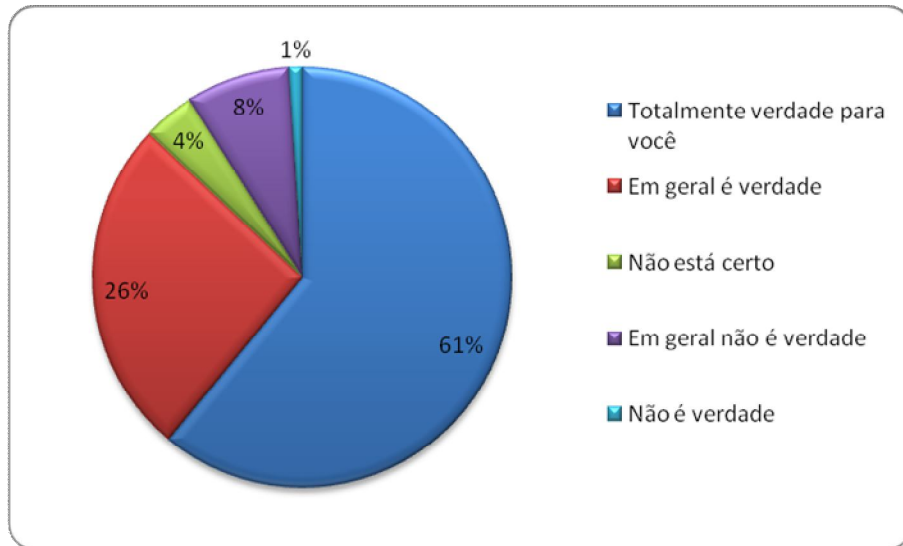
Quando perguntadas se cuidam de sua saúde (Figura 6), 61% das mulheres da pesquisa afirmaram ser totalmente verdade.

---

<sup>113</sup> HOLANDA, 2006, p. 28.

<sup>114</sup> GOSPEL Prime. *Um quarto dos cristãos é apenas nominal*, 2011. Disponível em: <<http://noticias.gospelprime.com.br/um-quarto-dos-cristaos-e-apenas-nominal/>>. Acesso em: 12 out. 2014.



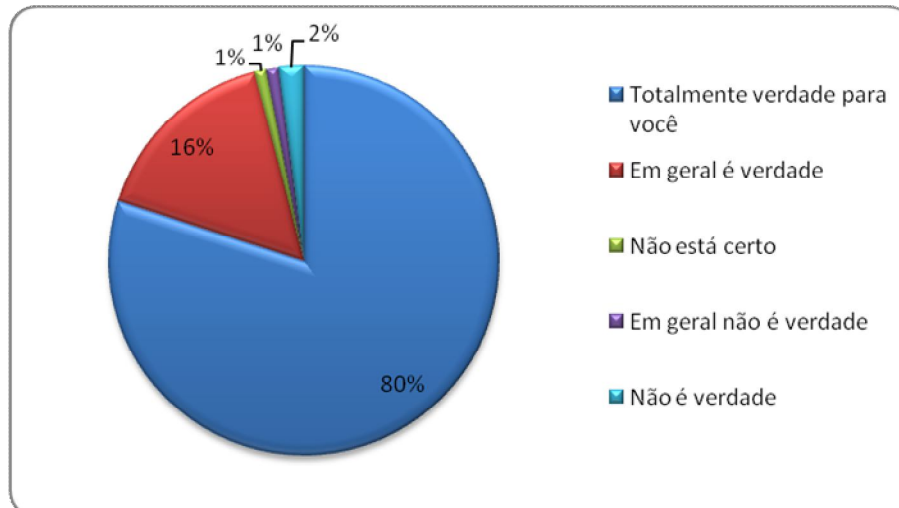
**Figura 6** – *Considera que cuida da saúde*

Em geral pesquisas apontam que as mulheres se cuidam mais do que os homens, procuram mais os serviços de saúde, tem mais hábitos saudáveis, morrem menos pelas principais causas de morte e possuem uma expectativa de vida maior.<sup>115</sup>

Quando perguntadas se acreditam que a crença religiosa ajuda a enfrentar processos de saúde/doença, 80% das mulheres afirmaram ser totalmente verdade (Figura 7).

<sup>115</sup> GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, v, 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

**Figura 7** – Acredita que a crença religiosa ajuda a enfrentar processo de saúde/doença



Diversos autores afirmam que o compromisso religioso ajuda na prevenção de problemas de saúde.<sup>116</sup> As pessoas que creem em uma religião confiam na proteção divina e acreditam que a religião dá sustentação e conforto para os/as pacientes e familiares em momentos de doença.<sup>117</sup> Outro estudo também mostra que a fé e as crenças religiosas estão ligadas com a forma como as pessoas enfrentam de situações de morte e doença.<sup>118</sup>

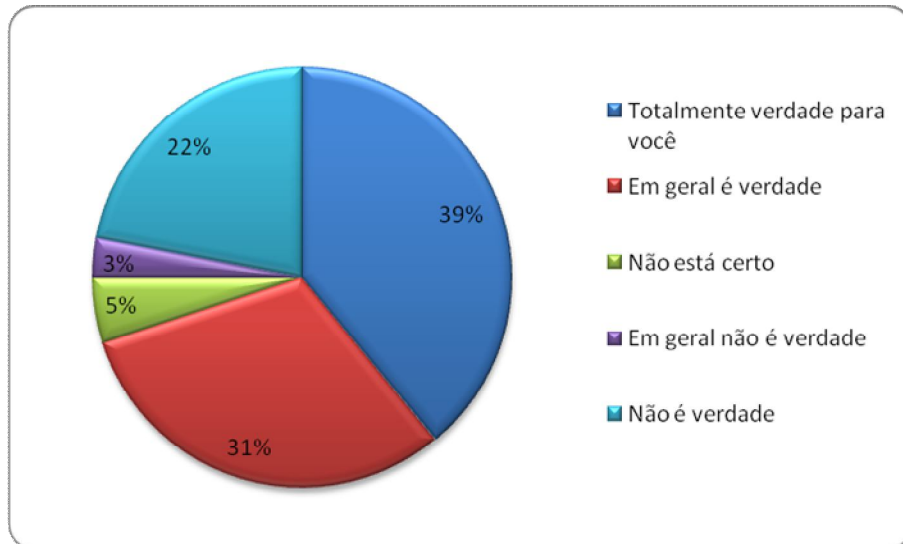
Quando perguntadas se acreditam que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e à AIDS, 39% das mulheres afirmaram ser totalmente verdade, porém um percentual também considerado representativo, de 22%, afirmou não ser verdade (Figura 8).

<sup>116</sup> YANCEY, PHILIP. *Descobrimo Deus nos lugares mais inesperados*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005. p. 81.

<sup>117</sup> ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, [8 telas], 2010.

<sup>118</sup> TRENTINI, M. *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.

**Figura 8** – Acredita que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS



Quando perguntadas ainda em relação à pergunta anterior, o porquê de tal resposta, as respostas foram agrupadas em 3 categorias.

A primeira categoria, a de maior representatividade foi intitulada: *Precisa também fazer sua parte*. No geral as respostas das mulheres agrupadas nessa categoria acreditam que a religião sozinha não é suficiente para proteger contra o HIV e a AIDS, mas é necessária também a proteção individual.

M9 disse ser totalmente verdade que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS. Quando perguntada sobre o porquê, respondeu que “apesar da crença que Deus nos protege, nós também temos nossa parte”.

M16 que respondeu, em geral não é verdade, disse que “independente da religião, o cuidado é essencial”.

M12 que respondeu, não está certo, disse que “só a crença não ajuda, tem que fazer o uso de preservativo”.

M98 que respondeu, em geral não é verdade, disse: “acredito que isso é pessoal e depende muito da conscientização e cuidado com a saúde”.

M33 que respondeu não é verdade, disse “tenho que fazer a minha parte, me prevenir, só a religião não protege”.

Esta categoria demonstra aspectos positivos em relação à prevenção, pelo menos em teoria. Constatou-se que, independente da primeira resposta, estas mulheres percebem que o cuidado e a proteção também são responsabilidade delas e prevenir-se não é só uma questão religiosa. Porém, questiona-se qual será a forma e conceito de prevenção destas mulheres?

A segunda categoria na ordem de representatividade foi definida como *Somente a religião e Deus são suficientes para proteção*. No geral, as mulheres cujas respostas foram classificadas dentro dessa categoria acreditam que só a religião e acreditar em Deus garante a total prevenção.

M38 que respondeu, totalmente verdade, disse “acredito que Deus pode livrar de todas as doenças”.

M19 que respondeu, em geral é verdade, disse “acredito muito em Deus e tenho muita fé, que ele possa nos livrar desse tipo de doença”.

Esta categoria demonstra aspectos negativos em relação à prevenção, pois há uma inversão das responsabilidades. As mulheres se isentam de ações preventivas por acreditarem que Deus as protege.

Sabe-se o quanto é polêmico a proibição do uso de preservativos pela Igreja Católica, pois vai contra os princípios éticos, morais e religiosos desta. Para a Igreja, promover o uso de preservativo incentiva a promiscuidade.<sup>119</sup> Talvez pelo fato da maioria das mulheres da presente pesquisa se declararem católicas, tenha corroborado para os resultados identificados com esta segunda categoria.

A terceira e última categoria na ordem de representatividade das mulheres foi definida como *Fidelidade como proteção*.

M8 que respondeu ser totalmente verdade acreditar que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS justificou que “devido à maneira que é repassado de como devemos ser fiéis ao parceiro e a Deus”.

M13 que também respondeu ser totalmente verdade justificou: “a minha religião ensina que devemos nos prevenir e só ter relação após casamento, só com aquela pessoa”.

---

<sup>119</sup> SOUZA, J. R. *Igreja, sexo e camisinhas*. Joinville, 2007. Disponível em: <[http://www.diocesejoinville.com.br/pt/formacao/artigo.php?artigo=FORMACAO\\_MTK2](http://www.diocesejoinville.com.br/pt/formacao/artigo.php?artigo=FORMACAO_MTK2)>. Acesso em: 17 out. 2014.

M5 que respondeu, em geral é verdade, usou como justificativa a seguinte afirmação: “porque sabemos o que é certo ou errado, entra a questão da fidelidade”.

Esta categoria também demonstra aspectos negativos em relação à prevenção. A fidelidade exigida pelo casamento oficializado perante a Igreja não é o bastante como forma de prevenção. Em um estudo realizado com 200 homens e mulheres heterossexuais em união civil ou estável, 17% dos sujeitos relataram relacionamentos sexuais extraconjugais no último ano, dois quais 71% eram do sexo masculino.<sup>120</sup> Berquó afirma que a sexualidade do homem é indisciplinada, com casos de infidelidade.<sup>121</sup> Além disso, as mulheres não têm o poder de discutir sobre o uso de preservativo.<sup>122</sup> Muitas vezes o fato dela sugerir a utilização deste, pode ser entendido como um indício de infidelidade por parte dela.<sup>123</sup>

Estudos comprovam a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável.<sup>124</sup> Sabe-se que o número de casos de HIV em mulheres tem aumentado, porém o que causa alarme é que a maioria das mulheres infectadas tem relações sexuais dentro de uma relação estável, ou seja, nunca tiveram relação sexual fora do relacionamento e foram infectadas por seus cônjuges ou companheiros.<sup>125</sup>

#### 2.2.4 Comportamentos, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimentos em relação ao HIV/AIDS

As mulheres da presente pesquisa também foram questionadas quanto aos seus comportamentos e práticas de prevenção em relação a HIV/AIDS os resultados são apresentados na Tabela 2.

---

<sup>120</sup> MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

<sup>121</sup> BERQUÓ, E. (coordenador). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 249-50.

<sup>122</sup> MACKLIN, R. Bioethics, vulnerability, and protection. *Bioethics*, v. 5-6, n. 17, p. 472-485, 2003.

<sup>123</sup> STORCK, M. A. L. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis no contexto de ditas donas de casa. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 13, n. 6, p. 41-48, 2001.

<sup>124</sup> MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2007.

<sup>125</sup> STRECK, V. S. A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 345-356, 2012.

**Tabela 2** – Comportamentos e práticas de prevenção em relação ao HIV/AIDS de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses</b>		
Nenhum parceiro	3	3,0
1 parceiro	89	89,0
2 parceiros	6	6,0
3 parceiros	1	1,0
Não informou	1	1,0
Total	100	100,0
<b>Utiliza preservativo/camisinha em todas as relações</b>		
Sempre	17	17,0
Nunca	34	34,0
Às vezes	47	47,0
Não informou	2	2,0
Total	100	100,0
<b>Tipo de parceiro na última relação sexual</b>		
Fixo	92	92,0
Ocasional	6	6,0
Não informou	2	2,0
Total	100	100,0
<b>Se parceiro fixo, duração do atual relacionamento</b>		
Até 6 meses	3	3,3
De 6 meses a 1 ano	5	5,4
Mais de 1 ano até 5 anos	30	32,6
Mais de 5 anos até 10 anos	22	24,0
Mais de 10 anos	28	30,4
Não informou	4	4,3
Total	92	100,0
<b>Uso de preservativo na última relação sexual</b>		
Sim	17	17,0
Não	81	81,0
Não informou	2	2,0
Total	100	100,0
<b>Relação sexual fora do relacionamento fixo</b>		
Nunca	86	86,0
Já teve	12	12,0
Não informou	2	2,0
Total	100	100,0
<b>Se teve relação sexual fora do relacionamento fixo, usou preservativo</b>		
Sim	7	58,4
Não	4	33,3
Não informou	1	8,3
Total	12	100,0
<b>Já teve ou tem alguma DST</b>		
Sim	19	19,0
Não	81	81,0
Total	100	100,0

Um estudo realizado com mulheres que se declaram “donas de casa” evidenciou a monogamia delas, pois nos últimos dois anos 84,6% tiveram relação sexual com apenas um parceiro.<sup>126</sup> Esse resultado se aproxima com o evidenciado

<sup>126</sup> STORCK, 2001.

na presente pesquisa, onde o número de mulheres que se declararam “do lar” é representativo (28%) e o número de mulheres que em um ano tiveram apenas um parceiro também (89%).

Como já visto mais acima nos resultados (Figura 7), 61% afirmaram cuidar da saúde e quando perguntadas sobre acreditar que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS, uma boa parcela delas responderam que a religião é importante, que confia em Deus, mas é importante fazer sua parte, se protegendo (pág. 38). Neste ponto surgem contradições entre o que as mulheres falam e o que elas praticam. Se comparar estes dados com o percentual de mulheres que nunca usam preservativos evidenciado na presente pesquisa de 34% e com o percentual de 81% que afirmaram não ter usado preservativo/camisinha na última relação sexual, percebem-se essas contradições.

Dentre as que afirmaram não ter utilizado preservativo/camisinha na última relação sexual, os motivos foram vários: ela mesma não gostar e/ou não querer, o parceiro não gostar e/ou não querer, ambos não gostarem e/ou não quererem usar, por estar casada ou em relacionamento fixo, por incômodo da camisinha no ato sexual, por desejar engravidar, por falta de atenção/esquecimento, por não ter preservativo no momento, por estar grávida e não precisar mais usar, por associar camisinha somente como prevenção de gravidez, e houve ainda aquelas que declararam não haver necessidade.

Segundo Martin, os argumentos de não utilização do preservativo revelam que o sexo inseguro está intimamente relacionado à maneira que são estabelecidas na sociedade as relações de gênero.<sup>127</sup> Isto é, ao poder de decisão exercido pelos homens sobre as mulheres.

Chama à atenção a justificativa de estar grávida e por isso não usar a camisinha. “No período da gravidez, a diminuição da imunidade da mulher, a mudança do pH vaginal e a maior frequência de ectopia cervical e monilíase vaginal aumentam a fragilidade da mucosa vaginal”.<sup>128</sup> Uma pesquisa feita pelo Programa Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde com 3.300 mulheres grávidas,

---

<sup>127</sup> MARTIN, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. *Revista USP*, São Paulo, v, 33, n. 2, p. 10-20, 1997.

<sup>128</sup> FERNANDES, A, M, S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 103-112, 2000. p. 111.

mostrou que 42% apresentavam pelo menos uma DST.<sup>129</sup> Isso revela a necessidade de mesmo estando grávida utilizar o preservativo. A justificativa das mulheres ressalta também a concepção que elas têm de preservativo apenas para evitar a gravidez e não como prevenção de doenças.

Dentre as que afirmaram ter utilizado preservativo/camisinha os motivos foram em sua maioria para evitar doenças, seguido para evitar gravidez, e por último por problemas de saúde.

A afirmação de que a mulheres cuidam mais da saúde do que os homens perde a veracidade quando relacionada à prevenção de infecção pelo HIV, sendo que as relações de gênero enraízam a vulnerabilidade da mulher nessa situação. A mulher não tem força para discutir o uso do preservativo com seu parceiro.<sup>130</sup> O cuidar da saúde em relação a HIV/AIDS está intimamente ligado a questões de gênero e sexualidade.

Estudos mostram que mulheres que têm relacionamento fixo acreditam que é importante a prevenção contra AIDS, porém essa prevenção é vista como importante para as outras pessoas e não para elas, por se considerarem seguras em seus relacionamentos, em virtude da confiança no parceiro.<sup>131</sup> Ter parceiro fixo não é fator de proteção, afinal existem inúmeras mulheres casadas com AIDS.<sup>132</sup> Em relação à duração do relacionamento, basta apenas à mulher se sentir segura e estar em um relacionamento estável que ela deixa de usar preservativo.<sup>133</sup>

Quanto a ter relação sexual extraconjugal (fora do casamento ou do relacionamento fixo), das 12% que afirmaram ter tido, 4% não usou preservativo/camisinha. Questiona-se então a justificativa da fidelidade como prevenção (pág. 39). Se essas mulheres afirmaram já ter tido relações sexuais extraconjugais quem garante que seus parceiros também não o tiveram? Quem lhes dá garantia que nessa relação extraconjugal seu parceiro usou camisinha? As

---

<sup>129</sup> FOLHA de São Paulo. *42% das grávidas têm algum tipo de DST, diz pesquisa*, 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1309200838.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

<sup>130</sup> HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). *O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003. p. 197-207.

<sup>131</sup> GIACOMOZZI, A. I. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais com mulheres. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 35, p.79-98, 2004.

<sup>132</sup> FERNANDES, 2000, p. 111.

<sup>133</sup> BARCELOS, M. R. B. *et al.* Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 349-54, 2008.



mulheres não percebem o risco da contaminação.<sup>134</sup> Porém elas terem relatado este fato mostra-se como uma mudança no discurso das mulheres, pois “há alguns anos atrás seria inconcebível que uma mulher confessasse sua infidelidade em função da pressão social que sofriam”.<sup>135</sup>

Das 19 mulheres que afirmaram ter tido ou terem alguma DST, apenas sete relataram qual doença: duas mulheres afirmaram ter HPV, uma tem herpes genital, uma sífilis e uma afirmou ser HIV positivo. Chama à atenção a crença equivocada de duas destas mulheres que mencionaram candidíase como uma doença sexualmente transmissível evidenciando a falta de informações corretas destas mulheres e a necessidade de mais ações educativas.

É importante conhecer também a autopercepção e conhecimento em relação ao HIV/AIDS das mulheres da pesquisa, no qual os resultados são mostrados na tabela 3.

**Tabela 3** – Autopercepção e conhecimento em relação ao HIV/AIDS de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014

	<i>(Continua)</i>	
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Já fez algum teste para HIV</b>		
Sim	89	80,0
Não	9	9,0
Não lembra	1	1,0
Não informou	1	1,0
Total	100	100,0
<b>Motivo para realização do teste para HIV</b>		
Gravidez	73	82,0
Prevenção	11	12,4
Desconfiança do parceiro	1	1,1
Curiosidade	1	1,1
Por incentivo de outra pessoa	1	1,1
Não informou	2	2,3
Total	89	100,0
<b>Acha possível contrair HIV</b>		
Muito possível	7	7,1
Possível	24	24,2
Pouco possível	19	19,2
Quase impossível	19	19,2
Impossível	29	29,3
Não informou	1	1,0
Total	99	100,0
<b>O preservativo previne contra contaminação pelo HIV</b>		
Sim	99	99,0

<sup>134</sup> SILVEIRA, M. F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

<sup>135</sup> WEID, O. V. D. Perdoa-me por te trair: um estudo antropológico sobre a infidelidade feminina. *Revista Habitus*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 49-59, 2004. p. 49.

		(Conclusão)
Não	1	1,0
Total	100	100,0

Entre as 100 mulheres entrevistadas na pesquisa o número de mulheres que já realizou um teste anti-HIV é bem satisfatório, considerando também a aceitação para a realização do teste durante a gravidez. O Ministério da Saúde preconiza que o teste anti-HIV seja solicitado na primeira consulta do pré-natal junto com outros exames complementares, respeitando a autonomia da gestante de querer fazer ou não.<sup>136</sup>

Porém deve-se pensar em estratégias para divulgar e ofertar a realização do teste não somente para as grávidas, mas de forma sistemática para a população em geral, tanto para homens quanto mulheres.<sup>137</sup>

Sobre a baixa percepção de risco apresentada pelas mulheres, esta pode relacionar-se à sensação de proteção.<sup>138</sup> Um estudo específico sobre a percepção das mulheres com relação à vulnerabilidade das mulheres para contrair DST/HIV, mostra que essas mulheres enxergam as outras mulheres em geral como vulneráveis, mas se excluem desse risco.<sup>139</sup>

Segundo o Departamento de DST, AIDS e hepatites virais<sup>140</sup>, a camisinha é o método mais eficaz de prevenção contra muitas DST, como a AIDS, e evita também a gravidez não planejada. Mesmo para o indivíduo que já tem HIV, o uso de preservativo é importante, além de evitar a infecção por outras doenças que podem diminuir a imunidade, protege contra a reinfecção do vírus, que pode agravar a doença. Nesse ponto evidencia-se que a única mulher da presente pesquisa que afirmou ser HIV positivo, relata ter um relacionamento fixo e não usar preservativo.

<sup>136</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF, 2012. p. 28.

<sup>137</sup> FREIRE, D. G. *Incentivos e barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste brasileiro*: resultados de um inquérito populacional. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013. p. 47.

<sup>138</sup> OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. de F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008.

<sup>139</sup> SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009.

<sup>140</sup> DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. Por que usar camisinha. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>>. Acesso em: 20 out. 2014.

As mulheres sabem para que serve a camisinha e que protege contra o HIV, porém o percentual de uso é muito baixo.

A tabela 4 mostra as respostas quanto, a saber, as formas de transmissão do HIV.

**Tabela 4** – Conhecimento sobre formas de transmissão do HIV de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014

Variável	N	%
<b>Sabe de que forma pode ocorrer a transmissão do HIV</b>		
Sim	98	98,0
Não	2	2,00
Total	100	100,0
<b>Formas de transmissão</b>		
Relação sexual sem preservativo	93	44,7
Seringa e/ou agulha contaminada	45	21,6
Transfusão com sangue contaminado	18	8,6
Sangue contaminado	16	7,6
Ferimentos	9	4,3
Material de fazer unhas	8	3,8
Perfuro cortantes	5	2,4
Beijo/saliva	4	2
Dentista	2	1
Toalha de banho	2	1
Amamentação	1	0,5
Barbeador	1	0,5
Tatuagem	1	0,5
De mãe infectada para filho durante a gravidez	1	0,5
Sentar no mesmo lugar que outra pessoa contaminada	1	0,5
Não informou	1	0,5
Total	208*	100,0

\* Se refere ao total de respostas e não de sujeitos.

Segundo o boletim epidemiológico entre as pessoas maiores de 13 anos prevalece a relação sexual como maior forma de transmissão.<sup>141</sup> Mesmo com todos os avanços na questão de transfusão de sangue no Brasil, após o surgimento da epidemia do HIV, esta não é 100% segura. O Brasil, entre os anos 2007 a 2011, registrou quatro casos de contaminação por HIV via transfusão sanguínea.<sup>142</sup> Uma pesquisa feita por estimativa calcula que uma em cada 100 mil bolsas de sangue no

<sup>141</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. *Boletim Epidemiológico* - AIDS e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26<sup>a</sup> - dezembro de 2013. Brasília, DF, 2013.

<sup>142</sup> CONFEDERAÇÃO Nacional de Saúde. *Entre 2007 e 2011, Brasil registrou apenas 4 casos*. Disponível em: <[http://www.cns.org.br/links/menu/noticiadosetor/clipping/2013/03/clipping\\_1203.htm](http://www.cns.org.br/links/menu/noticiadosetor/clipping/2013/03/clipping_1203.htm)>. Acesso em: 20 out. 2014.

Brasil pode estar contaminada pelo HIV. Esse cálculo revela que o risco de contrair HIV em transfusão no Brasil é 20 vezes maior que nos Estados Unidos.<sup>143</sup>

Mesmo com percentual baixo é importante destacar algumas respostas que as mulheres deram como forma de transmissão: material de fazer unhas (3,8%), beijo/saliva (2%), dentista (1%), toalha de banho (1%), barbeador (0,5%), sentar no mesmo lugar que outra pessoa contaminada (0,5%). Embora existam relatos sobre transmissão que tenham ocorrido dessa maneira, não há comprovação. Uma jovem brasileira de 22 anos teria como fonte alternativa de transmissão do HIV o compartilhamento de materiais de manicure.<sup>144</sup> E um caso de um cirurgião dentista na Flórida que teria transmitido HIV para cinco pacientes, porém esse caso nunca foi solucionado.<sup>145</sup> Mesmo sem essa confirmação, a partir da epidemia da AIDS aumentou a preocupação com as possíveis formas de infecção, direta e cruzada, nos consultórios de odontologia.

Medidas de precaução tornaram-se essenciais, como por exemplo, a esterilização correta dos materiais reutilizáveis, uso correto de equipamentos de proteção individual, entre outras precauções para reduzir o risco de transmissão de doenças passíveis de contágio durante o atendimento odontológico.<sup>146</sup> Em relação ao barbeador, há um caso na Austrália onde o compartilhamento da mesma lâmina de barbear teria passado o vírus de uma irmã para outra.<sup>147</sup> Mesmo com risco muito baixo de contaminação por HIV nestes casos, os cuidados devem ser tomados, principalmente por causa das hepatites virais.<sup>148</sup>

Com relação a algumas repostas errôneas dadas pelas mulheres, como beijo, sentar no mesmo lugar que outra pessoa contaminada e se enxugar com a mesma toalha de banho, até hoje, não existe nenhum caso notificado em todo o

---

<sup>143</sup> Risco de contrair HIV em transfusão é maior no Brasil que nos EUA. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/01/risco-de-contrair-hiv-em-transfusao-e-maior-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

<sup>144</sup> Matsuda E. M. *et al.* An HIV-1 Transmission Case Possibly Associated with Manicure Care. *AIDS Research and Human Retroviruses*, v. 30, n. 11, p. 1150-1153, 2014.

<sup>145</sup> DISCACCIATI, J. A. C.; NEVES, A. D.; PORDEUS, I. A. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-82, 1999.

<sup>146</sup> ZENKNER, C. L. Infecção cruzada em odontologia: riscos e diretrizes. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line*, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 1-7, 2006.

<sup>147</sup> DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. Uso de lâmina teria transmitido vírus HIV, 2013. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/noticia/uso-de-lamina-teria-transmitido-virus-hiv>>. Acesso em: 20 out. 2014.

<sup>148</sup> DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. Formas de contágio. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em: 20 out. 2014.

mundo de que o beijo ou saliva tenham transmitido o HIV.<sup>149</sup> Sentar no mesmo lugar que outra pessoa contaminada, e usar uma toalha de banho lavada também não transmitem o HIV.<sup>150</sup>

Evidencia-se que mesmo com as mulheres afirmando saberem as formas de contaminação pelo HIV, há aquelas que ainda precisam que suas dúvidas sejam sanadas.

Por fim, com relação às fontes de informação quanto à prevenção e aos riscos do HIV a tabela 5 mostra os resultados.

**Tabela 5** – Fonte de informação de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014 sobre prevenção e os riscos do HIV

Variável	n	%
<b>Já recebeu alguma informação quanto à prevenção e aos riscos do HIV</b>		
Sim	100	100,0
Total	100	100,0
<b>Fonte de informação</b>		
Unidade Básica de Saúde	26	18,7
Centro de testagem e aconselhamento – CTA	25	18,0
Colégio/escola	22	15,8
Televisão	16	11,5
Centro de Referência da Saúde da Mulher	9	6,5
Faculdade	5	3,6
Folhetos	4	2,9
Internet	4	2,9
Revista	2	1,5
Jornal	1	0,7
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS	1	0,7
Livro	1	0,7
Igreja	1	0,7
Rádio	1	0,7
Não informou	21	15,1
Total	139*	100,0

\* Se refere ao total de respostas e não de sujeitos.

Todas as mulheres da pesquisa informaram já ter recebido algum tipo de informação sobre prevenção e riscos do HIV. As fontes de informação mais citadas foram: Unidade Básica de Saúde (18,7%), CTA (18%), colégio/escola (15,8%), e televisão (11,5%). Diferente de outros estudos que apontam a televisão como maior

<sup>149</sup> DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. *Evidências científicas confirmam que beijo não transmite HIV*. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/noticia/evidencias-cientificasnbspcnfirmam-que-beijo-nao-transmite-hiv>>. Acesso em: 20 out. 2014.

<sup>150</sup> HIV em pauta. Tire suas dúvidas sobre AIDS e HIV. Disponível em: <[http://hivempauta.wordpress.com/2010/07/21/tire-suas-duvidas-sobre-AIDS-e-hiv](http://hivempauta.wordpress.com/2010/07/21/tire-suas-duvidas-sobre-AIDS-e-hiv/)>. Acesso em: 20 out. 2014.

fonte de informação sobre DST/HIV<sup>151</sup>, o presente estudo apresenta dois serviços de saúde como maior meio dessas informações.

Percebe-se nos últimos anos a diminuição de propagandas nacionais veiculadas na televisão que incentivem o uso da camisinha. Essas propagandas geralmente são veiculadas apenas na época do carnaval. Marques faz importantes considerações sobre a televisão, AIDS e o uso de filmes publicitários.<sup>152</sup> A televisão como forma de disseminar informações, valores, opiniões deve ser mais utilizada de forma educativa. O autor sugere que propagandas que abordem o HIV/AIDS somente focando o uso da camisinha não são suficientes, mas é necessário abordar de uma forma mais completa o tema HIV/AIDS.

Colégio/escola também são importantes meios de comunicação para as mulheres da pesquisa. A escola por ser a “principal instituição formal de ensino”<sup>153</sup>, tem responsabilidade de conscientização sobre DST. É necessário investigar até que ponto os/as professores/as estão habilitados/as para tal função. Uma solução é a integração entre saúde e educação como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)<sup>154</sup> quem tem como foco a saúde sexual e reprodutiva, buscando mudanças na questão de vulnerabilidade que adolescentes e jovens estão expostos/as pela infecção do HIV/AIDS e a gravidez não planejada.

Mesmo sem serem perguntadas sobre a estratégia pedagógica utilizada, na pergunta “qual a fonte de informação?”, 61 mulheres do total da pesquisa citaram a palestra como didática utilizada para informar. Nos serviços de saúde do Brasil é muito comum o uso de práticas educativas que visam mudar a atitude de indivíduos considerada prejudicial pelos/as profissionais de saúde. As ações visam mostrar o que é certo ou errado, e não há uso de ações realmente participativas, onde o sujeito alvo da educação em saúde realmente possa ser envolvido. Geralmente

---

<sup>151</sup> MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2007, p. 246.

<sup>152</sup> MARQUES, P. *Televisão e AIDS: análise dos filmes publicitários do Ministério da Saúde dos carnavais de 1996 a 1999*. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação, Mídia e Cultura). Universidade de Marília. Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo, Marília, 2008.

<sup>153</sup> CAETANO, J. C. S.; SILVEIRA, C. L. P. O ensino de ciências e a educação para a saúde: a compreensão da sexualidade e do HPV no terceiro ano do ensino médio. In: *VII Encontro nacional de Pesquisa em Educação e Ciências*. Florianópolis, 2000. p. 3.

<sup>154</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Brasília, DF, 2006. p. 5.

nessas ações usa-se da palestra como forma de supostamente educar.<sup>155</sup> Questiona-se, portanto, se palestra é a melhor forma de abordar sobre HIV/AIDS com as mulheres em tempos de feminização da epidemia.

Passadas duas décadas do início da epidemia, Ayres listou algumas lições sobre as práticas educativas e de prevenção do HIV/AIDS.<sup>156</sup> A primeira lição é que o terrorismo tanto nas ações educativas como em propagandas não funciona. Associar a AIDS à morte aumenta mais os preconceitos e estigmas. A segunda lição é de que o risco é um conceito útil, porém limitado. Para o autor deve-se atentar para os conceitos epidemiológicos, como grupos de risco e comportamentos de risco, e quais os critérios de definição destes. Para ele o conceito mais amplo de vulnerabilidade seria o mais apropriado para se pensar em ações educativas.<sup>157</sup>

A terceira lição é de que prevenção não se ensina, mas há uma troca de conhecimentos. O autor diz que no Brasil usam-se modelos inadequados e ultrapassados de educação preventiva. Modelos autoritários, sem diálogo, onde se acredita que ensinar é apenas o repasse de informação. Para ele deve-se buscar ultrapassar as “palestras” de transmissão de informação para os “grupos de reflexão”, criando espaços que possibilitem o empoderamento dos sujeitos e grupos.<sup>158</sup>

A quarta lição é de que não somos um, sem o outro, pois o sujeito é fruto da interação com o mundo. Nessa lição o diálogo exerce papel fundamental no processo de educação.<sup>159</sup>

Sabe-se que a igreja exerce grande influência na vida das pessoas. No presente estudo esta foi mencionada apenas uma vez como fonte de informação sobre o HIV. As desigualdades religiosas entre homens e mulheres são fatores de impacto na vulnerabilidade das mulheres. A leitura errônea e tendenciosa de textos bíblicos incentivou a inferiorização da mulher, o patriarcalismo, o papel da mulher enquanto serva do homem. As diferenças foram justificadas pela vontade divina.

---

<sup>155</sup> CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. *Manual de enfermagem*. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Brasília, DF, 2001. p. 34.

<sup>156</sup> AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 11-24, 2002.

<sup>157</sup> AYRES, 2002, p. 14-15.

<sup>158</sup> AYRES, 2002, p. 16.

<sup>159</sup> AYRES, 2002, p. 17.

Então se mostra necessário à responsabilidade da igreja em conscientizar a população para situação de vulnerabilidade da mulher em relação ao HIV/AIDS e buscar formas de incentivar o emponderamento das mulheres e criar ações onde sejam discutidos sexualidade e o poder sobre seu corpo que a mulher deve exercer.<sup>160</sup>

Schroder aborda sobre a proposta metodológica de Leitura Popular da Bíblia com mulheres vivendo com HIV/AIDS, a partir da qual as mulheres, através das leituras dos textos, enxergam suas vivências de vida.<sup>161</sup> Segundo a autora, funciona como uma conversa, onde há troca de ideias e todas podem expor suas opiniões. Então porque não propor momentos como esse dentro da Igreja, e não só para as mulheres, mas para os casais, usando leituras bíblicas para se discutir sobre a vulnerabilidade da mulher, relações de gênero e epidemia da AIDS.

Quanto ao conhecimento sobre quem pode se infectar pelo HIV a tabela 6 mostra os resultados.

**Tabela 6** – *Conhecimento de mulheres entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém-Pará/Brasil, 2014 sobre quem pode se infectar pelo HIV*

Variável	n	%
<b>Quem pode se infectar com o HIV</b>		
Qualquer pessoa	82	82,0
Grupo específico	18	18,0
Total	100	100,0
<b>Se grupo específico, qual?</b>		
Homossexual feminino e masculino	9	36,0
Usuários de drogas	6	24,0
Profissionais do sexo	5	20,0
Adolescente	3	12,0
Homem	2	8,0
Total	25*	100,0

\*Se refere ao total de respostas e não de sujeitos.

Embora se afirme que a distinção de grupo de risco não exista mais<sup>162</sup>, 18% das mulheres da pesquisa afirmam que sim. O grupo mais citado foi homossexual feminino e masculino (36%). M31 disse “homossexual feminino e masculino, porque eles andam com um e com outro, estão sempre tendo relação sexual”.

<sup>160</sup> STRECK, 2012, p. 346.

<sup>161</sup> SCHRODER, E. F. Oficina Contextualizando: uma proposta de cuidado pastoral às mulheres vivendo com HIV e AIDS. *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, v. 32, p. 15-24, 2013.

<sup>162</sup> DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. *Grupo de risco*. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/tags/tags-do-portal/grupoderisco>>. Acesso em: 01 nov. 2014.



No começo da epidemia a infecção pelo HIV estava principalmente vinculada a homossexuais, profissionais do sexo e usuários/as de drogas injetáveis. Com as mudanças no perfil epidemiológico da AIDS houve a mudança da denominação de grupos de risco para comportamentos de risco.<sup>163</sup> Porém os estigmas e preconceitos em relação ao HIV permanecem na sociedade.

Dentre as opções dadas como grupo de risco que estavam disponíveis para respostas das mulheres, o único grupo que não foi mencionado foi justamente o de mulheres. Ressaltando a vulnerabilidade destas por não perceberem o risco que elas também estão susceptíveis.

Musskopf<sup>164</sup> afirma que mesmo depois de décadas após o surgimento da epidemia do HIV, muitas pessoas e igrejas acreditam que o contágio pelo HIV, decorre de comportamentos moralmente recrimináveis.

Percebe-se que com toda informação circulante ainda existem mulheres mal informadas sobre HIV/AIDS, o que contribui para fortalecer o preconceito e a estigmatização, e ajuda com que elas permaneçam dentro do quadro de vulnerabilidade, além das relações de gênero fortemente influenciadoras também. Educar é preciso e urgente, portanto usar os resultados apontados neste estudo de maneira contextualizada, conhecendo o público-alvo das ações educativas, pode contribuir para aproximá-las e sensibilizá-las quanto à prevenção.

---

<sup>163</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. História da AIDS. Disponível em:< <http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

<sup>164</sup> MUSSKOPF, A. S. Teologia e AIDS na América Latina. Perspectivas e desafios. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 276-290, 2012.



## CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil das mulheres da pesquisa apresentam semelhanças com o perfil geral de contaminação com HIV/AIDS no Brasil. Uma boa parcela destas mulheres encontram-se na faixa etária entre 18 a 25 anos (abrangendo faixa etária de juvenalização da AIDS). No Brasil as taxas de detecção entre 2003 a 2012 foram maiores em pessoas de 30 a 49 anos e houve uma tendência de aumento na faixa de 15 a 24 anos.<sup>165</sup>

Em sua maioria as mulheres entrevistadas são naturais do Estado do Pará, estado com a taxa de incidência em mulheres com tendência ao aumento com o passar do tempo (processo de feminização da AIDS), quando comparada com a taxa nacional.<sup>166</sup> São moradoras da cidade de Santarém, cidades do interior do Estado do Pará, onde a população é de cerca de 290 mil habitantes<sup>167</sup> (processo de interiorização da AIDS), onde as mulheres estão com a maior da taxa de infecção ao HIV, com faixa etária de maior incidência entre 25 a 34 anos, com razão de sexo em 2010 de 1,4 em homens para cada uma mulher.<sup>168</sup>

Embora 41% das entrevistadas tenham ensino médio completo, 31% apresentam baixa escolaridade, com no máximo ensino fundamental completo, 43% são domésticas ou do lar, e com baixo rendimento econômico, 57% recebem até um salário mínimo (perfil de pauperização). São em sua maioria (76%) casadas ou em uma união estável com homens (heterossexualização). Estas mulheres apresentam um perfil compatível com o de vulnerabilidade para o HIV/AIDS, perfil de feminização, juvenalização, interiorização, pauperização e heterossexualização.

As mulheres são em sua maioria católicas, com uma alta frequência à igreja, templos, ou outro encontro religioso; que dedicam em grande parte seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou

<sup>165</sup> BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2013, p. 15.

<sup>166</sup> PINTO, L. C. *et al.* Taxas de incidência em mulheres com AIDS no Pará entre os anos 1999 a 2009 e suas relações com faixa etária, densidade e mobilidade demográfica. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n4/a3451.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>167</sup> IBGE. Cidades. Pará. Santarém. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150680&search=|jinfogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

<sup>168</sup> ABATI, P. A. M. Análise do perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pessoas com mais de 13 anos vivendo com HIV/AIDS no oeste do Pará e tendências e incidências de AIDS em Santarém. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2012.

outros textos religiosos; com forte sensação da presença divina ou do Espírito; que afirmam que as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver e se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da vida. Estas mulheres apresentam alto grau de religiosidade segundo a Escala de Duke-Durel.

Analisando a relação religiosidade, saúde e HIV/AIDS, afirmam cuidar de sua saúde, e que acreditam que a crença religiosa ajuda a enfrentar processos de saúde/doença, porém elas não têm consenso se acreditam que a crença religiosa influencia em relação à proteção e cuidado ao HIV e a AIDS. Umas afirmam que devem se proteger, outras que a crença divina é suficiente como proteção e por último há aquelas que justificam a fidelidade como forma de se prevenirem.

São mulheres em sua maioria com apenas um parceiro nos últimos 12 meses, que possuem parceiro fixo, de longa data (50% mais de 5 anos de relacionamento), que afirmam usar preservativo/camisinha às vezes, mas que não usaram na última relação sexual devido à confiança no parceiro, gravidez, não gostarem, entre outros motivos.

Elas afirmam já ter realizado algum teste anti-HIV, essencialmente devido à gravidez, apresentam baixa percepção de risco de se infectarem pelo vírus, e não se aceitam como vulneráveis. Conhecem o papel do preservativo/camisinha, as formas de infecção pelo HIV, afirmam que recebem as informações principalmente em serviços de saúde e colégio e/ou escola, e que qualquer um pode se infectar. São mulheres que quando internalizam o uso de camisinha somente para elas, associam muito mais ao fato de evitar uma gravidez do que uma forma de prevenir doenças. Para estas mulheres conhecerem sobre as formas de prevenção e sobre DST/HIV não significa colocar em prática essas formas de se prevenir.

Percebe-se que mesmo com o alto grau de religiosidade a religião nada influencia ou influencia até de maneira negativa o autocuidado da mulher em relação ao HIV e à AIDS. Este resultado evidenciado no presente trabalho contradiz a maioria das literaturas que abordam sobre a questão saúde e religiosidade. Isso se diferencia da afirmação de Koenig usada no referencial teórico, o qual afirma que atividades e as crenças religiosas relacionam-se com uma melhor saúde e qualidade de vida.<sup>169</sup> As práticas religiosas das mulheres do presente estudo não estão

---

<sup>169</sup> KOENIG, 2001.

ajudando na tomada de comportamentos saudáveis e na superação de situações de vulnerabilidade. Há ainda outra contradição, se estas mulheres afirmaram alta frequência à igreja ou encontros religiosos, porque a igreja foi uma fonte irrelevante de informação quanto à prevenção e aos riscos do HIV (menos de 1%)? É possível que tais assuntos não estejam sendo discutidos nestes ambientes, constituindo-se como mais um fator de vulnerabilidade. Ressalta-se a importância de que nos discursos religiosos sejam discutidos aspectos relacionados à sexualidade e, conseqüentemente formas prevenção ao HIV e AIDS, proporcionando uma reflexão crítica das mulheres, para que estas busquem sua autonomia e, assim, realizem escolhas conscientes.

Tais resultados contraditórios são evidenciados também pelo ineditismo da pesquisa, a qual relacionou autocuidado, HIV/AIDS e religiosidade na perspectiva das mulheres. Sugere-se outros estudos que investiguem mais profundamente essa relação.

## REFERÊNCIAS

ABATI, P. A. M. Análise do perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pessoas com mais de 13 anos vivendo com HIV/AIDS no oeste do Pará e tendências e incidências de AIDS em Santarém. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2012.

AGUIAR, R. O. A diaconia profética como denúncia ao sexismo: mulheres vivendo com HIV/AIDS e as limitações ao trabalho de prevenção. *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, v. 27, p. 59-63, 2012.

ALLPORT; ROSS, 1997 *apud* STROPPIA, A.; MOREIRA – ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo horizonte: Inede, 2008.

ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 121-132, 2006.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-486, dez. 2007.

ARAÚJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 22, n. 2, p. 70-77, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 11-24, 2002.

AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117-138.

BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 349-54, 2008.

BERQUÓ, E. (coordenador). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 249-50.

BEZERRA, J. S.; BARBOSA, C. R. Relações de gênero e a feminização do HIV/AIDS. *Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST*. São Leopoldo: EST, v. 2, 2014.

BOFF, L. *Experimantar Deus: a transparência de todas as coisas*, 2002. Disponível em:

<[http://www.unisaladm.com.br/arquivos/4\\_semestre/antropologia\\_religiosa/experimantar\\_deus.pdf](http://www.unisaladm.com.br/arquivos/4_semestre/antropologia_religiosa/experimantar_deus.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013*. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Brasília, DF, 2006.

CAETANO, J. C. S.; SILVEIRA, C. L. P. O ensino de ciências e a educação para a saúde: a compreensão da sexualidade e do HPV no terceiro ano do ensino médio. In: *VII Encontro nacional de Pesquisa em Educação e Ciências*. Florianópolis, 2000.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. *Manual de enfermagem*. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Brasília, DF, 2001.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CLEARY *apud* AZEVEDO, D. A Igreja Católica e seu papel político no Brasil. *Estudos avançados*, v. 18, n. 52, p. 109-120, 2004.

CONFEDERAÇÃO Nacional de Saúde. *Entre 2007 e 2011, Brasil registrou apenas 4 casos*. Disponível em: <[http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2013/03/clipping\\_1203.htm](http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2013/03/clipping_1203.htm)>. Acesso em: 20 out. 2014.

CORRÊA, D. A. M. religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 5, Supl., p. 134-141. 2006.

CORREIA, R. Z. *Reflexões sobre economia e religião: seus principais pensadores e a igreja católica brasileira*. 2003. 81f. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 2003.

DANTA, M.; CAVALCANTE, V. *Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa*. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação Ciência da Informação. Recife, 2006.

DATA Folha. *Fatia de católicos no Brasil é a menor em duas décadas*, 2013. Disponível em: <<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/22/religiao.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

DEIFELT, W. O vírus que rompeu as barreiras e quebrou os muros da igreja. *Estudos teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n 2, p. 291-305, 2012.

DEPARTAMENTO de DST, AIDS e Hepatites virais. *Evidências científicas confirmam que beijo não transmite HIV*. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/noticia/evidencias-cientificasnbsconfirmam-que-beijo-nao-transmite-hiv>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Formas de contágio. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Grupo de risco*. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/tags/tags-do-portal/grupoderisco>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Por que usar camisinha*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Uso de lâmina teria transmitido vírus HIV, 2013*. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/noticia/uso-de-lamina-teria-transmitido-virus-hiv>>. Acesso em: 20 out. 2014.

DISCACCIATI, J. A. C.; NEVES, A. D.; PORDEUS, I. A. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-82, 1999.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v, 27 n. 1, p. 49-53, 2011.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n, 6, [8 telas], 2010.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS, *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, p. 155-164, 2006.

FERNANDES, A, M, S. *et al*. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 103-112, 2000.

FERREIRA, V. L. S. *Religião e política: análise histórico-crítica das relações de poder entre o campesinato judaíta e a classe sacerdotal jerusalimitana no período*



pós-exílio. 2012. 295f. Tese (doutorado). Universidade Metodista de São Paulo. Faculdades de Humanidades e Direito, São Bernardo do Campo, 2012.

FOLHA de São Paulo. *42% das grávidas têm algum tipo de DST, diz pesquisa*, 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1309200838.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

FRANCO, M. A. C. Políticas públicas de gênero e empoderamento das Mulheres de classe popular: a experiência do programa Mulheres Mil no IF baiano Campus Valença-BA. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

FREIRE, D. G. *Incentivos e barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste brasileiro: resultados de um inquérito populacional*. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.

GIACOMOZZI, A. I. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais com mulheres. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 35, p.79-98, 2004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, v, 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOSPEL Prime. *Um quarto dos cristãos é apenas nominal*, 2011. Disponível em: <<http://noticias.gospelprime.com.br/um-quarto-dos-cristaos-e-apenas-nominal/>>. Acesso em: 12 out. 2014.

HANDEM, P. C. *et al.* Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). *O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003.

HEILBORN, M. L. Ente as tramas da sexualidade brasileira. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, 2006.

HIV Em Pauta. *Tire suas dúvidas sobre AIDS e HIV*. Disponível em: <<http://hivempauta.wordpress.com/2010/07/21/tire-suas-duvidas-sobre-AIDS-e-hiv/>>. Acesso em: 20 out. 2014.

HOLANDA, A. M. R. Fenômeno religioso e religiosidade. *Revista de Educação da Associação de Educação Católica do Brasil*, v. 35, n. 138, p. 24-31, 2006.

IBGE. *Características da população e dos domicílios – Resultados do universo, Censo 2010*. Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência, Censo 2010*. Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo>>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Censo 2010*. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_para.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_para.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. *Cidades. Pará. Santarém*. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150680&search=||in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD*. Principais diferenças entre a COD e a CBO Domiciliar Censo 2010. Disponível em:

<[www.ibge.gov.br\\_home\\_estatistica\\_indicadores\\_sipd\\_oitavo\\_forum\\_COD.pdf](http://www.ibge.gov.br_home_estatistica_indicadores_sipd_oitavo_forum_COD.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD, Censo 2010*.

\_\_\_\_\_. *Educação e Deslocamento – Resultados da amostra, Censo 2010*.

Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/545/cd\\_2010\\_educacao\\_e\\_deslocamento.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/545/cd_2010_educacao_e_deslocamento.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Nupcial idade, Fecundidade e Migração – Resultados da amostra. Censo 2010*. Disponível em:

<[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd\\_2010\\_nupcialidade\\_fecundidademigracao\\_amostra.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidademigracao_amostra.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Trabalho e rendimento – Resultados da amostra, Censo 2010*. Disponível

em: <[http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd\\_2010\\_trabalho\\_rendimento\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd_2010_trabalho_rendimento_amostra.pdf)>.

Acesso em: 10 out. 2014.

INSTITUTO Pró Livro. *Retratos da Leitura no Brasil*, 2008. p. 67. Disponível em:

<<http://prolivro.org.br/home/images/antigo/1815.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

KLINTOWITZ, 2001 *apud* PINTO, E. C. *Turismo religioso no Brasil*. Disponível em:

<<http://fama2.us.es:8080/turismo/turismonet1/economia%20del%20turismo/ultimos/turismo%20religioso%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

KOENIG, H. G. *Handbook of religion and mental health*. New York: Academic Press, 1998.

\_\_\_\_\_. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *International Journal Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. B. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press, 2001, s/p.

LEVIN, J.; SCHILLER, P. Is there a religious factor in health? J. *Journal of Religious and Health*, v. 26, n. 1, p. 9-36, 1987.

LIKERT, 1932 apud AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. A arte de fazer questionário. Relatório de pesquisa. Porto (Portugal), 2005.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, v. 8, n. 1, 2008.

LOPEZ, M. M.; RAMÍREZ, F. M. Por uma espiritualidade libertadora de corpos doentes com AIDS e HIV. Uma abordagem a partir das experiências de vida de Yulixa e Miriã em Nm 12. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 357-373, 2012.

LOTUFO, F. N. Religião, psicoterapia e saúde mental. In: C. N. ABREU (Org.). *Psicoterapia cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

MACKLIN, R. Bioethics, vulnerability, and protection. *Bioethics*, v. 5-6, n. 17, p. 472-485, 2003.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MANOEL, I. A. História, religião e religiosidade. *Revista de Cultura Teológica*, v. 15, n. 59, 2007.

MARQUES, P. *Televisão e AIDS: análise dos filmes publicitários do Ministério da Saúde dos carnavais de 1996 a 1999*. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação, Mídia e Cultura). Universidade de Marília. Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo, Marília, 2008.

MARTIN, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. *Revista USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 10-20, 1997.

MATSUDA, E. M. *et al.* An HIV-1 Transmission Case Possibly Associated with Manicure Care. *AIDS Research and Human Retroviruses*, v. 30, n. 11, p. 1150-1153, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.3, n.28, p. 242-50, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Revista Psiquiatria Clínica*, Juiz de Fora, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

\_\_\_\_\_. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MUSSKOPF, A. S. Teologia e AIDS na América Latina. Perspectivas e desafios. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 276-290, 2012.

OLIVEIRA, L. L. S.; CORTES, R. X.; BALBINOTTO-NETO, G. Quem vai à Igreja? Um teste de regressão logística ordenada do modelo de Azzi-Ehrenberg para o Brasil. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 43, n.2, p. 335-362, 2013.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. de F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008.

OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc., 1985.

ORLANDI, F. S.; PRAÇA, N. S. A esperança na vida de mulheres com hiv/aids: avaliação pela escala de Herth. *Texto Contexto em Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 141-148, 2013.

OROZCO, Y. P. *Mulheres, Aids e Religião*. São Paulo: CDD, 2002.

PADOIM, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. O desafio de prevenir a transmissão do HIV na mulher: políticas públicas e as circunstâncias individuais e sociais. In: PADOIM, S. M. M.; SCHAURICH, C. C. P. D. (Orgs.). *Aids: o que ainda há para ser dito?* Santa Maria: UFSM, 2007.

PAIS-RIBEIRO, J. L.; POMBEIRO, T. *Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas*. In: Pais- Ribeiro JL, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 2004.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia da AIDS e outras DST do estado do Pará*. Belém, PA, 2010.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos medicina*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

PINTO, L. C. *et al.* Taxas de incidência em mulheres com AIDS no Pará entre os anos 1999 a 2009 e suas relações com faixa etária, densidade e mobilidade demográfica. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n4/a3451.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. *Metodologia do trabalho: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAXACH, J. C. *et al.* Práticas sexuais e conscientização sobre aids: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Rio de Janeiro: ABIA, 2007.

RISCO de contrair HIV em transfusão é maior no Brasil que nos EUA. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/01/risco-de-contrair-hiv-em-transfusao-e-maior-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ROSAS, N.; MUNIZ, J. O. O hábito faz o monge? Frequência e autopercepção religiosas no Brasil. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 19, n. 1, p. 214-240, 2014.

SAMPAIO, J. et al. Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semiárido nordestino. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.1, p.171-181, 2011.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, A. L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p. 43–55, 2004.

SANTOS, T. L.; ABUD, A. C. F.; INAGAKI A. D. M. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres com alta escolaridade. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 502-505, 2009.

SCHRODER, E. F. Oficina Contextualizando: uma proposta de cuidado pastoral às mulheres vivendo com HIV e AIDS. *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, v. 32, p. 15-24, 2013.

SECRETARIA Municipal de Saúde - SEMSA. Prefeitura Municipal de Santarém. *Relatório de atendimentos do Centro de Referência da Saúde da Mulher referente ao ano de 2013*. Santarém, 2013.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Santarém. *Perfil da Área de Atuação de PACS/PSF*, Santarém, 2010.

SEFFNER, F. *et al.* Respostas religiosas à AIDS no Brasil: impressões de pesquisa acerca da pastoral de DST/AIDS da Igreja Católica. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, v. 10, n. 10, p. 159-180, 2008.

SERRETTI, A. P. A religião e a ordem social – breves considerações. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 111, p. 26–35, 2010.

SHIRAMIZU, M. S. et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1187-1192, 2009.

SILVA, C. G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, p. 683-692, 2008.

SILVA, C. M. *A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/AIDS*. 2008. 89f. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

- SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009.
- SILVA, I. A. A contribuição da ABEn na produção de conhecimentos: In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 48, 1996, São Paulo. Anais. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção São Paulo, p. 337-345, 1996.
- SILVA, K. G.; SANTIADO, I. F. Um estudo sobre as relações de gênero e sexualidade no processo de feminização e envelhecimento da epidemia do HIV/AIDS. *Qualitas Revista Eletrônica*, v. 16, n. 2, p.1-21, 2014.
- SILVEIRA, M. F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.
- SIMMEL, 1997, p. 143 *apud* RIBEIRO, J. C. Georg Simmel, Pensador da Religiosidade Moderna. *Revista de Estudos da Religião*, n.2, p. 109-126, 2006.
- SIMÕES, C. C. S. *A transição de fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2006.
- SOLER, V. M. Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. *CuidArte Enfermagem*, Catanduva/SP, v. 6, n. 2, p. 91-100, 2012.
- SOUZA, J. R. *Igreja, sexo e camisinhas*. Joinville, 2007. Disponível em: <[http://www.diocesejoinville.com.br/pt/formacao/artigo.php?artigo=FORMACAO\\_MTK2](http://www.diocesejoinville.com.br/pt/formacao/artigo.php?artigo=FORMACAO_MTK2)>. Acesso em: 17 out. 2014.
- STORCK, M. A. L. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis no contexto de ditas donas de casa. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 13, n. 6, p. 41-48, 2001.
- STRECK, V. S. A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 345-356, 2012.
- STROPPIA, A.; MOREIRA - ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor, *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 3, n. 5, p. 190-196, 2009.
- TOURNIER, P. *Culpa e graça: uma análise do sentimento de culpa e o ensino do evangelho*. São Paulo: ABU Editora, 2004.
- TRENTINI, M. *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.
- VÉRAS, R. M; VIEIRA, J. M. F; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 5, n. 2, p. 325-332, 2010.

WARNER-ROBBINS, C. G.; BOMAR, P. J. Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. *Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004.

WEID, O. V. D. Perdoa-me por te traír: um estudo antropológico sobre a infidelidade feminina. *Revista Habitus*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 49-59, 2004.

YANCEY, PHILIP. *Descobrimo Deus nos lugares mais inesperados*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.

ZENKNER, C. L. Infecção cruzada em odontologia: riscos e diretrizes. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line*, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 1-7, 2006.

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO

RELIGIOSIDADE E AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS ENTRE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE SANTARÉM/PARÁ

#### PARTE I - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código:_____	Idade:_____	Naturalidade:_____
Cor/raça: _____	Escolaridade:_____	
Profissão:_____	Renda:_____	Estado marital: casada( ) solteira( ) namorando( ) união estável( ) separada( ) viúva( ).
Número de Filhos:_____	Religião:_____	

#### PARTE II - PRÁTICA RELIGIOSA E A SAÚDE

##### Escala de Religiosidade da Duke- DUREL

**1 - Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?** Mais de uma vez por semana ( ) Uma vez por semana ( ) Duas a três vezes por mês ( ) Algumas vezes por ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca ( )

**2 - Com que frequência você dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?** Mais do que uma vez ao dia ( ) Diariamente ( ) Duas ou mais vezes por semana ( ) Uma vez por semana ( ) Poucas vezes por mês ( ) Raramente ou nunca ( )

##### **3 - Em sua vida sente a presença divina ou do Espírito?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( ) Não está certo ( ) Em geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )



**4 - As suas crenças religiosas estão por trás de a sua maneira de viver?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( )

Não está certo ( ) Em geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )

**5 – Você se esforça para viver a religião em todos os aspectos da vida?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( ) Não está certo ( ) Em

geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )

**Religiosidade, saúde e HIV/AIDS****1 – Você considera que cuida da sua saúde?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( ) Não está certo ( ) Em

geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )

**2 - Você acredita que sua crença religiosa lhe ajuda a enfrentar processos de saúde/doença?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( ) Não está certo ( ) Em

geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )

**3 - Você acredita que sua crença religiosa influencia em relação à proteção e ao cuidado com relação ao HIV e a AIDS?**

Totalmente verdade para você ( ) Em geral é verdade ( ) Não está certo ( ) Em

geral não é verdade ( ) Não é verdade ( )

Por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE III - COMPORTAMENTOS, PRÁTICAS DE PREVENÇÃO,  
AUTOPERCEPÇÃO E CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS**

**1- Número de parceiros sexuais que teve nos últimos 12 meses?** \_\_\_\_\_.

**2- Utiliza preservativo/camisinha em todas as relações:**

Sempre ( ) nunca( ) às vezes ( )

**\* Se sempre, nunca ou às vezes, qual o motivo?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3- Tipo de parceiro na última relação sexual?** Fixo( ) Ocasional( )

**\* Se tiver relacionamento fixo, qual a duração do atual relacionamento?**

\_\_\_\_\_.

**4- Usou preservativo na última relação sexual?** Sim( ) Não( )

**\*Se sim ou não, qual o motivo?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**5- Já teve alguma relação sexual fora do relacionamento fixo?**

Nunca ( ) Já teve ( ) Às vezes tem ( ).

**\* Se teve, usou preservativo/camisinha?** Sim ( ) Não ( )

**6- Já teve ou tem alguma DST?** Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_.

**7- Já fez algum teste para HIV?** Sim ( ) Não ( )

**\*Se sim ou não, qual o motivo?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**8- Acha possível você contrair o HIV?**

Muito possível( ) Possível( ) Pouco possível( ) Quase impossível( ) Impossível( ).

**9- O preservativo previne a contaminação pelo HIV?** Sim ( ) Não ( ).

**10- Você já recebeu alguma informação quanto à prevenção e aos riscos do HIV?** Sim ( ) Não ( ).

**\*Se sim qual a fonte da informação? Alguém? Através de algo?**

---

---

**11- Você sabe de que forma pode ocorrer a transmissão do HIV?**

Sim ( ) Não ( ).

**\*Se sim, quais as formas?**

---

---

**12- Para você quem se infectar com HIV? Qualquer pessoa ( ) ou um grupo específico ( ).**

**\*Se um grupo específico qual destes?**

Homem ( ) Mulher( ) Adolescente( ) Usuário de drogas( )

Profissionais do sexo ( ) Homossexual feminino e masculino ( ).

Por quê? \_\_\_\_\_

---

## ANEXO II

### PARECER DE APROVAÇÃO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
TEOLOGIA - EST



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RELIGIÃO E AUTOCUIDADO AO HIV E À AIDS ENTRE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER EM SANTARÊM/PARÁ

**Pesquisador:** JOCILÉIA DA SILVA BEZERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31456114.9.0000.5314

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Teologia - EST

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 712.613

**Data da Relatoria:** 21/07/2014

##### Apresentação do Projeto:

Saúde e religiosidade se relacionam desde a antiguidade. No mundo ocidental os religiosos cuidavam das pessoas doentes desde a Idade Média até recentemente. No final do século XIX, a ciência, com intuito de se firmar como conhecimento autônomo, se distanciou da religião. Porém atualmente as relações entre a religiosidade e a saúde emergem como uma área relevante na investigação, tanto no âmbito das ciências humanas como no das ciências da saúde. O presente Projeto de Pesquisa tem como objetivo analisar a influência da religião sobre o autocuidado da mulher em relação ao HIV/AIDS. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, que será realizada no Município de Santarém, Pará, Norte do Brasil, com cerca de 100 mulheres entre 18 e 49 anos atendidas no centro de Referência da Saúde da Mulher.

##### Objetivo da Pesquisa:

A presente versão do Projeto de Pesquisa tem como Objetivo Geral: Analisar a influência da religião sobre o autocuidado da mulher em relação ao HIV/AIDS. E como objetivos Específicos, apresenta os seguintes:

- Identificar o perfil sócio-demográfico das mulheres da pesquisa;
- Analisar a prática religiosa das mulheres da pesquisa;
- Identificar os possíveis comportamentos de risco, práticas de prevenção, autopercepção e

**Endereço:** Rua Amadeo Rossi 467  
**Bairro:** Morro do Espelho **CEP:** 93.030-220  
**UF:** RS **Município:** SÃO LEOPOLDO  
**Telefone:** (51)2111-1400 **Fax:** (51)2111-1411 **E-mail:** iothar@est.edu.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
TEOLOGIA - EST



Continuação do Parecer: 712.613

conhecimentos em relação ao HIV e à Aids das mulheres da pesquisa;  
- Verificar a relação entre a religião, o autocuidado ao HIV e à Aids das mulheres da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos, estes não excedem aos riscos da vida diária.

Os sujeitos da pesquisa não terão nenhum benefício direto. Entretanto, a pesquisadora espera que este estudo traga informações relevantes sobre novos caminhos para a abordagem da temática da vulnerabilidade da mulher frente ao HIV e a Aids.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos está preenchida corretamente; há a descrição de informações básicas a respeito do Projeto de Pesquisa.

O Projeto apresenta a descrição da justificativa, questões norteadoras, objetivos geral e específicos e as hipóteses da pesquisa. O quadro teórico está bem descrito, apontando pesquisas de cunho relevante na área pesquisada. Há uma abordagem clara e objetiva em relação à Metodologia e todos os aspectos que a envolvem, bem como do cronograma de execução da pesquisa e o orçamento. Os resultados esperados ou metas a serem alcançadas também foram pontuados. Todas as referências apresentadas no corpo do trabalho foram citadas de acordo com as normas da ABNT. Os apêndices estão descritos corretamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou toda a documentação necessária, apresentando as correções necessárias, indicadas no parecer nº 685.791, de 09/06/2014.

**Recomendações:**

- Página 18, item 3.4 - 3º parágrafo: após a palavra "saúde", a letra subsequente deve estar descrita em minúsculo;
- Página 21 - a expressão "para as" está descrita ao término da primeira frase e início da segunda, sugere-se supressão de uma delas;
- Apêndice Parte II - Prática Religiosa e a Saúde: a pergunta de nº 4 continua confusa. Sugere-se rever a construção desta.

Todas as demais recomendações foram feitas no corpo do Projeto de Pesquisa, especialmente as

Endereço: Rua Amadeo Rossi 467  
Bairro: Morro do Espelho CEP: 93.030-220  
UF: RS Município: SÃO LEOPOLDO  
Telefone: (51)2111-1400 Fax: (51)2111-1411 E-mail: lothar@est.edu.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
TEOLOGIA - EST



Continuação do Parecer: 712.613

que se referiam ao TCLE e o atendimento prestado as mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher, em Santarém, local em que a coleta da pesquisa será realizada, indiferente de serem sujeitas ou não da mesma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não havendo mais pendência, o colegiado segue o parecer da relatoria, aprovando a pesquisa de campo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Eventuais alterações no projeto de pesquisa, ou o cancelamento da pesquisa de campo deverão ser comunicados e submetidos ao CEP via Plataforma Brasil, inserindo as alterações no atual projeto.

SAO LEOPOLDO, 08 de Julho de 2014

---

Assinado por:  
HOCH, Lothar C.  
(Coordenador)

Endereço: Rua Amadeo Rossi 467  
Bairro: Morro do Espelho CEP: 93.030-220  
UF: RS Município: SAO LEOPOLDO  
Telefone: (51)2111-1400 Fax: (51)2111-1411 E-mail: lothar@est.edu.br



## ANEXO III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa: “RELIGIOSIDADE E AUTOCUIDADO EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS ENTRE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE SANTARÉM/PARÁ”**

Nome da Pesquisadora: Jociléia da Silva Bezerra

Nome do Orientador: André Sidnei Musskopf

*A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade: analisar a influência da religiosidade sobre o autocuidado da mulher em relação ao HIV e à AIDS.*

*A presente pesquisa terá como participantes cerca de 100 mulheres entre 18 e 49 anos atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Santarém.*

*Ao participar deste estudo a senhora permitirá a aplicação de um Questionário. Não será coletado nenhum material biológico. A senhora tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a senhora. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*

*O Questionário contém perguntas para que possamos entender melhor seu perfil sociodemográfico, ou seja, qual sua cidade de origem, idade, cor/raça, escolaridade, renda, estado civil, número de filhos e religião. Contém também perguntas relacionadas à sua prática religiosa (frequência, dedicação, vivência e grau de comprometimento) e perguntas relacionadas a possíveis comportamentos de risco, sua saúde sexual, práticas de prevenção, autopercepção e conhecimento sobre o HIV e AIDS.*

*A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. A realização da pesquisa não oferece risco de danos morais, danos materiais e de nenhum dano à saúde às participantes mulheres, pesquisadores e comunidade. No entanto, poderá causar constrangimento às participantes. Para diminuir esse risco, todos os procedimentos de coleta das informações serão realizados com a máxima cautela para evitar essas possíveis situações e possibilitaremos a interrupção da aplicação do questionário em qualquer momento mediante solicitação, bem como daremos liberdade às participantes para não responder a qualquer item, não havendo prejuízo a nenhuma participante. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*



*As informações obtidas serão utilizadas para elaboração da dissertação do mestrado profissional em teologia pela Faculdades EST, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. A identificação das pessoas envolvidas será preservada no anonimato. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados.*

*Ao participar desta pesquisa a senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre novos caminhos de como se abordar a vulnerabilidade da mulher frente ao HIV e AIDS, e tentar diminuir as relações de gênero que contribuem para essa vulnerabilidade de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa criar e implantar estratégias que possibilitem práticas de educação em saúde à população feminina de Santarém, na qual a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.*

*A senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

*Uma via deste documento (original) ficará com você participante e outra (também original) com a pesquisadora.*

*Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:*

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome da Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Local e data

### **TELEFONES**

**Pesquisador:** 0xx93 91331903

**Orientador:** 0xx51 21111459

**Nome e telefone de um membro da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa:**

## ANEXO IV

### ACEITE ORIENTADOR




Escola Superior de teologia  
Programa de Pós-graduação em Teologia  
Mestrado Profissional em Teologia

São Leopoldo, 22 de abril de 2014.

### CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Prof. Dr. André Sidnei Musskopf, Professor do Programa de Pós-graduação em Teologia da Escola Superior de Teologia, aceito orientar a discente Jociléia da Silva Bezerra, do curso de Mestrado Profissional em Teologia, na elaboração da sua dissertação de Mestrado, com o título: "RELIGIÃO E AUTOCUIDADO AO HIV E À AIDS ENTRE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER EM SANTARÊM/PARÁ".

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
André Sidnei Musskopf