

A sexualidade e a execução de políticas de direitos sexuais e reprodutivos: representações dos profissionais de saúde sobre violência sexual e religiosidade em maternidades do Rio de Janeiro¹

Patrícia Silveira de Farias*

Ludmila Fontenele Cavalcanti**

Resumo: Pretende-se, no presente artigo, apresentar uma análise sobre a interface entre sexualidade e a execução das políticas de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Este esforço é efetuado a partir do cotejo de duas experiências de pesquisa realizadas sobre o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) no âmbito das maternidades do município do Rio de Janeiro. Os resultados apontam para uma versão recorrente de sexualidade entre os profissionais, que privilegia a narrativa mais tradicionalista a respeito dos papéis de homens e mulheres nesses contextos. Na direção de uma resposta mais efetiva na atenção às mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos, colocam-se os seguintes desafios: uma ampliação do debate e da formação sobre políticas públicas com recorte de gênero entre os profissionais de saúde, focalizando, em específico, questões referentes à sexualidade e sobre o papel da religiosidade neste âmbito.

Palavras-chave: sexualidade; violência sexual; crença religiosa; direitos sexuais e reprodutivos; profissionais de saúde.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the interface between sexuality and the management of public policies for women, regarding sexual and reproductive rights. This effort is developed by collating two researches which focuses were the Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) and the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism). Both studies were accomplished in maternity hospitals at the city of Rio de Janeiro. The results pointed out that a recurrent version of sexuality among healthcare professionals emphasizes a traditionalist narrative of what is the role of men and women in these contexts. For a more effectiveness in the public policies on sexual and reproductive rights, it is suggested to enlarge the discussion and the education on public policies regarding gender issues, specifically those which deals with sexuality, and to encourage the debate about religiousness in this context.

Keywords: sexuality; sexual violence; religious beliefs; sexual and reproductive rights; healthcare professionals.

Introdução

Este artigo apresenta reflexões sobre a interface entre sexualidade e execução das políticas de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Este esforço é efetuado a partir do cotejo de duas experiências de pesquisa realizadas sobre o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) no âmbito das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro.

A primeira destas experiências, concluída em 2004, teve como objeto as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência sexual no contexto da assistência pré-natal, estabelecendo relações entre os discursos sobre as práticas profissionais na prevenção da violência sexual e as ações que consolidam tais discursos em três maternidades públicas municipais.

O segundo estudo, de 2011, debruçou-se sobre a questão da inter-relação entre sistemas de crença religiosa e atuação profissional dos trabalhadores da saúde inseridos nas ações da Pnaism, visando analisar os sentidos atribuídos por eles à religião e dimensionar possíveis limitações à atuação institucional daí decorrentes, aprofundando, portanto, o debate sobre as políticas e os direitos sexuais e reprodutivos. Este último foi desenvolvido em quatro hospitais maternidades, uma maternidade de um hospital geral e uma casa de parto.

Embora em princípio pareçam pesquisas de objetos nada semelhantes, na verdade os estudos são complementares, pois foram algumas das conclusões suscitadas pela investigação acerca das representações dos profissionais de saúde sobre violência sexual que serviram como ponto de partida para a elaboração do segundo estudo, este, específico sobre a conexão entre religião, prática profissional e políticas de direitos sexuais e reprodutivos. Afinal, constatou-se, no primeiro estudo, a importância do pertencimento religioso tanto nas representações dos profissionais acerca da sexualidade feminina, quanto em suas práticas no trabalho.

Desta forma, os estudos dialogam e se complementam quanto aos seus objetos e objetivos. Além disso, abarcam dois momentos distintos sobre a mesma área de uma política pública, considerada referência quando se trata de políticas de saúde para as mulheres. Na literatura especializada, o programa é descrito como uma resposta institucional à forte mobilização que os movimentos sociais, em especial o de mulheres, empreenderam no final dos anos 1970 e início da década de 1980, motivados pela necessidade de redefinição das políticas públicas de saúde no país. Assim, passou a ser reconhecido como modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina diante do quadro epidemiológico que sinalizava a urgência de se promover a reestruturação imediata do modelo assistencial de saúde.

O primeiro trabalho insere-se no contexto próximo à publicação da Pnaism, em 2003, pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, considerada por Oliveira (2005) como uma tradução de linhas de ação, sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo Paism. Uma das áreas de maior visibilidade dessa política é, justamente, a área dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em 2008, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Governo Federal lança o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNMN), estabelecendo diretrizes e metas para a atuação institucional com recorte de gênero para o período de 2008 a 2011. Organizado a partir de 11 eixos norteadores, o plano apresenta como terceiro deles o da Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Diante deste quadro, enfim, evidencia-se uma nova conjuntura política de reconhecimento institucional, tanto pela presença no cenário do poder executivo desta secretaria, como pelo esforço organizativo em nível nacional que implica na discussão, elaboração, planejamento, execução e gestão de um plano de tal amplitude. Fortalece-se, também, através deste novo documento, a relação intrínseca entre as diretrizes da Pnaism e as políticas públicas para as mulheres no país na área da saúde, assim como

seu papel de marco referencial destas políticas. É nesse contexto que se desenvolve a segunda pesquisa² a ser discutida neste artigo.

Ambas as pesquisas também têm como referência teórica o diálogo profícuo entre os conceitos de representação social e o de senso comum. O primeiro diz respeito aos saberes práticos e aos conteúdos simbólicos que passam determinado grupo social e se encontram introjetados em seus indivíduos como algo anterior, habitual e, desta forma, naturalizado como certezas, não necessariamente conscientes; tais saberes e conteúdos estão estruturalmente ligados às posições que tais indivíduos e grupos ocupam no interior de uma sociedade (Bourdieu, 1989; Minayo, 1994).

Já o senso comum, segundo Geertz (1997), seria o próprio sistema cultural, as concepções e práticas por ele orientadas, de um determinado grupo social; como características deste, o autor lista sua “naturalidade”, sua “praticabilidade”, sua “leveza”, sua ausência de método e sua acessibilidade. Desta forma, as coisas são como são pois está inscrito em sua natureza assim ser. A busca pelo aspecto prático das ações formata o que é a praticabilidade de que fala Geertz em relação ao senso comum, enquanto que a leveza é a característica simples com que são apresentadas as suas interpretações sobre o que seja a “realidade”. O aspecto não sistemático, idiossincrático, é também assinalado, de forma que o pensamento se expresse através de aforismos, metáforas, piadas, lembranças, de uma maneira não comprometida com métodos ou procedimentos racionais e/ou científicos. Sua acessibilidade também se afirma por meio de sua apresentação, passível de apreensão por qualquer pessoa de uma dada sociedade, sem necessidade de qualquer *expertise* ou conhecimento prévio.

É neste quadro que podemos entender os dois recortes efetuados nas pesquisas a serem cotejadas; tanto as concepções, como os saberes práticos sobre a violência sexual, quanto a orientação religiosa, terão desdobramentos nas esferas da execução das políticas sexuais e reprodutivas que valem a pena examinar mais de perto.

Antes, porém, cabe complementar o quadro teórico referencial das duas pesquisas, explicitando a noção de violência sexual que será trabalhada, assim como o que está se considerando como sistema de crenças religiosas. Assim, a violência sexual contra a mulher é considerada uma forma de relação social intersubjetiva, em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher, incorporados como constitutivos das regras que normatizam a prática sexual.

O ato sexual passa, então, a ser concebido como uma forma de dominação, criando expectativas diferenciadas em matéria de sexualidade. Ao relacionar sexualidade e poder, a violência sexual reveste-se de práticas aparentemente simétricas de significações sociais muito diversas para os homens e para as mulheres. Nesta, como em outras definições (Bourdieu, 1999; Drezett, 2000; Estebanez, 1991; Winters, 2000), a violência sexual é referida a relações sexuais não consentidas no domínio do corpo e da sexualidade, especialmente a feminina, e envolve geralmente o uso da força e/ou da ameaça.

Tal como a violência sexual, os sistemas de crença religiosa adquirem sua conformação e materialidade a partir das representações e práticas sociais mais amplas, o contexto cultural e sócio-histórico do qual fazem parte e que organizam as relações entre homens e mulheres nas diversas sociedades. Entretanto, cabe dizer, acompanhando Geertz (1989), que a religião estabelece a ligação entre o estilo de vida individual e a ordem do transcendente, entre o cotidiano e a organização geral das coisas, portanto, entre a vivência e a experiência pessoais e a visão de mundo de determinada sociedade, entrelaçando-as inexoravelmente.

A frutífera interlocução entre os trabalhos é espelhada, também, na escolha metodológica similar – a triangulação de métodos e técnicas, por intermédio das abordagens quantitativa e qualitativa na coleta de dados e na análise do material. Este tipo de metodologia é capaz de promover o diálogo entre questões objetivas e subjetivas. O instrumento adotado na coleta foi o questionário com perguntas abertas e fechadas, e uma entrevista do tipo semiestruturada,

baseada em roteiro, ambos aplicados aos profissionais de saúde. O roteiro utilizado nas entrevistas teve uma função orientadora de modo a garantir maior flexibilidade e liberdade no discurso como também assegurar a abordagem de todos os temas considerados essenciais. Ambas as pesquisas tiveram como amostra os profissionais de saúde no contexto das maternidades³, considerando que são atores estratégicos na execução da política pública. No presente artigo, focalizaremos apenas a dimensão qualitativa das pesquisas, trabalhando, portanto, as entrevistas em profundidade e a observação participante realizada junto aos profissionais.

Cumprir notar que a entrada no campo foi facilitada pela parceria estabelecida com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), considerando que essas unidades também são campos de estágio para formação profissional da Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Representações sobre sexualidade e violência sexual

As concepções dos profissionais sobre sexualidade e sobre condutas adequadas e não adequadas neste campo norteiam suas percepções acerca das situações de violência sexual e dos homens e mulheres nelas envolvidas. É nesta direção que podemos compreender melhor os núcleos de sentido articulados através de suas falas nas entrevistas realizadas.

A noção de sofrimento, associada à dor e doença, é acionada para explicar as dimensões implicadas na percepção da violência sexual. Assim, o *sofrimento*, como um entendimento da violência sexual, faz parte de uma leitura biomédica que reconhece a violência sexual como uma experiência corporal feminina, podendo ser compreendida através de signos e sintomas passíveis de diagnóstico e tratamento.

No âmbito dos serviços de saúde, o reconhecimento dos danos causados pela violência sexual é fundamental à orientação das condutas. Todavia, o modelo explicativo medicalizante

acaba por diluir a abrangência e a polissemia do termo *sofrimento* causado pela violência sexual. Como afirma uma entrevistada,

Eu acho que violência sexual é qualquer tipo de agressão física, moral que se faça contra alguém. Não só agressão física. Acho que as palavras também agridem e são muito piores, porque uma vez que foram ditas, magoou e magoou, por mais que você peça desculpas, foi dito. Então é claro que a agressão física dói, deixa marcas, mas a agressão não física também dói tanto ou mais do que a física.

Esta perspectiva minimiza o papel diferenciado que a violência sexual assume no conjunto das violências de gênero, tanto pelo seu maior ocultamento em relação às demais modalidades quanto pelo sofrimento causado no terreno específico da sexualidade.

No mesmo sentido, a minimização do contexto da interação afetivo-sexual em que ocorreu a violência e, no mesmo diapasão, da importância da dimensão da sexualidade na vida dos indivíduos, também está presente na própria designação de VVS – vítima de violência sexual – dada pelos profissionais às usuárias que buscam os serviços com este tipo de demanda. Este fenômeno que vem ocorrendo nas unidades de saúde, ainda que aponte para uma incorporação da violência sexual no atendimento, pode operar sua redução a uma mera entidade, um “tipo de doente”, passível de receber tratamento tópico e ocasional, colocando em segundo plano a dimensão sistêmica e cultural associada a esta situação.

Um segundo núcleo de sentido se refere ao *distúrbio do comportamento*. Muitos profissionais concebem a sexualidade masculina como um imperativo biológico. E, também, acrescentam circunstâncias em que esse imperativo se torna preempatório para os homens, cuja insatisfação acarretaria consequências nefastas como irritação e nervosismo. Na fala dos entrevistados, este sentido é atribuído ao agressor: “Eu acredito (...) primeiro, que realmente tenha algum distúrbio

de comportamento, até mesmo de infância, de vida sexual; sem contar que a pessoa pode estar ou drogada ou alcoolizada (...) uma pessoa que seja muito perturbada mesmo”.

Tal perspectiva reafirma a concepção da sexualidade masculina como único lugar de iniciativa e da naturalização do apoderamento sexual e social do corpo feminino. A concepção que reforça a assimetria na esfera da sexualidade promove a inibição do desejo feminino. Além disso, a visão da sexualidade masculina como necessidade e impulso biológico instintivo, aplicada à sexualidade feminina, legitima a dominação, o controle e a violência sexual cometida nas relações conjugais.

Os profissionais de saúde, ao explicitarem sua visão da violência sexual como *distúrbio de comportamento*, mostram que compartilham a ideia que relaciona virilidade e agressividade na relação entre homem e mulher. Como afirma Machado (1998), “o imaginário da ‘sexualidade feminina como aquela que se esquia para se oferecer’ parece ser a contraparte do imaginário da ‘sexualidade masculina como aquela que tem a iniciativa e que se apodera unilateralmente do corpo do outro’” (p. 235).

A persistência da ideia de que a sexualidade é moldada por forças internas, sobre as quais não existem controles por serem naturais e a compreensão da violência sexual cometida contra a mulher, neste núcleo de sentido, passam, também, pelo entendimento de um padrão de normalidade no campo da sexualidade. Ancoradas na tradição dualista sobre a construção social da identidade de gênero e da sexualidade, essas representações separam o corpo da mente e enfatizam os aspectos biológicos da sexualidade em detrimento de sua culturalidade.

O terceiro, e último núcleo de sentido, diz respeito à *relação sexual forçada*, em que a percepção sobre o consentimento assume uma dimensão significativa nas falas dos profissionais de saúde, por ser um dos elementos que estruturam a definição de violência sexual no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, o ato praticado contra a vontade ou consentimento. Esta importância do não consentimento e da perda

de autonomia aparece nas falas dos profissionais de saúde ao se referirem à não permissão do ato sexual pela mulher, de modo especial nos discursos femininos e dos(as) profissionais considerados(as) unidos(as).

As explicações da violência sexual, comuns e contraditórias, presentes nos discursos dos profissionais de saúde referem-se aos seguintes núcleos de sentido: (a) relações de gênero, (b) violência urbana, e (c) imputação à mulher. Tais explicações revelam representações sociais que reproduzem noções tradicionalmente androcêntricas e apresentam potencial revelador e transformador de relações assimétricas (Minayo, 1994).

O primeiro eixo das explicações da violência sexual contra a mulher é atribuído às *relações de gênero*:

Tem a violência daquela que aceita ter a relação sexual e sabe por que está tendo, e tem a violência daquele camarada porque casou; porque quando a gente assina aquele documento, poucas pessoas têm acesso que é um documento muito grande que a gente aceita ali, que a gente tem que ter o consenso de ter relação sexual, é como se a mulher se desse inteiramente para o homem. E pouca gente tem informações que aquilo ali não é uma certidão de casamento, que aquilo ali são vários decretos que a gente assina.

A naturalização das relações de gênero aparece como explicação central da violência sexual contra a mulher nas falas dos profissionais de saúde, especialmente das médicas e enfermeiras que se reconhecem como capacitadas na área da violência. Em diferentes ocasiões, nos discursos das entrevistadas, as profissionais se reconhecem como inseridas no mesmo contexto que produz a violência sexual contra as mulheres, além de relatarem experiências violentas.

A vivência e o discurso sobre a sexualidade se constroem a partir das relações de gênero, ao mesmo tempo em que está sempre dialogando com estas relações, seja para mantê-las como

estão, seja para transformá-las. A sexualidade é uma vivência que tem como sede primeira o corpo. A cultura, conforme Heilborn (1999), é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual e de escolha de parceiros. “Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas” (Heilborn, 1999, p. 40), expressas nos discursos sociais.

As relações que medeiam as práticas da sexualidade são criações culturais que têm origem na tradição clássica judaico-cristã. O discurso religioso admite a prática sexual no casamento heterossexual, com o objetivo de procriação, estabelecendo a obrigatoriedade de ambos os cônjuges estarem disponíveis para o ato sexual. Nesse discurso está presente, além da subordinação feminina, a valorização da função reprodutora e a valorização da capacidade sexual masculina. Do mesmo modo, o deslocamento do discurso sobre a sexualidade para o saber científico conservou sua finalidade reprodutiva.

Outro eixo, sobre o qual se configuram as explicações dos profissionais sobre a violência sexual contra a mulher, é a *violência urbana*, cujas ideias associadas são agressão/crime e problema social. Neste núcleo de sentido, a violência sexual seria uma decorrência da violência em geral ocorrida na sociedade. Ou, em outras palavras, a violência sexual seria uma decorrência do clima violento que impera no espaço urbano. Nas falas de vários entrevistados também está presente a ideia associada de problema social referida aos fatores socioeconômicos como pobreza e desemprego, vistos como geradores da violência sexual. Neste eixo, ocorre um deslocamento da violência sexual do espaço privado para o espaço público, num contexto urbano de desigualdade social (Chesnais, 1999), que confere uma maior legitimidade às vítimas, uma vez que a violação aparece como inevitável.

Os profissionais de saúde incluem no repertório das explicações sobre a violência sexual

contra a mulher a *imputação* a ela própria: “E passa também pela falta de posição da mulher, de se proteger. Em ter um comportamento em que ela requeira esse respeito. Logicamente isso passa por respeitar a si mesma, porque quando ela não se dá ao respeito, ela favorece que ela seja desrespeitada”.

As ideias associadas a esse núcleo de sentido mostraram que a mulher é vista como sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual do homem, ou seja, potencialmente ativa, a qual, por uma lógica contraditória, sempre pode ser culpada pelos ataques sexuais de que se torna vítima. Tais entendimentos são reforçados pela definição do sexo como elemento situado na esfera privada, território especialmente feminino:

(...) muitas vezes, as pacientes nos vêm encaminhadas como tendo sofrido uma violência, quer dizer, no lugar de vítimas e elas não são vítimas, teve ali um consentimento, um comprometimento em que a coisa escapou e aconteceu. E, muitas vezes, elas vêm mesmo numa posição de ter precisado fazer um empréstimo forçado do corpo, em nome da vida.

Numa leitura androcêntrica, a autonomia acaba por gerar comportamentos femininos estranhos. O castigo aparece como uma alternativa de controle da sexualidade, recolocando a mulher no seu espaço de origem, ou seja, no âmbito privado; quando esta não se resigna a se circunscrever a ele, acaba por ser merecedora das agressões que a vitimam. A família, nesse contexto, assume uma responsabilidade no controle da liberdade sexual e da emancipação feminina, vistas como causas da violência sexual.

O profissional de saúde, constantemente, é chamado a normatizar as relações sexuais na gravidez. Esse controle é exercido por meio de permissões, proibições, orientações sobre posições mais adequadas e, até mesmo, frequência do ato sexual.

É possível e, inclusive, muitas vezes, a gestante pergunta, quando se fala do

ato sexual na relação, a gente fala que não é perigoso, que é saudável, a não ser que o médico diga o contrário, e sempre há uma ou outra que pergunta ‘e se o médico disser que não pode e o homem insistir?’, o que dá uma brecha para se imaginar que poderá haver.

Sabe-se que a mulher que sofre violência de qualquer tipo durante a gravidez inicia, de maneira geral, o pré-natal tardiamente, o que dificulta a prevenção das diferentes intercorrências e torna o parto um evento de alto risco. A adesão tardia ao pré-natal, portanto, encobre, muitas vezes, a violência sexual perpetrada contra a mulher, levando os profissionais a se aterem às condições físicas do organismo materno e a desconsiderarem esse importante fator de risco gestacional. Quando os profissionais identificam a violência sexual associada à gravidez, nem sempre conseguem adotar uma abordagem que focalize os múltiplos aspectos da sexualidade feminina. Ao focalizar a atenção na gravidez numa perspectiva patologizante, por conta da ocorrência desse tipo de violência, deixam de considerar todos os âmbitos da vida da mulher, desde o seu corpo até a autopercepção, as relações com as mulheres e com os homens, os valores femininos, a sedução, as formas de contato sexual, o prazer feminino, entre outros.

A crítica trazida por Badinter (1985) à teoria psicanalítica serve para ampliar a compreensão do significado da violência sexual associada à gravidez. Ao preconizar a existência de um instinto materno, a psicanálise procede à descrição das atitudes e da vivência da “boa mãe”, “normalmente devotada”, capaz de se preocupar com o filho, excluindo qualquer outro interesse. Cria-se, assim, uma relação de causalidade entre o potencial biológico da mulher de gerar filhos e o cuidado na criação das crianças como atividade feminina. Há uma idealização do papel da mulher como mãe, elemento definidor da sua identidade.

Essa perspectiva nega as intermediações da cultura e das condições objetivas e subjetivas vivenciadas. Badinter (1985), ao situar o tema

da maternidade na articulação que se estabelece entre a condição orgânica feminina e condição social de gênero, chama a atenção para a incerteza e para a fragilidade do amor materno, sujeito à variabilidade histórica e às condições materiais em que vivem as mães.

Os profissionais de saúde ao associarem violência sexual e gravidez se veem diante de um dilema que também é colocado às mulheres que procuram os serviços: como reconhecer e prevenir um fenômeno que atenta contra a vida, contra a integridade, contra a identidade e contra a saúde da mulher, sob o véu da hegemônica exaltação do mito do amor materno?

Esta abordagem acerca do processo de maternidade privilegia o inquirido em torno de sinais e sintomas de possíveis intercorrências na gravidez, solicitação de exames, prescrições de medicamentos e de orientações de condutas sobre o corpo, além de encaminhamentos para serviços de referência na própria unidade. A abordagem acerca da sexualidade feminina restringe-se apenas a perguntar se a gravidez foi planejada e se a mulher vem mantendo relações sexuais. Desta forma, a problemática da sexualidade feminina é reduzida ao desejo de ser mãe e às práticas sexuais mantidas durante a gravidez, inviabilizando, portanto, a identificação de potenciais situações de conflitos e de violência sexual. Essa abordagem é concluída com o exame clínico da paciente, em geral, atendo-se, exclusivamente, ao exame gineco-obstétrico.

A relação estabelecida com a paciente não estimula a participação feminina, em alguns casos, pois desconsidera relatos sobre a sexualidade, muitas vezes encoberto por uma linguagem técnica, ainda que detalhada. Esta dificuldade em lidar com as questões advindas da sexualidade feminina, e, portanto, com as questões de gênero, faz com que o profissional reduza o impacto da sua ação. Não se trata de culpabilizá-lo, mas de convocá-lo a entrar no mérito dos complicadores que o fenômeno da violência sexual aporta para sua prática profissional.

Os profissionais das maternidades estudadas expressam claramente o apoio às ações dos núcleos de atendimento às mulheres vítimas de

violência sexual, variando o nível de informação sobre o seu funcionamento de acordo com a inserção profissional.

(...) a questão da violência sexual veio completamente de cima para baixo igualzinho a uma bigorna, ninguém queria, nós nunca pensamos nisso, pegamos algum caso, discutimos alguma coisa, mas sempre com uma angústia horrível e querendo encaminhar. Então, veio a secretaria e designou que nós iríamos fazer parte. Então, fomos e ainda somos treinados, e começamos a dar de cara com os casos. E o que aconteceu? Passamos por uma fase horrível de ‘não aguento isso, não quero isso’, mas foi muito rápida, qualquer problema que a gente enfrenta na vida é assim, mas um fortalece o outro, aí é que está a importância da gente ser sensibilizado e trabalhar em grupo. E hoje a gente tem uma vontade muito grande de continuar no trabalho e desenvolver ele melhor, porque cada caso é um caso e traz uma demanda e a gente vai expandindo os tentáculos.

Desse modo, pode-se afirmar que os significados socialmente aprendidos e ressignificados pelos profissionais de saúde conformam, de certo modo, os discursos mais tradicionais sobre o exercício da sexualidade, traduzindo-os em práticas que, por vezes, estão em conflito com as diretrizes do próprio programa que fazem cumprir.

Sistemas de crenças e sexualidade: um breve histórico

Historicamente, um dos instrumentos acasados com mais frequência para pensar e lidar com as questões referentes à sexualidade humana tem sido a religião. Organizar e classificar procedimentos adequados e não adequados neste campo tem sido tarefa recorrente dos sistemas de crenças dos mais variados grupos sociais.

Nas sociedades complexas, temos visto, ao longo dos últimos séculos, este fenômeno associar-se enfaticamente ao controle das interações afetivo-sexuais das mulheres, e do regramento, em contrapartida, também do comportamento e da distribuição de atribuições do masculino e do feminino. No contexto latino-americano, e mais especificamente no caso brasileiro, diversos estudos já apontaram a atuação normativa das religiões católica e protestante no campo dos comportamentos sexuais.

Costa (1999), por exemplo, analisando a Igreja Católica desde o período colonial, considera-a a instituição que construiu, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: português e cristão. Também afirma Stolcke (2007) que os impérios português e espanhol, conjugados à Igreja Católica, normatizavam o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brancas e não brancas em relação aos homens, com o intuito declarado de assegurar a continuidade da família patriarcal e da dinâmica da distribuição de bens por herança. O sucesso deste projeto envolveu estratégias tanto no plano do discurso cotidiano como, ainda, em práticas que excluía as mulheres de outros papéis e espaços que não aqueles determinados pela vida familiar. Nesse sentido, a Igreja garantiu, a partir da descendência controlada, o estabelecimento da sociedade familiar colonial.

Enfim, a hegemonia da Igreja Católica no Brasil, desde a chegada dos portugueses no século XVI, reflete-se na sua marcante influência nas esferas política, social e, sobretudo, na codificação e normatização da esfera moral – particularmente da moral sexual. No entanto, a partir dos anos 1970, a Igreja Católica, apesar de manter sua condição de religião preponderante, passou a se defrontar com a concorrência de igrejas pentecostais que crescem em número de denominações e adeptos, muitos dos quais originalmente católicos (Citeli, 2005).

No campo do protestantismo, cumpre lembrar que, na origem, a Reforma incidia diretamente contra o que considerava os “excessos” permitidos pelo catolicismo. Como frisa Weber

(1996), por exemplo, a ética protestante ostentava a “seriedade”, a “vida regrada” pelo trabalho, o autocontrole e a obediência estrita às normas sagradas como símbolos de uma nova concepção de vida. Assim, como lembra Burke (1995), também as preocupações dos reformadores da Igreja Católica incidiam sobre a necessidade de combater uma moralidade tida como frouxa, lasciva e pagã, o que foi se acentuando ao longo do século XVIII, quando, de acordo com Thompson (1987), passa a haver uma imposição de disciplina moral e social aos trabalhadores, coibindo suas manifestações festivas, tanto quanto regulamentando o comportamento sexual recomendado moralmente. Desta maneira, a sexualidade e seus códigos de conduta estão no centro da disputa religiosa que se estabelece ao longo do período da reforma protestante e da reação da Igreja Católica.

Os sistemas de crenças religiosas também estão intimamente ligados, tradicionalmente, às questões do adoecimento, do cuidado e da cura. O mito de origem das profissões ligadas à saúde repousa na religião. Assim, aqueles que curavam, cuidavam e se encarregavam de prescrever os procedimentos necessários à manutenção do bem-estar, nas sociedades simples, eram os mesmos investidos de poderes sobrenaturais, cosmológicos. Eram, enfim, os líderes espirituais de seus povos, indivíduos responsáveis pela mediação entre seres divinos e humanos. Desta perspectiva, adoecer era, de alguma forma, fragilizar, ameaçar ou romper a ligação entre a comunidade e o cosmos. Neste processo, os cuidadores, ao se responsabilizarem pela cura e cuidados dos enfermos, eram também os responsáveis pela manutenção da saúde e bem-estar de toda a comunidade.

A modernidade traz em seu bojo a crença na racionalidade humana, e o desapego em relação à ideia de que da ligação com o divino dependeria, exclusivamente, o destino humano na Terra. Esta nova perspectiva, que teria na ciência seu ícone máximo, também leva a um gradativo rompimento entre saúde, bem-estar e religião. Com o aumento da divisão social do trabalho, a especialização e a profissionalização chegaram

até os procedimentos ligados à dor e à doença. Foi-se construindo, portanto, uma clivagem entre sistemas de crença religiosa e profissões relacionadas à saúde (Simões Neto, 2005).

A institucionalização das profissões de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, organizando-as em campos de conhecimento científico e de trabalho assalariado, e dotando-as de teorias e conceitos próprios, correspondeu, no Brasil, à separação oficial entre as igrejas e o Estado, já na Constituição de 1890. Entretanto, observa-se um acentuado grau de influência em determinadas decisões governamentais, especialmente aquelas relativas aos direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, o Estado, apesar da sua natureza laica, tem-se mostrado sensível às igrejas e permeável ao discurso religioso. Nota-se, assim, que este movimento de separação entre ciência e religião, longe de significar um afastamento de fato, permanece como uma tensão.

Como já foi dito acima, desconsiderar a influência religiosa e assumir que a laicização é um esforço já consolidado são atitudes que merecem uma segunda análise, pois parece que o vínculo entre doença, cura e religião, particularmente em se tratando das políticas relativas à sexualidade das mulheres, permanece e se atualiza para além do que é dito e estabelecido por Estados, gestores e políticas públicas.

Nesta linha de raciocínio, é interessante observar que a luta por autonomia feminina neste campo sempre esteve relacionada, para o bem e para o mal, à discussão e à tensão com a função que a religião desempenhava na constituição de papéis de gênero, entendidos como uma relação de diferenças sexuais construídas culturalmente e hierarquizadas socialmente.

Analisando a história do feminismo na América Latina durante os anos 1970, Franco (1992, 2005) frisa que, para além da própria crise financeira e das políticas neoliberais, um fator preponderante para os movimentos sociais de mulheres foi o papel central das ditaduras militares em ressignificar a ligação entre conservadorismo moral e religião nestes países. Ao torturarem e fazerem “desaparecer”

religiosos, além de crianças e mulheres, os governos militares fazem surgir movimentos sociais tais como o das mães da Praça de Maio, na Argentina. Como frisa a autora, ao se unirem e reivindicarem em silêncio informações sobre seus filhos no centro da *polis*, criam um “espaço de Antígona”, onde os direitos de parentesco se sobrepõem ao discurso de um Estado ditatorial. Nesta dinâmica, um apoio importantíssimo, sem dúvida, foi conseguido junto a setores menos conservadores dentre líderes católicos e protestantes.

O apoio destes setores religiosos e a configuração destes movimentos de mulheres-mães no cenário político no enfrentamento da ditadura militar durante os anos 1960/1970, em todo o continente latino-americano, se por um lado garantiu a sobrevivência e a persistência de muitos militantes na luta, por outro foi constituinte da feição das militâncias nestes territórios. Franco cita, por exemplo, o caso nicaraguense em que questões ligadas ao uso de métodos contraceptivos e ao aborto, terminaram por soar mais débeis no momento de elaboração de políticas para a área⁴. Neste sentido, a valorização do papel de mãe colocou o pensamento sobre políticas de direitos sexuais e reprodutivos já sob determinado viés. É de se pensar se no Brasil não pode ter ocorrido o mesmo.

Outras religiões, como o candomblé, no entanto, reservaram ao longo da história papéis mais ativos e autônomos, no campo da sexualidade feminina, embora sempre abranjam a constituição de regras a respeito. Entretanto, o próprio percurso destas religiões no Brasil configurou seu acesso bastante limitado ao planejamento e gestão de políticas públicas. Afinal, desde que africanos aportaram massivamente ao Brasil, na condição de escravos, crenças de matriz africana passaram por um período de marginalização social e, em seguida, de repressão e proibição pura e simples (cf., por exemplo, os estudos de Landes (2002) ainda nos anos 1930, sobre os papéis femininos e masculinos nos terreiros de candomblé em Salvador, e de Birman, 1995, sobre gênero e homossexualidade nos terreiros do Rio de Janeiro). Apenas nos

anos 1990, indivíduos destas expressões religiosas passam a voltar sua atenção e ter mais assertividade quando se trata de elaboração de políticas, em particular, na área da saúde. Voltaremos a este assunto mais adiante.

Sexualidade, religião e saúde

Um eixo da discussão entre sexualidade, gênero, saúde e religião renasce quando os movimentos de mulheres demandam por políticas específicas de garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, nos anos 1980. Entendido como uma estratégia política, o conceito de direitos reprodutivos teve um forte caráter de contestação do modelo autoritário de saúde da mulher, estando diretamente relacionada aos direitos ao aborto seguro e legal, à igualdade entre os gêneros, no que diz respeito às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, ao acesso à informação e aos meios para o controle da própria fecundidade, e à liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação, coerção ou violência. Entretanto, observa-se uma ausência de sistematização reflexiva sobre a interseção entre o campo da saúde sexual e reprodutiva e a religião, especialmente com foco nos serviços de saúde.

Natividade & Oliveira (2004), abordando algumas tendências recentes nos discursos evangélico e católico sobre homossexualidade, apontam que há uma vasta bibliografia no campo da antropologia da religião, que se empenha em salientar o impacto da adesão religiosa ao pentecostalismo na esfera das relações de gênero.

Duarte (2007) explica que ocorre um constante fluxo nos estudos de religião, ora mais próximo do centro das questões que nos apresentam a instituição e a experiência religiosas, ora nas fronteiras que desenham com as demais temáticas de pesquisa social. Os fenômenos da saúde, da reprodução e da sexualidade compõem, de maneira mais imediata, a dimensão “moral” da definição dos sujeitos sociais e acarretam, inevitavelmente, uma indagação sobre as relações entre o *ethos* familiar e o *ethos* religioso.

Citeli (2005) faz uma extensa revisão crítica sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002) onde dedica um capítulo ao tema das religiões e sexualidade. A autora apresenta diferentes pesquisas que, em sua maioria, abordam os comportamentos sexuais sobre dois campos: a Igreja Católica e as Pentecostais.

Os direitos sexuais e reprodutivos no campo da saúde apontam desafios no campo da política de saúde, especialmente no âmbito dos serviços. O discurso religioso aparece na literatura referida como uma variável relevante que conforma a atuação dos profissionais de saúde em relação ao aborto. Todavia, questões como sexualidade, gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, contracepção, esterilização, doenças sexualmente transmissíveis, reprodução assistida, violência sexual, climatério, câncer de mama e cervico-uterino são questões cruciais em que se pode visualizar o efeito de orientações religiosas na prática profissional dos agentes de saúde.

De acordo com as entrevistas realizadas na fase qualitativa do segundo estudo, a opinião geral é que a crença religiosa perpassa, como assunto e como prática, o cotidiano dos membros da equipe. A maioria dos entrevistados, inclusive, professa alguma crença. Entretanto, a relação entre religião e trabalho é alvo de curiosidade e tensão; assim, alguns profissionais religiosos se esforçam para afastar a discussão do tema, ou, como diz um deles, “tento não trazer minha religião para o trabalho”. Outros, sem religião, constataam que os colegas adeptos de alguma crença discorrem constantemente entre si sobre religião durante a jornada profissional; nestas horas, optam pelo silêncio e pelo afastamento, como estratégias para tentar não “criar clima” na equipe. Desta forma, a não discussão aberta a respeito propicia um esgarçamento da união entre os profissionais.

Entre aquela maioria que crê em alguma religião, uma das primeiras afirmações que se pode fazer a respeito da correlação entre crença religiosa e prática profissional diz respeito à sua representação de forma ambivalente: desta

maneira, de um lado, ela serve, e é considerada válida, em momentos-chave, particularmente naqueles ligados à perda, luto e aflição desmedida por parte das usuárias (aborto espontâneo, morte de parentes/marido, doenças graves, descoberta de esterilidade). Nesses momentos os profissionais inclusive praticam atos religiosos junto às usuárias e suas famílias, especialmente oração em conjunto e doação de imagens (santinhos) e outros objetos sagrados – expressões materiais da devoção (Menezes, 2011).

Neste sentido, assim como no caso das percepções sobre violência sexual, a categoria *sofrimento* adquire grande significado. Aqui, ela aciona uma espécie de permissão para que as crenças religiosas sejam reconhecidas como parte da conexão entre usuárias e profissionais. Desenvolvendo este ponto, parece que, em momentos dolorosos para aquelas mulheres que buscam os serviços, há uma tácita aceitação de que é preciso ir além do aspecto físico e medicamentoso das “doenças”. Neste quadro, a dualidade entre “corpo” e “alma/mente” estabelecida pelo saber médico ocidental é transcendida através do recurso a uma ordem cósmica/espiritual. Lembrando Geertz (1989), “como problema religioso, o problema do sofrimento é, paradoxalmente, não como evitar o sofrimento, mas como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo ou da impotente contemplação da agonia alheia algo tolerável, suportável” (p. 119).

É interessante notar, ainda, que a prática religiosa com as usuárias para mitigar o sofrimento ocorre com profissionais de todas as crenças. Figas, pinturas de santos, terços, orações escritas, crucifixos, pequenas publicações religiosas, neste contexto, tornam real a invocação da conexão com o transcendente, materializando a ligação entre os seres humanos ali posicionados e a perspectiva ordenada do mundo propiciada pela religião. São provas do esforço de quem cuida e da busca de quem é cuidado e, ao mesmo tempo, da conexão entre ambos.

Esta inclusão na mesma ordem transcendente, porém, também é significada como uma adesão a determinada visão de mundo e a certa

etiqueta sexual proposta por cada crença. Neste sentido, oferecer um santinho ou outro artigo religioso a uma pessoa em sofrimento é fornecer uma espécie de “senha de entrada” à rede de relações, indivíduos, ideias e práticas que constitui cada religião.

Só que há uma diferença crucial entre esta oferta e esta aceitação e outros processos de simbolização ocorridos em espaços como igrejas, templos ou mesmo no espaço público: a situação em que ambos os indivíduos se encontram. Assim, imagina-se que numa unidade de saúde a usuária se encontre fragilizada física e moralmente, e tenha ido buscar um saber científico, profissional, para auxiliá-la na crise. Neste instante vulnerável, vê-se às voltas com o fornecimento de um símbolo sagrado, não necessariamente de sua religião em particular, mas que lhe é oferecido pelo profissional que dela trata. Não se trata, assim, de uma ida ao templo em busca de conforto e do estabelecimento, ali, de uma relação religiosa; tampouco, é o mesmo que, ao andar na rua, se deparar com alguém que “prega” determinada mensagem, ou distribui objetos, e poder escolher como agir diante disso. Num hospital as opções são mais reduzidas.

Talvez uma situação de campo possa ajudar a compreender o que está em jogo. Numa sala de emergência de um hospital, uma mulher de uns 40 anos, deitada numa maca, conversava com uma outra, de cerca de 20 anos, ao seu lado. De repente, a paciente se cala, fecha os olhos, parecendo desmaiar. A mais nova, assustada, sacode-a e a chama. A mulher, entredentes, avisa: “calma, tô bem. É que tem um pastor que vem aqui todo dia, e ele tá aqui agora, ele vem rezar a gente, e eu não tô afim. Se ele chegar, diz que eu tô dormindo”.

É importante observar que o direito à assistência religiosa é garantido àqueles cidadãos que se encontram em situação de inter-relação coletiva desde a Constituição de 1988, em seu artigo 5, inciso VII; esta disposição foi regulamentada, citando expressamente a assistência religiosa em hospitais da rede pública, através da Lei 9.982, de 14 de julho de 2000.

Entretanto, os entrevistados comentam recorrentemente que a solicitação, certas entradas e permanências de lideranças religiosas não são demandadas pelas usuárias, nem por seus familiares, tampouco são discutidas ou conduzidas pelos gestores, seguindo trâmites que se pautam muito mais por iniciativas individuais e esporádicas de alguns profissionais. E, como se viu no exemplo acima, é preciso verificar de quem parte a iniciativa.

A circulação de grupos e líderes religiosos também é relatada pelos profissionais em uma situação específica: a do aborto previsto em lei. É um momento vivido como crítico por toda a unidade, e as falas recorrem às histórias de intervenções destes grupos e líderes para impedirem a realização dos procedimentos. Entretanto, ao contrário das situações acima, em que o sofrimento permite a ação religiosa, este momento é experienciado como o auge da tensão mencionada antes, e de um impasse entre o que determina o procedimento profissional e a visão de mundo expressa na crença religiosa. Deste ponto de vista, o recurso à religião não é considerado válido pelos profissionais.

Segundo um entrevistado, “a gente não pode levar pro trabalho a nossa crença, não é o lugar”. Esta é uma decisão, contudo, que parece ser tomada informalmente, passando pelo crivo da decisão individual de cada profissional⁵. Foram narrados exemplos de equipes que, quando ocorre a necessidade de interromper a gravidez com amparo da lei, se eximem da ação e delegam a responsabilidade a um único profissional - aquele que “não tem problema de religião”, que passa a ser conhecido no meio como o executor deste tipo de procedimento. Sem dúvida não se deve esquecer que a Constituição de 1988, em seu Capítulo I - sobre Direitos Individuais e Coletivos, Artigo 5, parágrafo VIII, estabelece a chamada “objeção de consciência”, afirmando que “ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para se eximir de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, prevista em lei”.

Entretanto, há margem para supor que a simples aplicação deste dispositivo, sem discussão ou organização das equipes, pode ser um fator desagregador dos servidores da saúde, isolando e responsabilizando unicamente o membro do grupo que aceitar realizar um procedimento polêmico – como no caso do aborto –, não só diante de outros profissionais como das usuárias e de seus familiares.

Considerações finais

Em 28 de maio de 2003, através da Lei 10.683, surgia a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Nestes dez anos, a questão da sexualidade saiu de uma incerta visibilidade para uma apresentação mais sistemática e nítida, através, por exemplo, das diretrizes contidas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. No balanço a ser feito sobre este plano, assim como em outros documentos posteriores, como o Pacto contra a Violência contra a Mulher, alguns temas assumem maior relevância, outros permanecem menos explorados. Neste artigo, procuramos lidar com alguns dos limites e das dificuldades presentes no contexto das políticas para garantia de direitos sexuais e reprodutivos, do ponto de vista de sua execução.

Neste sentido, nos debruçamos sobre as representações sociais dos profissionais de saúde, identificadas nos discursos profissionais tanto acerca da violência sexual, das crenças religiosas, como da sexualidade, considerando que ambas estão ancoradas no senso comum. Assim, podemos afirmar que a versão mais tradicional no que diz respeito aos significados socialmente aprendidos e ressignificados pelos profissionais de saúde a respeito do exercício da sexualidade foi recorrente, produzindo uma espécie de narrativa uniforme que considerava a sexualidade feminina como uma extensão de potencialidade reprodutiva, heteronormativa, por vezes, inclusive, exaltando a dominação masculina como sinal de virilidade e poder. Os sistemas de crença, por mais variados que fossem, e a diversidade profissional dos entrevistados, não introduziram diversidade significativa nos contextos pesquisados.

A necessidade de respostas institucionais efetivas coloca desafios para a formação profissional, no sentido da incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, capaz de impactar a intervenção profissional de modo a favorecer a autonomia feminina, proporcionar o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, escuta diferenciada e qualidade técnica da atenção. É nesse sentido que a capacitação dos profissionais dirigida aos temas dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres exerce um papel importante na reflexão sobre as práticas profissionais, uma vez que traz tal discussão para o espaço dos serviços. A multiplicação deste tipo de iniciativa, fornecendo ambiente para formação e debate sobre as políticas de direitos sexuais e reprodutivos, se torna ainda mais importante. Entretanto, é preciso, também, incorporar outras reflexões, ampliando o escopo das questões sobre orientação sexual e saúde, por exemplo.

De uma perspectiva transdisciplinar, também se observa o esforço, ainda isolado e incipiente, por parte de Estados e gestores de políticas na área de saúde, dos mais variados países, em dialogar com líderes religiosos e buscar sua colaboração para efetivar estas políticas, entendendo o papel crucial que tais lideranças têm na espiritualidade e na própria articulação das vidas das suas comunidades de pertencimento. Nesta direção, o que a segunda pesquisa aponta é que seria interessante refletir sobre tal possibilidade de aproximação institucional com movimentos sociais e com lideranças religiosas para a participação de ambos como colaboradores, assim como planejar e decidir institucionalmente como se fará cumprir, no âmbito de cada unidade de saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, bem como o dispositivo constitucional que assegura a assistência religiosa, para que tais iniciativas não sejam desenvolvidas e garantidas à margem da administração dos gestores. Publicada em 25 de janeiro de 2013, a portaria que institui em nível federal o Comitê Nacional de Diversidade Religiosa, como parte constitutiva da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, pode ser mais um caminho no estreitamento

de relações entre as manifestações religiosas e a área da saúde, entre outras.

Como foi dito anteriormente, é importante frisar que nas discussões sobre a conexão saúde, gênero e políticas públicas, as religiões afro-brasileiras têm desempenhado um novo papel, longe da invisibilidade histórica que as caracterizou por tão longo período. Neste sentido, representantes de umbanda e candomblé, por exemplo, vêm realizando encontros para sedimentar sua participação nas políticas de saúde, a partir da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, sendo um dos eixos de discussão a questão da sexualidade. Iniciativas por parte da academia e dos profissionais também podem ser visualizadas, como a do curso de capacitação para líderes religiosos de diversas denominações em questões de sexualidade, encampados pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Em termos internacionais, podem-se citar experiências como o Fórum Regional Africano de Organizações Religiosas de Saúde em Saúde Reprodutiva, com o apoio da OMS, que atuam de forma incisiva na questão das DSTs/Aids.

Por último, sabe-se que as relações estabelecidas no atendimento à população usuária dos serviços de saúde, do qual o Paism faz parte, são marcadas por uma linguagem simplificadora, normativa e refletem uma consciência precária dos direitos de cidadania. A assimilação dos direitos sexuais e reprodutivos pode construir referência para as mudanças no trabalho cotidiano na direção da integralidade. Desta maneira, o presente artigo buscou compreender as representações sobre violência sexual e sistemas de crença religiosa sobre os esquemas geradores e organizadores das práticas, favorecedoras ou não, da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, no contexto das ações do Paism. Busca-se, assim, em específico, um aprofundamento da compreensão sobre as políticas para as mulheres a partir do viés da sexualidade, além de contribuir, de modo mais geral, com o panorama da elaboração, gestão e monitoramento das políticas públicas brasileiras.

Referências bibliográficas

- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BIRMAN, P. *Fazendo estilo criando gênero*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- _____. *O poder simbólico*. Coleção Memória e Sociedade (F. Bethencourt & D. R. Curto, coord.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BURKE, P. *Cultura popular na Idade Moderna*. São Paulo: Cia das Letras, 1995.
- CHESNAIS, J. C. “A violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para a sua prevenção.” In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, 1999.
- CITELI, M. T. *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S.H. (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DREZZET, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. (Tese de Doutorado). Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.
- DUARTE, L. F. D. À guisa de introdução: o que perguntamos à família e à religião? In: _____ et al. (orgs.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.
- ESTEBANEZ, P. Atención primaria a las mujeres en situación de riesgo socio-sanitario. In: *La salud de las mujeres en atención primaria*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1991.
- FRANCO, J. Going public: reinhabiting the private. In: YÚDICE, G.; FLORES, J.; FRANCO, J. (orgs.). *On edge. The crisis of contemporary*

latin american culture. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 1992.

_____. *Marcar diferenças, cruzar fronteiras*. Florianópolis/Belo Horizonte: Mulheres/PUC Minas, 2005.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. São Paulo: LTC, 1989.

_____. *O saber local. Novos ensaios em Antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org.) *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LANDES, R. *A cidade das mulheres*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

MACHADO, L. Z. “Masculinidade, sexualidade e estupro.” In: *Cadernos Pagu: trajetórias do gênero, masculinidades ...*, v. 11, 1998.

MENEZES, R. C. A imagem sagrada na era da reprodutibilidade técnica. In: *Horizontes Antropológicos*. Rio de Janeiro, n. 36, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

NATIVIDADE, M. T. & OLIVEIRA, L. “Algumas tendências recentes nos discursos evangélico e católico sobre a homossexualidade.” In: *Sexualidade - gênero e sociedade*, v. 22, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA F. “Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas.” *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, Belo Horizonte, 2005.

SIMÕES NETO, J. P. *Assistentes sociais e religião. Um estudo Brasil-Inglaterra*. São Paulo: Cortez, 2005.

STOLCKE, V. Gênero mundo novo: interseções. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. In: FRY, P., GROSSI, M. P., ECKERT, C. (orgs.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: ABA/Nova Letra, 2007.

THOMPSON, E. P. *A formação da classe operária inglesa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, v. II.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

WINTERS, M. La violencia en contra de la mujer, in: SHAPIRO, E. (org.). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. The Boston Women’s Health Book Collective. New York: Seven Stories Press, 2000.

Notas

- ¹ Essa pesquisa faz parte da tese de doutorado denominada *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representações e práticas dos profissionais de saúde*, desenvolvida no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.
- ² Esta pesquisa contou com recursos do CNPq, através do Edital de Gênero 57/2008 e com o apoio da Faperj e do Pibic/UFRJ, através de bolsas de iniciação científica para alunos que compuseram a equipe.
- ³ Enfermeiras/os, médicas/os, assistentes sociais, técnicas/os de enfermagem, psicólogas e nutricionistas cobrem o escopo dos profissionais de saúde entrevistados.
- ⁴ Molyneaux (1985) e Kovacs (1988) apud Franco, 1992.
- ⁵ De forma semelhante, a pergunta sobre a existência de local específico para atividade religiosa recebe respostas curiosas, do tipo “não tem, mas tem”; isto porque são apontados lugares improvisados, como solários ou pátios, onde ocorrem com frequência irregular tais ações. Quando há respostas afirmativas sobre a existência destes espaços, permanece a desinformação sobre a localização destes.

Patrícia Silveira de Farias

* Antropóloga, professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NuppII) da ESS/UFRJ, doutora em Antropologia Cultural pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ludmila Fontenele Cavalcanti

** Assistente social, professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NuppII) da ESS/UFRJ, doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.