

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

HERNANDA CORTES DA ROCHA

ANÁLISE BIOÉTICA DA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO
CÂNCER DE MAMA NAS RELIGIOSAS CONSAGRADAS CATÓLICAS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Walquíria Quida Salles
Pereira Primo

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (BRASÍLIA)
2011

HERNANDA CORTES DA ROCHA

ANÁLISE BIOÉTICA DA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO
CÂNCER DE MAMA NAS RELIGIOSAS CONSAGRADAS CATÓLICAS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa
de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de
Brasília.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a Walquíria Quida Salles Pereira Primo (Presidente)
Hospital de Base do Distrito Federal - Secretaria de Estado de Saúde

Professor Dr. Volnei Garrafa
Departamento de Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

Professora Dr^a Ceres Nunes de Resende Oyama
Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília

Professor Dr. Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho a todas as
mulheres, em especial, às religiosas
consagradas católicas.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós Salomão e Sebastiana (*in memoriam*) pelo amor e carinho doados a mim por todas as suas vidas. Aos meus pais, pela transmissão de conceitos de vida responsável para minha formação pessoal, por me entender nas horas mais difíceis e por sempre se demonstrarem empenhados para a minha realização pessoal e profissional. Agradeço ainda, o apoio, o incentivo e o acompanhamento de todas as etapas dos meus estudos e a compreensão pelo meu ingressar na Bioética. Aos meus irmãos, Albano, Ricardo e Cristina por me agüentar nos meus momentos mais estressantes. À minha sobrinha Mariana, mesmo que distante, é minha florzinha querida! À Nete, pela torcida e pelas comidas gostosas! À Ana Cristina, pela força.

Ao professor Volnei Garrafa, primeira pessoa a acreditar no meu ingressar pelo *mundo* da Bioética, uma das mais valiosas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, o meu muito obrigada! Ao professor Cláudio Lorenzo, agradeço os significativos ensinamentos durante todo o mestrado!

À estimada professora Walquíria Primo, pelo ensinamento ímpar como orientadora deste trabalho. O meu muito obrigada pela motivação, pela atenção, por todos os momentos de cuidado para com a minha pessoa, pelos conselhos, pelas risadas, pelas partilhas, pela competência e por ajudar-me sempre nos momentos de dificuldade.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos. Aos professores Dais Rocha, Helena Shimizu, Cláudio Lorenzo e Miguel Montagner pelas observações preciosas que contribuíram de forma significativa para a finalização deste trabalho.

À CRB Nacional, em nome da Irmã Márian Ambrósio, pela abertura ao diálogo permitindo a realização do estudo. Agradeço ainda, a confiança dessa instituição depositada em mim durante todo o estudo. Agradeço ainda à todas as religiosas que participaram do estudo e, os meus sinceros agradecimentos às irmãs B. e I.!

Ao padre A.G.L., pelo incentivo ao trabalho e aos padres L.A.B., V.O. pelo apoio incondicional durante o período de mestrado.

Ao tio Zezé e às tias Tita e Terezinha, pelas orações e incentivo aos estudos. Aos meus afilhados Rônia e Cleiton e aos pequenos, Ananda e Pedro, por entenderem o motivo de meu afastamento e, ao apoio incondicional durante todo o período do mestrado.

À Dora Matos, pela força, pelo apoio espiritual e pela *injeção* de otimismo! À madrinha Ester Santos pelas orações. À Júlia Santos, minha eterna pedrinha preciosa, pela alegria e pelo sorriso ímpar! À Michelle Rosa, *amiga-irmã* para todos os momentos, este espaço é insuficiente para dizer tudo que és para mim. Ao Luis Gustavo pelo apoio na informática. À Michelle Lopes e Rosana Couto por estarem sempre presentes, mesmo que muitas vezes distantes.

À Daya Sisson, pela amizade, pelo companheirismo, pela convivência. À Mariomar, pela sua alegria arretada e pelos livros que subsidiaram a minha leitura. À Natália Carreiro, pela amizade, pelas partilhas e pelo carinho. Ao Rodrigo, pela contribuição acadêmica. E não poderia deixar de agradecer o apoio de Albany Ossege, Leticia Azambuja, Lízia Silva Rodrigo Caetano, Saulo Feitosa, Márcio Rojas, Natan Monsores, Thiago Cunha, Wanderson Nascimento e Fabiano Maluf.

Ao Abdias, pela sua presteza. À Camila Guedes e Vanessa Santana, pela disponibilidade, pela atenção, presteza e pela competência com que realizam as suas atividades.

À professora Cláudia Aparecida Aguiar de Araújo, que prontamente se dispôs a compartilhar idéias sobre o seu trabalho realizado em 2003 na Diocese de Taubaté, com as religiosas consagradas católicas. À professora Socorro, pela disponibilidade e presteza com que me recebera e pelo seu olhar gramatical.

Às demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos!

O Altíssimo deu-lhes a ciência da medicina para ser honrado em suas maravilhas; e dela se serve para acalmar as dores e curá-las [...]. Meu filho, se estiveres doente não te descuides de ti, mas ora ao Senhor, que te curará. Afasta-se do pecado, reergue as mãos e purifica teu coração de todo o pecado [...]. Em seguida dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus; que ele não te deixe, pois sua arte te é necessária (Eclesiástico 38, 1-12).

RESUMO

O câncer de mama é uma doença grave de saúde pública e responsável por milhares de mortes. Vários são os fatores de risco para a ocorrência da doença, dentre eles a nuliparidade e a não amamentação, os quais se enquadram as mulheres que optaram seguir a vida religiosa consagrada. Além do que, não se deve desconsiderar aqueles fatores correlacionados a história de vida de cada uma delas, como por exemplo, um familiar de primeiro grau com a doença. A morbimortalidade do câncer de mama é minimizada por meio da realização dos exames preventivos secundários, sendo eles, o autoexame das mamas, o exame clínico das mamas realizado por um profissional habilitado e a mamografia. O objetivo da pesquisa foi contextualizar, utilizando como referenciais teóricos o princípio da autonomia, a Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção, como ocorre a prevenção secundária do câncer de mama em religiosas consagradas católicas, popularmente conhecidas como freiras. O instrumento adotado foi um questionário estruturado autoaplicável em uma amostra de quarenta religiosas consagradas de vida ativa no Distrito Federal, cujas instituições foram indicadas pela Conferência dos Religiosos do Brasil. Do total da amostra, a maioria das mulheres pesquisadas estavam na faixa etária entre 60 a 69 anos e estavam acima da média brasileira quanto ao acesso à universidade. Em relação ao autoexame das mamas, 5% das pesquisadas disseram nunca ter realizado o exame, enquanto 95% já realizaram o mesmo. Concernente ao exame clínico médico, 60% das pesquisadas consideram a visita ao ginecologista importante para todas as mulheres. Quanto à mamografia, 22,5% não realizaram esse exame enquanto 77,5% já o realizaram. Finalmente, 40% das religiosas informaram ter acesso às informações sobre saúde por mais de um meio de comunicação. Conclui-se, portanto, que o grupo estudado têm acesso às informações sobre saúde. Afirma-se ainda que, as mulheres pesquisadas têm ciência da prevenção secundária do câncer de mama. Os resultados satisfatórios do estudo, podem ter ocorrido, pois, as instituições as quais as religiosas consagradas faziam parte foram indicadas por uma instituição da Igreja Católica da qual as mesmas são associadas. De qualquer forma, enfatiza-se que, o assunto deve ser tratado de forma séria com ações concretas nas ações de saúde pública e que o indivíduo seja protegido e tenha o acesso à saúde conforme preconiza a Constituição Federal.

Palavras-chave: Câncer de mama; Religiosas consagradas católicas; Autonomia; Bioética de Intervenção; Bioética de Proteção.

ABSTRACT

Breast cancer is a serious public health disease that's responsible for thousands of deaths. There are many risk factors involved on its occurrence, including nulliparity and not breast-feeding, which are both characteristics of women that have chosen to live a consecrated religious life. Nevertheless, factors related to each of their life histories must also be considered, for example, like having a close relative affected with this illness. The breast cancer morbidity and mortality are reduced by the realization of preventive clinical exams, such as the breast self-examination, clinical breast exam and mammography. This study objective was to contextualize, through the bioethical references of autonomy, Intervention Bioethics and Protection Bioethics, how catholic consecrated religious women, popularly known as nuns, do the secondary prevention of breast cancer. The instrument adopted was a structured self-applied questionnaire in a sample of forty catholic consecrated religious women in Distrito Federal, whose institutions were indicated by the Conferencia dos Religiosos do Brasil. Among all the subjects, the majority of women surveyed were aged between 60 and 69 years were above the national average in access to university. Towards the breast self-examination, 5% of the subjects informed they've never done the procedure, meanwhile 95% of them have already done it. Regarding the clinical breast exam, 60% of the participants considered visiting a gynecologist something important to all women. On the topic of mammography, 22,5% never done this exam, whereas 77,5% have done it. Finally, 40% of the religious women informed to have access to health information by more than one media. It can be concluded that the study group have access to health information. It is also claimed that the women surveyed are aware of secondary prevention of breast cancer. The satisfactory results of the study could be because the institutions which were part of consecrated religious women were nominated by an institution of the Catholic Church from which they are associated. Anyway, it is emphasized that the matter should be dealt seriously with concrete actions in public health actions and that the individual be protected and have access to health care as recommended by the Federal Constitution.

Key-words: Breast cancer; Consecrated religious women; Autonomy; Intervention Bioethics; Protection Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Pintura de Teodorico Borgognoni que retrata um médico examinando a mama de uma religiosa consagrada católica.....26

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Respostas das religiosas em relação ao intervalo de notas referentes ao maior grau de aceitação na realização da prevenção secundária do câncer de mama (questão nº 14) 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das religiosas conforme a faixa etária (questão nº 01).....	60
Tabela 2 -	Distribuição das religiosas conforme o grau de escolaridade (questão nº 02).....	61
Tabela 3 -	Distribuição das religiosas conforme o tempo de formação (questão nº 03).....	61
Tabela 4-	Meio de comunicação pelos quais as religiosas obtêm informações sobre saúde (questão nº 04).....	62
Tabela 5 -	Respostas das religiosas sobre a crença de ter menor chance de contrair doenças (questão nº 05).....	63
Tabela 6 -	Apontamentos das religiosas sobre a crença de ter menor chance de contrair doenças (questão nº 6).....	64
Tabela 7 -	Respostas das religiosas em relação à vivência dos sentimentos ao escutar a palavra câncer (questão nº 07)..	65
Tabela 8 -	Respostas das religiosas sobre a realização do autoexame das mamas (questão nº 08).....	66
Tabela 9 -	Justificativa das religiosas que informaram não ter realizado o autoexame das mamas (questão nº 09).....	66
Tabela 10-	Respostas das religiosas sobre a importância de se consultar com o ginecologista (questão nº 10).....	67
Tabela 11 -	Respostas das religiosas porque não acham importante se consultar com o ginecologista (questão nº 11).....	68
Tabela 12-	Respostas das religiosas sobre a realização da mamografia (questão nº 12).....	68
Tabela 13-	Distribuição das religiosas pela faixa etária quando da realização da primeira mamografia (questão nº 13).....	69
Tabela 14-	Respostas das religiosas em relação à instrução sobre prevenção do câncer de mama na instituição em que vivem (questão nº 15).....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM - Autoexame das Mamas

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CERIS - Centro de Estatísticas Religiosas e Investigações Sociais

CRB - Conferência dos Religiosos do Brasil

CRBn - Conferência dos Religiosos do Brasil (Nacional)

CRBr - Conferência dos Religiosos do Brasil (Regional de Brasília)

DF - Distrito Federal

DNA- Ácido Desoxirribonucléico

DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

ECM - Exame Clínico das Mamas

EUA-Estados Unidos da América

FS - Faculdade de Ciências da Saúde

INCA- Instituto Nacional de Câncer

MMG - Mamografia

RCC - Religiosa Consagrada Católica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB - Universidade de Brasília

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VRC - Vida Religiosa Consagrada

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 CÂNCER DE MAMA	21
2.1.1 Prevenção primária do câncer de mama	27
2.1.2 Prevenção secundária do câncer de mama	28
2.1.2.1 Autoexame das mamas	29
2.1.2.2 Exame clínico das mamas	30
2.1.2.3 Mamografia	31
2.2 VIDA RELIGIOSA CONSAGRADA	32
2.2.1 Concílio Ecumênico Vaticano II: marco da Igreja Católica	32
2.2.2 Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB)	34
2.2.3 Religiosas Consagradas Católicas	35
2.2.3.1 Profissão dos votos evangélicos	37
2.2.3.2 Sexualidade e a Vida Religiosa Consagrada	39
2.2.4 Dualidade: Deus da saúde ou da doença?	41
2.3 CONTEXTUALIZANDO A BIOÉTICA	43
2.3.1 Princípio do respeito à autonomia	43
2.3.2 Bioética de Intervenção	45
2.3.3 Bioética e saúde pública	47
2.3.4 Bioética de Proteção	48
2.3.5 Vulnerabilidade humana	49
2.3.6 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos	51
3 OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
4 MÉTODOS	

4.1	DESCRIÇÃO	54
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	54
4.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	55
4.3.1	Critérios de inclusão	55
4.3.2	Critérios de exclusão	55
4.4	INSTRUMENTO APLICADO	55
4.4.1	Definição do instrumento aplicado	56
4.4.2	Distribuição dos questionários	57
4.5	TABULAÇÃO DOS DADOS	58
4.6	CONFLITOS DE INTERESSES	59
4.7	DESCRIÇÃO DOS RISCOS DA PESQUISA	59
5	RESULTADOS	60
6	DISCUSSÃO	72
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	73
6.2	O SILÊNCIO...	75
6.3	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	79
6.4	INDIVÍDUO <i>versus</i> SAÚDE PÚBLICA: DE QUEM É A CULPA PARA O ADOECIMENTO?	93
6.5	RETORNO DOS BENEFÍCIOS OBTIDOS PELA PESQUISA	96
6.6	PROPOSTAS INTERVENTIVAS FUTURAS	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
8	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	116
	ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica (1), responsável por milhares de mortes em todo o mundo. Em 2008, ocorreram, no âmbito mundial, 12 milhões de casos novos de câncer e sete milhões de óbitos (2). Os índices também são alarmantes, considerando os países da América do Sul, América Central e Caribe, sendo que o número estimado de novos casos de câncer nestes países foi em torno de um milhão e de 589 mil casos de óbitos em 2008 (2).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as doenças malignas se destacam em segundo lugar em causas de óbitos no Brasil demonstrando um dado alarmante à saúde pública (2). Por isso, as informações sobre prevenção e tratamento dos diversos tipos de cânceres se constituem em instrumentos básicos para a construção de indicadores, planejamento e acompanhamento nas intervenções em saúde pública (3).

Para efetivamente controlar as neoplasias malignas, deve-se enfatizar a importância e a necessidade do conhecimento científico sobre o assunto, além de valorizar e atentar-se às escolhas individuais do estilo de vida. A alocação de recursos disponíveis para um melhor planejamento, efetivação e análise das estratégias para o controle da doença também são fatores primordiais no combate ao câncer. Não se pode negar que a prevenção e o controle do câncer são desafios da saúde pública nos dias atuais (2), contudo não pode ser desconsiderada a necessidade de contextualizar os aspectos simbólicos para a compreensão desta problemática (4).

Diferentes partes do corpo humano podem ser acometidas pelos diversos tipos de câncer, dentre elas as mamas femininas. O câncer de mama representa 22% de todos os novos casos de câncer, bem como a principal causa de morte por câncer na população feminina mundial. O número de novos casos em 2000 foi estimado em 1,05 milhões, sendo de 370.000, a taxa de mortalidade. Em 2000, havia uma estimativa de 3,9 milhões mulheres vivas que tiveram câncer de mama diagnosticado nos cinco anos anteriores (5).

No Brasil, salvo exceção ao câncer de pele não melanoma, entre as mulheres o tipo de câncer mais comum é o de mama, porém em algumas regiões predomina-se o câncer de colo do útero (2).

Não diferente dos demais tipos de câncer, as neoplasias malignas mamárias, grave problema de saúde pública, elevam as taxas de forma significativa de mortalidade na população brasileira, devido ao diagnóstico tardio da doença. O aumento da incidência de novos casos pode ser decorrente de mudanças de estilo de vida e da história reprodutiva das mulheres, em especial nos países em desenvolvimento, como consequência do processo de urbanização da sociedade e também pode estar associado à falta de programas adequados de rastreamento nestes países (6).

Para o Brasil, o número de novos casos de câncer de mama esperado para 2011 é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. As regiões, Sudeste e Sul, apresentam as maiores taxas de câncer de mama seguidas respectivamente pelas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. A preocupação vem no sentido de que a incidência de câncer nos últimos 30 anos praticamente dobrou (2).

A etiopatogenia do câncer é complexa e multifatorial, o que pode dificultar a ação preventiva primária que tem como objetivo principal evitar o surgimento da neoplasia. A prevenção secundária refere-se à detecção precoce do câncer, mesmo nesta etapa as chances de cura ainda são altas. As ações de detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce e as ações de rastreamento. Neste caso, o diagnóstico precoce consiste em identificar sinais e/ou lesões na fase inicial do câncer de mama. O rastreamento tem como objetivo promover a aplicação de um exame em populações que não possuem sintomas na perspectiva de identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer de mama (7).

As medidas indicadas para a detecção precoce do câncer de mama são o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e também a mamografia (MMG) (8).

O AEM, apesar de as mulheres não possuírem a técnica e percepção acurada de um profissional habilitado, ainda é um método que tem sua relevância na prevenção do câncer de mama (9). O objetivo primordial deste exame é fazer com que a mulher conheça as suas mamas, o que facilitará na percepção de quaisquer alterações mamárias, tais como pequenos nódulos nas mamas, secreções pelos mamilos, mudança de cor da pele, e algumas vezes ainda podem ser detectados precocemente uma quantidade pequena de linfonodos axilares em mulheres que realizam este tipo de exame regularmente (9). A mulher pode chegar a detectar

nódulos entre dois a três centímetros (10).

O exame clínico realizado pelo médico pode detectar tumores entre um e dois centímetros. Como método eficiente de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama pode-se eleger um exame radiológico, a MMG (10). Desta forma, lesões ainda não palpáveis podem ser diagnosticadas antecipando o AEM e o ECM propiciando terapêutica mais conservadora (11). Evidencia-se que, após os 50 anos de idade, devido à maior incidência do câncer de mama, a MMG deva ser realizada anualmente (10).

Fatores de risco se correlacionam para a ocorrência das neoplasias malignas mamárias, tais como a idade avançada, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas, exposição prolongada a estrógenos endógenos, exposição a radiações e obesidade pós-menopausa, terapia de reposição hormonal e o uso de contraceptivo oral, a nuliparidade, dentre outros (12).

Estima-se que a idade mais avançada no primeiro parto e a nuliparidade sejam reponsáveis por aproximadamente 30% dos casos de câncer de mama nos Estados Unidos da América (EUA) (13). Este estudo se justifica pois, um grupo específico de mulheres nulíparas, as religiosas consagradas católicas (RCCs), popularmente conhecidas como freiras, não engravidam, não amamentam e, a idade média delas no Brasil é de 60 anos (14). Obedecendo à lógica dessa racionalidade, fatores de risco evidenciam a predisposição das RCCs ao câncer de mama. O alerta da provável ocorrência do câncer de mama em RCCs foi retratado pela primeira vez, em 1275, pelo médico e pintor Teodorico Borgognoni (15).

A comunicação é um instrumento fundamental para a promoção e conscientização da população feminina acerca do câncer de mama e dos fatores associados. Tais conhecimentos podem ser veiculados de formas diversas, dentre as quais, orientações realizadas por meio de profissionais de saúde e os meios de comunicação de massa (12).

A Igreja Católica Apostólica Romana é uma instituição social que tem ação participativa na sociedade brasileira desde meados do Brasil - colônia e promove a entrada contínua de informações no campo social, e pode influenciar nas ações de indivíduos e grupos (16).

As RCCs são mulheres que consagram as suas vidas a Deus. Elas fazem a profissão dos votos evangélicos de pobreza, obediência e de castidade e se colocam à disposição da Igreja. Assim, o discurso produzido pela Igreja sobre as

mulheres torna-se relevante na contribuição para a identidade e direitos sociais das mesmas.

Uma pessoa religiosa é aquela que está numa relação estreita com o divino (17). Nessa perspectiva, os indivíduos recorrem a Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentar os males, como por exemplo, no enfrentamento das doenças (18).

A doença é um evento passível de ser modificado. Pretende-se, portanto, refletir acerca da autonomia do indivíduo, do estilo de vida e das ações de políticas públicas para proteção dos mesmos. Tais manifestos são encontrados nas ações de promoção da saúde abrangendo elementos individuais e coletivos, como a cultura, religião, etnia, dentre outros (19).

O corpo é o meio em que ocorre a materialização do indivíduo, no qual as dimensões física e psíquica se inter-relacionam de maneira integrada nas relações sociais e com o ambiente (20). Corpo este que, historicamente, a moral cristã foi responsabilizada de repreendê-lo. Devido à periculosidade da proximidade do corpo com a alma, o corpo feminino associava-se particularmente, à repressão, à desonra (21), às ideias de impureza e de fragilidade, sobretudo pelo domínio do homem sobre a mulher, além das questões morais envolvidas em torno da sexualidade (22).

Para abordar o tema, deve-se enfatizar e evidenciar a bioética em todo o estudo como base para discussão dos assuntos expostos. A bioética não surgiu por acaso no Ocidente, mas foi preparada por demorados processos em que se enquadram discussões e controvérsias. A Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão moral de decisões e de conduta, utiliza uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (23), de modo que o respeito à autonomia é concretizado mesmo em situações que não correspondam à escolha que faríamos.

A questão ética, nos dias atuais, adquire identidade pública e perpassa a questão de consciência a ser resolvida somente na esfera da autonomia. Deve ser considerada também, a análise das responsabilidades sanitárias, ambientais e a interpretação histórico-social em que os indivíduos se enquadram. No tocante à epidemiologia é essencial observar a determinação das formas de intervenção a serem programadas, na priorização das ações na formação de pessoal levando em consideração principalmente aqueles mais frágeis e necessitados. Assim, para a Bioética de Intervenção deve haver a priorização de políticas públicas para o maior

número de pessoas, num maior tempo de espaço possível para resultar nas melhores consequências (24). Nessa perspectiva, cabe ao Estado assumir as obrigações sanitárias para com as populações reconhecendo as situações de desigualdades de acesso e assim desenvolver políticas públicas para a sua resolução garantindo a dignidade do ser humano e do seu direito à cidadania, conforme preconiza a Bioética de Proteção (25).

Como questão de saúde pública, mesmo com os esforços da medicina tradicional para a prevenção do câncer de mama, a queda do índice de morbimortalidade da doença ainda não foi alcançada. Nessa perspectiva, este estudo serve para alertar os membros pertencentes à comunidade religiosa católica no sentido de enfatizar os fatores de risco às RCCs ao câncer de mama e ainda mostrar para esta comunidade a importância e a preocupação que as neoplasias malignas trazem na perspectiva das políticas de saúde pública. Afirma-se ainda que, o caminho para a proteção coletiva dependerá das ações de saúde pública, entendendo que as mesmas é dever do Estado e direito do cidadão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer é um crescimento anormal e desordenado de células invasoras de tecidos e órgãos. A transformação celular ocorre por alterações no DNA, fazendo com que essa célula não mais realize sua função adequadamente. Uma característica primária do câncer é a sua capacidade de se dividir rapidamente, resultando no acúmulo de células, formando o tumor. Embora existam determinadas características comuns a um tipo particular de câncer, cada tipo ainda pode ser exclusivo a um único indivíduo. Isto ocorre devido às diferentes mutações celulares possíveis, a depender do estágio da doença quando detectada: inicial ou avançado. Isso quer dizer que indivíduos distintos diagnosticados com o mesmo tipo de câncer podem ou não receber o mesmo tratamento (26).

Para distinguir os diversos tipos de câncer, nomeia-se conforme a parte do corpo em que ele se manifesta primeiramente (26). Dentre as neoplasias malignas, destaca-se o câncer de mama, por ser causa de alta incidência de mortalidade na população feminina mundial (27). Apesar da revolução no quadro epidemiológico da morbimortalidade feminina, a neoplasia maligna mamária é o tipo mais comum de câncer na população feminina, exceto ao câncer de pele não melanoma. O câncer de mama apresenta relativamente um prognóstico favorável caso tenha diagnóstico precoce e seja tratado oportunamente (2).

Embora homens possam apresentar esse tipo de câncer (28), entre as mulheres é pelo menos cem vezes mais frequente. Isso pode ser explicado pela maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogênio endógeno (29).

As mamas são percebidas como um órgão sexual e são detentoras de apelo erótico. Foi somente no final da Idade Média que a nudez feminina passou a ser identificada com o desejo e a ter a conotação erótica que se conhece nos dias atuais (30).

No surgir do 'amor romântico', no século XVIII, nasceu também o sentimento conjugal na perspectiva do desejo provocado pela visão do corpo feminino, que de

certa maneira, contribuiu para a valorização dos seios na arte da sedução (30).

Nesse sentido, o câncer de mama é conhecido por causar pânico nas mulheres, principalmente pelos efeitos psicológicos que afetam a sexualidade, a imagem corporal (8), a mutilação do corpo, a feminilidade e até mesmo a evocação da sensação eminente da morte (1). A essa doença são atribuídos estigmas que tornam a vida dos enfermos e dos familiares mais difícil (1).

As maiores taxas de incidência de câncer de mama são observadas na Europa setentrional e ocidental, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, e nos países do sul da América do Sul, especialmente Uruguai e Argentina (31). Devido à detecção precoce e tratamento adequado dos indivíduos acometidos, a mortalidade está diminuindo nos países desenvolvidos (32). A maioria dos países em desenvolvimento tem incidência baixa a moderada da ocorrência de câncer de mama em comparação aos países desenvolvidos (31), contudo a taxa de mortalidade daqueles países é alta como consequência da não adesão à prevenção e tratamento insuficiente para essa doença (33).

No Brasil, as estimativas para o biênio 2010/2011 apontam a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, sendo 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. À exceção do câncer de pele do tipo não melanoma (câncer mais incidente na população brasileira que totaliza aproximadamente 114 mil novos casos para o 2010), os tipos de cânceres mais incidentes no sexo masculino serão os de próstata e os de pulmão. No sexo feminino, os mais incidentes serão os cânceres de mama (49 mil novos casos para 2010) e do colo do útero (18 mil novos casos para 2010) acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (2). As taxas elevadas de mortalidade ocasionadas pelo câncer de mama continuam altas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágio avançado.

A região Sudeste é a que apresenta as maiores taxas de câncer de mama, com um risco estimado de 65 novos casos por 100.000, seguida da região Sul (64/100.000). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres da região Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (2). No Distrito Federal (DF), situado na região Centro-Oeste brasileira, as neoplasias malignas que acometem o sexo feminino detém-se em primeiro lugar – o câncer de mama – num total aproximado de 670 novos casos de

câncer de mama para o total de 3220 novos casos de câncer (incluindo o câncer de pele não melanoma) (2).

Não diferente dos demais tipos de câncer, o câncer de mama é uma doença de evolução progressiva, caracterizada por um longo período de latência e fase assintomática prolongada; exceto quando uma das fases da doença é interrompida (34). Há uma lacuna evidente nos diversos caminhos etiológicos que perpassam os diferentes tipos de câncer de mama, sendo esta doença, muitas vezes, diagnosticada e tratada de forma distinta, pois a ela se associam características complexas que envolvem aspectos heterogêneos e multifatoriais (35). Não se pode deixar de mencionar que, o rastreamento aliado à detecção precoce e a tratamento efetivo resulta em melhoria na sobrevivência nos últimos anos. Fato distinto do que ocorriam décadas atrás (35).

Muito embora análises temporais recentes das tendências do estadiamento do câncer de mama no Brasil indiquem maiores taxas de detecção precoce do tumor, um terço dos registros de casos novos ainda corresponde à doença localmente avançada ou tardiamente diagnosticada (36) (p.192).

Os epidemiologistas decidiram estimular mais a prevenção do câncer de mama ao invés de encontrar respostas para a etiologia e os mecanismos do câncer de mama (35). Neste sentido, o INCA (2010) lançou recentemente sete recomendações (orientações) no intuito de alertar a população feminina aos primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e a buscar avaliação médica, com o propósito de reduzir a mortalidade desta doença no país (37).

As recomendações preconizam o acesso às informações científicas e em linguagem de fácil compreensão sobre o câncer de mama para todas as mulheres; alerta aos primeiros sinais e sintomas da doença e procura por avaliação médica. As mulheres que encontrarem nódulo palpável na mama ou outras alterações suspeitas têm o direito de receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias. As mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade devem fazer a MMG a cada dois anos. Quando uma instituição obtiver a qualificação do serviço de MMG pelo Programa de Qualidade em Mamografia, deverá colocá-la em local visível às usuárias. As mulheres devem estar cientes de que o controle da ingestão do álcool e do peso, a amamentação e a regularidade nas atividades físicas são formas de prevenir o câncer de mama. E, finalmente, alguns esquemas de terapia de reposição hormonal pós-menopausa aumenta o risco para o câncer de mama. Por tal motivo, as

mulheres que se encontrem nessa fase devem criteriosamente ser acompanhadas por um profissional habilitado (37).

Ainda não se sabe exatamente a causa exata desse tipo de câncer, sabe-se que fatores de risco podem estar associados a esta doença (29). Os fatores de risco se definem por ter o potencial de induzir a uma consequência (neste caso, o câncer) e simplesmente identifica os indivíduos que são maiores de idade risco a determinada doença aos demais que não se enquadram em tal categoria (38).

Para a ocorrência do câncer de mama podem ser citados vários fatores de risco: consumo de álcool e alimentos gordurosos (5, 32, 38, 39, 40); exposição a toxinas ambientais (32); história familiar – mãe ou irmã (31, 32, 38, 40); história pessoal (32); história de abortos (32); idade e o tipo da menopausa (cirúrgica ou natural) (5); menarca precoce (2, 5, 32, 40); menopausa tardia (2, 32, 40); não amamentação (32); nuliparidade (2, 32, 40); primeira gestação após 30 anos (2, 5, 31, 32, 38, 40); exposição à radiação ionizante (2, 32, 40); sedentarismo (32); tabagismo (32); terapias de reposição hormonal com estrogênio e progesterona (2, 5, 32); uso prolongado de contraceptivos orais (2); uso indiscriminado de preparados hormonais (40). Apesar dos fatores de risco citados anteriormente, em muitas situações, o único fator de risco encontrado é a idade (2, 32, 41).

O aumento da incidência do câncer de mama nos EUA pode ter duas explicações. A primeira, no que se refere às mudanças ocorridas no perfil dos fatores de risco na população dos EUA e a segunda é o aumento do rastreamento mamográfico. Em particular, mudanças nos padrões de procriação, com uma tendência de retardo e diminuição do nascimento do primeiro filho e a diminuição da paridade têm sido sugeridas como causa plausível para esse aumento. De fato, estima-se que a idade mais avançada no primeiro parto e a nuliparidade corresponde ao aumento de 30% dos casos de câncer de mama nos EUA (5, 39).

A paridade e a idade do primeiro parto são fatores que influenciam nos hormônios endógenos que influenciam no risco para o câncer de mama. As mulheres nulíparas apresentam maior risco relativo de 1,4 para o desenvolvimento de câncer de mama do que as mulheres paridas. A idade do primeiro parto é extremamente importante para o desenvolvimento subsequente de câncer de mama. Mulheres com idade inferior a 20 anos no primeiro parto pode reduzir o risco de câncer de mama em cerca de 50%, em comparação com nascimento do primeiro

filho após 35 anos. O aleitamento materno parece ter um pequeno efeito protetor do câncer de mama (5).

Para McKinnell *et al.* (38) o fato de as freiras não engravidarem está associado ao aumento das chances de desenvolver o câncer de mama. A descoberta desses fatores de risco explica a observação feita há três séculos, pelo médico Bernardino Ramazzini, que o câncer de mama era a doença mais comum entre as freiras, atribuindo ao câncer de mama, o nome *doença de freira* (38, 42, 43, 44, 45).

Em um dado momento, havia pelo menos uma freira que tinha câncer de mama (42) ocupando, portanto, um lugar único na cultura dos conventos da Europa, no século XVII. Neste sentido, considerando a *Santa protetora das mamas* reverenciada pela Igreja Católica, retratos de Santa Ágata adornavam as paredes das enfermarias do convento e as RCCs reverenciavam a história de sua vida e de sacrifício (38).

Como todos os epidemiologistas, Ramazzini focou a exceção, a diferença de estilo de vida para explicar o fenômeno, o celibato religioso (46). Ramazzini havia descoberto a correlação do câncer de mama com a prevalência da doença, no entanto, não descobriu a(s) causa(s) da neoplasia maligna mamária. Salienta-se que, as religiosas consagradas são mais vulneráveis ao câncer de mama como qualquer outra mulher que nunca tivera filho (46).

Séculos anteriores ao alerta de Ramazzini, o médico e pintor Teodorico Borgognoni retratou em uma pintura, no século XIII (1275), um médico examinando uma das mamas de uma religiosa. Este quadro se encontra atualmente nos acervos da Universidade de Leiden, na Holanda (Figura 1). Considerando a data da pintura, o câncer de mama foi provavelmente comum em religiosas consagradas por muitos séculos (47). O câncer surge, portanto, na maioria das vezes, como resultado do estilo de vida e das condições em que os indivíduos vivem e trabalham (39).

Apesar da existência dos fatores de risco para o câncer de mama, mesmo que algumas mulheres se enquadrem nas categorias de maior risco podem não desenvolver a doença (29; 38), e muitas que tiveram a doença não possuíam qualquer fator de risco. De fato, os fatores de risco parecem não dizer exatamente tudo. Alguns desses fatores têm maior impacto a outros, e que também podem mudar a todo o tempo, a depender de variáveis; como, por exemplo, a idade (29).



Figura 1: Pintura de Teodorico Borgognoni que retrata um médico examinando a mama de uma religiosa consagrada católica

Fonte: Vainio H, Bianchini F. Breast Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 7 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. 2002.

Evidências científicas indicam que a exposição ambiental às substâncias químicas tóxicas pode contribuir para o desenvolvimento, em torno de 50%, de câncer de mama. A importância do meio ambiente tem sido validada por pesquisas indicando que entre crianças adotadas, por exemplo, cujos pais adotivos morreram de câncer, havia cinco vezes o risco médio de desenvolver a mesma doença. A exposição à poluição ambiental, medicamentos e produtos farmacêuticos, pode imitar os efeitos do estrogênio no corpo e pode levar as células a crescer descontroladamente e formar tumores. Alguns cientistas e grupos ativistas estão lutando para obter uma maior porcentagem de fundos para a investigação sobre as causas ambientais de câncer (48).

2.1.1 Prevenção primária do câncer de mama

A existência humana é marcada por padrões de comportamento que as pessoas fazem para satisfazer as suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Esses padrões incluem o modo de preparo e de consumo de alimentos, inatividade física, e desenvolvimento da dependência do tabaco álcool e drogas. Muitos destes padrões têm um impacto sobre o câncer, assim como em outras doenças (39).

As ações de prevenção primária têm como objetivo diminuir a incidência de uma doença numa população, diminuir o risco do surgimento de casos novos ao prevenir a exposição aos fatores que levam ao seu desenvolvimento e interromper-lhe os efeitos ou alterar as respostas do hospedeiro a essa exposição, impedindo que ocorra o início biológico da doença (41). Adotar um estilo de vida saudável, que inclui dieta saudável, exercícios físicos, peso corporal adequado e evitar comportamentos de risco podem contribuir para uma vida longa e ativa (39).

No que diz respeito à identificação dos fatores de risco do câncer de mama, embora não haja uniformidade na sua definição, no método de mensuração e ainda, pelas contradições observadas entre os diferentes estudos, observou-se que o sexo, a idade, a história familiar e a história pregressa do câncer de mama, a história reprodutiva e a suscetibilidade genética têm sido associados a um risco aumentado de desenvolver essa doença (41).

Apesar da necessidade da prevenção primária, ainda esse tipo de prevenção não é totalmente eficaz na prevenção da morbimortalidade do câncer de mama devido às características genéticas que estão envolvidas na etiologia da doença e à variação dos fatores de risco da doença (2) como também a alguns fatores ambientais ou comportamentais (33). Portanto, para diminuir a mortalidade feminina pelo câncer de mama, a melhor estratégia é a prevenção secundária com detecção e diagnóstico precoces e tratamento em tempo oportuno (49).

2.1.2 Prevenção secundária do câncer de mama

A prevenção secundária tem como principal objetivo alterar o curso da doença, uma vez que o início biológico da doença já ocorreu. Educar a população por meio de campanhas e capacitar os agentes de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas em estágios menos avançados do câncer de mama contribui para a detecção precoce, aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado (39). A definição para diagnóstico precoce, ao se referir ao câncer de mama, é quando a doença pode ser tratada conservando as mamas, ainda não há envolvimento dos linfonodos axilares, e as chances de cura são de aproximadamente 75% (50).

A importância do diagnóstico precoce do carcinoma de mama é diretamente proporcional a um tratamento específico adequado para cada caso antes que possa haver aumento do tamanho do tumor, ou antes, mesmo que ocorra uma metástase (41).

O rastreamento populacional, ou seja, a aplicação de testes simples, em massa, serve para identificar os indivíduos com doença assintomática com o intuito da detecção precoce (39) permitindo o tratamento específico para a doença num estágio inicial, antes mesmo que possa ser vista clinicamente (51).

Quando há iniciativa de busca ativa de determinada população-alvo, o rastreamento é dito populacional e oportunístico, como o próprio nome sugere, quando as pessoas procuram voluntariamente os serviços de saúde (52). No rastreamento oportunístico, grande parte das mulheres não são rastreadas, ou por faltarem ou pela demora em comparecer às demais etapas que o rastreamento exige. Ainda, muitas não cumprem as recomendações recebidas nos serviços de saúde (36).

Um dos fatores limitantes para os programas de rastreamento utilizado é o critério de seleção utilizado: a idade. A associação de outras variáveis é de extrema necessidade a considerar a diversidade populacional e os diferentes grupos presentes na sociedade (32).

Quando o objetivo de um programa de rastreamento é detectar lesões precursoras, espera-se uma redução no número de casos novos de câncer (incidência) e, conseqüentemente, no número de óbitos (mortalidade), conforme

observados nos programas de rastreamento para o câncer do colo do útero ou do câncer de cólon e reto. Contudo, quando o objetivo é detectar a doença precocemente, estima-se que haja redução na mortalidade. Portanto, em programas cuja intenção é detectar câncer em sua fase precoce não haverá redução nas taxas de incidência. Ao contrário, a introdução das ações poderá seguir de um aumento aparente nessas taxas, uma vez que casos prevalentes assintomáticos (isto é, já existentes no momento do exame) serão detectados (39).

A detecção precoce é apenas uma parte de uma estratégia mais ampla que inclui o diagnóstico, o tratamento da doença detectada, e *follow-up* (39). Atualmente existem três estratégias disponíveis para corroborar na detecção precoce da doença: AEM, ECM e a MMG (53). Para Jatou (54), os métodos de rastreamento para o câncer de mama são: MMG, ECM, AEM, ressonância magnética e a ultrassonografia. Segundo o INCA (28), a ultrassonografia não substitui, mas é um exame complementar, à MMG. Cumpre salientar que a ultrassonografia é o método de escolha para avaliação de lesões mamárias palpáveis em mulheres com idade inferior aos 35 anos (33).

2.1.2.1 Autoexame das Mamas

O AEM faz parte do auto cuidado da saúde da mulher e pode auxiliá-la a conhecer a *normalidade* de suas próprias mamas (48). As mulheres, com maior nível educacional e renda, são as que mais se aderem ao AEM e detêm maiores conhecimentos sobre o câncer de mama (9). Muitas mulheres descobrem os tumores cancerígenos ocasionalmente, quer seja pela rotina no banho ou enquanto se veste e até mesmo quando os seus parceiros percebem os nódulos (48).

A frequência da realização do AEM é diretamente proporcional à sua eficácia. Desta forma, aquelas mulheres, que nunca praticaram esse exame, têm a probabilidade de apresentar nódulos cancerígenos de três centímetros e meio. Para as mulheres que o praticam eventualmente, os nódulos têm aproximadamente dois centímetros e meio; e, para as que o fazem mensalmente, os nódulos têm aproximadamente dois centímetros ou menos. Aquelas que praticam o AEM e

descobrem os nódulos têm aumento na expectativa de vida de aproximadamente 75% e as que não o fazem reduzem suas chances para 59% (9).

Apesar do incentivo dos profissionais da saúde para a prática do AEM em períodos regulares, ainda não houve comprovação científica se esse exame realmente auxilia na redução das mortes por câncer de mama (53), e nem um consenso sobre a eficácia, sensibilidade e especificidade dessa prática (39). O incentivo é baseado na crença de que o procedimento é simples, seguro e gratuito e pode ser eficaz (53).

Embora existam evidências de que o AEM gera condutas indevidas e preocupações descabidas em mulheres de países como o Canadá, em que o acesso aos serviços médicos está garantido a todas as mulheres, questiona-se o benefício em termos de saúde pública. Porém, no Brasil como nos demais países em desenvolvimento, o AEM não pode ser dispensado, pois o acesso aos serviços de saúde é precário e assim, o AEM por mais que não seja tão efetivo quanto a MMG é de extrema importância e necessidade (50). Nesta perspectiva, preconiza-se a periodicidade mensal do AEM, de quatro a seis dias após o término do fluxo menstrual, a partir dos 20 anos de idade (50). Nas mulheres amenorreicas deve-se escolher uma data específica do mês para a sua realização (50, 55).

2.1.2.2 Exame clínico das mamas

O ECM pode detectar lesões menores e é acessível a um menor número de mulheres quando comparado ao autoexame da mama (50). Esse exame constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Ademais, o ECM é um procedimento realizado por profissional habilitado no qual faz parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas ginecológicas, independente da faixa etária (33). A eficácia do ECM de mama dependerá da qualidade com o qual é realizado pelo profissional (50).

Preconiza-se também que, o ECM deva ser realizado anualmente para as mulheres acima dos 40 anos (33).

Para Kemp *et al.* (33) e para a *American Cancer Society* (29), o ECM deve ser realizado a cada três anos entre a faixa etária dos 20 aos 40 anos, e posteriormente

a esta faixa etária a mulher deve realizá-lo, anualmente.

2.1.2.3 Mamografia

A MMG é um exame - padrão ouro - de rastreamento do câncer de mama (56). Este exame é capaz de detectar nódulos, muitos anos antes mesmo que as mulheres possam senti-los manualmente (48). A sensibilidade da MMG está entre 88% e 93,1% e a especificidade está em torno de 85% e 94,2% (28).

Curiosamente, o Dia Nacional da Mamografia instituído pela Lei nº 11.695 de 12 de junho de 2008 (57) coincide com o dia em que a Igreja Católica comemora o dia de Santa Ágata.

O INCA (33) preconiza o rastreamento por MMG com o máximo de dois anos entre os exames para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos. As mulheres acima dos 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama, devem realizar o ECM e a MMG, anualmente. Os grupos de risco para desenvolver o câncer de mama são: “mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*”.

Segundo a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008 (58), o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados deve assegurar dentre outras atribuições à realização de exame mamográfico para todas as mulheres a partir dos quarenta anos de idade. Em contrapartida, Crooks e Baur (48) afirmam que a idade efetiva para a realização da MMG é após os 50 anos, pois as mulheres na faixa etária entre os 40 a 49 anos podem ter um diagnóstico dificultado devido à alta densidade do tecido mamário. A *American Cancer Society* (29) almeja que os exames mamográficos sejam realizados em mulheres a partir dos 40 anos de idade enquanto as mulheres apresentarem condições para realizar tais exames.

Estratégias de rastreamento têm sido estudadas para países em

desenvolvimento pois até o dado momento a MMG é o principal método para rastreamento precoce do câncer de mama (2). Um dos obstáculos para muitas mulheres, inclusive brasileiras, para não realizar as condutas preconizadas para a prevenção secundária do câncer de mama diz respeito ao nível socioeconômico de muitas delas que não permitem sequer o acesso às consultas ginecológicas (59).

Atualmente, alguns centros, ao invés da MMG analógica, utilizam a MMG digital, ou seja, faz uso de uma nova tecnologia onde a película de raios-X é substituída por detectores que convertem os raios X em sinais eletrônicos (44).

Embora a MMG seja um exame eficaz, um número significativo de tumores podem não ser captados ou mesmo fornecer resultado de teste falso-positivo. Sendo assim, o melhor método para a detecção precoce do câncer de mama é uma combinação das três regras: realizar o AEM mensalmente, procurar o serviço de saúde para consulta ginecológica e fazer o ECM por um profissional capacitado, e por fim, realizar a MMG, conforme recomendação, anteriormente exposta (48).

2.2 VIDA RELIGIOSA CONSAGRADA

2.2.1 Concílio Ecumênico Vaticano II: marco da Igreja Católica

Não é possível afirmar se foi o Concílio Ecumênico Vaticano II o responsável pelas modificações ocorridas na Igreja Católica, ou se foi convocado pelo Papa João XXIII apenas para sancionar tais transformações. Foram apenas quatro reuniões realizadas no período entre 1962 a 1965, terminando sob o Papado de Paulo VI, onde diversos documentos foram elaborados para fundamentar a nova forma de ser católico (60). Desta forma, os últimos cinquenta anos foram marcados pela abertura da Igreja Católica ao mundo, principalmente, aos países latino-americanos devido à sua influência sobre a vida dos pobres e excluídos (61). O objetivo deste Concílio foi o de realizar (também) mudanças estruturais na vida religiosa feminina, na organização interna e externa com vistas à adaptação aos novos tempos e às pastorais da Igreja Católica (62). O sistema organizacional das congregações religiosas era por demais rígido e ultrapassado diante das transformações sociais e

culturais alastradas em todo o mundo. Após a realização do Vaticano II, a Igreja deu passos importantes que melhor se coadunam aos direitos humanos (61).

Por causa das inseguranças advindas da liderança institucional, os enfrentamentos e desafios da modernidade eram adiados, sobretudo às questões científicas. O Vaticano II foi o revelar da insatisfação dentro e fora da Igreja (63).

Foi um impacto, uma revolução que foi de Deus, sem dúvida nenhuma esse processo de renovação foi profundamente traumático, mas renovador. Nós passamos a ser religiosos com um jeito novo de ser, mais autêntico, mais ligados às inspirações iniciais, por um lado, com uma tentativa de traduzir as realidades presentes. E com uma prática que respeitou, pela primeira vez, de maneira consciente, a realidade humana do religioso ou da religiosa (63) (p. 32).

As ideias dos fundamentos organizacionais da Igreja Católica, antes do Concílio Vaticano II, eram baseadas na separação do mundo (62).

Era uma Igreja que, do ponto de vista institucional era extraordinariamente forte: estável, permanente, com um discurso absoluto e total, baseado na força extraordinária da palavra de Deus, da revelação e do dogma, e da autoridade do Magistério. [...]. Do ponto de vista da organização, tratava-se de uma hierarquia vertical, em que os que sabem decidem e dirigem aqueles que estão nos degraus inferiores da hierarquia. E nós, como fiéis, e até o próprio religioso colocava-se como um fiel, obedecendo passivamente, sem termos a necessidade de buscar nem compreender. Era a época da obediência passiva. [...] Era muito diminuto o espaço para posicionamentos subjetivos e à crítica. Essa Igreja missionou o mundo de 1500 a 1960 (63) (p.28).

Os costumes conventuais e o comportamento das religiosas faziam parte de um modo ímpar do restante da sociedade. O modo de viver das religiosas era singular tanto nos conventos, como nos locais em que as *freiras* trabalhavam e residiam. Os hábitos religiosos e a rigidez dos horários, o silêncio durante as refeições, a obediência rigorosa aos superiores, e as penitências eram motivos de curiosidade para as demais pessoas que não faziam parte deste mundo misterioso (62).

Após o Concílio Vaticano II mudanças significativas nos hábitos costumeiros das religiosas ocorreram e que são visualizadas até os dias atuais, tais como: a troca do hábito religioso por roupas comuns e a separação do local de residência dos locais de trabalho das religiosas. Diferente do modo tradicional as *freiras* passaram a viver em casas ou em apartamentos. A mudança também aconteceu tanto nos aspectos comportamentais, como nos valores tradicionais. O discurso

utilizado atualmente é de autovalorização e de realização pessoal, não mais de sacrifício pessoal (62).

Depois do Concílio houve uma 'explosão de experiências'. Todos os rincões da Igreja resolveram experimentar e modificar as formas que levavam até então. [...]. E também no comportamento, no modo de vestir, nos horários, nas atividades, na participação da 'vida mundana', quer dizer, houve uma quantidade enorme de experiências de todos os tipos. Inclusive, algumas mais avançadas, afetivas e até sexuais dentro da própria vida religiosa, e aí os superiores começaram a ficar preocupados e tiveram que começar a dizer não. Essas experiências sim, essas não, essas convêm, essas não convêm (63) (p.34).

Não houve consenso entre os clérigos quanto às reais vantagens do Vaticano II, mediante a transformação advinda dos anseios das ideias modernas (60) provocando turbulências dentro da própria Igreja católica. Houve deserções e diminuição do número de vocações, fechamento de colégios, e também de obras tradicionais e de comunidades. Sentimentos de frustração e de desilusão abateram os religiosos/as, principalmente, os mais idosos (64).

Houve uma época em que muitas irmãs foram embora com a abertura. Saíram muitas irmãs achando que a congregação ia acabar. Então, muitas ficaram porque acharam que não tinham condições de sobreviver lá fora (63) (p.35).

Em congruência à mentalidade moderna, a habilitação técnica específica das religiosas se fez necessária para exercer as diversas profissões. Elas foram encorajadas a seguirem os cursos superiores ampliando o campo de atuação do trabalho pela Igreja e o incentivo à capacitação das religiosas, inclusive para trabalhar em instituições seculares com o propósito de testemunhar a pobreza (62).

De qualquer forma, a motivação para ampliar o diálogo ocorreu pelas mudanças sociais ocorridas na Instituição Católica e, ainda, por agregar valores de cidadania com a inserção dos membros no meio popular, principalmente das religiosas, para pregar o Evangelho (63).

2.2.2 Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB)

A CRB foi importante como veículo na difusão da renovação da vida religiosa advinda do Concílio Vaticano II. A CRB é uma instituição religiosa de direito canônico, fundada na década de 50, e está a serviço da vida religiosa consagrada (VRC). A coordenação nacional da CRB (CRBn), situada em Brasília, é presidida pela Irmã Márian Ambrósio. Os objetivos desta instituição são: animar, assessorar e articular a vida religiosa no Brasil para o serviço profético e de testemunha de Cristo, optando preferencialmente pelos cuidados dos pobres e dos excluídos.

Os associados à CRBn são os Institutos de Vida Consagrada, os religiosos sacerdotes, irmãos e irmãs residentes no Brasil e Sociedades de Vida Apostólica e os membros participativos são aqueles que ainda se encontram na fase formação para a VRC. Enfatiza-se o comprometimento da CRB com a promoção da justiça e da paz regidos pela reconciliação entre as pessoas e povos e, pela sua articulação com outras organizações da sociedade (65).

A CRB Nacional (CRBn) conta com o auxílio das demais vinte seções regionais distribuídas pelas cinco regiões do país (65). A seção da CRB Regional de Brasília (CRBr) é responsável pelas religiosas de todo o Distrito Federal e entorno.

Atualmente, existem no Brasil aproximadamente 33.330 RCCs (66). Segundo dados não oficiais da CRBr no Distrito Federal e entorno residiam aproximadamente 700 RCCs, em 2010.

2.2.3 Religiosas Consagradas Católicas

As RCCs são mulheres que deixam as suas vidas, tanto profissionais quanto familiares, numa tentativa de abnegação de si mesmo na vivência de votos ou conselhos evangélicos na busca incessante de seguimento de Jesus Cristo e ao serviço da Igreja para evangelizar, interceder e promover a dignidade humana.

Segundo São Tomás de Aquino, a VRC é aquela em que o ser humano e as suas coisas são dedicados a Deus, ao seu culto e ao serviço Dele.

Os valores, descritos a seguir, são idealizados pelas pessoas que seguem a VRC: vida comunitária de comunhão fraternal; consagração total e plena a Deus pelos votos evangélicos; o serviço à Igreja e ao mundo auxiliando no desenvolvimento e na integração humana; autenticidade dinâmica e criadora à luz

do Espírito Santo; respeito e valorização da capacidade dos carismas pessoais projetando-os para a construção da Igreja e do mundo (67).

O chamado de Deus a cada indivíduo ocorre de forma singular, única e irrepetível. A vida religiosa manifesta as exigências do Reino de Deus que está acima de todas as coisas terrestres demonstrando a força superior inalcançável do Reino de Cristo e do poder do Espírito Santo (68).

É por meio do Batismo que o *homem velho* (o pagão) é aniquilado para ressurgir o *homem novo* (o cristão) para ser uma nova criatura (II Cor 5,17) (69). A profissão religiosa é o modo singular e profundo que foi evoluído de uma confirmação iniciada no Batismo manifestada expressamente pela profissão dos conselhos evangélicos (70).

A formação das religiosas corresponde a várias etapas fundamentais para alcançar o desenvolvimento e amadurecimento das mesmas diante de uma nova forma de ver o mundo, e ainda auxilia na busca da consciência da identidade de vida consagrada pela profissão dos votos evangélicos num determinado instituto religioso. Estas etapas visam à formação cristã onde os valores éticos e de cidadania são incentivados, tornando discurso frequente nos institutos para o auxílio na evangelização em comunidades carentes e em trabalhos sociais (71).

O tempo de formação auxilia o indivíduo a se espelhar na Virgem Maria pela peregrinação de fé junto a Cristo até a cruz. A Virgem está presente em todos os momentos da vocação religiosa sustentada por uma teologia assegurando a formação dos religiosos de forma autêntica e sólida (71).

A VRC feminina tem como meta fundamental o cuidado com a alma, apesar de que a dedicação e cuidado com outras pessoas também são parte do cotidiano das religiosas. Elas passam por um processo de formação onde é salutar enfatizar a sua função e seu papel na sociedade, principalmente no que se refere à disseminação do catolicismo (60).

A formação religiosa propõe o estímulo ao crescimento pessoal a partir dos valores apresentados, do empenho e da condução individual e ainda tem a função de moldar de forma própria cada ser a partir da instituição da qual o indivíduo pertence sem que este perca os elementos comuns a todos dentro da Igreja e das características pessoais inerentes a cada pessoa (72).

Para o ritual de iniciação na formação religiosa o futuro membro do grupo deve abandonar a sua identidade da comunidade de origem para adotar o “novo

modelo” a ser seguido (73). A *nova vida* não corresponde àquele mundo que havia construído anteriormente principalmente nas questões em que se baseia na convivência com diferentes grupos em diferentes espaços de tempo e circunstâncias (74). Agora, existe uma rotina coletiva presente, pelo menos, na etapa de formação inicial. Além disso, existem modificações nos conceitos do autorreconhecimento identitário e da aceitação social podendo ocasionar dificuldades no reconhecimento individual (74). Este é um período probatório, de privações e sofrimentos no sentido de “igualar todos os futuros membros do grupo” (73). Neste sentido, considerando que todos os integrantes passaram pelas mesmas provas são atribuídas a tais membros a dignidade e a capacidade de pertencerem a mesma comunidade (CRB, 2004). As formas de referências para as jovens já não são mais o “mundo externo a Instituição”, mas sim a própria Instituição (74).

A partir do pressuposto de um modelo mantido com vistas à necessidade de se ajustar as novas exigências, Bruneli (2000) (75) levanta questões referentes à vida comunitária, relacionamento interpessoal, mas também ao exercício da autonomia. Em consonância, Chitolina (2005) salienta que o indivíduo tem potencialidades para a busca da liberdade e da autonomia; contudo, por vezes se vê limitado, frágil e necessitando dos outros para a sua construção e realização plena (72).

As RCCs podem ser divididas em dois grupos: religiosas de vida ativa e as de vida contemplativa. Salienta-se que o processo de formação para ambos é o mesmo. As RCCs pertencentes aos institutos de vida ativa têm como função servir os “espaços da caridade, do anúncio evangélico, da educação cristã, da cultura e da solidariedade com os pobres, os discriminados, os marginalizados e oprimidos” (76).

As religiosas pertencentes aos institutos de vida contemplativa chamam a atenção pelo seu modo peculiar de viver, em regime de *clausura* (21). Elas têm como função ajudar com sua oração à obra missionária da Igreja (77).

2.2.3.1 Profissão dos votos evangélicos

As exigências para cumprir a vocação religiosa fundamentam que, os membros de todo e qualquer instituto respondam a um chamado divino se dá pela

profissão dos votos (ou conselhos) evangélicos de pobreza, castidade e obediência de forma a renunciar ao mundo e viverem exclusivamente para Deus constituindo uma consagração especial (78). As pessoas religiosas assumem também o compromisso da vida comunitária, isto é, de viver em comunidade para facilitar a realização da missão e a busca pela perfeição sendo chamadas a testemunhar a vida em comunidade como resposta ao seguimento de Cristo.

Por causa do voto de pobreza, as religiosas abraçam a pobreza voluntária para seguir a Cristo devendo sê-lo feito com zelo, preocupando-se com os seus tesouros no céu. Devem ainda trabalhar unidos para as coisas necessárias às obras de Deus entregando-se à Providência Divina (78). A partilha do dinheiro, na VRC, garante o básico para a realização da própria missão em que o desapego das “coisas terrestres” traga a realização pessoal e plena neste mundo (63).

Em nome do voto de obediência, as religiosas devem obedecer humildemente aos superiores, segundo as próprias regras e constituições colaborando para a edificação do Corpo de Cristo. Esta obediência leva o religioso à maturidade sem diminuir a sua dignidade como pessoa humana (78). Baldissera (79) contrapõe a definição e relata que, em algumas situações a responsabilidade de determinar a própria vida é retirada do indivíduo cabendo a gestão pelo superior/superiora que a/o pune ou gratifica a depender das ações consideradas más ou boas, respectivamente.

O voto de castidade é o mais difícil de ser definido. A profissão desse voto é um dom da graça para com Deus e para com todos os homens (78).

A observância da castidade perfeita atinge intimamente inclinações mais profundas da natureza humana, os candidatos não se abeirem nem sejam admitidos à profissão da castidade, senão depois duma provação verdadeiramente suficiente e com a devida maturidade psicológica e afetiva. Sejam não só instruídos sobre os perigos que ameaçam a castidade, mas formem-se de tal maneira que abracem o celibato consagrado a Deus também como um bem de toda a pessoa (78).

A castidade pressupõe o viver liberto de toda escravidão do egoísmo. A castidade é uma “pedagogia da liberdade humana” (80) na qual impelirá a pessoa a ser toda de Deus (70). A pureza de mente e de corpo auxilia no desenvolvimento do respeito de si mesmo e dos outros auxiliando a visualizar que as pessoas foram criadas à imagem de Deus. A castidade exige que se evitem certos pensamentos, palavras e ações pecaminosas requerendo, portanto o domínio de si mesmo, sinal

de liberdade interior, de responsabilidade consigo mesmo e com os outros no testemunho da fé (80).

O viver a castidade vai além de exercer o controle dos impulsos sexuais e foi se tornando, ao longo dos anos, um sinal de santidade (74). O Concílio Vaticano II recordou o fato que todos os seres humanos são convidados a viver a santidade (80).

A pessoa religiosa compromete-se a viver o celibato e a continência. O celibato cristão é uma opção individual livre, consciente, para viver uma vida de solteiro consagrada ao Reino de Deus. Este viver a vida de solteiro refere-se à renúncia ao relacionamento sexual e à procriação biológica (81). A continência é a abstenção permanente que os religiosos renunciam ao prazer orgástico nos aspectos da genitalidade (74). São Paulo já havia enfatizado que o celibato é a forma ideal das pessoas levarem a vida, sendo o casamento uma segunda opção aceitável, mas inferior ao celibato (82).

Cada indivíduo vê o seu celibato conforme o desenvolvimento pessoal, a formação religiosa desenvolvida ao longo da existência e as convicções e valores próprios (83).

2.2.3.2 Sexualidade e a Vida Religiosa Consagrada

O tema da sexualidade sempre despertou o interesse de estudiosos e muitas vezes é foco central de debates, inclusive na própria Igreja Católica. O corpo feminino foi visto por vários séculos como marca da exclusão e da inferioridade. A subordinação da mulher era tamanha que o ato sexual acontecia somente quando os homens solicitavam. É importante assinalar que, o ato sexual era visto até o concílio Vaticano II somente como uma forma indispensável para a reprodução humana (84). Por outro lado, a beleza e a sensualidade feminina se despontavam caracterizada como perigosa e capaz de perverter os homens, sendo causa de pregação pelos padres católicos. O desejo era visto pela Igreja como 'barro, lodo e sangue imundo' (84). A sexualidade foi motivo de repressão principalmente para as mulheres. A elas bastava o fardo de "carregar o peso do pecado original". Não diferente das demais mulheres "o último lugar onde se poderia esperar a

manifestação da sexualidade feminina seria nas celas dos conventos, pois ali as religiosas deviam recolher-se por vontade espontânea e, como “esposas de Cristo”, renunciar por completo aos prazeres sensuais” (84).

Era a um só tempo inferior (uma vez que fora criada da costela de Adão), e diabólica – uma vez que havia sucumbido à serpente fazendo com que Adão fosse expulso do paraíso, além de ter descoberto o 'deleite carnal' e o ter mostrado a Adão (82) (p.36).

Para Vidal (85), a sexualidade na VRC não pode ser interpretada em parâmetros negativos, muito menos se deve entender a VRC como uma situação ou estado de 'pureza ritual' diante dos tabus da sexualidade e nem sequer faz da sexualidade um objeto ou conteúdo de oblação ou sacrifício a Deus. Este autor define a sexualidade e o amor celibatário como um amor sexual que se manifesta pela entrega livre e aberta a todos na vinculação comunitária de dimensões plurais.

O discurso teórico sobre sexualidade na VRC apesar de ser atualmente mais facilmente discutido na Igreja, obstáculos estão presentes, inclusive a maturidade das religiosas para falar sobre o assunto. Preocupação esta estendida e evidente na fase de formação das religiosas, pois quando a religiosa é bem orientada, a sexualidade “pode propiciar o saudável desenvolvimento afetivo/sexual postulado pelo projeto de vida consagrada” (83). A sexualidade quando fora de controle agride as normas estabelecidas (82).

Martínez (86), religioso agostiniano, contextualiza o tema da sexualidade na vida religiosa. Para este autor, a sexualidade se expressa por meio do amor, da afetividade, da ternura e do sexo no ser humano perpassando todas as etapas da vida e também pode ser manifestada na relação genital. O religioso agostiniano afirma ainda que, a Igreja se apoia em dois postulados básicos para falar sobre sexualidade humana. O primeiro postulado, “quanto menos se tocar no tema da sexualidade tanto melhor, além de melhor; entre outros motivos, porque não se sabem o que dizer, propor e como orientar”, desenvolve uma lacuna na formação dos religiosos que, de certa forma, poderá provocar dificuldades e insegurança para abordar o tema sobre a sexualidade humana, além é claro de provocar um profundo silêncio sobre o assunto. O segundo postulado diz que a Igreja assume “uma linha moralista, citando-se as normas existentes e exigindo-se seu cabal cumprimento”. Desta forma, é capaz de responder adequadamente na forma pedida. Alguns elementos básicos como os impulsos e sentimentos, a atuação do inconsciente e a

influência do ambiente são praticamente ignorados. Como fruto dessa linha formativa pode-se esperar pessoas intensamente reprimidas (86).

o projeto de consagração postula personalidades equilibradas e maduras. Só elas serão capazes de viver sua sexualidade e afetividade de maneira consciente, livre e autônoma, responsável e integrada harmoniosamente no todo da pessoa e de seu contexto psicossocial e eclesial. Eis porque a educação da pessoa humana, e concretamente em suas dimensões de gênero, é uma exigência inquestionável da formação para a vida consagrada (83) (p.93).

2.2.4 Dualidade: Deus da saúde ou da doença?

Considerando a influência do Cristianismo no Ocidente, do monoteísmo cristão, Deus passou além de Senhor da vida e da morte, mas também da saúde e da doença, representando Seu poder sobre os homens. A premiação com a saúde se devia a obediência à lei divina. Ao descumprimento da lei, a punição com a doença. O motivo do adoecimento das pessoas tementes a Deus era atribuído ao demônio (18).

Segundo o Catecismo da Igreja Católica (87), a doença, a morte ou as fragilidades inerentes à vida são conseqüências do pecado. O sofrimento e a doença sempre afligiram a vida humana e são os problemas mais graves que podem acometê-la.

O sofrimento é algo mais amplo e mais complexo do que a doença e, ao mesmo tempo, algo mais profundamente enraizado na própria humanidade (88).

Há distinção entre o sofrimento físico e o sofrimento moral. O primeiro se dá, seja de que modo for, quando dói o corpo. O segundo corresponde à dor da alma, ou seja, algo mais difícil de ser identificado e de ser cuidado pela medicina (88).

O sofrimento deve servir à conversão, isto é, à reconstrução do bem no sujeito, que pode reconhecer a misericórdia divina neste chamamento à penitência. A penitência tem como finalidade superar o mal que, sob diversas formas, se encontra latente no homem, e consolidar o bem, tanto no mesmo homem, como nas relações com os outros e, sobretudo, com Deus (88).

O ser humano experimenta a sua incapacidade, os seus limites e também a sua finitude quando doente. É na doença que o ser humano é chamado a renovar

sua confiança naquele que cura as enfermidades (89). “Para se obter os grandes sacrifícios [como ex, a cura] as pessoas se preparam por meio dos pequenos sacrifícios, não se costuma cair no pecado grave de repente, mas ele costuma ser o resultado de uma série de opções egocêntricas que a pessoa foi realizando, muitas vezes sem ter feito um plano reflexo explícito. Pode-se dizer no fundo que, do ponto de vista moral, somos o que escolhemos. Ao preterir determinados valores nas opções concretas, a pessoa está configurando seu perfil moral, embora não o pretenda expressamente. Daí a importância de educar na virtude desde a tenra idade, inculcando a preferência por aqueles valores que farão com que a pessoa seja boa” (17).

A doença também acomete as religiosas consagradas. Neste sentido, Matos (90) afirma que, a doença constitui, ao acometerem as religiosas consagradas idosas, uma “oportunidade de se deixar plasmar pela experiência pascal, configurando-se com Cristo que cumpre em tudo a vontade do Pai e se abandona nas mãos divina até lhe entregar o espírito” (90).

Dentre as doenças de maior incidência e responsável por um alto índice de morbimortalidade que acomete principalmente a população feminina é o câncer de mama. Este tipo de câncer acomete milhares de mulheres em todo o mundo, dentre elas, as religiosas consagradas católicas (91).

Araújo (21) realizou uma pesquisa em instituições religiosas pertencentes à Diocese de Taubaté onde entrevistaram dezoito freiras, sendo nove de vida ativa e nove de vida contemplativa sobre a questão do autoexame na prevenção do câncer de mama (21).

As religiosas expressam a desinformação sobre prevenção do câncer de mama e a não adesão à prática do autoexame das mamas. As freiras de vida contemplativa não recebem informações, uma vez que elas não têm acesso aos meios de comunicações usuais que veiculam as campanhas do autoexame das mamas. Para as religiosas de vida ativa, as informações chegam de diversas formas como pela televisão, palestras, campanhas de conscientização e leitura [...] Mesmo com as diferenças no que diz respeito ao acesso às informações sobre doença, autoexame das mamas não é realizado pelas religiosas, seja as de vida contemplativa seja as de vida ativa. [...] Exemplo disso é que as religiosas de vida ativa, mesmo tendo acesso às informações sobre o procedimento, não o realizam (21) (p.159).

Nessa perspectiva, para Araújo (21) a moral religiosa católica age negativamente em relação ao corpo e a sexualidade.

Para Pereira (63), a VRC não lida facilmente com as questões sobre sexualidade, o que pode provocar dificuldades para o viver da castidade, e ainda corre o risco de tornar o assunto uma castração ou até mesmo um ato a ser punido. Sendo assim, a VRC pode atrair para si o risco de se fechar e evitar a discussão dos assuntos referentes à sexualidade e castidade humana (63).

2.3 CONTEXTUALIZANDO A BIOÉTICA

2.3.1 Princípio do respeito à autonomia

Na cultura Ocidental, a presença do dualismo antropológico e do reducionismo científico é vislumbrada. De um lado, encontra-se a dualidade do ser humano, a antítese entre corpo e alma, espírito e matéria, e por outro lado, não pode ser desconsiderada a constituição, o estado biológico (anatomia e a fisiologia) do corpo como parte constituinte do organismo (92).

A Igreja Católica sempre afirmou o respeito em relação ao corpo humano e considerava como heresia toda escola que tentasse diminuir a dignidade deste corpo (93). Os cristãos veem Deus como um Ser indivisível e absoluto. Ele é o princípio e o fim de toda a existência devendo, portanto, a sociedade se estruturar e viver conforme as exigências do Ser Supremo e ainda viver dos preceitos e virtudes pregados pela própria Igreja. Ferrater-Mora (94) afirma que Santo Agostinho foi o autor que mais se dedicou às questões pautadas sobre a liberdade humana e ainda definiu o *livre-arbítrio* como uma possibilidade de escolha e liberdade mantendo laços com o exercício da vontade. Essa vontade pode inclinar-se e caso não haja o auxílio de Deus inclina-se ao pecado, ou seja, não basta necessariamente saber o que é bem, mas saber inclinar-se para ele. A vontade do ser humano em buscar algo (isto ou aquilo) é indiscutível, mesmo Deus sabendo que o ser humano buscará isto ou aquilo. O mistério da liberdade, o conflito entre a liberdade humana e a 'predestinação divina', não é explicado por Santo Agostinho (94).

Paulino (95) escreve com excelência sobre a necessidade da busca da autonomia numa sociedade em que as normas ditadas são as cristãs. O indivíduo

privado de suas responsabilidades pessoais possuía a vida humana instituída por uma autoridade divina submetendo-o a praticar uma moral fundada numa realidade para além de sua compreensão racional. A necessidade de repensar sobre questões inerentes a vida humana foi salutar principalmente no que tange a liberdade do ser humano transformando-o em um indivíduo autônomo (95).

A individualidade humana e a busca de uma definição moral mais profunda têm um valor fundamental para a humanidade. Conflitos diversos são gerados, pois, a conquista da autonomia não é premissa para considerar a facilidade no poder de decisão e ação das pessoas. O indivíduo é único no poder de ser, de decidir e de agir. Possui diante de si uma responsabilidade de seus atos que pode *colocar em jogo* a própria pessoa e o sentido que ela dá sobre sua própria vida (95).

Ser livre é ser livre também para escolher mal (96) (p.17).

Tealdi (97) enfoca o corpo humano como a maneira mais enérgica para se constituir a universalização, concreta, e onde cada indivíduo pode ser reconhecido de maneira respeitosa.

O reconhecimento concreto, ontológico, social e legal do direito ao próprio corpo de cada pessoa deve ser medido pela resposta efetiva da comunidade, do Estado e das instituições e organizações às necessidades específicas de indivíduos e grupos (98) (p.233).

Durante todos estes anos, não existe tema mais central no discurso da bioética, especialmente no campo da ética médica, que sobrepõe o lugar de destaque do respeito à autonomia e dos direitos individuais, apesar de os princípios pertencerem a um mesmo nível (98).

A teoria principialista foi amplamente utilizada no Brasil até 1998. Após este período, a partir da consolidação de grupos de estudo, pesquisa e pós-graduação pelo país, a bioética brasileira começou a se transformar (24). Para Garrafa (24) um desenvolvimento tardio. A motivação para as críticas ao principialismo se deve por não contemplar a análise de conflitos à realidade dos países em desenvolvimento e muito menos o enfrentamento dos macros problemas bioéticos, persistentes ou cotidianos, vivenciados por grande parte das populações de países como o Brasil, marcados pela exclusão social (99).

Não existem princípios universais capazes de gerenciar os diversos conflitos

que emergem nas sociedades devido às diferentes concepções sobre os problemas e os debates apresentados nas sociedades democráticas contemporâneas. Contudo, estes debates auxiliam nortear negociações e orientar compromissos assumidos pelos envolvidos em conflito, dentre eles, os de valores e de interesses no campo da saúde (100).

Na década de 90, após as duras críticas à universalidade do princípalismo, nova(s) proposta(s) de bioética(s) surgiu (ram), dentre elas a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção.

2.3.2 Bioética de Intervenção

A Bioética de Intervenção, gerada na Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, inicialmente denominada de Bioética Dura (*Hard Bioethics*) é comprometida com tudo que se compartilha à qualidade de vida humana e não compartilha com a desigualdade na distribuição de recursos sanitários. Ela tem como referenciais, os direitos humanos, a cidadania e as garantias asseguradas pelo Estado estendida à condição inalienável de pessoa considerando o princípio de equidade nas garantias legais (101).

A Bioética de Intervenção promove a aplicação de princípios que vão além daqueles designados como *universais*. São princípios que correspondem à realidade dos países periféricos configurando-se em instrumento eficaz para mediar os conflitos persistentes, principalmente (99). As situações persistentes são aquelas que persistem por séculos afincos e que ainda são problemas no início do século XXI, como por exemplo, a discriminação de raça, sexo e gênero; a concentração de poder (102). A proposta da Bioética de Intervenção abarca os princípios da responsabilidade, da solidariedade, da tolerância, além dos Princípios dos quatro “Ps”. Estes princípios incluem: a “prevenção de possíveis danos iatrogenias, a precaução frente ao desconhecido, a prudência com relação aos avanços e “novidades” e a proteção dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos”, ou seja, a proteção dos vulneráveis socialmente (24).

A bioética de intervenção preconiza como moralmente justificável, no campo público e coletivo, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo

possível e que resulte nas melhores consequências; e no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas para os conflitos localmente identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem e as contradições que os fomentam (99) (p.115).

O referencial da bioética de intervenção se refere à corporeidade, onde o corpo físico, ou seja, a materialização da pessoa é o *absoluto universal* em que a vida social se sustenta garantindo o necessário à vida dos indivíduos e das populações. O absoluto universal é ímpar para a “manutenção do indivíduo, da cultura e da sociedade” (99). Isto não afirma que os conceitos utilizados para corpo, dor e prazer sejam os mesmos utilizados para todas as sociedades ao longo de todo o período da história (99).

Nesta perspectiva, Tealdi (97) afirma que o corpo humano é individual, singular, e o modo mais potente de uma universalização concreta porque é único lugar onde podemos ser reconhecidos pelos outros e onde os outros podem ser reconhecidos por nós para construir uma rede universal de relações inter-humanas respeitosa das identidades individuais e coletivas. O corpo humano é o único modo de relacionar-nos em nossa condição de seres humanos. Assim, a medicina, como instituição social cuja finalidade é a atenção e o cuidado da vida e a saúde do corpo humano tem sustentado durante séculos uma ética universalista ainda com as limitações de seu paternalismo.

Ademais, as sensações de dor e prazer são utilizadas como indicadores para intervir em relação à satisfação das necessidades de sujeitos concretos. Esses podem servir para mensurar tanto a desigualdade entre as sociedades, ou seja, parâmetros objetivos, e parâmetros subjetivos são utilizados para mensurar a qualidade de vida nos segmentos da população em três níveis de atuação: relacional, corporal e social (99).

A Bioética de Intervenção não se detém somente nos conflitos na área biomédica, mas contextualiza os conflitos advindos das desigualdades sociais nas práticas e serviços de saúde, reconhecendo a ideia de saúde como qualidade de vida. Porto e Garrafa (99) enfatizam que no tocante à epidemiologia, a Bioética de intervenção considera que a doença é fruto do meio social influenciada por momentos históricos e culturais que condicionam a vida social, as relações de produção e também dos fatores ambientais. A visão sobre a doença deve ser crítica e não simplesmente uma relação entre saúde e doença com enfoque biológico.

2.3.3 Bioética e saúde pública

O direito à saúde é um direito social (103) conforme preveem a *Constituição Federal de 1988* e a *Lei Orgânica da Saúde de 1990* (106), sendo que, a concretização desse direito se dá na implementação das políticas públicas de saúde visando a coletividade. O objetivo das políticas de saúde é promover a melhoria das condições de vida da população de forma que o acesso seja igualitário e universal aos indivíduos considerando o princípio da equidade (103).

As diretrizes da Lei Orgânica estão baseadas em princípios morais, visto que, a Constituição Federal de 1988 define a saúde como um "direito de todos e dever do Estado", e confirma o "acesso universal e igualitário" aos serviços de saúde. Contudo, o princípio da igualdade não é compatível com o estabelecimento de prioridades. Razão esta em que não se consegue aplicar a Lei Orgânica da Saúde em sua totalidade (103).

O impasse entre justiça social e autonomia individual, no campo da saúde pública, pode surgir quando se pretende que a alocação equitativa de recursos seja, ao mesmo tempo, igualitária e libertária, pois, podem aparecer fatores discriminantes que podem ser questionados em algum aspecto importante (105). A Bioética é o alicerce para que as decisões sejam equânimes (103).

A Bioética oferece subsídios teóricos e práticos para dirimir conflitos de interesses e valores presentes na administração da saúde pública (106). A superação de conflitos éticos é dinâmica e envolve anseios, obrigações e interesses das partes envolvidas. O governo é protetor e o maior comprador. A indústria e os fornecedores são os que solicitam a incorporação dos seus produtos ou bens. As instituições e os profissionais da saúde fazem pressão para a atualização técnico-científica. E finalmente os pacientes exigem, nem sempre com a informação adequada e o necessário poder crítico ou de discernimento, uma solução para o seu problema de saúde (106).

A reflexão ética caminha no sentido de que a partir do momento em que o indivíduo tem acesso às orientações esclarecedoras, o mesmo deve ser persuadido à mudança do estilo de vida. A abordagem não deve ocorrer por meio da coerção, pois não é eticamente defensável, e nem agir de forma paternalista, pois mesmo as

ações sendo de caráter beneficente são contrárias ao poder de decisão das pessoas (107).

Uma preocupação constante da saúde pública são os indivíduos que possuem estilos de vida não saudáveis. A adoção de uma posição autônoma faz com que cada indivíduo faça o uso da “própria consciência em busca de solução” (108) (p. 258).

Fortes e Zoboli (107) levantam uma polêmica no sentido de que os indivíduos que escolhem viver os estilos de vida não saudáveis não devem receber recursos pertencentes às outras pessoas, observando que a opção de *correr riscos* foi do próprio indivíduo.

As ações de saúde pública, ao ensejarem modificar estilos e comportamentos de vida, podem se imiscuir nos assuntos dos indivíduos e das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes das hegemônicas na sociedade, no intuito de controlar o “bom” funcionamento de corpos. Além disso, os indivíduos não necessariamente querem seu próprio bem, no sentido em que os especialistas de saúde pública o querem, pois podem ter outra noção do que significa seu bem-estar [...]. Sendo assim, condizentes com a orientação bioética de evitar a discriminação e a estigmatização das pessoas em virtude de suas características pessoais e escolhas, entendemos que as ações de saúde pública não devem se orientar pela culpabilização dos indivíduos (107) (p.21).

A promoção da saúde cujo objetivo é de promover a qualidade de vida depende da responsabilidade do Estado frente aos indivíduos, além da responsabilidade individual (109).

Com base no princípio da responsabilidade proposto por Hans Jonas, os pesquisadores Schramm e Kottow propõem a utilização do princípio da proteção para abordar os problemas morais referentes à saúde pública. Nessa perspectiva, a Bioética da Proteção, lança mão do princípio da proteção, para reafirmar a ética da responsabilidade social, em que o Estado deve assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas (25).

2.3.4 Bioética de Proteção

A Bioética de Proteção é “um conjunto de disciplinas e práticas que têm por objeto a proteção da saúde das populações humanas” (109) e visa a promoção da saúde (proteção proativa) e a prevenção de doenças (proteção defensiva). A

proteção defensiva tem como objetivo proteger os estilos de vida considerados saudáveis à qualidade de vida humana.

A Bioética de Proteção possui dois desafios. O primeiro se refere aos conflitos individuais, contudo sem chegar ao extremo do relativismo moral. E em segundo considera o contexto da tradição universalista do discurso moral, contudo, abarcando as diferenças no sentido de evitar a discriminação de indivíduos e de populações vulneráveis (110). A Bioética de Proteção é universalizável, ou seja, ela pode ser aplicada nas situações de conflito com características semelhantes pertinentes para que possam fazer tal assimilação (110).

Dentre os três níveis reconhecidos da Bioética de Proteção, o nível protetor é o básico, o fundamental, pois se refere a um sofrimento evitável. Ao mesmo tempo este nível deve ser evitado, pois, a este pode ser associado aquele em que o prazer e a dor sejam confundidos com o bom e o mau.

Os outros dois níveis se referem às funções, analítica e a prática (ou normativa). O nível analítico é a condição necessária para acontecer um ato ético. É teórico, descritivo e crítico. A análise racional e imparcial dos conflitos oferece condições para a solução deles. Já a função normativa nem sempre fornece soluções concretas para um conflito, pois além das normas muitas vezes não serem respeitadas, os dilemas morais são parte das situações concretas. Os conflitos não são resolvidos somente com a racionalidade tradicional impostas pelas normas. A articulação dificultada entre os níveis descritivo e normativo é um fato, pois fatos e valores podem ser confundidos (110).

A proteção não deve ser pensada somente no sentido interpessoal, mas também no social. A missão da Bioética de Proteção é amparar os excluídos das políticas públicas de saúde garantindo uma qualidade de vida a todos, mesmo que com isso haja uma suspeita de paternalismo. Muitas vezes o paternalismo é visto como um impedimento das decisões e ações autônomas das pessoas (110). Fato este que, se visualizado não ocorre, pois, a proteção é ato contrário ao paternalismo justamente porque proteger implica em oferecer condições indispensáveis para que o próprio protegido seja capaz de proteger a si mesmo no futuro (110).

2.3.5 Vulnerabilidade humana

A vulnerabilidade pode protagonizar dois conceitos distintos. O primeiro, como adjetivo, sendo de caráter restritivo e mais comumente utilizado. O segundo refere-se a um substantivo, mais amplo e contextualizado como fundamento da ética, sem caracterizar um efeito restritivo da palavra (111). Para Kottow (112) a vulnerabilidade intrínseca ao ser humano é denominada de *básica* e a vulnerabilidade *secundária* é aquela em que alguns indivíduos, sociedade ou até mesmo países estão predispostos a sofrer mais danos, ou seja, é aquela em que são abordadas as circunstâncias.

A palavra vulnerabilidade é de origem latina e pode ser definida como a susceptibilidade de ser ferido. Tal definição é mantida em todas as evocações do termo a depender do contexto enunciado (111) e pressupõe a existência de relações desiguais entre indivíduos ou grupos (113). Segundo Berlinguer (114) a modificação de uma realidade requer a ação sobre os fatores individuais e coletivos, comportamentais e ambientais.

Para abarcar os dois conceitos, anteriormente especificados, o tema da *vulnerabilidade humana*, utilizado constantemente na linguagem corrente como parte do discurso bioético, teve o seu ápice com a enunciação do princípio *respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual* no artigo oitavo da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (115) (p.09).

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como a suscetibilidade a eventos externos em um sentido de risco. Na vida social estes eventos potencialmente causadores de danos podem ser fenômenos físicos (desastres geológicos, acidentes nucleares) fenômenos sociais (criminalidade e alcoolismo) e também podem ser físicos, biológicos e sociais (fome e doenças). A distribuição e a suscetibilidade aos riscos não é igualitária para todos os seres humanos, embora todos sejam vulneráveis. Os grupos sociais em desvantagem socioeconômica são os grupos mais vulneráveis. Desta forma, a vulnerabilidade humana deve ser compreendida a partir das razões históricas que determinam a distribuição social e espacial dos sujeitos em comunidades demonstrando uma relação direta entre

vulnerabilidade e exclusão social (116).

Em relação à saúde, o termo vulnerabilidade abarca os diversos graus e tipos de suscetibilidade dos indivíduos e grupos a agravos ou riscos a saúde. A análise da suscetibilidade vai além das dimensões individuais, os aspectos sociais e institucionais devem ser amplamente averiguados. Dentre os indivíduos pertencentes a todos os setores sociais que mais sofrem pelas moléstias produzindo o agravo no estado de saúde podem ser citadas as mulheres. Estas sofrem com a desigualdade social e a exclusão social (117).

2.3.6 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)

Essa declaração foi adotada por aclamação e homologada no dia 19 de Outubro de 2005 (115), na Conferência Geral da Unesco, na cidade de Paris. Esse documento se encontra inserido na etapa atual de revisão e ampliação dos conceitos da bioética. A DUBDH vem para confirmar o caráter pluralista e multidisciplinar da bioética além de ampliar sua temática, para os campos social e ambiental, não se detendo somente aos assuntos da área biomédica e biotecnológica (102).

A DUBDH (115) faz uma invocação em seu prefácio sobre a capacidade dos seres humanos em refletir sobre a sua própria existência e de que os mesmos são partes integrantes da biosfera cujo papel de grande importância é a de proteção uns dos outros não esquecendo das demais formas de vida. Não obstante, essa mesma declaração reafirma a responsabilidade social do Estado frente à saúde. Para se ter saúde, além do desenvolvimento de pesquisas científicas, os aspectos culturais e psicossociais são determinantes.

Outra elucidação é a capacidade que os seres humanos têm de perceber as injustiças. Neste aspecto verifica-se um artigo solícito à proteção dos indivíduos ou grupos vulneráveis e orienta pelo respeito à sua integridade.

A bioética está consagrada dentre os direitos humanos internacionais, segundo a DUBDH, e garante o respeito pela vida dos seres humanos. Essa declaração reconhece a interligação que existe entre a ética e os direitos humanos no domínio específico da bioética. No artigo segundo são incorporados os princípios que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas

liberdades fundamentais.

A importância da diversidade cultural e do pluralismo também deve receber a devida consideração, sem haver violação do princípio da dignidade humana (119).

Engelhardt (96) enfatiza que “as sociedades são pluralistas, envolvendo as comunidades com uma diversidade de sentimentos e crenças morais”. Fora de uma cultura dominante, como foi a Igreja Católica na Idade Média, é difícil uma sociedade em que não se verifica o pluralismo. Um dos grandes desafios da modernidade é, apesar da uniformidade encontrada em cada comunidade moral, a descoberta de uma moralidade essencial em que deveria unir os estranhos morais, membros de comunidades diversas, incluindo comunidades de crenças e ideologias distintas. A moralidade essencial orienta para o que é certo ou errado, bom ou mau, além do que não usa as pessoas sem os seus consentimentos. Ainda o autor contextualiza a diversidade moral encontrada nas comunidades e sociedades. Exemplifica os monges como sendo membros de uma mesma comunidade unidos por tradições e práticas morais consolidadas. Já a sociedade incorpora os indivíduos de comunidades morais diferentes (96).

Os *estranhos morais* não compartilham uma visão moral em que possam descobrir as resoluções essenciais, mas são capazes de resolver as controvérsias morais por meio do respeito e de uma sadia argumentação racional. Não necessariamente os estranhos morais são estranhos entre si, mas podem ser os melhores amigos afetivos. Os *amigos morais* compartilham uma moralidade essencial de modo que resolve os conflitos segundo um argumento moral sadio recorrendo a uma autoridade com reconhecida jurisdição (96).

Se os indivíduos olharem para a sociedade como um todo, eles perceberão que existem muitos associados de uma mesma comunidade moral com as quais têm importantes diferenças, com as quais podem colaborar como cidadãos, mesmo que sejam estranhos morais (96). O pluralismo moral é responsável pela diversidade de concepções sobre justiça e que também podem ser aplicadas no campo da saúde (118).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar, a luz da bioética, como ocorre a prevenção secundária do câncer de mama nas RCCs.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a faixa etária das RCCs;
- Pesquisar o grau de escolaridade e o tempo de formação religiosa das RCCs;
- Estudar como as RCCs percebem sua própria saúde;
- Investigar se as RCCs fazem os exames de rastreamento do câncer de mama;
- Correlacionar a opção pela vida religiosa consagrada (VRC), o acesso às informações sobre saúde e doença com o princípio do respeito à autonomia, a bioética de intervenção e a bioética de proteção.

4 MÉTODOS

4.1 DESCRIÇÃO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa e qualitativa. Foi realizado no período de 03 de agosto a 19 de outubro de 2010, e envolveu religiosas consagradas católicas dos institutos de vida ativa. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado, autoaplicável que abrangia questões fechadas, mistas e abertas.

Do total de 76 questionários distribuídos nos institutos religiosos de vida ativa, 40 (52,6%) foram preenchidos e devolvidos com uma das vias do termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinada (TCLE). Contudo, 36 questionários (47,4%) não foram devolvidos.

Antes de prosseguir e descrever as etapas da realização do estudo é conveniente apontar os trechos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (119) utilizada como referência para solicitar, além do TCLE dos sujeitos de pesquisa, a anuência antecipada da Conferência dos Religiosos do Brasil (Nacional) (CRBn).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme regulamenta a Resolução CNS 196/96 (119):

em comunidades culturalmente diferenciadas [...] deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual (123).

Ainda,

a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente [...] associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represália (123).

Após a obtenção da anuência da CRBn (Anexo A), o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado em 09/07/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo B).

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo CEP. Ressalta-se ainda que, foi garantido o anonimato das religiosas e das congregações a que as mesmas pertencem.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.3.1 Critérios de inclusão

A amostra, de conveniência, foi constituída por religiosas consagradas católicas, maiores de 18 anos, dos institutos de vida ativa do Distrito Federal e entorno e que aceitaram participar do estudo assinando o TCLE.

4.3.2 Critérios de exclusão

Quanto aos critérios de exclusão foram desconsideradas do estudo as religiosas leigas católicas e as religiosas consagradas não reconhecidas pela Igreja Católica Apostólica Romana, além das religiosas que não tinham atingido a maioria e que não assinaram o TCLE.

4.4 INSTRUMENTO APLICADO

4.4.1 Definição do instrumento aplicado

Considerando os objetivos e a população de estudo, assim como a

inviabilidade da coleta de dados diretamente com os possíveis participantes do estudo, como instrumento foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável e de fácil compreensão. O método foi considerado eficaz uma vez que, de forma rápida e com baixo custo, permitiu ter um considerável número de respostas.

Para a construção das questões houve preocupação quanto ao emprego da linguagem, atentando-se, no sentido de facilitar a comunicação e que pudessem ser respondidas sem dificuldades no entendimento.

Antes propriamente da entrega dos questionários, uma folha explicativa sobre as etapas para a realização da pesquisa (Apêndice A) foi anexada ao envelope que continha o TCLE (Apêndice B) e ao envelope que continha o questionário autoaplicável (Apêndice C). Enfatiza-se, portanto que, os questionários foram colocados em envelopes lacrados e distintos dos envelopes que se encontravam os TCLEs. Isso ocorreu para não haver associação entre os nomes especificados nos TCLEs com os questionários. Tal estratégia para explicar a pesquisa aos sujeitos de pesquisa foi adotada pela impossibilidade de acesso direto aos mesmos.

O questionário foi composto por 15 questões, sendo, uma questão aberta; quatro questões mistas e dez questões fechadas.

A questão aberta refere-se ao item seis do questionário autoaplicável, cuja questão solicitava a justificativa das RCCs para a opção assinalada no item cinco. Este item questionava as RCCs sobre a crença das mesmas em ter menores chances de contrair doenças. Devido à dificuldade encontrada em ter contato direto com as religiosas, foi necessário formular um questionário mais fechado e sem possibilidade de explicação do sentido das perguntas. Assim as respostas foram mais fechadas em torno das questões e sem conteúdos longos sobre a percepção das mulheres. Isto não permitiu uma análise de conteúdo mais profunda; por isso nos resultados, as respostas ao item seis foram apresentadas em uma tabela onde se correlacionaram à alternativa assinalada pelas RCCs no item cinco. Observou-se que, as religiosas apontaram mais de uma justificativa e cada uma dessas justificativas foram contabilizadas. Nesse sentido, o número de justificativas excedeu o número de entrevistadas que responderam a questão.

Também no questionário havia quatro questões mistas, ou seja, estas possuíam quatro alternativas fechadas de resposta e a última se referia a uma opção aberta denominada de *outro(s)*, ou seja, as RCCs assinalariam aquela opção caso as opções anteriores estipuladas não contemplassem as respostas das mesmas. A

alternativa *outro(s)* foi necessária, uma vez que não se possuía parâmetros estabelecidos para a construção somente de respostas fechadas e culturalmente plausíveis e apropriadas. As respostas descritas na opção *outro(s)* foram mostradas nos resultados como uma nova alternativa de resposta, não cabendo uma análise mais profunda da mesma.

4.4.2 Distribuição dos questionários

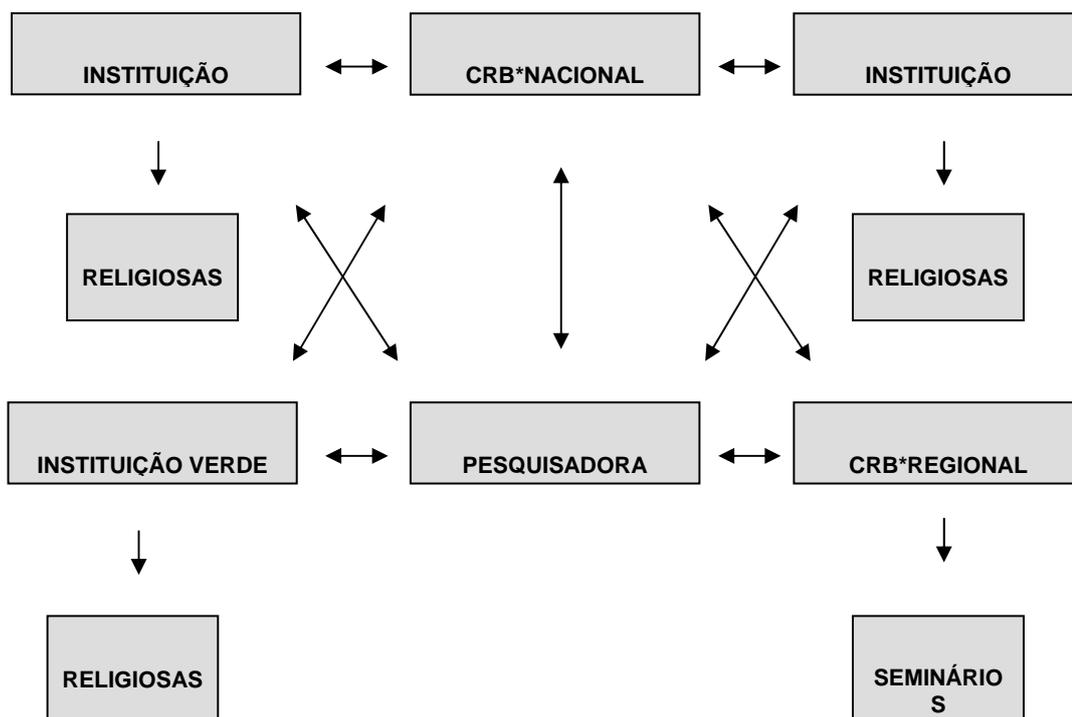
A CRBn indicou quatro instituições para a entrega dos questionários identificadas nas cores laranja, verde e amarela e a CRBr. A escolha das cores foi aleatória e utilizada para referir-se às instituições para que não haja identificação das mesmas. Frisa-se o desconhecimento dos critérios adotados para a escolha dos institutos de vida ativa pela CRBn para a entrega dos questionários.

A CRBr auxiliou na entrega de 45 questionários em seminários realizados em Brasília para religiosas residentes no Distrito Federal e entorno. Neste caso, sem maiores explicações por parte deste órgão, não fora permitida a presença da pesquisadora em tais eventos. Posteriormente, 20 questionários respondidos recolhidos nesses eventos foram entregues pela CRB Regional à pesquisadora.

Ademais, 31 questionários foram entregues pela pesquisadora nas instituições laranja, verde e amarela localizadas na Asa Sul, Asa Norte e Itapuã, respectivamente, sob designação da CRBn. Os documentos foram entregues, nos horários marcados, em envelopes lacrados para uma religiosa ou outra pessoa designada, das instituições indicadas e contatadas previamente pela CRBn. Após a entrega dos documentos, eles foram entregues para as religiosas de cada instituição.

Dos 31 questionários, 20 (vinte) respondidos foram entregues à pesquisadora. Totalizando todas as instituições indicadas pela CRBn, foram devolvidos 40 questionários respondidos.

4.4.3 Diagrama 1 – Representação esquemática da entrega dos questionários



*Conferência dos Religiosos do Brasil

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

4.5 TABULAÇÃO DOS DADOS

As respostas do questionário foram analisadas quantitativamente, por análise de frequência simples e de correlação estatística. Os dados foram trabalhados pelo método de percentual simples, sem desprezo de casas decimais, tendo em vista que cada questionário representava 2,5% dos resultados. O programa utilizado foi o Excel® da Microsoft para a tabulação e análise dos dados.

4.6 CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesses a ser declarado.

4.7 DESCRIÇÃO DOS RISCOS DA PESQUISA

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco, no caso específico, o risco foi mínimo, pois a pesquisadora não teve contato direto com os sujeitos de pesquisa e, no questionário não havia solicitação de dados que pudessem identificar as religiosas e a congregação a que elas pertencem.

O estudo cumpriu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS 196/96 ao garantir anonimato às participantes, assim como a garantia da liberdade de desistência dos mesmos a qualquer momento e o respeito às condições preestabelecidas pela CRBn para a realização do presente estudo.

5 RESULTADOS

Ao avaliar a idade das religiosas estudadas (questão nº 1), três (7,5%) se encontravam na faixa etária dos 30 a 39 anos, nove (22,5%) entre os 40 a 49 anos, cinco (12,5%) entre 50 a 59 anos, 12 (30%) entre os 60 a 69 anos, três (7,5%) estavam entre 70 a 79 anos e duas (5%) respondentes estavam acima dos 80 anos. Da amostra total seis (15%) religiosas não responderam a questão. Portanto, a maioria (30%) das religiosas pesquisadas estava na faixa etária entre os 60 aos 69 anos de idade (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das religiosas conforme a faixa etária (questão nº 1)

Questão nº 1 Faixa etária (anos)	n	%
30 a 39	03	7,5
40 a 49	09	22,5
50 a 59	05	12,5
60 a 69	12	30
70 a 79	03	7,5
Mais de 80	02	05
Não responderam	06	15
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Em relação ao grau de escolaridade das religiosas do estudo – questão nº 2 – cinco (12,5%) concluíram o ensino médio; 27 (67,5%) concluíram o ensino superior enquanto uma religiosa (2,5%) ainda não o havia concluído. Ainda, três religiosas (7,5%) possuem especialização e três finalizaram (7,5%) mestrado. Apenas uma religiosa (2,5%) não respondeu a questão (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das religiosas conforme o grau de escolaridade (questão nº 2)

Questão nº 2 Grau de escolaridade	n	%
Ensino médio completo	05	12,5
Ensino superior incompleto	01	2,5
Ensino superior completo	27	67,5
Especialização	03	7,5
Mestrado	03	7,5
Não responderam	01	2,5
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Concernente ao tempo de formação das religiosas, questão nº 3, observou-se que, quatro religiosas (10%) tinham entre 10 a 19 anos, três (7,5%) entre 20 a 29 anos, duas (5%) entre 30 a 39 anos, seis (15%) entre 40 a 49 anos. Apenas uma religiosa (2,5%) tinha mais de 60 anos de formação. Do total de mulheres pesquisadas, 24 (60%) não responderam a questão (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das religiosas conforme o tempo de formação (questão nº 3)

Questão nº 3 Tempo (anos)	n	%
10 a 19	04	10
20 a 29	03	7,5
30 a 39	02	05
40 a 49	06	15
50 a 59	00	00
Mais de 60	01	2,5
Não responderam	24	60
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Concernente aos meios de comunicação que as religiosas apontaram para obterem informações sobre saúde (questão nº 4); duas (5%) responderam jornais; oito (20%) responderam revistas; nove (22,5%) responderam televisão; cinco (12,5%) assinalaram internet; e apenas duas religiosas (5%) responderam que os livros são o principal meio de comunicação para obter as informações sobre saúde. Verificou-se que, 16 religiosas (40%) assinalaram mais de um meio de comunicação (tabela 4).

Tabela 4 – Meio de comunicação pelos quais as religiosas obtêm informações sobre saúde (questão nº 4)

Questão nº 4 Meio de comunicação	n	%
Jornais	02	05
Revistas	08	20
Televisão	09	22,5
Internet	05	12,5
Livros	02	05
Mais de um meio	16	40
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Quando perguntado às religiosas se elas acreditavam ter menor chance de contrair doença – questão nº 5 – 17 religiosas (42,5%) responderam que não, e 22 (52,5%) responderam que sim. Apenas uma religiosa (2,5%) não respondeu a essa questão (tabela 5).

Tabela 5 – Respostas das religiosas sobre a crença de ter menor chance de contrair doenças (questão nº 5)

Questão nº 5		
Sobre ter menor chance de contrair doença	n	%
Não	17	42,5
Sim	22	55
Não respondeu	01	2,5
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Na questão nº 6, as religiosas foram solicitadas para justificar a resposta da questão anterior (nº 05). Considerando somente as 17 religiosas (42,5%) que disseram não acreditar ter menor chance de contrair doença, 12 (30%) justificaram que todo ser humano está exposto às doenças. Outra (2,5%) justificou que já teve câncer e outra (2,5%) aponta os fatores genéticos. Salienta-se que, 03 religiosas apesar de terem respondido não na questão cinco, não apontaram motivos para tal resposta.

Das 22 religiosas (55%) que acreditam ter menor chance de contrair doenças, os seguintes motivos foram apresentados: oito (20%) responderam cuidado com a saúde; duas (15%) sem antecedentes familiares; cinco (12,5%) alimentação saudável; três (7,5%) relataram conhecimento sobre prevenção; cinco (12,5%) disseram ter cuidados médicos; uma (2,5%) respondeu descanso; uma (2,5%) respondeu lazer; uma (2,5%) respondeu exercícios físicos; uma (2,5%) respondeu cultivo da espiritualidade; duas (5%) responderam que nunca tiveram doenças graves (5%); uma (2,5%) atribuiu a graça divina; duas (5%) disseram fazer uso de produtos naturais; uma (2,5%) disse não apresentar sintomas; uma (2,5%) disse nunca ter amamentado e uma (2,5%) disse devido à ausência de relações sexuais. Ademais, uma religiosa (2,5%) não respondeu essa questão (tabela 06).

Tabela 6: Apontamentos das religiosas sobre a crença de ter menor chance de contrair doenças (questão nº 6)

Questão nº 5 Sobre ter menor chance de contrair doenças (n / %)	Questão nº 06 Apontamentos das religiosas	Número de apontamentos	%
Não (17 / 42,5)			
	Todo ser humano é passível de ter doenças	12	30
	Genética	1	2,5
	Já tive câncer	1	2,5
	Não responderam	3	7,5
Sim (22 / 55)			
	Cuidado com a saúde	8	20
	Sem antecedentes familiares	2	5
	Alimentação saudável	5	12,5
	Conhecimento sobre prevenção	3	7,5
	Cuidados médicos	5	12,5
	Repouso (dormir)	1	2,5
	Lazer	1	2,5
	Exercícios físicos	1	2,5
	Cultivo da espiritualidade	1	2,5
	Nunca tive doenças graves	2	5
	Graça divina	1	2,5
	Uso de produtos naturais	2	5
	Não tem sintomas	1	2,5
	Não amamentou	1	2,5
	Não tenho relações sexuais	1	2,5
Não respondeu (1 / 2,5)			
	Não justificou	1	2,5
Total 40 / 100		-	-

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Quanto à questão sete, quando as religiosas foram questionadas sobre o sentimento vivenciado ao escutar a palavra câncer, quatro (10%) responderam pavor; 22 (55%) responderam medo e para três religiosas (7,5%) a palavra câncer é indiferente. Somente uma religiosa (2,5%) não respondeu a questão. Ainda, dez religiosas (25%) que assinalaram a opção outro(s) relataram os sentimentos, a seguir: quatro (10%) disseram sentir compaixão; uma religiosa (2,5%) disse sentir chateação (2,5%). Outra religiosa (2,5%) disse lembrar da importância de se cuidar (2,5%); outra (2,5%) respondeu sentir distanciamento (2,5%). Ainda, outra religiosa (2,5%) mencionou sentir fragilidade. Ainda fora apontado o sentimento do receio por uma religiosa (2,5%) e por fim, outro sentimento apontado por uma religiosa (2,5%) foi a ideia de morte associada ao câncer (tabela 7).

Tabela 7 – Respostas das religiosas em relação à vivência dos sentimentos ao escutar a palavra câncer (questão nº 7)

Questão nº 7		
Vivências de sentimentos e a palavra câncer	n	%
Não respondeu	01	2,5
Pavor	04	10
Medo	22	55
Indiferente	03	7,5
Satisfação	00	00
Outro(s)	10	25
Compaixão	04	10
Chateação	01	2,5
Importância de se cuidar	01	2,5
Distanciamento	01	2,5
Fragilidade	01	2,5
Receio	01	2,5
Morte	01	2,5
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Quanto à realização do AEM - (questão nº 8) – 38 religiosas (95%) responderam que já o realizaram; enquanto duas religiosas (5%) responderam não ter realizado tal exame (tabela 8).

Tabela 8 – Respostas das religiosas sobre a realização do autoexame das mamas (questão nº 8)

Questão nº 8 Sobre a realização autoexame das mamas	n	%
Não	02	5
Sim	38	95
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Em relação às justificativas das duas religiosas que responderam não ter realizado o AEM – questão nº 9 – constatou-se que, uma das religiosas (50%) justificou a não realização porque não se despertou para o assunto, pois nem sabe o que é o AEM e a outra religiosa (50%) não apresentou justificativa (tabela 9).

Tabela 9 – Justificativa das religiosas que informaram não ter realizado o autoexame das mamas (questão nº 9)

Questão nº 9 Religiosas que informaram não terem realizado o AEM*	n	%
Porque não acredito que em algum dia possa vir a ter câncer de mama	00	00
Porque o médico nunca ensinou	00	00
Por vergonha de me tocar	00	00
Porque acho desnecessário o AEM*	00	00
Outro(s)	02	100
Nunca despertei para o assunto, não sei o que é o AEM	01	50
Não apresentou justificativa	01	50
Total	02	100

*AEM – autoexame das mamas

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Analisando os dados da pesquisa, constatou-se que as duas religiosas que disseram nunca ter realizado o AEM, uma delas se encontrava com 32 anos e a outra com 42 anos, sendo que uma delas possui ensino superior completo e a outra ainda não o havia concluído. Constatou-se ainda que, as duas religiosas não foram instruídas sobre prevenção do câncer de mama na instituição em que vivem.

Em relação à questão nº 10, as religiosas foram questionadas sobre a importância da consulta com o ginecologista; oito religiosas (20%) não responderam essa questão; quatro (10%) disseram não achar importante e a maior expressividade das religiosas pesquisadas - 28 (70%) - assinalou a opção outro(s).

Dessas 28 religiosas (70%), 24 (57,5%) justificaram achar importante para todas as mulheres. Ademais, duas religiosas (5%) disseram achar importante somente conforme a necessidade, uma religiosa (2,5%) disse achar importante se consultar, mas não vai o ginecologista, e outra (2,5%) acredita que já não precisa, pois já fez histerectomia (tabela 10).

Tabela 10 – Respostas das religiosas sobre a importância de se consultar com o ginecologista (questão nº 10)

Questão nº 10	n	%
Sobre a importância de consultar o ginecologista		
Não responderam	08	20
Não acho importante	04	10
Acho importante para as noivas	00	00
Acho importante para as gestantes	00	00
Acho importante para as pessoas casadas	00	00
Outro(s)	27	70
Acho importante para todas as mulheres	24	60
Acho importante somente conforme necessidade	02	5,0
Acho importante, mas não vou ao ginecologista	01	2,5
Não preciso, pois já fiz histerectomia	01	2,5
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

A questão nº 11 está relacionada à resposta da questão anterior “não acho importante” quando as religiosas foram questionadas sobre a importância de se consultar com o ginecologista. Das 04 religiosas (100%) que responderam não achar importante se consultar com o ginecologista, duas religiosas (50%) assinalaram que nunca acharam nada em seus corpos que justificassem procurar essa especialidade médica. Na opção outro(s) uma religiosa (25%) respondeu cuidar bem do corpo e de todo o ser (25%) e outra religiosa (25%) não apresentou justificativa (tabela 11).

Tabela 11 – Respostas das religiosas porque não acham importante se consultar com o ginecologista (questão nº 11)

Questão nº 11		
Porque não acham importante se consultar com o ginecologista	n	%
Nunca achei nada em meu corpo que justificasse procurar um ginecologista	02	50
Porque eu não sei como é uma consulta ginecológica	00	00
Porque acho que não terei nenhuma doença ginecológica	00	00
Sinto vergonha de expor o meu corpo	00	00
Outro(s)	02	100
Cuido do meu corpo e de todo o meu ser	01	50
Não apresentou justificativa	01	50
Total	04	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Em relação ao exame mamográfico (questão nº 12) das 40 religiosas (100%), 31 (77,5%) responderam ter realizado tal exame, enquanto nove (22,5%) ainda não o havia realizado (tabela 12).

Tabela 12 – Respostas das religiosas sobre a realização da mamografia (questão nº 12)

Questão nº 12		
Sobre a realização da mamografia	n	%
Não	09	22,5
Sim	31	77,5
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

Considerando somente as nove religiosas (100%) que disseram nunca ter realizado a MMG, as mesmas se encontravam entre as seguintes faixas etárias: três religiosas (33,3%) tinham entre 30 a 39 anos; uma (11,1%) entre 40 a 49 anos; uma (11,1%) entre 50 a 59 anos e três (11,1%) entre 60 a 69 anos. Somente uma religiosa (11,1%) não respondeu à questão a qual solicitava a idade das pesquisadas.

Em relação à questão nº 13, concernente à faixa etária das 31 religiosas (100%) que já realizaram MMG 14 (45%) realizaram o primeiro exame entre os 40 a 49 anos. Apenas uma (3,4%) religiosa afirma ter realizado o exame entre os 20 a 29 anos enquanto seis (19,2) realizaram entre 30 a 39 anos. Ainda, cinco (16%) religiosas responderam ter realizado entre 50 aos 59 anos, duas (6,5%) entre 60 a 69 anos e duas (6,5%) religiosas tinham mais de 70 anos. Somente uma (3,4%) não se recorda quando realizou o primeiro exame mamográfico (3,4%).

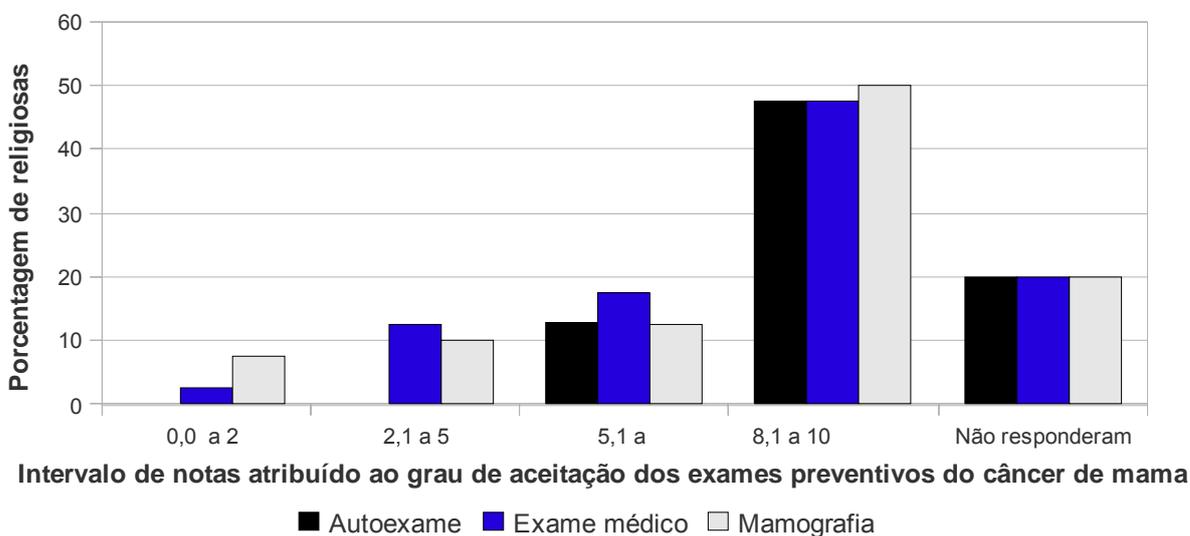
Tabela 13 – Distribuição das religiosas pela faixa etária quando da realização da primeira mamografia (questão nº 13)

Questão nº 13		
Idade das religiosas quando realizada a primeira mamografia	n	%
20 a 29	01	3,4
30 a 39	06	19,2
40 a 49	14	45
50 a 59	05	16
60 a 69	02	6,5
Mais de 70	02	6,5
Não recorda a idade	01	3,4
Total	31	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

As religiosas ao serem questionadas, na questão nº 14, sobre o intervalo de notas referentes ao grau de aceitação na realização dos exames preventivos do câncer de mama, AEM, ECM, MMG, verificou-se que: em relação ao AEM, 19 (47,5%) religiosas atribuíram notas de 8,1 a 10,0; 13 (32,5%) atribuíram notas entre 5,1 a 8,0 e 08 (20%) não responderam. Em relação ao ECM, 19 (47,5%) atribuíram as notas entre 8,1 a 10,0; sete (17,5%) entre 5,1 a 8,0; cinco (12,5%) entre 2,1 a 5,0. Apenas uma (2,5%) atribuiu a nota entre 0,0 a 2,0 e oito (20%) não responderam a questão. Em relação à MMG, 20 (50%) atribuíram as notas entre 8,1 a 10,0; cinco (12,5%) entre 5,1 a 8,0; quatro (10%) atribuíram notas entre 2,1 a 5,0; três (7,5%) atribuíram valores entre 0,0 a 2,0 e oito (20%) não responderam a questão (gráfico 01).

Gráfico 01: Respostas das religiosas em relação ao intervalo de notas referente ao maior grau de aceitação na realização da prevenção secundária do câncer de mama



Fonte: pesquisa da autora, 2010.

No que se refere à instrução sobre prevenção do câncer de mama a comunidade em que as religiosas vivem (questão nº 15), dez (25%) responderam não e 28 (70%) responderam que sim. Somente duas religiosas (5%) não responderam a essa questão (tabela 14).

Tabela 14 – Respostas das religiosas em relação à instrução sobre prevenção do câncer de mama na comunidade em que vivem (questão nº 15)

Questão nº 15		
Sobre a instrução da prevenção do câncer de mama na comunidade em que vivem	n	%
Não	10	25
Sim	28	70
Não responderam	02	05
Total	40	100

Fonte: pesquisa da autora, 2010.

6 DISCUSSÃO

Não seria demasiado afirmar que, apesar de, o câncer de mama ser um grave problema de saúde pública e um assunto amplamente discutido pela sociedade, uma das dificuldades encontradas para a realização deste trabalho foi a literatura escassa sobre pesquisas referentes ao processo saúde doença das mulheres que optaram seguir a vida religiosa, inclusive, não foi encontrado nenhum estudo brasileiro que demonstrasse ou não a incidência dessa doença nas religiosas.

Não temos a pretensão de esgotar o tema por ser deveras complexo, delicado e delimitado por tabus, contudo, pretendemos suscitar algumas questões que possam ser úteis para os debates pluralistas, entendais aqui como sinônimo de diálogo, inclusive juntamente àquelas pessoas que optaram vivenciar a vida religiosa, considerando a autonomia e o respeito às escolhas individuais sem restrição dos direitos humanos.

Os votos evangélicos são professados por mulheres e como tais são portadoras de cidadania e estão à busca constante da dignidade humana. Uma análise documental não seria suficiente para avaliar toda a vida religiosa consagrada (63). O diálogo com o diferente, com o *estranho moral* (96) é fundamental para a construção de uma sociedade igualitária. Sociedade esta, onde as diversas comunidades tenham direito de expor suas opiniões sobre os assuntos suscitados com igualdade de importância, não devendo sobrepor esta ou aquela opinião, partindo do princípio de que não é o objetivo da bioética padronizar comportamento humano.

O referencial teórico para o presente trabalho é a Bioética que servirá de base para a discussão das dificuldades encontradas tanto para a realização deste estudo como para as respostas das religiosas pesquisadas. Os pressupostos básicos para a validade deste estudo são: o diálogo e as críticas construtivas.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Antes de discutirmos propriamente os resultados do questionário, enfatizamos que, várias limitações surgiram no percurso do trabalho, cuja dificuldade inicial foi a não aceitação pelos institutos de vida religiosa em nos receber e/ou autorizar a pesquisa. Isto pode ter ocorrido por dois motivos. O primeiro se deve pelo fato dos responsáveis por tais locais não nos conhecer. O segundo, por não ter um referencial indicador que transmitisse confiança para que pudessem nos receber e conseqüentemente liberar o estudo.

Após essa dificuldade inicial, a pesquisadora entrou em contato, por telefone, com a presidente nacional da CRBn, irmã Márian Ambrósio. O contato com a CRBn foi motivado por sacerdotes, devido à dificuldade encontrada em contatar e/ou de ser recebida por alguns institutos de vida consagrada do Distrito Federal, como explicado anteriormente. A presidente informou da necessidade de se falar sobre o assunto, pois realmente algumas religiosas estão sendo acometidas pelo câncer de mama.

A CRB é uma organização religiosa de direito canônico e é interlocutora no que tange à Vida Consagrada no Brasil. Alguns religiosos se opõem a CRBn, pois para eles, essa instituição é responsável por ideias pré-fabricadas (63). Contudo, mesmo que existam dentro da Igreja Católica indivíduos contrários a essa Conferência, para a realização do estudo, a autorização desta instituição foi fundamental.

Para se obter a carta de anuência, a pesquisadora contactou a presidente nacional da CRB, explicou sobre a importância da pesquisa e esclareceu que o estudo fazia parte de uma dissertação de mestrado e que seria conduzido por profissionais de saúde. Foi evidenciado que, uma das propostas do estudo era o de alertar a comunidade religiosa aos fatores de risco para o câncer de mama e assim sugerir possíveis caminhos para estratégias de prevenção da doença. Ademais foi enfatizado sobre a importância das respostas serem individuais. Nesse sentido, a irmã Márian devido ao cargo exercido na instituição não teria disponibilidade para acompanhar as etapas da pesquisa. Por tal motivo, a presidente da CRBn indicou uma assessora para realizar essa tarefa. Isto equivale a dizer que, as reuniões,

indicações dos institutos de vida ativa e demais limites expostos para a realização da pesquisa foram transmitidos pela assessora.

O desenho do estudo inicial previa a entrevista de religiosas de vida consagrada de vida ativa e contemplativa, contudo, após algumas reuniões foi percebido que se mantivesse o mesmo desenho não se conseguiria realizar a pesquisa, pois, houvera uma reação desfavorável por parte da CRBn ao desenho inicial proposto. A mudança de estratégia ocorreu para que o trabalho pudesse ser realizado com êxito, ou seja, foi necessário aceitar os limites impostos por tal organização.

A CRBn autorizou a pesquisa somente por meio de questionário autoaplicável, não sendo permitidas entrevistas e nem o contato direto com os sujeitos de pesquisa, mesmo que, para explanação e explicação sobre a importância do estudo. Ressalta-se que, o questionário autoaplicável foi previamente avaliado pela presidência da CRBn para autorizarem o estudo.

Os locais onde os questionários foram distribuídos também foram indicados pela CRBn sendo autorizado somente os institutos de vida ativa. A pesquisadora também não pôde mesmo após a autorização procurar ou entrar em contato com os institutos de vida ativa, aleatoriamente.

Outro limite instituído foi a não divulgação das congregações a que as religiosas pertenciam para evitar a estigmatização e discriminação das mesmas. Em caso de dúvida, fato ocorrido somente uma única vez, coube a religiosa que aceitou em participar da pesquisa por livre vontade entrar em contato com a pesquisadora responsável por telefone ou por e-mail (devidamente identificados no TCLE). No fato relatado, a religiosa entrou em contato por meio do correio eletrônico.

A adoção da estratégia de utilizar dois envelopes juntamente com as instruções da pesquisa foi necessária no sentido de preservar a identidade das participantes, evitando-se a associação entre o nome exposto no TCLE com o questionário respondido. Nos questionários não foram solicitados dados pessoais ou qualquer outro dado que pudesse identificar as religiosas, inclusive às congregações que as mesmas pertencem. O tempo para responder o questionário foi ditado por elas mesmas. Após as religiosas pesquisadas terem respondido o questionário, as mesmas colocavam-no em envelope distinto do TCLE e os entregavam para uma irmã responsável de cada instituição para a coleta pela pesquisadora ou então entregá-lo à assessoria da presidência da CRB. Os envelopes foram resgatados

pela pesquisadora responsável na sede da CRB respeitando o dia, o horário e o local predeterminados.

6.2 O SILÊNCIO...

Os limites impostos pela CRBn para a não realização do estudo mereceram destaque. Estes limites foram denominados de silêncio. Esse silêncio foi considerado a própria linguagem e indica uma complexidade pelos efeitos contraditórios da produção dos sentidos, sobretudo a partir das observações entre silêncio e silenciamento na contraposição do dito ou não dito da linguagem verbal (124). Uma resposta do corpo e/ou das emoções por simplesmente não corresponder a uma linguagem verbal. Seguem as reflexões...

A preocupação no sentido de não forçar respostas seria, pois, o próprio silêncio estabelece algumas formas de entendimento da situação, ou de pelo menos, por meio do silenciamento somos capazes de supor uma gama de expressão dos sentimentos das RCCs. Ademais, a diversidade de interpretações desse silenciamento é designada pela realidade de cada indivíduo e/ou comunidade.

Partindo do pressuposto que, provavelmente, a incidência de câncer de mama nos conventos seja, somente, à possível dificuldade das religiosas se tocarem ou de procurar serviços médicos por vergonha, constrangimento ou qualquer outro motivo ligado às questões de sexualidade, e até mesmo supostamente por impedimento da Igreja Católica, as neoplasias malignas mamárias seriam reservadas a estes espaços. Dessa forma, essa doença não seria então um problema grave de saúde pública, atualmente como o é, doença esta que mata milhares de mulheres em todo o mundo, inclusive muitas que, com certeza, não compartilham de ideias morais semelhantes à das religiosas...

Seguem provocações audaciosas... Se o estudo fosse finalizado, neste ponto, enfatizando a necessidade da desistência das religiosas aos votos evangélicos professados, esta justificativa somente não seria suficiente para diminuir a mortalidade feminina provocada pelo câncer de mama. Ainda, se hoje todos os conventos fossem fechados e finalmente as religiosas se adequassem aos anseios

de uma sociedade secular isso também não mudaria o quadro da morbimortalidade do câncer de mama.

Afirmar veementemente que esse silêncio não seja um reflexo da dificuldade da Igreja em falar sobre o assunto seria hipocrisia. As desvantagens historicamente acumuladas pela Igreja Católica em relação aos assuntos relacionados ao corpo e à sexualidade humana ainda nos dias atuais são fortemente vivenciadas e atreladas quando na análise de estudos que envolva aspectos desse tema. Contudo, discorrer somente sobre a influência indireta e/ou direta da Igreja Católica para a vida das religiosas seria enfadonho, repetitivo, ou seja, parte significativa da literatura que aborda o tema o relaciona como um tabu e fica num círculo vicioso. Além do que, seria discriminatório e com certeza, outras variáveis devem ser enfatizadas, igualmente ou mais relevantes para o tema...

As ações de saúde pública são exercidas nas condições em que não existe a possibilidade de um controle individual aos fatores que produzem os riscos de adoecer (107). Como exemplo, pode-se citar o câncer de mama, que somente a prevenção primária da doença não é capaz de, por si só, diminuir a mortalidade na população feminina. O sentido deste trabalho é fazer propostas que possam gerar frutos de proteção e de intervenção na prerrogativa da prevenção do câncer de mama para as RCCs.

Não se pode dizer afirmativamente que a Igreja esteja correta em suas ações e imposições e nem que esteja equivocada, contudo sabe-se que, quem está diretamente e/ou indiretamente ligado a esta instituição comungam de moralidades comuns, para Engelhardt (96), são *amigos morais*.

As mulheres que optam por atender ao chamado divino são autônomas para esta escolha. Não significa dizer que nunca ocorreu imposição pelos pais e/ou de outras pessoas para que as mulheres seguissem a vida religiosa, até mesmo porque era motivo de *status* para a família... Contudo, mesmo que esta situação possa ocorrer nos dias atuais, as RCCs não são obrigadas a passarem o resto da vida sob a égide dos votos, sob o comando da Igreja.

Evidencia-se que não necessariamente todas as mulheres compartilham de ideias e ideais comuns, enquanto algumas têm a necessidade de se libertarem e anseiam emancipação política e pessoal, outras não têm essa necessidade por qualquer razão que seja. A opção pela vida religiosa também evoca uma necessidade concreta de cada uma delas. A necessidade de oração, da dedicação

exclusiva a Deus e demais atribuições das religiosas é questão de escolha. Nessa perspectiva, o respeito, um dos fundamentos da Bioética de Intervenção, é a real necessidade do século XXI. Sim, o respeito às escolhas individuais desde que essas não prejudiquem outras pessoas. Universalizar, então, um conceito de mulher como se todas necessitassem e/ou procurassem um mesmo anseio seria um grave equívoco. A diversidade cultural e religiosa são necessárias à humanidade contudo não podem e não devem ser restritivas aos direitos humanos e as liberdades fundamentais concedidas a cada indivíduo (115).

“Nos valores morais da pessoa humana são encontradas a consciência dos seus limites e a finalidade real de cada indivíduo” (87, p.).

Um segundo motivo que pode ser apontado para os limites impostos é o da CRBn não entender, talvez, sobre a eticidade da pesquisa, apesar de explicitada, e do comprometimento em realizar um estudo científico onde o respeito e a dignidade humana estariam em primeiro lugar.

Um terceiro fator para o silenciamento, e preocupante, é o fato dessas religiosas não terem a ciência da incidência e da gravidade da doença na população feminina, e o desconhecimento de fatores de risco como a nuliparidade e a não amamentação para a ocorrência da mesma. Ainda, destaca-se o possível desconhecimento da necessidade da prevenção secundária para se diminuir a morbimortalidade da doença, sendo esta possibilidade a mais plausível. Acredita-se que, caso soubessem da realidade da doença, o estudo seria permitido inclusive a se estender às religiosas de vida consagrada de vida contemplativa, devido ao acesso restrito dessas mulheres aos meios de comunicação, atribuindo às leituras somente de revistas e livros religiosos (14).

Uma quarta explicação para o silêncio, para o não *abrir as portas* sem *estabelecer limites*, pode ser porque fazem parte de um *mundo* distante da realidade dos demais indivíduos, como se fossem dois mundos à parte. Parafraseando Nunes (62), ainda se conhece, de fato, muito pouco da vida das religiosas no Brasil.

Minayo (120) evoca que “a possibilidade de múltiplas interpretações se apoia no fato de que o processo discursivo não tem um início preciso: ele se apoia em discursos prévios que, por sua vez, estão baseados na experiência concreta do leitor, do interlocutor e do analista”.

As dificuldades encontradas para acessar os possíveis sujeitos de pesquisa podem estar ligadas à dificuldade do ser humano em falar sobre sua vida íntima, a

exposição de seus sentimentos, pois pode motivar situações de constrangimento, do medo ao repúdio e até mesmo de discriminação, a depender da comunidade em que este indivíduo se insere. Porém simplesmente atribuir o fato da Igreja *ser muito fechada* seria reducionista e também mais simples de abordar o tema. A situação perpassa essa justificativa. A exposição do tema já é propriamente um tabu, o nome da doença – câncer – já vem carregado de estigmas, além de ser um problema grave de saúde pública, e ainda associada às mulheres que optaram em sua vida servir a Deus.

Como retratado anteriormente, uma ou mais variáveis podem ter favorecido a imposição dos limites anteriormente expostos. Em consonância ao princípio da Dignidade Humana e Direitos Humanos da DUBDH, o interesse do indivíduo é prioritário sobre o interesse exclusivo da ciência (115). A necessidade da negativa aos estereótipos e preconceitos é uma forma de derrubar o autoritarismo de uma sociedade secular que por vezes também impõe suas ideias, oprime e que por vezes discrimina grupos específicos e/ou indivíduos.

Não obstante, os resultados deste estudo não servem para abarcar a realidade brasileira das religiosas. Isso pode ser afirmado, pois, os indivíduos são distintos, únicos e a cada um cabe uma leitura e interpretação da realidade em que ele, provavelmente, escolheu participar. De qualquer forma, serve de alerta para não generalizarmos os grupos e/ou indivíduos, mesmo que eles compartilhem de moralidades comuns.

Por fim, enfatiza-se que, realmente ocorreram as limitações do estudo pela Igreja e essas limitações podem ser as responsáveis para os vieses dos resultados do mesmo. Com certeza, as restrições impostas nos limitaram a questionar sobre a frequência dos exames preventivos e muitos outros questionamentos que também eram motivos de anseio e de curiosidade, não num sentido pejorativo, mas científico para finalizar este trabalho. Felizmente, essa limitação não comprometeu a análise bioética sobre o assunto, foco principal do trabalho. Aliás, forneceu mais subsídios para a discussão do tema.

Após esta explanação inicial, segue a análise e discussão dos resultados advindos do questionário autoaplicável.

6.3 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Em relação à idade das religiosas pesquisadas (questão nº 1) constatou-se que a faixa etária predominante das mesmas se encontrava entre os 60 a 69 anos (30%), e a idade média foi de 57 anos, variando dos 32 aos 93 anos. A idade média das religiosas desse estudo é semelhante a idade média das religiosas no Brasil, que é de 60 anos (14). Nesse sentido afirma-se que, as RCCs se encontram na faixa etária de risco para a ocorrência do câncer de mama. Diante desses dados, urge a necessidade do estímulo à prevenção secundária desse tipo de câncer. A pessoa religiosa não está imune aos acontecimentos e acometimentos de doenças.

O reconhecimento de necessidades diferentes para os indivíduos também distintos, “para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representada, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde” (121, p.). As concepções de direito devem ser acessíveis e materializáveis para que os indivíduos atinjam a cidadania política e social (122).

Em relação ao grau de escolaridade das religiosas (questão nº 2), a grande maioria das pesquisadas - 67,5% - disse ter concluído o ensino superior. Ademais, 15% delas possuíam pós-graduação. A porcentagem encontrada na pesquisa está acima da porcentagem média brasileira de RCCs que tiveram acesso às universidades a qual equivale aproximadamente a 40% (123).

De acordo com Araújo (14) dados bem distintos foram encontrados em sua pesquisa realizada na Diocese de Taubaté (SP). Segundo os dados do estudo, das nove religiosas de vida ativa (100%), somente uma (11,1%) possuía ensino superior completo e outra (11,1%) religiosa ainda não o havia concluído. Do total, cinco religiosas (55,5%) possuíam ensino médio completo, outra (11,1%) não o havia concluído. Apenas uma religiosa (11,1%) possuía ensino fundamental incompleto.

O percentual elevado de religiosas com curso superior e pós-graduação do presente estudo, pode ser um reflexo pós Vaticano II, no qual as religiosas foram motivadas a frequentar cursos superiores (62). Um segundo fator, pode ser um viés de seleção devido à indicação dos institutos de vida ativa pela CRBn para a

realização do trabalho.

Um terceiro fator verificado foi que, a realização da pesquisa numa capital pode ter favorecido o acesso dessas mulheres às universidades. Segundo os dados do IBGE (124), a realidade brasileira em relação ao acesso, de modo geral, aos cursos superiores é distinta do percentual encontrado na pesquisa. Em 2009, a população com curso superior completo chegou a 10,6%. A taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais caiu, apesar disso, em 2009 ainda existiam no Brasil 14,1 milhões de analfabetos, e a taxa era maior entre os homens (9,8%) que entre as mulheres (9,6%). A taxa de analfabetismo funcional (percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de quatro anos de estudo) era 20,3%.

O acesso das mulheres aos estudos, às universidades, significa um grande avanço, passos em busca de uma sociedade igualitária frente às lutas e ideias femininos. Nas últimas décadas, a desigualdade de gênero na educação brasileira foi reduzida no que tange ao acesso e permanência no processo educacional. Atualmente, as mulheres são na maioria, nos cursos de graduação e pós-graduação, contudo, persiste a distinção entre os sexos nas diferentes áreas do conhecimento (27).

Um fato interessante encontrado nas respostas do questionário autoaplicável, em relação ao tempo de formação religiosa (questão nº 3) foi o número expressivo de mulheres que não responderam a questão, correspondendo a 60% do total da amostra. Uma suposição plausível para a ocorrência desse fato pode ter sido o receio das religiosas frente à possibilidade de serem identificadas. Isto poderia ocorrer caso houvesse a associação entre o tempo de formação das religiosas pesquisadas e a idade das mesmas, considerando que o estudo fora realizado apenas no DF.

Referente à questão nº 4, uma parte expressiva das religiosas pesquisadas - 40% - respondeu ter acesso a mais de um meio de comunicação para obter informações sobre saúde.

A informação me ajuda a prevenir.

As informações concernentes a promoção da saúde são importantes e devem, ou pelo menos, deveriam ser parte do conteúdo programático nas etapas de formação para a vida religiosa de vida ativa e de vida contemplativa. Uma

informação correta concernente à promoção da saúde, às práticas preventivas aliadas à mudança de comportamento de um indivíduo bem informado são os meios pelos quais poderão diminuir a incidência da mortalidade feminina ocasionadas pelas neoplasias malignas mamárias. No entanto, possuir somente o conhecimento sobre determinado assunto não é fator decisivo para promover uma mudança do comportamento individual.

Os indivíduos, obtendo informações e orientações esclarecedoras, podem ser persuadidos a mudar de estilos de vida ou de comportamentos que não sejam saudáveis, sem que haja coerção e o agir de forma paternalista, contrária aos desejos de uma ou mais pessoas capazes de decidir autonomamente (107). O serviço sanitário deve ter ciência das necessidades de saúde dos diferentes grupos da população para que possa trabalhar e satisfazer os diferentes indivíduos favorecendo a diminuição das desigualdades existentes (103).

A saúde pública brasileira precisa de cuidados e uma decisão urgente deve ser tomada. O principialismo não consegue abarcar os problemas dos países periféricos, além do que não há universalismo ético e as peculiaridades de cada país devem ser respeitadas (104).

A interrelação entre comunicação e a bioética (125) promove um melhor entendimento entre as pessoas envolvidas na relação assegurando maior esclarecimento frente aos conflitos de interesses e valores que os caracterizam. Ademais, essa inter-relação é um instrumento de reflexão individual para decisão de qual caminho a seguir.

Quando questionadas se acreditavam ter menor chance de contrair doenças (questão nº 05), 55% das religiosas responderam que sim, ou seja, acreditavam ter menor chance e 42,5% responderam que não, ou seja, não acreditavam ter menor chance de contrair doença.

Na questão nº 6, foi solicitado às religiosas para justificar a resposta fornecida na questão anterior. As religiosas que responderam não, apontaram os seguintes motivos. Doze religiosas (30%) responderam que todos os seres humanos estão susceptíveis às doenças. Aqui se observa a consciência delas de que independente da sua crença e escolha pela vida religiosa elas estão susceptíveis às doenças, como qualquer outra pessoa que não faz a mesma escolha. Este nos parece ser o primeiro passo para uma aproximação ao tema com as religiosas sobre a questão do câncer de mama e mostrar a elas sobre a importância da prevenção secundária e os

motivos para este alerta, referentes à nuliparidade e a não amamentação. Contudo, além desses fatores a genética e a história prévia de câncer, como apontam outras duas (5%) religiosas, realmente colocam essas pessoas em situações de maior risco para a doença, segundo o Consenso para o controle do câncer de mama realizado pelo Ministério da Saúde (33).

O princípio da prevenção é um dos quatro “Ps” preconizado pela Bioética de Intervenção. Este princípio se detém ao agir antecipado e é uma referência utilizada para evitar possíveis danos e iatrogenias, uma vez que as religiosas são vulneráveis e suscetíveis, ao mesmo tempo, aos possíveis riscos associados ao câncer de mama. Prevenir a doença ou reduzir o impacto dela no organismo é a melhor forma, independente dos custos, para se obter benefícios (126). Berlinguer (127) ao discorrer sobre a Bioética da Prevenção enfatiza que, se a prevenção estiver associada à modificação dos comportamentos, o saldo é positivo na maior parte das vezes, tanto na saúde das pessoas, como na redução da despesa de custo efetivo.

As religiosas que responderam acreditar ter menor chance de apresentar doença, apresentaram as seguintes justificativas: a seguir: cuidado com saúde, sem antecedentes familiares, alimentação saudável, exercícios físicos, lazer, conhecimento sobre prevenção, acesso aos profissionais de saúde, descanso, graça divina, espiritualidade, não ter doenças graves, produtos naturais, não tem sintomas, não amamenta, não tem relações sexuais.

Vários apontamentos, anteriormente especificados, nos remete à prevenção primária do câncer de mama, como por exemplo a alimentação saudável, exercícios físicos, lazer, descanso, produtos naturais. A prevenção primária é pouco onerosa em questões de despesa sanitária, mas exige transformação dos modelos de produção e de consumo para obter os melhores resultados (127).

Segundo o INCA (128), aproximadamente 25% de todas as mortes por câncer são causadas por alimentação inadequada e pela obesidade. A alimentação é composta por diversos tipos de alimentos, nutrientes e substâncias químicas que podem interferir no risco de câncer, portanto o preparo e conservação dos alimentos e o tamanho das porções consumidas são essenciais para o equilíbrio calórico.

A atividade física regular tem um papel protetor, principalmente para prevenção do câncer de cólon, de mama e endométrio, pela diminuição dos níveis de insulina e hormônios femininos. A combinação de exercícios e alimentação saudável é uma ferramenta importante na prevenção primária do câncer de mama

(128).

O descanso e o lazer são importantes para o bem-estar individual e à promoção da saúde, importantes para manutenção da qualidade de vida (129). A qualidade de vida é algo intrínseco e advém de uma construção subjetiva sendo possível de ser avaliada pelo próprio sujeito (130). A Bioética de Intervenção a reconhece e a correlaciona à manutenção da existência como um direito de segunda geração, aquele que diz respeito à diferença entre a existência e o viver (99).

Não ter antecedentes familiares, como apontam duas (5%) religiosas, atrela-se a maior chance de não ter doença. Esta afirmação pode ser interpretada de duas maneiras. A primeira é que, de fato, considerando o câncer de mama, não ter antecedentes familiares, principalmente de primeiro grau diminui a probabilidade de ter a doença. Por outro lado, isso não é fator decisivo para não apresentar neoplasias ou demais doenças, principalmente as crônicas.

O conhecimento sobre prevenção, referido pelas religiosas já auxilia para uma conscientização individual, contudo como explicado anteriormente, não é fator decisivo para o não aparecimento de doenças. Deve haver mudança de comportamento.

A busca por profissionais de saúde, retratado por religiosas é de suma importância, contudo a regularidade para os exames preventivos secundários do câncer de mama é essencial. O *não apresentar sintoma*, conforme informa uma religiosa (2,5%), não é decisivo para a não existência da doença. Segundo Ferreira (131) o sintoma é o “caráter invisível da doença” e se diz respeito somente ao doente. Ou seja, na prerrogativa de não apresentar sintomas, não haveria a necessidade de procurar um profissional. A noção de doença adotada pelos indivíduos advém dos critérios fixados pela construção social a qual os mesmos fazem parte (131). A passagem saúde doença pode vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento do doente para transformação de si próprio e com o mundo.

Mas como as pessoas religiosas podem perceber as sensações de estar doente?

A definição de doença pode estar atrelada à atribuição cura por um poder divino, conforme informa uma religiosa. A crença em Deus pode propiciar às mulheres a esperança da cura para a doença atuando como elemento positivo no enfrentamento da mesma, e nesse âmbito é interpretado como uma estratégia

utilizada para lidar com as incertezas da doença e superar as situações de crise vivenciadas (132). Segundo a Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (89) a missão de Jesus, com as numerosas curas realizadas, indica quanto Deus tem a peito também a vida corporal do homem. “Médico do corpo e do espírito”. Nesta carta é enfatizado que não cabe ao ser humano uma escolha arbitrária entre a vida e a morte, cuja decisão é apenas do Criador. A penitência é a forma em que o indivíduo se redime e pede perdão pelos seus pecados alcançando então a graça divina. Os sistemas religiosos de cura oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto cultural mais amplo do sofrimento (133).

Os fatores culturais e sociais influenciam na compreensão dos indivíduos frente aos conceitos de saúde e da doença. Dentre eles, o reconhecimento da influência da religiosidade sobre o corpo humano constitui uma das necessidades para uma prática autônoma e responsável de mulheres, considerando os direitos dos cidadãos a saúde. Desta forma, faz-se necessário trabalhar educativamente com as religiosas sobre questões do processo saúde doença resgatando os seus sentidos.

Vasconcelos (134) retrata a importância da modernidade e da cientificidade da medicina para orientar e explicar o processo de adoecimento e cura de forma desvinculada da religião. Ainda, este autor expõe os aspectos contraditórios entre pessoas envolvidas em atividades religiosas. De um lado, os epidemiologistas retratam, em geral, menor risco ou proteção quando as pessoas estão associadas à religiosidade. Por outro lado, essa associação pode ser perigosa, os resultados estatísticos epidemiológicos (apesar de não ser a epidemiologia uma metodologia apropriada para a compreensão de dinâmicas complexas), tendem a esconder as exceções. O autor concluiu o artigo enfatizando a necessidade de se falar sobre a legitimidade do tema da espiritualidade na saúde. Tema este já incluso em currículos de algumas escolas de medicina dos Estados Unidos da América (EUA). Opinião semelhante é dada por 2,5% das religiosas que relaciona espiritualidade como menor chance de ter doenças.

Uma das religiosas refere-se à não amamentação como fator protetivo para menor chance de ter doenças, contudo essa percepção é equivocada. A amamentação é um dos fatores que protegem a mulher contra o câncer de mama (128).

Outra religiosa informa que, por não ter relações sexuais, considera ter menor chance de adoecer. Verdadeiramente, durante o ato sexual, sem o uso de

preservativo, inúmeras doenças sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas durante a relação, inclusive o Papiloma Vírus Humano, principal fator de risco para desenvolver o câncer de colo do útero (128).

Concernente a questão nº 7, quando questionadas em relação ao sentimento vivenciado ao escutar a palavra câncer, o medo foi apontado por 55% das mulheres pesquisadas. Ademais, 10% mencionaram sentir pavor. O câncer está associado a uma doença silenciosa e responsável por múltiplas mutilações. Ele ataca, invade o corpo, e por vezes o seu tratamento é visto como algo pior do que a própria doença (135).

A dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) também pode ser um dos fatores que corroboram para vivenciar o medo, conforme o seguinte *desabafo*:

Vejo que a cada dia o câncer faz novas vítimas e muitas mulheres nem chega a ter direito ao tratamento adequado [...]. Faltam informações e acesso ao tratamento.

Esse *desabafo* demonstra a descrença das próprias religiosas pelo sistema de saúde. Fomos informadas de que, a grande maioria das religiosas não possuem planos de saúde e dependem do SUS para se consultar. As possibilidades para que as religiosas não usufruam de planos de saúde são duas: a primeira se deve ao fato de, a religiosa morar em uma comunidade cristã em que não tenha condições financeiras de arcar com os pagamentos mensais de plano de saúde para todas as religiosas e a segunda possibilidade é a de não aceitação da(s) própria(s) religiosa(s), mesmo que a comunidade em que a mesma vive tenham condições financeiras, pelo fato de assumir(em) o voto de pobreza. Neste sentido, escolhem (sobre)viver como os demais *irmãos que* (sobre)vivem sem o acesso aos médicos por meio dos planos de saúde. Segundo Pereira (63) os votos evangélicos foram acusados de serem contrários aos direitos humanos o que provocou sucessivas e supressão de ordens religiosas.

Estratégias devem ser adotadas para que as religiosas tenham acesso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, aos exames de rastreamento para o câncer de mama, pois quando a doença é diagnosticada na fase inicial geralmente se associa um prognóstico favorável, podendo dessa forma amenizar os sentimentos negativos associados à doença. Além do medo e do pavor, outros sentimentos negativos são associados ao câncer, como por exemplo, chateação,

apontado por 2,5% das religiosas.

Não obstante, um possível diagnóstico de câncer pode requerer a ideia de sofrimento, limitação e fragilidade, e inclusive da proximidade com a morte. A alteração da imagem corporal feminina pelo câncer também é motivo de preocupação, conforme descrição espontânea de uma religiosa.

Quantas mulheres são mutiladas...

Outro sentimento apontado ao escutar a palavra câncer é o do distanciamento. A falta de conhecimento sobre as causas do câncer pode ser um dos fatores para haver esse distanciamento. Esse distanciar pode estar atrelado à vontade divina, pois sendo elas, mulheres escolhidas de Cristo não seriam acometidas por tal doença. O sentimento de compaixão, relatado por 10% das religiosas pesquisadas refere-se à vontade de ajudar o próximo, contudo a restrição não pode ficar somente a este sentimento. Palavra esta muito utilizada no discurso teológico histórico da Igreja Católica. Selleti e Garrafa (136) relaciona temas como a liberdade e o crescimento interpessoal em analogia com a outros termos como a solidariedade, a compaixão e a misericórdia. O cuidar do outro pressupõe uma atitude de acolhimento capacitando o indivíduo a sentir com ela a ver as coisas a partir de seu ponto de vista (17).

Em relação ao AEM, (questão nº 8), 38 mulheres (95%) responderam que já o realizaram; e duas religiosas (5%) responderam não ter realizado tal exame. Apesar de, satisfatoriamente, um percentual de 95% das religiosas pesquisadas terem realizado o AEM, porém, isso não significa dizer que as técnicas utilizadas e a frequência do exame estejam corretas.

Menke e Delazeri (137) em um estudo de revisão bibliográfica de 945 artigos publicados no período de 1999 a 2009 afirmam que o AEM não provoca diminuição da mortalidade, objetivo real dos métodos de rastreamento das neoplasias malignas mamárias. Contudo, o AEM é útil para o autocuidado da saúde mamária.

Analisando os resultados do estudo, duas religiosas (5%) responderam não ter realizado o AEM. Ambas tiveram acesso à universidade, porém não foram instruídas sobre prevenção do câncer de mama na comunidade em que vivem, ou foram instruídas e não aceitaram as orientações. Em relação à idade uma delas se encontrava com 32 anos e a outra com 42 anos. Em consonância à literatura,

percentagem semelhante foi encontrada em um estudo realizado por Freitas Jr. *et al.* (138). Os autores realizaram um estudo, entre maio e julho de 1999, sobre aspectos profissionais, bem como sobre o conhecimento a respeito do rastreamento e do diagnóstico do câncer de mama com 85 ginecologistas inscritos na Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia. O instrumento utilizado foi um questionário autoaplicável. Do total da amostra, 24 (28%) eram do sexo feminino e 61 (72%) eram do sexo masculino. Dentre os resultados, ficou evidente que os profissionais referiram ter conhecimento da técnica de AEM, no entanto, dentre as mulheres ginecologistas, 8% não praticam o AEM, tendo como motivo o fato de considerarem que não serão acometidas pela doença.

Em relação à questão nº 09, questão esta que solicitava o motivo para a não realização do AEM das religiosas. Assim, uma religiosa se justificou por não saber o que é o AEM e por tal motivou não se despertar para o assunto. A segunda religiosa não apresentou justificativa.

Brito *et al.* (139) realizaram um estudo transversal, prospectivo, no qual foram incluídas 552 mulheres de 14 setores censitários em São Luís (MA), no período de Janeiro a Setembro de 2003 cujo objetivo era o de avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do AEM em mulheres do município de São Luís (MA) e os fatores sociodemográficos relacionados. Segundo os autores, o grupo de mulheres que eram informadas sobre a existência do exame possuía conhecimento (60,9%), prática (59,5%) e atitude (90%) adequados, contudo 32,2%, ou seja, em torno de um terço da amostra total não tinha conhecimento do AEM. Comparando os dois estudos verifica-se que a falta de conhecimento e/ou informação sobre as ações de prevenção secundária do câncer de mama atinge vários setores da sociedade.

Segundo Lagana (140), o AEM faz parte das recomendações do Ministério da Saúde e este exame serve para auxiliar nas ações educativas da prevenção das neoplasias malignas mamárias, contudo não deve ser supervalorizado como protocolo de controle da doença. A não conscientização para a necessidade desse exame, em um país onde o sistema de saúde público é precário, pode levar as religiosas e demais mulheres a um afastamento dos fatores de riscos reais e de um possível diagnóstico precoce para a doença.

Considerando os fatores socioeconômicos, os indivíduos das classes sociais mais baixas têm taxas de sobrevivência inferior se comparadas aos indivíduos das classes sociais mais elevadas. Essa relação se deve pois, à classe social mais alta

associa-se o acesso aos cuidados com a saúde e a educação preventiva, havendo portanto, uma relação direta a sobrevivência e à qualidade de vida (39).

o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano (115, p.).

As religiosas foram questionadas sobre a importância de se consultar com o ginecologista (questão nº 10). Do total da amostra, 57,5% disseram achar importante para todas as mulheres, enquanto, 10% disseram não achar essa visita importante. Ademais, 5% acham importante somente conforme a necessidade, outros 2,5% acham importante, porém não vai ao ginecologista e uma religiosa (2,5%) acredita que já não precisa, pois já fez histerectomia.

É importante assinalar que mesmo grande parcela das pesquisadas possui curso superior, algumas não têm a ciência da necessidade de visitar os profissionais de saúde, como é o caso de 10% das religiosas pesquisadas não achar importante a visita ao ginecologista. Observa-se, a desinformação quando uma das religiosas (2,5%) atribui a não frequência ao ginecologista devido ao fato de ter sido submetida a uma cirurgia de histerectomia. Da amostra total, 20% das religiosas não responderam a essa questão.

A questão nº 11 solicitava justificativa das religiosas que assinalaram (na questão anterior) não achar importante se consultar com o ginecologista. Das quatro, duas assinalaram que nunca acharam nada em seus corpos que justificassem procurar um ginecologista. Outra respondeu cuidar bem do corpo e de todo o ser, e outra não apontou o motivo.

Um conflito que poderia existir entre a escolha pela vida religiosa consagrada, conforme conclusão da pesquisa de Araújo (14) é a influência da moral religiosa nas questões sobre o corpo. Neste sentido, caberia ao profissional conduzir a consulta de forma que ficasse explícita a necessidade de se cuidar para prevenção de doenças e promoção da saúde. Pela escassez de literatura, a interface entre o corpo feminino e prevenção de doença parece ser pouco ou quase nada discutida pela Igreja Católica. Nesse caso, ponderar sobre os fatores culturais historicamente determinados sobre a sexualidade humana pode justificar outro ponto de dificuldade das religiosas em expor opinião sobre o assunto. Antagonismos sobre a sexualidade podem ser confundidos com valores morais. Além disso, diversos discursos morais

e ideológicos sustentam a intolerância diante de comportamentos que não estão em conformidade com o padrão da sociedade brasileira.

Ao serem arguidas sobre a realização do exame mamográfico (questão nº 12), 31 religiosas (77,5%) responderam que já tinham realizado esse exame e, nove (22,5%) religiosas informaram não ter realizado a MMG.

Considerando somente as nove religiosas (100%) que disseram não terem realizado a MMG, três religiosas (33,3%) tinham entre 30 a 39 anos; uma (11,1%) entre 40 a 49 anos; uma (11,1%) entre 50 a 59 anos e três (11,1%) entre 60 a 69 anos. Somente uma religiosa (11,1%) não respondeu à questão a qual solicitava a idade das pesquisadas.

Quando da análise dos dados, verificou-se que pelo menos quatro religiosas não seguiram as normas preconizadas para a realização da primeira MMG. Considerando os fatores de riscos do câncer de mama para as religiosas consagradas, como a nuliparidade e a não amamentação, é salutar que essas mulheres sigam as recomendações preconizadas, para um possível diagnóstico e tratamentos precoces da doença o que pode contribuir para um prognóstico favorável. Contudo, o não atentar e/ou desconhecer que a MMG é o exame padrão ouro para o rastreamento da doença pode haver comprometimento da saúde dessas mulheres. Para a realização da MMG, a idade, de um modo geral, é a referência utilizada. Ademais, a idade é um dos fatores de risco para o câncer de mama. Marchi *et al.* (141) alertaram que a percentagem de mortalidade pelo câncer de mama pode ser diminuída, ao redor de 30 a 40%, entre as mulheres regularmente rastreadas na faixa etária de 50 a 64 anos de idade.

Quando questionadas sobre a idade do primeiro exame mamográfico (questão nº 13), uma religiosa (3,4%) informou estar na faixa etária entre 20 a 29 anos. Esse dado pode ser resultado de um viés da limitação desse estudo, cuja memória dos fatos era de suma importância. Isso pode ser confirmado quando uma religiosa (3,4%) diz não recordar a idade quando realizado o primeiro exame mamográfico. No entanto, caso a religiosa realmente tenha realizado a MMG nesta idade, esse exame não é eficiente, visto que os seios têm alta densidade não permitindo a visualização de nódulos. Nesta idade recomenda-se o AEM, ECM e a ultrassonografia.

Ademais, seis religiosas (19,2) realizaram entre 30 a 39 anos, 14 (45%) entre 40 a 49 anos. Ainda, cinco religiosas (16%) responderam ter realizado a primeira

MMG entre 50 a 59 anos, duas (6,5%) entre 60 a 69 anos e duas (6,5%) informaram ter mais de 70 anos. Esses resultados estão em consonância com a literatura. A cobertura da MMG ainda é baixa entre mulheres brasileiras, sobretudo entre as mais velhas, e existem profundas desigualdades associadas à sua realização, conforme mostra os dados da pesquisa realizada por Lima-Costa e Matos (142). Segundo as autoras, uma possível explicação para essa desigualdade é a disseminação da informação quanto à necessidade do exame mamográfico para a população mais jovem. Godinho e Koch (143) fornecem outra explicação para a não realização de MMG. Eles realizaram a pesquisa em um hospital público e uma clínica privada de Goiânia (GO) em 2.000 mulheres que se submeteram a MMG, cuja idade média era de 49 anos. O objetivo do estudo era o de traçar o perfil dessas mulheres procurando utilizar os resultados na análise das eventuais falhas no processo de rastreamento do câncer mamário. Os autores concluíram que, grande parte das entrevistadas não havia se submetido à MMG anteriormente, por falta de solicitação médica ou por considerarem desnecessária na época em que foi feita a solicitação.

Quanto à questão nº 14, o AEM foi o exame preventivo do câncer de mama, no qual as religiosas atribuíram o maior grau de aceitação. Do total da amostra, 19 religiosas (47,5%) atribuíram notas de 8,1 a 10,0 e 13 (32,5%) atribuíram notas entre 5,1 a 8,0 e oito religiosas (20%) não responderam essa questão.

Em relação ao ECM e a MMG, pelos resultados, observou-se que, apesar de ser exames estabelecidos com menor grau de aceitação, as notas atribuídas mostraram uma significativa aceitação das religiosas para esses exames.

Nessa questão, ao analisar os dados da pesquisa, observou-se que oito religiosas não atribuíram notas aos exames preventivos do câncer de mama, contudo cabe salientar que não foram as mesmas em todas estas situações.

No que se refere à instrução sobre prevenção do câncer de mama na comunidade em que as religiosas moram (questão nº 15), dez religiosas (25%) responderam não terem sido instruídas e 28 (70%) foram instruídas. Somente duas religiosas (5,0%) se absteram de responder a questão.

A pesquisa realizada por Araújo (14) sobre o AEM entre religiosas mostrou que a formação religiosa está mais aberta, com aulas de anatomia inclusive sobre a parte ginecológica, nascimento e amamentação. Ainda, encontros e palestras realizados pela CRB têm auxiliado na discussão dos assuntos sobre saúde da mulher, inclusive do relacionamento sexual, não sendo atrelado mais como algo

escandalizador e nem como pecado.

O Concílio Vaticano II foi determinante para a abertura da Igreja em falar sobre os assuntos que abordem órgãos atrelados à sexualidade humana, não propriamente que esteja ideal, mas já favoreceu a abertura ao diálogo. Desta forma, as RCCs de vida ativa, se informadas e conscientes da necessidade da mudança de comportamento frente à prevenção do câncer de mama podem ser multiplicadoras nas comunidades de renda mais baixa, pessoas estas, que muitas vezes não têm acesso às informações sobre esse tipo de prevenção.

As campanhas divulgadas na mídia impressa e na televisiva consideradas educativas para toda a população devem persuadir as mulheres na mudança de comportamento. A conscientização de que somente a prevenção primária não diminui a incidência da doença serviria de alerta para a adesão dos exames de rastreamento. Enfatiza-se a necessidade de se tornar explícito nas campanhas quais as mulheres têm fatores de risco aumentados para a doença.

Será que as campanhas divulgadas pelo Ministério da Saúde corroboram para o incentivo para mudança de comportamento? Quais mulheres recebem esse material? Todas as mulheres são alfabetizadas? De quem parte o incentivo para elaborar o conteúdo da campanha? O material divulgado contempla a diversidade cultural e religiosa brasileira? O material divulgado poderia provocar ofensa ou desestímulo à realização das práticas preventivas às mulheres, inclusive entre as religiosas? A Igreja abre as portas para este debate?

Em diversas situações, o desestímulo à adesão aos exames preventivos pode advir de campanhas inadequadas que não contemplem a diversidade cultural e o pluralismo religioso. Além das campanhas de prevenção, o governo deveria subsidiar meios pelos quais as mulheres, independente da cultura ou da religião, tivessem o acesso de forma mais rápida e acessível ao atendimento médico, conforme o relato de uma das religiosas pesquisadas:

Campanha não falta, mas é escasso o tratamento ginecológico, mamografia. Quem não pode pagar fica nas filas e dificilmente vai ser consultada devido à demora no atendimento. O problema dessas doenças que nos atormentam é a falta de saúde pública. O descaso com o ser humano.

Salienta-se também que, o próprio sistema público de saúde não fornece a quantidade de profissionais habilitados para suprir a demanda tanto no atendimento

das mulheres para tratamento ginecológico, como para os exames mamográficos. A seguir, um relato feito por uma das religiosas pesquisadas:

O Governo precisa colocar profissionais à disposição da saúde da mulher, pois muitas já possuem o câncer e nem sabem que têm.

Analisar o binômio médico paciente é essencial para se compreender outra realidade que permeia por vezes numa dificuldade de estabelecer uma relação de confiança entre ambos. Essa relação irá influenciar em todo o percurso terapêutico do paciente. Ferrer e Álvarez (17) fazem uma provocação e chama essa relação de “fidelidade à promessa”, ou seja, o paciente confia no conhecimento e nas habilidades do profissional a serviço do seu próprio bem e, se for estabelecida uma relação com confiança, com certeza, influenciará no processo de cura do paciente. Os autores salientam que a traição do profissional ao paciente é falta grave moral. Nesse sentido, uma reflexão bioética da prática clínica deve ser sempre de forma dinâmica fundamentada na dignidade da pessoa humana.

A anamnese é o ponto de partida, o primeiro contato estabelecido, entre médico e paciente, para obtenção de informações a respeito do paciente. Essa etapa é a base do diagnóstico clínico e de investigações mais elaboradas cabendo ao profissional uma difícil tarefa: entender, diagnosticar e tratar o paciente (144). Nesse sentido, além dos questionamentos ao paciente sobre a motivação da consulta, também deve ser questionado ao mesmo sobre os aspectos da crença do paciente. O conhecimento da religião e/ou crença do paciente, podem fazer toda a diferença durante o tratamento, a depender da visão de cada indivíduo sobre o processo saúde doença. Lucchetti *et al.* (145) informam que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos abordassem sobre sua religião/espiritualidade, pois, assim sentiriam mais confiança no médico que questionasse esses temas proporcionando o resgate da visão holística e mais humanizada do paciente.

A visão religiosa está presente em todos os estratos sociais e são parte importante da compreensão do processo saúde e doença (134). Azambuja (146) faz esse alerta ao realizar uma pesquisa descritiva qualitativa de corte transversal com 150 Testemunhas de Jeová do Distrito Federal (DF) cujo objetivo era o de estudar a posição dos mesmos frente ao uso terapêutico de hemoderivados e hemocomponentes, frescos e armazenados. Quando questionados em relação ao atendimento médico, 71% dos pesquisados informaram que esses profissionais não

os questionaram quanto a sua religião. Na pesquisa realizada por Silva e Tavares-Neto (147) sobre a avaliação dos modelos de prontuário utilizados em 77 hospitais, em 58,4% deles não solicitava a religião do paciente. O processo construtivo das relações entre médicos e pacientes não seguiram, na mesma proporção, os rumos do avanço biotecnocientífico (146).

A importância de se questionar a religião do paciente é para que os médicos se atentem quando essa crença possa provocar prejuízo e/ou desencadear problemas de ordem maior, como por exemplo, a visão de que aquela doença é fruto de uma punição e/ou abandono divino (145). E ainda de que a cura de determinada doença esteja atrelada à fé a um Ser Supremo. “O clínico deve saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão, sem ofender ou julgar as preferências religiosas de cada paciente, de forma a exercer a Medicina de forma mais humana e integral possível” (145).

6.4 INDIVÍDUO *versus* SAÚDE PÚBLICA: DE QUEM É A CULPA PARA O ADOECIMENTO?

Descobrimo-nos portadores de doenças e buscamos resolvê-las individualmente, tentando ignorar que na maioria das vezes são frutos de um cotidiano opressor, ditado por uma engrenagem cega que não coloca o ser humano como fim em si mesmo, mas como meio exclusivo para a obtenção de lucro. Nossa cegueira, no entanto, não nos exime da responsabilidade. Devemos reconhecer que nossas escolhas cotidianas refletem uma opção ideológica voltada para o *status quo* (99) (p. 121).

O indivíduo pode ser culpabilizado pelo seu adoecimento se porventura não adotar as medidas indicadas como sendo as saudáveis. Por outro lado, o indivíduo pode ficar a mercê das medidas médicas adotadas para a promoção da saúde sem a possibilidade do exercício da autonomia (109). Desta forma, a saúde é vista como um dever do cidadão e um direito do Estado (exatamente o contrário do que rege a Constituição Federal). Ou seja, caberá ao Estado querer ou não cuidar daquele indivíduo intitulado possuir atos não saudáveis (148). O argumento utilizado para justificar a responsabilização individual refere-se, na maioria das vezes, aos recursos finitos e escassos figurando em um problema constante universal da bioética sanitária. A responsabilização frente aos recursos finitos corrobora para uma tensão moral, entre a autonomia do indivíduo, onde a conduta humana é confrontada

com o paradigma econômico, tendendo estabelecer um controle do comportamento humano (105).

As ações de saúde pública podem interferir no processo saúde doença da coletividade, contudo conflitos morais podem coexistir, limitar e até mesmo restringir a liberdade e/ou as decisões individuais e, também influenciar no bem-estar da coletividade (107).

O princípio da equidade “permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população” (121), mas também é o ponto de partida para a igualdade. Esta última é referencial dos direitos humanos onde o próximo passo é o reconhecer da cidadania. Para fazer valer o direito à saúde deve-se associar o princípio da equidade aos princípios da responsabilidade pública, individual e ao princípio da justiça (121).

O corpo é uma das formas significativas de linguagem, portanto o poder de decisão sobre os corpos, como serão realizados os procedimentos e intervenções é de caráter extremamente individual. Singularidade esta onde cada indivíduo pode ser reconhecido por si e pelos outros no sentido de uma construção de relações entre inter-humanas, de forma respeitosa (97).

Poucos discordariam de que medidas devem ser instituídas para proteção dos indivíduos e os grupos mais vulneráveis. Entretanto, o que está em jogo é saber quem são esses indivíduos vulneráveis e qual a medida a ser adotada para que a liberdade individual não possa reduzir a garantia de sua proteção. Ao mesmo tempo que existem noções legalmente estabelecidas de abuso que constituem formas inaceitáveis de comportamento em relação aos mais vulneráveis (149).

A proteção dos indivíduos e dos grupos vulneráveis deve ser motivo de preocupação e de incentivo para a promoção de medidas sociais que devem se atentar para a ocorrência de discriminações e estigmas que recaem sobre as diferentes mulheres, inclusive aquelas que optaram seguir a vida religiosa. Os grupos excluídos socialmente, como é o caso das religiosas, podem se fragilizar e a sua capacidade de reação ficar enfraquecida e, estar mais facilmente passível de agravos à saúde.

O direito ao próprio corpo é inerente à existência dos seres humanos, contudo essa realidade não se manifesta em todas as pessoas (98). A adoção de uma posição autônoma rege fazer o uso da consciência na busca de uma solução (108).

O importante das atitudes é a percepção da subjetividade como elemento que orienta a condução da ação a cada instante de nossas vidas” como uma possibilidade de fazer a emissão de juízos morais. O conhecer aprofundado das emoções confere a condição de administrá-las contrabalanceando os aspectos favoráveis e os desfavoráveis (108).

As desigualdades de gênero marcadas pela história implicam em forte impacto na saúde das mulheres. Mulheres essas que constituem a maioria da população brasileira, segmento social fundamental e principais usuárias do Sistema Único de Saúde... Essas desigualdades históricas são um dos determinantes da saúde a ser considerado na formulação das políticas públicas de saúde (27).

A promoção e a proteção dos direitos humanos sem discriminação é um dos objetivos das Nações Unidas (150). Na mesma prerrogativa, a promoção do acesso equitativo ao desenvolvimento médico e científico com vistas às necessidades particulares dos países em desenvolvimento e a promoção dos interesses das gerações presentes e futuras são um dos objetivos da DUBDH (115). Neste sentido, devem ser garantidos o respeito às moralidades individuais, sem necessariamente corromper as medidas adotadas para promoção da saúde, mas devendo considerar a diversidade cultural e religiosa. A história pessoal serve para identificar os indivíduos de determinados grupos ou comunidades exercendo sobre cada um deles a influência do comportamento a ser adotado. A inter-relação da história de vida individual aliada ao valor da sua sobrevivência auxilia cada pessoa a entender seu ambiente e definir estratégias para se ajustar ao grupo.

A sobreposição de diferentes formas de discriminação cria quadros de múltiplas vulnerabilidades e as políticas focalizadas visam atuar na transformação das relações sociais e dos significados cristalizados que recaem sobre grupos específicos (27) (p.57).

Numa perspectiva geral, o estado de saúde dos indivíduos tem melhorado bastante no que tange à expectativa média de vida e diminuição da mortalidade infantil, por outro lado, a ignorância e a exclusão social persistem. Além disso, há uma disparidade no acesso à saúde detectada entre países distintos, bem como no interior de cada um deles, de acordo com a classe, gênero, grupo étnico e comunidade a que os indivíduos pertencem (151).

Para que a bioética tenha uma participação concreta na evolução dos

processos societários, uma transformação se faz necessária para se adequar a cada realidade. É preciso trabalhar para a elaboração de uma percepção macro da bioética e que realmente esta seja comprometida com o social, que seja crítica, politizada e interventiva, na intenção de diminuir as disparidades constatadas (24).

Nossos corpos, embora silenciosos, gritam a todo momento, emitindo mensagens acerca de seus valores, emoções, sentimentos, preconceitos, agrados e desagradados, expectativas, medos, inseguranças... Eles revelam uma vivência singular que, ao se entregar aos nossos cuidados, muitas vezes, perdem sua identidade única, porque os generalizamos, condenando-os a uma passividade nas relações, reduzindo-os a um número, a um caso clínico, a uma ferida, a uma lesão... (152) (p.151).

6.5 RETORNO DOS BENEFÍCIOS OBTIDOS PELA PESQUISA

O item III.3.n da Resolução CNS 196/96 (119) regulamenta a garantia do retorno dos benefícios obtidos por meio das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Nesta perspectiva, nós assumimos o compromisso de apresentar os resultados da pesquisa para todos aqueles que se interessem pelos mesmos, preferencialmente aos Institutos de Vida Consagrada. Ficou acordado com a CRBn que, após a divulgação dos resultados e tornados públicos, caberá a esse organismo institucional decidir, se a pesquisadora fará palestras para os institutos religiosos e/ou se, serão entregues folhetos explicativos motivando a prevenção secundária do câncer de mama.

6.6 PROPOSTAS INTERVENTIVAS FUTURAS

É importante mencionar que, por meio deste trabalho não tínhamos a pretensão de realizar um estudo epidemiológico, até mesmo pela pequena quantidade de religiosas que fizeram parte da pesquisa. Mesmo assim fica registrado o nosso anseio de fazer uma proposta ousada, o de realizar em uma etapa posterior um estudo de rastreamento de toda a população de religiosas brasileiras, iniciando pelo Distrito Federal, para verificar quantas destas mulheres são acometidas pelo câncer de mama e o grau do estadiamento da doença, caso a

mesma seja diagnosticada. Não somente o quantificar dessas mulheres seria suficiente, mas sim estabelecer metas e cuidados para todas aquelas que forem diagnosticadas com a doença, não esquecendo jamais que qualquer trabalho científico, e ou qualquer proposta interventiva prevaleça o diálogo, o respeito aos limites individuais e a solidariedade entre as diversas pessoas como fim para se alcançar a dignidade humana.

Obviamente, o respeito a autonomia do indivíduo é essencial, porém para que haja uma tomada de atitude consciente, as informações devem ser dadas de forma correta e coerente para que as ações e decisões das religiosas sejam realmente autônomas e não coercitivas. Nesse caso, o mais importante é fornecer meios para que ocorra a motivação das religiosas, sem que haja discriminação e estigmatização das mesmas, para a consciência e a realização periódica de exames preventivos para o câncer de mama.

Esse estudo epidemiológico será possível se contar com uma participação conjunta de pesquisadores capacitados e conscientes da importância da prevenção do câncer de mama; do interesse, da autorização e do apoio dos membros da Igreja Católica e de uma forte cooperação do Estado para alcançar os objetivos e metas aqui propostos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das etapas de elaboração deste estudo e da análise da discussão dos resultados, verificou-se que:

- Do total de RCCs, a maioria das pesquisadas, 30%, estava na faixa etária entre 60 a 69 anos, faixa esta de risco para a ocorrência do câncer de mama, e a idade média foi de 57 anos, variando dos 32 aos 93 anos.
- Satisfatoriamente, 67,5% do total da amostra já concluíram o ensino superior e 15% possuem pós-graduação, ou seja, 82,5% das religiosas pesquisadas tiveram acesso à universidade.
- Concernente ao tempo de formação, 60% das religiosas pesquisadas não informou este tempo, uma das limitações do estudo. O respeito pela consciência decorre do princípio pelo respeito às pessoas. O respeito pelo outro é, na medida que o respeita na expressão e no exercício das suas convicções fundamentais como pessoa. O respeito da sociedade para a consciência individual deve ser estendida à tolerância religiosa (153). No que tange a diversidade das moralidades uma solução deve ser encontrada onde possam haver convergências que contemplem a inviolabilidade dos indivíduos baseados no respeito pela dignidade de cada um e também que haja proteção destes indivíduos, inclusive nas relações intersubjetivas do reconhecimento recíproco nas quais os indivíduos se mantêm como membros de uma comunidade (154).
- O percentual de religiosas que disseram acreditar ter menor chance de contrair doenças alcançou 55%, sendo que as justificativas mais citadas se referiam à adesão da prevenção primária, como alimentação saudável, exercícios físicos, lazer, descanso. Não podem ser desconsideradas as RCCs que relataram o poder divino e a espiritualidade, fatores estes que corroboram nos tratamentos, desde que a fé não seja fator impeditivo para a

conscientização e atitude dos indivíduos quanto à prevenção secundária do câncer de mama e das demais doenças. Ainda, 17 religiosas (42,5%) retrataram não acreditar ter menor chance de contrair doenças e destas, 15 retrataram que todo ser humano está susceptível à contrair doenças, não sendo para elas uma situação diferente.

- Considerando os exames preventivos do câncer de mama, em relação ao AEM, duas religiosas (5%) disseram nunca ter realizado esse exame, contudo 38 religiosas (95%) já realizaram o mesmo. Concernente ao exame clínico médico, 60% das RCCs consideram a visita ao ginecologista importante para todas as mulheres. Quanto à MMG, nove religiosas (22,5%) não haviam realizado o exame enquanto 31 (77,5%) já fizeram esse exame. Realizar os exames preventivos do câncer de mama é uma forma do agir antecipado. O princípio da prevenção é uma referência utilizada para evitar possíveis danos e iatrogenias. Reafirma-se portanto que, os métodos de tratamento do câncer de mama devem ser realizados, regularmente, uma vez que as religiosas são suscetíveis aos fatores de risco associados a esse tipo de câncer.
- A problemática do câncer de mama perpassa as questões de sexualidade humana atreladas à moral religiosa católica e atinge todos os níveis da sociedade. Por mais que 40% das religiosas tenham retratado ter acesso a mais de um meio de comunicação para às informações sobre saúde, é mister afirmar que o assunto deve ser tratado de forma séria com ações concretas nas ações de saúde pública e que o indivíduo seja protegido e tenha esse acesso conforme preconiza a Constituição Federal. As religiosas de vida consagrada, cidadãs, devem ter a mesma possibilidade de acesso à saúde, devendo ser respeitadas em suas escolhas e estilos de vida por meio do reconhecimento e afirmação dos direitos humanos e da diversidade existente entre as pessoas. O princípio da responsabilidade social e saúde é evocada na DUBDH (115) afirmando que a promoção da saúde e do desenvolvimento social deve ser o objetivo central dos governos e assim partilhado por todos os setores da sociedade, uma vez que a saúde é essencial à vida em si.

Se a igualdade em cidadania prevista na lei permanece letra morta, símbolo de uma 'cidadania abstrata' - que não contempla todos os brasileiros e sequer pode ser reclamada por muito deles – as bioéticas desenvolvidas no país e, especificamente, a Bioética de Intervenção, consideram que cabe aos bioeticistas promover a reflexão sobre a iniquidade na busca da dignidade humana, da libertação, do empoderamento e da emancipação social. Ao travar diálogo com a realidade, a bioética brasileira se associa à discussão da saúde pública, aos direitos humanos e aos movimentos sociais (155) (p.33).

Por meio deste estudo foi possível observar que os contextos de vida, mesmo que dos amigos morais são subjetivos, onde a cada indivíduo cabe uma leitura e interpretação do que vive. Considerando o estudo como um resultado enviesado, as mulheres que optam por seguir a vida religiosa são autônomas para a decisão sobre suas vidas, mas vulneráveis no que tange ao acesso à saúde.

A Igreja Católica, por ser uma instituição onde prega a totalidade do ser humano e a inviolabilidade da vida, é fundamental para incentivar e apoiar as RCCs na luta contra o câncer de mama. Nessa perspectiva, além dessa instituição alertar e persuadir os seus membros atuantes para a adoção e mudança de comportamento frente aos métodos de prevenção secundária do câncer de mama, provavelmente, terá o interesse em ser multiplicadora para promover a conscientização desse tipo de câncer para as demais mulheres incentivando-as a procurarem os seus direitos como cidadãs – o direito ao acesso à saúde. Salieta-se que, a discriminação mediante a alguma escolha não é a melhor forma de mostrar a importância de determinado assunto. A cada um cabe o direito sobre os seus corpos, onde é possível estabelecer o prazer e a dor de cada um. O essencial é estabelecer o diálogo entre os diversos discursos para se chegar a um repertório onde a dignidade humana seja a principal finalidade.

8 REFERÊNCIAS

1. Soares RG. A Repercussão Emocional do Câncer de Mama sobre a Dinâmica Familiar [monografia na internet]. São Paulo: 2004 [acesso em 14/05/2010]. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/espec/MonografiaRenataGoltbliatasSoares.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa/2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009. 98 p.
3. Oliveira Junior FJM, Cesse EA. Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(3): 201-8.
4. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(1): 197-204.
5. Zeleniuch-Jacquotte A, Shore RE. Epidemiology of Breast Cancer. In: Roses DF. Breast cancer. 2005.
6. Gonçalves SCM, Dias MR. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. Estudos de Psicol. 1999; 4(1): 141-59.
7. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Instituto Nacional de Câncer. SISMAMA. Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010. 8 p.
8. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Prevenção e controle do câncer de mama: protocolos de atenção à saúde da mulher [Internet]. Belo Horizonte: 2008. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocolocancerdemama.p>
9. Nascimento TG, Silva SR, Machado ARM. Auto-exame de mama:

significado para pacientes em tratamento quimioterápico. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 557-61.

10. Trindade ES, Primo WQSP, editores. Manual de Ginecologia Oncológica. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. 356 p.

11. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MID. O papel do autoexame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. Rev Ciênc Med. 2002; 11(3): 233-42.

12. Fernandes AFC, Viana CDMR, Melo EM, Silva APS. Ações de detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2007; 6(2):215-22.

13. Madigan MP, Ziegler RG, Benichou J, Byrne C, Hoover RN. Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. J Natl Cancer Inst. 1995; 87: 1681-5.

14. Araújo CAA. Auto-exame das mamas entre freiras: o "toque" que falta. 2003. 153 f. Dissertação. Mestrado em Enfermagem. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

15. Vainio H, Bianchini F. Breast Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 7 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. 2002.

16. Torres MA. Antagonismos entre o magistério católico e as conquistas de mulheres católicas a partir da teoria do discurso. Revista mal-estar e subjetividade. 2005 mar; 5(1): 145-60.

17. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea (Tradução de Orlando Soares Moreira). São Paulo: Edições Loyola, 2003. 501 p.

18. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da Literatura. Psicol Reflex Crit [internet]. 2005; 18(3): 381-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300012&lng=en&nrm=iso.

19. Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética,

vulnerabilidade e saúde. Aparecida (SP): Ideias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

20. Porto D. Bioética e qualidade de vida. As bases da pirâmide social no coração do Brasil. Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde de mulheres negras no Distrito Federal. [Tese de doutorado em Ciências da Saúde] - Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2006.

21. Araújo CAA, Oliveira EM, Barbosa RM. Auto-exame das mamas entre freiras: o “toque” que falta. *Acta Paula Enf.* 2004; 17(2): 157-63.

22. Silva MA, Mandú ENT. Ideias cristãs frente ao corpo, à sexualidade e contracepção: implicações para o trabalho educativo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007 dez; 28(4): 459-64.

23. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan, 1995.

24. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. 2005; 13 (1): 125-34.

25. Pontes CAA, Schramm F R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1319-27. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500026&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500026.

26. Almeida CA, Barry SA. *Cancer: basic science and clinical aspects*. Blackwell Publishing, first edition, 2010.

27. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236p.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Mamografia: da prática ao controle (Recomendações para profissionais de saúde)*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 109p.

29. American Cancer Society. *Breast Cancer*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2010. Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index>. Acesso

em: 20/09/2010.

30. Sandre-Pereira G. Amamentação e sexualidade. Estudos Feministas. 2003; 11(2): 467-91.

31. Li Ci, editor. Breast Cancer Epidemiology. Springer, 2009. 417 p.

32. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(5): 1061-9.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso [Internet]. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>

34. Carvalho CMRG, Brito CMS, Nery IS, Figueiredo MLF. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. Rev. bras. enferm. [online]. 2009; 62(4): 579-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672009000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

35. Duff SW. Epidemiology of female breast cancer. In: Michell M, editor. Breast cancer – contemporary issues in cancer imaging. New York: Cambridge University Press, 2010.

36. Marchi AA, Gurgel MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(4): 192.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p.37. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em: 18/10/2010.

38. McKinnell RG, Parchment RE, Perantoni AO, Damjanov I, Pierce GB. The biological basis of cancer. Second Edition. Cambridge University Press, 2006. 475p.

39. OMS. Organização Mundial de Saúde. National cancer control

programmes: policies and managerial guidelines. 2nd edition. Geneva. 2002.

40. Molina L, Dalben I, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(2): 185-90.

41. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003; 49(4): 227-38 .

42. Olson JS. Bathsheba's breast: women, cancer and history. JHU Press, 2005. 320p.

43. Smith TL. Breast cancer: current and emerging trends in detection and treatment. The Rosen Publishing Group, 2005. 64p.

44. Ricks D. Breast Cancer Basics and Beyond: treatments, resources, self-help, good news, updates. Hunter House. 2005. 366p.

45. Hernandez BLM. Foundations concepts of global community health promotion and education. Jones & Barlett Learning, 2010. 299p.

46. Ramazzini B. Diseases of workers (De Morbis Artificum). The New York Academy of Medicine, 1964.

47. Goldstein IF, Goldstein M. How much risk?: a guide to understanding environmental health hazards. EditoraOxford University Press US, 2002. 338 p.

48. Crooks R, Baur K. Our sexuality. Cengage Learning, 10a. ed. 2007.

49. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. RBGO. 2003; 25(3).

50. Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S. Câncer de mama: prevenção secundária [Internet]. Brasília (DF): Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf> Acesso em: 20/10/2010.

51. Blanks RG, Bennett RL. Quality assurance in breast cancer screening. In: Michell M, editor. Breast cancer – contemporary issues in cancer imaging. New York: Cambridge University Press, 2010.

52. Ministério da Saúde (Brasil). Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Instituto Nacional de Câncer. SISMAMA. Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 8 p.
53. Haber D. Health promotion and aging: practical applications for health professionals. Springer Publishing Company, 2010.
54. Jatoi I. Breast cancer screening. In: Jatoi I, Kauffman M, editores. Management of breast diseases. Springer, 2010.
55. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. autoexame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Rev latinoam enferm. 2003 Jan/Fev; 11(1):21-7.
56. Alberts DS, Hess LM. Fundamentals of Cancer Prevention. 2008. 535p.
57. Brasil. Lei nº 11.695 de 12 de junho de 2008. Institui o Dia Nacional da Mamografia.
58. Brasil. Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
59. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3): 340-9.
60. Cubas CJ. Articulações entre o campo religioso e o trabalho profissional com a saúde na Congregação das Irmãs da Imaculada Conceição (1960-1990). Revista Brasileira de História das Religiões. 2010;(7): 207-21. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao>. Acesso em: 25/10/2010.
61. Boff L. Igreja: carisma e poder. Rio de Janeiro: Record, 2010.
62. Nunes MJR. Freiras no Brasil. In: Del Priore M, Bassanezi, organizador. História das mulheres no Brasil. 3ª ed. São Paulo: Contexto: 2000. 678p.

63. Pereira WCS. A porta de entrada da Análise Institucional na Vida Religiosa Consagrada In: Pereira WCC, organizador. Análise institucional na vida religiosa consagrada. Belo Horizonte: Publicações da CRB. 2005.
64. Vitório J. Refundação: aprendendo da história. In: Conferência dos Religiosos do Brasil. “Tempo de sinais, sinais dos tempos” – Provocações para a refundação da vida religiosa. Rio de Janeiro: Publicações da CRB, 2000.
65. CRB. Conferência dos Religiosos do Brasil [internet]. 2010. Disponível em: (<http://www.crbnacional.org.br/novo/index.php/quem-somos/crb-nacional>).
66. CERIS. Centro de Estatísticas Religiosa e Investigações Sociais. Anuário da Igreja Católica no Brasil. 2011.
67. Serer VTC. Renovación de la vida religiosa: resortes psicopedagogicos. 1968.
68. Paulo VI. Constituição dogmática Lumen Gentium sobre a Igreja [internet]. 1964. Disponível em: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vatii_const_19641121_lumen-gentium_po.html. Acesso em: 20/09/2010.
69. Centro Bíblico Católico. Bíblia Sagrada (Tradução dos originais mediante a versão dos Monges de Maredsous pelo Centro Bíblico Católico). Segunda Epístola aos Coríntios 5, 17. São Paulo: Ave-Maria, 1998. p. 1485.
70. João Paulo II. Exortação apostólica pós-sinodal Vita consecrata. São Paulo: Edições Loyola; 1996.
71. Congregação para os Institutos de Vida Consagrada e as Sociedades de Vida Apostólica. Orientações sobre a formação nos institutos religiosos. 1990. Disponível em: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccsclife/documents/rc_con_ccsclife_doc_02021990_directives-on-formation_po.html
72. Chitolina AL. O processo formativo na Vida Religiosa Consagrada hoje. In: Pereira WCC (organizador). Análise institucional na vida religiosa consagrada. Belo Horizonte: Publicações da CRB. 2005.

73. Grossi MP. Jeito de freira: estudo antropológico sobre a vocação religiosa feminina. Cad. Pesquisa São Paulo (73): 48-58, 1990.
74. CRB. Conferência dos Religiosos do Brasil. Desafios contemporâneos à vida religiosa. Rio de Janeiro: Publicações CRB, 2004. 124p.
75. Brunelli D. Vida religiosa e gênero. In: Conferência dos Religiosos do Brasil. "Tempo de sinais, sinais dos tempos" – Provocações para a refundação da vida religiosa. Rio de Janeiro: Publicações da CRB, 2000.
76. Agenzia Fides. Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli. Intenção Missionária [internet]. 2008. Disponível em: <http://www.fides.org/aree/news/newsdet.php?idnews=12110&mode=print&lan=por>
77. Congregação para os Institutos de Vida Consagrada e as Sociedades de Vida Apostólica. Verbi Sponsa - Instrução sobre a vida contemplativa e a clausura das monjas. 1999.
78. Paulo VI. Decreto Perfecta Caritatis sobre a conveniente renovação da vida religiosa. 1965. Disponível em: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651028_perfectae-caritatis_po.html. Acesso em: 20/09/2010.
79. Baldissera DP. O poder na Vida Religiosa Consagrada. In: Pereira WCC, organizador. Análise institucional na vida religiosa consagrada. Belo Horizonte: Publicações da CRB. 2005.
80. Conselho Pontifício para a Família. Sexualidade humana: verdade e significado – Orientações educativas em família. São Paulo: Paulinas, 2007.
81. Mohana J. Vida afetiva dos que não se casam. São Paulo: Edições Loyola; 1997.
82. Richards J. Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.
83. Lapenta VHS. Masculino e feminino na vida religiosa – caminhos de compreensão e de vivência. Psicologia e Vivência, série estudos 4. São Paulo: Edições Loyola, 2000.
84. Del Priore M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: Del

Priore M, Bassanezi Carla, editores. História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2000.

85. Vidal M. Moral de atitudes – Moral do amor e da sexualidade. Aparecida, Santuário, 1995.

86. Martínez, José Luiz. Sexualidade e crescimento na vida sacerdotal e religiosa. São Paulo: Paulus, 2000. 169p.

87. Catecismo da Igreja Católica. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

88. João Paulo II. Carta Apostólica Salvificis doloris. 1984.

89. João Paulo II. Carta Encíclica Evangelium Vitae sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. São Paulo: Paulinas, 1995.

90. Matos HCJ. A vida consagrada à luz da espiritualidade paulina: subsídios para a formação permanente. São Paulo: Paulinas, 1998.

91. Dahlke R. A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento (Tradução de Dante Pignatari). São Paulo: Cultrix, 2007.

92. Mainetti JA. Somatología. In: Tealdi JC. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660p.

93. Semen Y. A sexualidade segundo João Paulo II (Tradução Maria José Villaça). 1ª ed. Lisboa: Princípia Editora, 2006.

94. Ferrater-Mora J. Dicionário de filosofia. 3. (K - P), Volume 3. Edições Loyola, 2001.

95. Paulino IR. Um olhar sobre a degradação dos valores humanos a partir da obra *Os Sonâmbulos*, de Hermann Broch. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Filosofia, do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, 2006, p. 11.

96. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Loyola, 1998, p. 17.

97. Tealdi JC. Cuerpo humano. In: Tealdi JC, diretor. Diccionario latinoamericano de bioética. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética:

Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660p.

98. Porto D. Derecho al cuerpo propio. In: Tealdi JC. Dicionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660p.

99. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Revista Bioética. 2005; 13(1): 111-23.

100. Kligerman J. Bioética e Política de Saúde Pública [Editorial]. Rev Bras Cancerol. 1999 Jan/Mar; 45(1). Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v01/editorial.html.

101. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde. 2002; 26(1), p. 6-15.

102. Garrafa V. Introdução à Bioética - An Introduction to bioethics. Revista do Hospital Universitário. 2005B; 6(2): 9-13.

103. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009; 25(8): 1839-1849. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020&lng=en.

104. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en Garrafa V. Centro de Bioética – CREMESP (Entrevista). 2009. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=48>

105. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010; 14(33): 243-55. Disponível em:

106. Kligerman J. Bioética em Saúde Pública (Editorial). Revista Brasileira de Cancerologia. 2002, 48(3): 305-7.

107. Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e Saúde Pública. São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003. 167 p.

108. Segre M. Bioética e religião. RBB. 2005; 1(3):257-63.

109. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1):82-8.
110. Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases conceituais da bioética: enfoque latino americano.* Tradução de Luciana Moreira Pudenzi e Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Gaia, 2006.
111. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELP, orgs. *Bioética, vulnerabilidade e saúde.* Aparecida: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
112. Kottow M. Comentários sobre Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L, orgs. *Bioética: poder e injustiça.* São Paulo: Loyola, 2003. p.71-2.
113. Scarpelli AC, Ferreira EF, Zarzar PMP. Vulnerabilidade socioeconômica versus autonomia na pesquisa em saúde. *Revista Bioética.* 2007; 15 (2): 298-307.
114. Berlinguer G. *Questões de vida: ética, ciência e saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1993.
115. Unesco. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.* Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. 2006.
116. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética.* 2006; 2(3): 300-13.
117. Dutra MLS, Barros VL. A mortalidade infantil em decorrência da vulnerabilidade. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELP, orgs. *Bioética, vulnerabilidade e saúde.* Aparecida: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
118. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes e Zoboli, orgs. *Bioética e Saúde Pública.* São Paulo: Loyola, 2003.

119. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. 1996.
120. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
121. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde Pública, bioética, equidade. *Bioética*. 1997; 5(1): 27-33.
122. Garrafa V. Bioética, Saúde e Cidadania. *Revista Saúde em Debate (CEBES)*. 1994; 43: 53-9.
123. Conferência dos Religiosos do Brasil. In: Camacho M. Mudança de hábito. *Revista Veja*. 2001. Edição 1690. Disponível em: http://veja.abril.com.br/070301/p_070.html
124. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet] 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>. Acesso em 13/01/2011.
125. Schramm FR. Bioética e comunicação em Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001; 47(1): 25-32.
126. Meneses RF, Ribeiro JP. Como ser saudável com uma doença crônica: algumas palavras orientadoras da acção. *Análise Psicológica*. 2000,18(4):523-8. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a07.pdf
127. Berlinguer G. Bioética da Prevenção. *Bioética*. 1994; 2(2). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/bioetica/index.phpselecionaRevista=4&opcao=revista>
128. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p. Disponível em: www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf
129. Setti AFF, Gallo E. Promoção da saúde e desenvolvimento

sustentável: proposta de matriz de avaliação qualitativa de projetos locais. *Saúde em Debate*. 2009; 33(83): 407-19.

130. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(5): 538-42.

131. Ferreira J. O corpo sígnico. In: Alves PC, Minayo MCS. *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

132. Linardi AG, Silva FAD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(4): 493-498.

133. Minayo MCS. Representações da cura no catolicismo popular. In: Alves PC, Minayo MCS. *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

134. Vasconcelos EM. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2010; 4(3): 12-8. Disponível em: www.reciis.cict.fiocruz.br Gomes R, Skaba MMVF, Vieira, RJS.

135. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(1): 197-204.

136. Selleti JC, Garrafa V. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. 120 pp.

137. Menke CH, Delazeri GJ. Autoexame ou autoengano? *FEMINA*. 2010; 38(1): 03-06.

138. Freitas Júnior, Oliveira ELC, Marinho ER, Zampranha RAC, Pereira RJ, Soares FA. Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil). *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3): 312-6.

139. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Marana HRC. Conhecimento, prática e atitude sobre o AEM de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(5): 241-6.

140. Lagana MTC. Dilemas éticos sobre o controle do câncer de mama: um convite ao debate. *Saúde Coletiva*. 2007; 4(15): 72-8.

141. Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(4): 214-9.
142. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (2003). Cad. Saúde Pública. 2007; 23(7):1665-73.
143. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a “bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. Radiol Bras 2002; 35(3): 139–45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842002000300004&lng=en
144. Bertoldi SG, Braga FA, Mendes AH. Entrevista médica. In: Neto AC, Gauer GC, Furtado NR. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. 944 p.
145. Lucchetti G, Granero AL, Modena Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med 2010; 8(2):154-8.
146. Azambuja LEO. Testemunhas de Jeová frente ao uso de hemocomponentes e hemoderivados. 2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
147. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev. bras. educ. Med. 2007; 31(2): 113-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005502200700020002&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0100-55022007000200002.
148. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. RBB. 2006; 2(2): 187-200.
149. Nuffield Council on Bioethics. *Public Health: ethical issues*. Cambridge Publishers Ltd. p.37. 2007.
150. Hunt P. Missed opportunities: human rights and the Commission on

- Social Determinants of health. IUHPE - Global Health Promotion. 2009; 16 (Supp 1): 36-41. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/16/1_suppl
151. Berlinguer G. Interview. IUHPE - Global Health Promotion. 2009; 16 (Supp 1): 62. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/16/1_suppl
152. Ressel LB, Silva MJP. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. Rev Esc Enf USP. 2001; 35(2): 151.
153. Post SG, organizador. Encyclopedia of Bioethics. 3rd Edition, 2003.
154. Donda CS. Bioética, derechos humanos y ciudadanía. RBB. 2008; 4 (1-2): 21.
155. Porto D. O diálogo da bioética: minorias étnicas. RBB. 2008; 4 (1-2): 33.

APÊNDICE A – INSTRUÇÕES PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Prezada Senhora,

A pesquisa intitulada “Estudo da prevenção secundária do câncer de mama em religiosas consagradas católicas, no Distrito Federal: enfoque bioético” está sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação da Universidade de Brasília sob responsabilidade da mestranda em Bioética, Hernanda Cortes da Rocha.

1. A senhora receberá dois envelopes.
2. Por favor, abra o envelope nº 01 e pegue as duas cópias do documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
3. Por favor, pegue uma das cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e leia atentamente.
4. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido caso a senhora queira participar da pesquisa, por favor, assine uma cópia deste documento e coloque no envelope nº 01.
5. A outra cópia ficará com a senhora, caso tenha alguma dúvida ou precise contatar a pesquisadora. Os dados da pesquisadora estão descritos no documento.
6. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por favor, abra o envelope nº 02 e pegue o questionário autoaplicável. O termo *autoaplicável* significa que a senhora vai ler e responder o questionário, sem a presença da pesquisadora do estudo.
7. Por favor, leia atentamente e responda o questionário.
8. Ao responder o questionário, a senhora não precisa se identificar em nenhum momento, nem colocar o seu nome e nem o nome da Congregação a que pertence.
9. Após responder o questionário, por favor coloque-o no envelope nº 02.
10. Os envelopes nº 01 e nº 02 deverão ser entregues pela senhora à assessora indicada pela Conferência dos Religiosos do Brasil.
11. A Conferência dos Religiosos do Brasil entregará todos os envelopes das voluntárias que aceitaram em participar da pesquisa para a pesquisadora responsável.
12. Os questionários serão analisados e os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de Mestrado da pesquisadora e em artigos científicos. Em nenhum momento, dados serão divulgados que possam identificar as religiosas que participaram desta pesquisa.

Obrigada pela sua participação!

Atenciosamente,

Hernanda Cortes da Rocha

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Dados pessoais da pesquisadora: Hernanda Cortes da Rocha

E-mail: hernanda.rocha@gmail.com

Endereço: QND 34 lote 12 aptº 05 – Taguatinga Norte – DF.

Telefones: (61) 8601-8137 (celular) // (61) 3264-3023 (residencial)

Dados pessoais da orientadora: Profª Walquíria Quida Salles Pereira Primo

E-mail: walquiriaprimo@gmail.com

Endereço: SHIS QI 21 conjunto 04 casa 07 – Lago Sul – DF.

Telefones: (61) 9968-7340 (celular) // (61) 3366-4861

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Telefone: (61) 3107-1947.

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa intitulada *“Estudo da prevenção secundária do câncer de mama em religiosas consagradas católicas no Distrito Federal: Enfoque Bioético”*. Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Bioética da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, sob responsabilidade da pesquisadora Hernanda Cortes da Rocha, sob orientação da profª Walquíria Quida Salles Pereira Primo.

Este documento se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e nele estão descritos os procedimentos do estudo e os possíveis riscos, os benefícios da sua participação na pesquisa e seu objetivo é permitir que a senhora tome uma decisão esclarecida sobre a sua participação ou não neste estudo. Caso tenha dúvidas com relação às explicações, entrar em contato com a pesquisadora Hernanda Cortes da Rocha.

A motivação para realização desta pesquisa é o fato do câncer de mama ser considerado um grave problema de saúde pública que acomete milhares de mulheres em todo o mundo, inclusive no Brasil. A prevenção do câncer de mama é essencial para diminuição da mortalidade e melhoria da qualidade de vida das

mulheres.

O alerta vem no sentido de que todas as mulheres devem se prevenir do câncer de mama, em especial aquelas mulheres que nunca engravidaram e que também nunca amamentaram, pois são as que reúnem as maiores chances de apresentarem a doença.

O objetivo geral do estudo é pesquisar como transcorre a prática da prevenção secundária do câncer de mama entre as religiosas consagradas católicas.

As informações obtidas através dessa pesquisa são de caráter estritamente confidencial e em nenhuma hipótese será revelada a identidade das participantes. A pesquisadora e a orientadora não associarão as suas respostas do questionário ao termo de consentimento livre e esclarecido assinado mantendo assim a preservação máxima da sua identidade.

A senhora tem total liberdade de se recusar a participar da pesquisa e a se retirar em qualquer momento, caso julgue necessário, sem necessidade de manifestar o motivo da recusa. A sua desistência não acarretará prejuízo algum, seja físico ou moral, e a sua decisão em responder o questionário deverá ser absolutamente livre e expressão de sua vontade de colaborar com o estudo.

Os riscos relacionados com a sua participação no estudo são mínimos, que podem ser de foro íntimo (constrangimento ao responder algumas perguntas).

A senhora não terá benefício material direto por participar da pesquisa, contudo os resultados da pesquisa poderão auxiliar na obtenção de informações na prevenção do câncer de mama de outras religiosas consagradas católicas, tanto de vida ativa como de vida contemplativa. A partir desses resultados será produzido um folheto informativo especialmente voltado para as religiosas e que auxiliará no aumento da prevenção desse tipo de câncer entre essas mulheres. A senhora não receberá nenhum pagamento por participar deste estudo. Se porventura a senhora tiver despesas com transporte e alimentação para a realização desta pesquisa, estas despesas serão reembolsadas pela pesquisadora responsável.

Caso queira participar da pesquisa, a senhora deverá assinar este documento e a outra cópia deste documento ficará para a senhora.

Para efetivar a sua participação na pesquisa, a senhora deverá responder o questionário com 15 questões relacionadas à saúde da mulher (Ver as '*informações para participar da pesquisa*' para o preenchimento do questionário). Não é obrigatório responder a todas as perguntas. Sinta-se livre para responder quais e

quantas questões quiser.

Os resultados da pesquisa serão divulgados e tornados públicos. A pesquisadora se responsabiliza em não divulgar os nomes das pessoas e das congregações religiosas que fizerem parte da pesquisa. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou caso houver qualquer tipo de intercorrência, contatar a qualquer momento a pesquisadora responsável pelo projeto.

Consentimento para a participação na pesquisa

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar como voluntária do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, de _____ de 2010.

Assinatura da Voluntária

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

1. Data de nascimento (dia/mês/ano): / /

2. Grau máximo de escolaridade:

- a.() ensino médio completo
- b.() ensino superior incompleto
- c.() ensino superior completo
- d.() especialização
- e.() mestrado

3. Tempo (anos) de formação na vida religiosa: _____

4. Qual o(s) principal (is) meio de comunicação que a senhora tem acesso às informações sobre saúde:

- a. () jornais
- b. () revistas
- c. () televisão
- d. () internet
- e. () livros

5. A senhora acredita ter menor chance de contrair doenças?

- a.() não
- b.() sim

6. Justificar a sua resposta ao item nº 05.

7. Qual o sentimento que a senhora vivencia quando escuta a palavra “câncer” (assinalar apenas uma alternativa):

- a.() pavor
- b.() medo
- c.() indiferença
- d.() satisfação
- e.() outro(s). Qual(is): _____

8. A senhora já fez o autoexame das mamas?

- a.() não
- b.() sim
- c.() não sei o que é o autoexame das mamas

9. Se a resposta ao item 8 for 'não', assinale com um 'X' o principal motivo que considerou para não realizar o autoexame? Assinalar apenas uma alternativa:

- a.() porque não acredito que em algum dia possa vir a ter câncer de mama
- b.() porque o médico nunca ensinou

- c. () por vergonha de me tocar
 d. () porque acho desnecessário o autoexame
 e. () outro(s). Qual (is): _____

10. A senhora acha importante se consultar com o ginecologista? Assinalar apenas uma alternativa:

- a. () não acho importante
 b. () acho importante para as noivas
 c. () acho importante para as gestantes
 d. () acho importante para as pessoas casadas
 e. () outro(s). Qual (is): _____

11. Se a resposta ao item 10 for “não acho importante”, assinale com um “X” o motivo que a faz pensar dessa forma (assinalar apenas uma alternativa).

- a. () nunca achei nada em meu corpo que justificasse procurar um médico ginecologista
 b. () porque eu não sei como é uma consulta ginecológica
 c. () porque acho que não terei nenhuma doença ginecológica
 d. () sinto vergonha de expor o meu corpo
 e. () outro(s). Qual(is): _____

12. A senhora já fez a mamografia?

- a. () não b. () sim

13. Se a sua resposta for “sim” para o item 12, a senhora se recorda qual era a sua idade quando fez a mamografia pela primeira vez?

_____ anos.

14. Assinale com um “X”, a nota que mais se aproxima ao seu maior grau de aceitação na realização dos exames preventivos do câncer de mama:

	de 0,0 a 2,0	de 2,1 a 5,0	de 5,1 a 8,0	de 8,1 a 10
autoexame				
exame médico				
mamografia				

15. Desde o início da sua vida religiosa até os dias atuais, a senhora já foi instruída sobre a prevenção do câncer de mama na comunidade em que mora?

- a. () não b. () sim

Obrigada pela sua participação!

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA CONFERÊNCIA DOS RELIGIOSOS DO BRASIL



CONFERÊNCIA DOS RELIGIOSOS DO BRASIL

Brasília 22 de abril de 2010.

V-018/10

Ao

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Ciência da Saúde da
Universidade de Brasília.

Prezado(a) Senhor(a)

Nós, Conferência dos Religiosos do Brasil, com sede em SDS bloco H nº 26 sala 507 Edifício Venâncio II, autorizamos a estudante **Hernanda Cortes da Rocha**, aluna regular do Curso *Strictu Sensu* em Bioética da Universidade de Brasília, residente em: QND 34 lote 12 aptº 05 Taguatinga Norte-DF CEP: 72.120-340, RG: 1790.337 SSP-DF, CPF: 805.718.911-87, a desenvolver a pesquisa de campo em algumas comunidades religiosas indicadas pela CRB Nacional no Distrito Federal e entorno, aplicando o questionário sobre a saúde da mulher.

Atenciosamente,

Ir. Márian Ambrosio, IDP
Presidente da CRB Nacional

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **065/10**

Título do Projeto: “Estudo da prevenção secundária do câncer de mama em religiosas consagradas católicas, no Distrito Federal: enfoque bioético”.

Pesquisadora Responsável: Hernanda Cortes da Rocha

Data de Entrada: 24/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **065/10** com o título: “Estudo da prevenção secundária do câncer de mama em religiosas consagradas católicas, no Distrito Federal: enfoque bioético”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB