



**BIANCA STELLA RODRIGUES**

**MULHERES MUÇULMANAS QUE VIVEM NO BRASIL -  
DESAFIOS PARA PRÁTICAS DE SAÚDE  
CULTURALMENTE SENSÍVEIS**  
*Muslim women who live in Brazil*  
*Challenges to the practices of culturally sensitive  
health*

**CAMPINAS  
2013**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**BIANCA STELLA RODRIGUES**

**MULHERES MUÇULMANAS QUE VIVEM NO BRASIL -  
DESAFIOS PARA PRÁTICAS DE SAÚDE CULTURALMENTE  
SENSÍVEIS**

***Muslim women who live in Brazil  
Challenges to the practices of culturally sensitive health***

***Orientador: Prof. Dr. Joel Sales Giglio***

***Co-orientadora: Profa. Dra. Fátima Aparecida Bottcher-Luiz***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas*

*Doctorate thesis submitted to the post-graduation of the Medical Science State University of Campinas to obtain the title of Doctor in Medical Science, in the Biomedical Science area.*

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA BIANCA STELLA RODRIGUES, E ORIENTADA PELO PROF. DR. JOEL SALES GIGLIO E CO-ORIENTADA PELA PROFA. DRA. FÁTIMA BOTTCHER-LUIZ.

---

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

R618m Rodrigues, Bianca Stella, 1959-  
Mulheres muçulmanas que vivem no Brasil : desafios  
para práticas de saúde culturalmente sensíveis / Bianca  
Stella Rodrigues . -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Joel Sales Giglio.  
Coorientador : Fátima Bottcher-Luiz.  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mulheres. 2. Brasil. 3. Islamismo. 4. Grupos  
étnicos. 5. Pesquisa qualitativa. I. Giglio, Joel Sales,  
1951-. II. Böttcher-Luiz, Fátima, 1957-. III. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Muslim women living in Brazil : challenges for culturally sensitive health practices.

**Palavras-chave em inglês:**

Women

Brazil

Islam

Ethnic groups

Qualitative research

**Área de concentração:** Ciências Biomédicas

**Titulação:** Doutora em Ciências Médicas

**Banca examinadora:**

Joel Sales Giglio [Orientador]

Nelson Filice

Claudinei José Gomes dos Santos

Murched Omer Taha

Erikson Felipe Furtado

**Data da defesa:** 19-02-2013

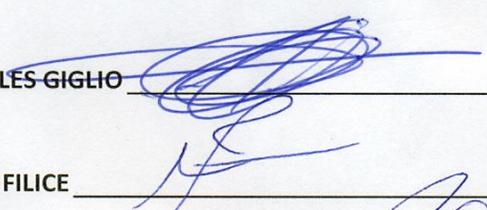
**Programa de Pós-Graduação:** Ciências Médicas

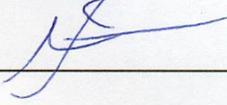
# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

BIANCA STELLA RODRIGUES

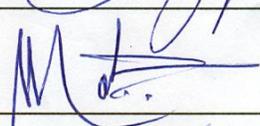
Orientador (a) PROF(A). DR(A). JOEL SALES GIGLIO

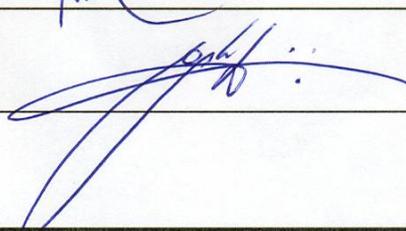
## MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). JOEL SALES GIGLIO 

2. PROF(A). DR(A). NELSON FILICE 

3. PROF(A). DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS 

4. PROF(A).DR(A). MURCHED OMAR TAHA 

5. PROF(A).DR(A). ERIKSON FELIPE FURTADO 

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 19/02/2013

***Dedico este trabalho...***

*Ao meu filho Bruno,  
por tudo que aprendemos juntos.*

*A todas as mulheres que,  
em seus pequenos espaços,  
promovem grandes revoluções.*

## AGRADECIMENTOS

---

*Ao meu orientador, Prof. Dr. Joel Sales Giglio pelo acolhimento, pela amizade e por me proporcionar a oportunidade de concretizar o sonho do Doutorado.*

*À minha mais que co-orientadora, a amiga Fátima Bottcher-Luiz, pela cumplicidade em todo este trabalho, por me auxiliar nas horas mais difíceis com palavras de incentivo e discussões acaloradas.*

*Ao Prof. Dr. Mohamed Habib, que me guiou desde os primeiros passos no conhecimento do povo muçulmano, tornando-se um amigo querido, disposto e interessado.*

*Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, pelo muito que aprendi nas suas aulas e nas reuniões do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa.*

*À amiga Moema Sanchez, pelo carinho e pela revisão atenta da língua inglesa.*

*Aos amigos Carlos e Patrícia Patara, pelo incentivo e auxílio na preparação do material.*

*Ao Carlos Alberto Fidelis de Araujo, que se mostrou sempre prestativo no trabalho de formatação desta tese.*

*Às colegas do Laboratório de Espiritualidade, pelo incentivo e amizade.*

*Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa, pelas discussões esclarecedoras.*

*À minha mãe e a Carlos Augustos de Arruda Botelho (em memória), pela ajuda em alguns momentos difíceis da vida.*

*A todas as entrevistadas, pelo carinho com que me abriram suas casas e seus corações.*

O objetivo do presente estudo foi compreender as percepções das diferenças culturais e religiosas de mulheres muçulmanas que residem no Brasil, empregando o método clínico-qualitativo. Foram aplicadas entrevistas semi-dirigidas a oito mulheres, incluídas na amostra segundo a técnica de bola-de-neve e fechada segundo o critério de saturação dos dados. Estes foram analisados e interpretados à luz das teorias psicossociais. As entrevistadas mostraram-se interessadas em promover visibilidade às práticas religiosas que permeiam a vida do povo muçulmano, salientando o desconhecimento do mundo ocidental sobre estas questões; disseram-se discriminadas em vários aspectos, sobretudo com relação ao uso do véu; questionaram a idéia ocidental da mulher subjugada e refutaram os rígidos padrões de beleza e saúde impostos ao universo feminino ocidental; abordaram aspectos gerais da cultura islâmica, incluindo a sexualidade, o casamento, a criação dos filhos e as suas relações com a população de um país de costumes e tradições diferentes. Ficou evidente o impacto dos acontecimentos de 11 de Setembro sobre a vida destas mulheres, fomentando medo e exclusão social. Concluímos que as entrevistadas encontraram formas conciliatórias de viver no país, sem negar sua religiosidade, convivendo com valores por vezes opostos àqueles que buscavam idealmente. Embora restrito a um grupo de muçulmanas que vivem no Brasil, os resultados apresentados sugerem que as questões levantadas não se limitam a este grupo, mas fazem parte da problemática geral de minorias étnico-religiosas. Neste sentido, esperamos contribuir para uma atenção à saúde que seja culturalmente sensível e contemple não apenas os recursos tecnológicos da moderna medicina, mas também os aspectos sócio-culturais implícitos nas relações saúde-doença, considerados fundamentais no processo de aderência ao tratamento.

**Palavras-Chave:** Islã, mulheres muçulmanas, estudo clínico-qualitativo, minorias étnicas e religiosas, Brasil.

## ABSTRACT

---

The objective of this present study was to understand the perceptions of the cultural and religious differences of Muslim women who live in Brazil, employing the qualitative-clinical method. Semi-directed interviews were applied to eight women, included in the sample, according to the snow-ball technique and closed according to the criterion of the data saturation. These were analyzed and interpreted under the light of the psychosocial theories. The interviewees were interested in promoting visibility to the religious practices that permeate the life of the Muslim people, emphasizing the ignorance of the Western world about these questions; they said they were discriminated against several aspects, especially in relation to the use of the veil; they also called into question the western idea of the dominated woman and refuted the stricted standard of beauty and health imposed to the western feminine universe; they became open the general aspects of the Islamic culture, including sexuality, marriage, bringing up children and their relations with the people of a country with different traditions and habits. It was evident the impact of the events of September 11 on the life of these women, inciting fear and social exclusion. We deduced that the interviewees found conciliatory ways of living in the country without denying their religion, getting on with values that sometimes are opposite to those that they ideally looked for. Although restricted to a group of Muslim women who live in Brazil, the results that are shown suggest that the questions that were raised don't restrict themselves to this group, but they are part of the general problematic of the ethnic-religious minorities. In this sense, we hope to contribute to a special attention to health that may be culturally sensitive and contemplate not only the technological resources of the modern medicine, but also the social-cultural aspects implicit in the health-disease relations, considered fundamental in the process of supporting treatment.

**Key-Words:** Islam, Muslim women, Clinical-qualitative studies, ethnic and religious minorities, Brazil

## TERMOS E EXPRESSÕES

---

<b>Islã</b>	- É o nome em árabe da fé Islâmica
<b>Islamismo</b>	- Termo que se refere à religião Islâmica.
<b>Allah</b>	- Deus, em árabe.
<b>Salam</b>	- Paz, em árabe.
<b>Muhammad</b>	- Nome do profeta dos muçulmanos.
<b>Qu'ran, Alcorão</b>	- Livro sagrado dos muçulmanos.
<b>Ummah</b>	- Nação, em árabe.
<b>Hadiths</b>	- Dizeres, em árabe.
<b>Sunna</b>	- Tradição do profeta Muhammad.
<b>Cinco pilares do Islamismo</b>	- São os cinco componentes espirituais básicos da fé Islâmica.
<b>Hijab</b>	- Cobrir-se, em árabe. Significa, também, o véu Islâmico**
<b>Chador</b>	- Veste negra que cobre a mulher da cabeça aos pés*.
<b>Niqab</b>	- Veste negra e longa, que envolve o corpo inteiro e o rosto, deixando apenas uma fresta para os olhos*.
<b>Burca</b>	- Veste que cobre todo o corpo e o rosto, somente com um quadriculado na altura dos olhos, através do qual é possível visualizar o que está à sua frente*.

---

\*São os termos mais empregados, embora não sejam os mesmos para todas as comunidades muçulmanas.

RESUMO.....	viii
ABSTRACT .....	ix
TERMOS E EXPRESSÕES .....	x
<b>CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 O Islamismo .....	15
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos .....	27
<b>3. SUJEITOS E MÉTODO .....</b>	<b>28</b>
3.1 Método Clínico-Qualitativo .....	29
3.2 Construção da amostra e seleção dos sujeitos .....	30
3.3 Técnica para coleta de dados .....	31
3.4 Técnica de tratamento e análise dos dados .....	32
3.5 Aspectos Éticos .....	34
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
4.1 Sobre a amostra final.....	36
4.2 Considerações sobre o setting das entrevistas .....	37
4.2 Produção Bibliográfica .....	40
ARTIGO 1 Approaches to Muslim Women’s Health Care: implications for the development of culturally-sensitive medicine .....	42
ARTIGO2 Laila e Hanna - muçulmanas que vivem no Brasil .....	51
ARTIGO 3 Muslim women living in brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine .....	62
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>86</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>94</b>

# CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES



Este estudo contemplou a vivência de mulheres muçulmanas que moram no Brasil, que pertencem a um grupo étnico-racial minoritário de nosso meio. Buscamos conhecer como estas mulheres conciliam formas distintas de “estar no mundo”, sua percepção de diferenças culturais e religiosas e a resolução de possíveis conflitos.

Para nortear a pesquisa produzimos, num primeiro momento, uma revisão bibliográfica que revelou a escassez de estudos qualitativos com objetivos afins, além de uma visão também estereotipada sobre o islamismo, na literatura científica (Resultados- Artigo1).

Considerando a minha experiência clínica, associada ao conhecimento adquirido durante a condução do presente estudo, pude perceber a importância da religiosidade e o peso que deve ser levado em conta pelo profissional, na busca da compreensão e possível intervenção terapêutica.

Finalmente, apresentamos alguns dos elementos que permeiam a vida de mulheres muçulmanas que compoem uma minoria étnico-religiosa e que vivem num país laico como o Brasil. Esperamos ter contribuído para a construção de uma medicina que valorize não apenas o diagnóstico e tratamento, mas também as reais necessidades daqueles que precisam de cuidados médicos (Resultados - Artigo 2 e 3).

A escolha do Islamismo como foco de estudo vinculou-se à busca de elementos que não se restringissem à modernidade do tema, mas também à construção histórica de valores e credos, presentes em nosso meio desde o Brasil Império, mas pouco divulgada. Estes aspectos serão detalhados nos capítulos seguintes desta tese.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 O Islamismo

Por Islã entende-se uma civilização que floresceu e cresceu sob a égide da religião Islâmica. Surgiu no ano 622 da era cristã e foi a última das três grandes tradições monoteístas a ser consolidada. Abrange, por um lado, a submissão ou entrega da mente e do corpo à vontade do Deus único Allah e, por outro lado, o *Salam* – a paz, que se efetiva através da harmonia com o divino e na relação do muçulmano com seus semelhantes <sup>(1)</sup>.

A etnia árabe foi o núcleo e o agente difusor do Islã através do profeta Muhammad. Segundo a tradição, o profeta recebeu as mensagens de Deus em língua árabe, através do Arcanjo Gabriel. O fruto destas revelações foi chamado de Qu'ran ou, em português, Alcorão – a Recitação.

O Alcorão é um texto sagrado composto de 114 capítulos (*suras*) que surgiram da inspiração do Profeta Muhammad, quando estava em Meca e, posteriormente, em Medina. Foi revelado lentamente, linha por linha e versículo por versículo, num período de 23 anos <sup>(1)</sup>.

Estes acontecimentos foram tão marcantes para seus seguidores, que originou um calendário próprio, de base lunar, iniciado em 16 de julho de 622, quando Maomé foge da perseguição em Meca e se transfere para Medina. O ano dos muçulmanos é composto por 355 dias, divididos em 12 meses de 29 ou 30 dias; atualmente, os muçulmanos se encontram no ano 1634. No ano em que Muhammad morreu, em 632, o profeta havia conseguido reunir quase todas as tribos da Arábia numa nova comunidade ou *ummah* <sup>(1)</sup>.

*Ummah* representa tanto a idéia de unidade espiritual, como de diversidade étnica e social, ambas possíveis na comunidade dos devotos. A unidade espiritual é dada pela comum referência à Palavra revelada por Deus; a diversidade social tem origem no fato de que no seio da comunidade os vários segmentos sociais que a compõem, não são obrigados necessariamente a seguir as mesmas regras (ou até o mesmo credo, desde o momento que aos judeus e aos cristãos é permitido permanecer na sua fé, na qualidade de “povo do Livro”, ou seja, parentes próximos do Islã). A *umma* constitui um modelo ideal de sociedade política e religiosa para os muçulmanos <sup>(2)</sup>.

Num nível hierárquico inferior, o registro das atitudes e das orientações de Muhammad, conhecido como *Hadith*, é igualmente seguido pelos fiéis. Através dele é transmitida a *Sunna* ou “Tradição” de como o Profeta pensava, falava e conduzia seus negócios.

Na esfera das relações humanas com Deus, cinco bases de devoção orientam as práticas diárias dos muçulmanos<sup>(1, 3)</sup>. São chamadas de Cinco Pilares do Islamismo, os quais estão resumidos abaixo:

O primeiro pilar consiste na profissão islâmica da fé, a *Shahada*: “Não existe Deus senão Deus, e Muhammad é seu mensageiro”.

O segundo pilar recomenda a prática da oração - *Salat*, que consiste num conjunto de citações repetidas cinco vezes ao dia, após um rito de purificação que, por sua vez, visa obter a pureza física e espiritual para a audiência com o Divino. As orações são iniciadas com a alvorada e repetem-se ao meio-dia, meio da tarde, pôr do sol e antes de dormir, sendo acompanhadas de quatro posturas físicas –

ficar em pé, inclinar-se, prostrar-se e sentar-se – e de textos recitados, alguns deles extraídos do Alcorão.

O terceiro pilar é denominado *zakat* ou doação, que prevê ajuda financeira ou material aos necessitados. Representa não apenas um ato de culto, mas também um meio dos muçulmanos se ajudarem materialmente. Geralmente, é calculada como uma porcentagem da renda de cada devoto, levando-se em conta suas particularidades.

O quarto pilar trata da participação no jejum –*sawm*– que acontece durante o mês de Ramadã, o mês que marca o início da revelação a Muhammad. O jejum é seguido da alvorada ao pôr do sol, período em que os muçulmanos devem se abster de comida, bebida, do fumo e da atividade sexual, além de afastar-se totalmente de tudo que desonra a conduta humana.

O *hajj*, a peregrinação à cidade santa de Meca, é o quinto pilar da religião islâmica. Todos os crentes devem concretizá-lo ao menos uma vez na vida, desde que mantenham condições que assegurem assistência aos seus dependentes, durante a viagem.

## **O Islã no mundo**

Embora a etnia árabe tenha sido o berço e o agente difusor do Islã, hoje se tornou impróprio associar o Islã ao mundo árabe. Sua maior comunidade está sediada na Indonésia e conta com 13% da população islâmica mundial. Da parcela restante, 25% dos muçulmanos estão concentrados no sul da Ásia, 20% no Oriente Médio, 2% na Ásia Central, 4% nos países do Sudeste Asiático e 15% na África Subsaariana. O Islã é a segunda maior religião e uma das que mais

crecem no mundo. Segundo as previsões para as próximas décadas, a população muçulmana deverá superar em 2 vezes a taxa da população geral, atingindo uma taxa de crescimento anual de 1,5% para os muçulmanos, em comparação a 0,7% para os não muçulmanos<sup>(4-6)</sup>.

Nunca se falou tanto sobre o Islã como após 11 de setembro, cujos eventos selaram o estereótipo de uma cultura islâmica radical, monolítica e associada a atos terroristas, trazendo como agravante a imagem da mulher muçulmana desprovida de direitos, vítima da truculência dos varões detentores do poder político e do prestígio social <sup>(7)</sup>.

A Islamofobia (termo que surgiu pela primeira vez na Grã Bretanha para descrever um medo intenso ou uma aversão ao povo muçulmano) se intensifica após o atentado aos Estados Unidos da América, em 11 de setembro <sup>(8)</sup>, e se destaca como importante fonte de debate, no cenário político internacional <sup>(9-10)</sup>. Se, no passado, o imigrante árabe era denominado de turco, hoje o termo também se associa ao terrorismo e ao fanatismo. Nesse contexto, o discurso e as atitudes xenofóbicas não se limitam à população leiga, mas se infiltra nos estudos de medicina e de outras especialidades.

Normalmente, não se considera a diversidade de povos abrigados no Islamismo, tampouco a ampla variedade das realidades socioculturais e a pluralidade de interpretações, práticas e experiências que constituem o universo islâmico. Esse povo, disperso por todo o planeta, traz consigo uma gama enorme de realidades socioculturais, todavia permanece unido por compartilhar o mesmo sentido religioso.

O Islã é universal, tendo o Alcorão e a Sunna como suas maiores referências, mas é fundamental discernir, principalmente na atualidade, o que corresponde a um atributo sócio-cultural daquilo que é inerente à religião islâmica.

## **O Islã no Brasil**

No Brasil, registros revelam que os primeiros muçulmanos a entrarem no país foram os negros africanos, trazidos como escravos durante o Brasil Império. Estes foram chamados de *malês*, forma coloquial que significa muçulmano ou seguidores da religião Islâmica <sup>(11)</sup>.

O símbolo da presença Islâmica, na comunidade africana, era o uso de uma roupa toda branca, espécie de camisolão comprido, chamada “abadá”, o qual nunca era vestido em público, mas apenas nas orações diárias, com um gorro vermelho na cabeça, chamado “filá”. Esta medida evitava a identificação dos praticantes e a perseguição pelas autoridades policiais, sempre atentas às novidades surgidas entre os negros <sup>(11)</sup>.

Aos malês que sabiam ler e escrever árabe era destinado o ensino e passagem dos conhecimentos para os demais membros da comunidade. As esquinas e casas de africanos libertos abrigavam encontros de malês para rezas, refeições e conspirações, como aprender a ler e escrever o árabe e decorar versos do Alcorão, tarefas importantes para a educação Islâmica.

As religiões advindas de escravos eram consideradas ilegais pelo governo monarquista. Assim, ocultavam sua fé verdadeira e simulavam serem cristãos. Mais que isso, o abismo entre o Islã e a sociedade era maior por se tratar de uma religião exclusivamente africana e que unia escravos e libertos. Segundo Reis<sup>(12)</sup> o

Islamismo, assim como outras expressões religiosas africanas, subvertiam a ordem simbólica dominante.

O Islã tinha o potencial de unir vários grupos étnicos, retirando dos escravistas a vantagem política da divisão entre os africanos. Naquela época era honroso ter o título de malê, pois significava respeito pelo uso da escrita ou simplesmente por pertencer a um grupo de reconhecida reputação entre os africanos. Nesse sentido, a edição de 21 de setembro de 1853 do diário fluminense *Correio Mercantil*, mereceu notícia uma história sobre um grupo de africanos que fora preso, sob a liderança de um *alufá* nagô, um certo Rufino, chamado Abuncare em sua terra natal, que estava formando “uma nova seita religiosa”. Com ele foi encontrado “um livro, que ele declarou”, ser “o Alcorão”, bem como “muitas folhas de papel escritas em hebraico” <sup>(11)</sup>.

Em pesquisa realizada nos arquivos das polícias do Rio de Janeiro, São Luís, Recife, Salvador e outras cidades brasileiras, verificou-se que os policiais consideravam os muçulmanos difíceis de lidar, além de formarem uma facção insubmissa e perigosa, sempre prontos a ir contra as autoridades e promover rebeliões. O auge de sua revolta ocorreu em 1835, através da “Revolta dos Malês”. A rebelião aconteceu num momento de expansão do Islamismo entre os africanos que viviam na Bahia. Não se sabe se ela foi uma consequência natural, um episódio culminante dessa expansão, ou se a busca de novos adeptos à religião já seria parte de um plano de ruptura<sup>(12)</sup>.

Ao contrário das outras sociedades escravistas, onde o Estado punia severamente os escravos rebeldes e indenizava seus senhores, no Brasil empregou-se outra estratégia. Os escravos eram açoitados e logo devolvidos ao serviço, mas os líderes, fossem eles escravos livres ou libertos, recebiam a pena

de morte. A fórmula da punição aos rebeldes foi clara: açoite para os escravos e deportação para os libertos <sup>(12-13)</sup>.

O fim das rebeliões não significava o fim da resistência. Segundo relatório do ministro da França no Brasil, datado de 1869, os franceses Fauchon e Dupont costumavam vender todos os anos, em sua loja no Rio de Janeiro, quase cem exemplares do Alcorão, quase exclusivamente para escravos e ex-escravos. Isto leva a supor, primeiro, que o número de muçulmanos africanos ou descendentes de africanos na capital do Império, era naquela época, muito maior do que as aparências poderiam sugerir e, segundo, que eram muçulmanos estritos, pois não aceitavam o livro sagrado em nenhuma outra língua exceto o árabe<sup>(11)</sup>.

A abolição da escravatura, em 1888, e a conseqüente dificuldade dos negros libertos em se adaptarem ao trabalho assalariado, levaram à falta de mão-de-obra para agricultura e para a indústria nascente, exigindo uma política governamental de incentivo à imigração.

Assim, até o final da década de 40, o Brasil recebeu aproximadamente 5 milhões de imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e japoneses, mas também em menor escala sírios, libaneses, palestinos e outros povos. Os primeiros árabes a imigrarem para o Brasil eram de origem síria e cristãos. Vinham em busca de novas oportunidades, afastando-se do Império Otomano; no passaporte eram identificados como turcos, confusão que persiste até hoje<sup>(12)</sup>.

No início do séc. XX, começaram a chegar os primeiros árabes muçulmanos no Brasil, com a expectativa de fazer fortuna e retornar à terra natal. A partir da década de 1950, em função da depressão econômica que atingiu regiões mais atrasadas do Líbano após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), e

com a eclosão da guerra civil libanesa (1975), surge uma nova onda migratória de árabes muçulmanos – sunitas e xiitas - até então muito pouco expressivos numericamente.

Os Palestinos chegam ao Brasil principalmente depois da criação de Israel no estado Palestino (1948), em número bem menor chegam os sírios, egípcios, marroquinos, sudaneses, nigerianos e outros<sup>(14)</sup>. Inicialmente se dedicaram ao pequeno comércio de vendedores ambulantes, conhecidos como mascates, prosperaram e se estabeleceram em pequenos comércios, armazéns e pequenas indústrias de tecidos. Essa prosperidade atraiu novos imigrantes e a idéia de voltar ao país de origem foi diminuindo.

A grande maioria dos muçulmanos no Brasil é formada por famílias originárias do mundo árabe, especialmente do sul do Líbano. Segundo Truzzi <sup>(14)</sup>, esta configuração atua como elemento de homogeneidade, de modo a coincidir as identidades étnica e religiosa no grupo.

Desde sua origem no país, os muçulmanos constituem uma minoria étnico-religiosa e, nos censos nacionais, foram sempre inseridos na categoria de “outras religiões”. Mais recentemente, o censo de 2010 passou a inserir o grupo de islâmicos em categoria própria, registrando 35167 devotos declarados, sendo 21042 homens e 14124 mulheres. Os registros salientam ainda 29248 são de cor branca, 1336 preta, 268 amarela, 4300 parda e 15 indígenas<sup>(15)</sup>.

## **Religião e saúde**

Nos estudos do binômio saúde-doença, é consenso que a fé religiosa pode influenciar quase todas as áreas da vida, tanto pessoal quanto comunitária,

sendo as práticas de saúde um dos mais poderosos reflexos do sistema de crenças de um povo. Considerando tais premissas, Levin<sup>(16)</sup>, publicou no *JAMA* (Journal of the American Medical Association) uma revisão com mais de duzentos estudos sobre o tema e constatou o surgimento involuntário de um novo campo de estudo, fortemente explorado. Como não havia, segundo o autor, nenhuma doença que não tenha sido estudada com relação à religião, nomeou esse campo de “epidemiologia da religião”. Anos mais tarde, Levin publica outro artigo, onde lança as seguintes questões: “Existe uma associação entre saúde e religião?” “É válida?” “É causal?”. As respostas do autor para estes dilemas foram, respectivamente: sim, provavelmente e é possível<sup>(17)</sup>.

Mais recentemente, Galanter e colaboradores<sup>(18)</sup> reconheceram, também, o papel da espiritualidade como componente importante para lidar com o sofrimento. Propuseram um trabalho educacional com residentes de psiquiatria que atuavam em grupos de pacientes psiquiátricos, onde discutiam abertamente suas necessidades espirituais. Segundo os autores, esta prática forneceu uma variedade de opções para a abertura da interface entre o domínio do significado pessoal e a clínica contemporânea e trouxe resultados efetivos tanto para a equipe médica, como para os pacientes a eles vinculados .

Paralelamente a este movimento de reconhecimento da religião nas práticas de saúde, a partir de meados do século XIX, os avanços obtidos com as vacinas, novos procedimentos cirúrgicos e antibióticos, levaram uma parcela dos profissionais e estudiosos de Medicina a se reportar quase integralmente à abordagem técnica, deixando os referenciais religiosos e espiritualistas para segundo plano. Assim, aliados ao novo paradigma da materialidade como agente causal das doenças, a modernidade desabilitou os profissionais de alguns

recursos, de modo que a falta de tempo, a discordância social, religiosa e cultural entre eles e seus pacientes, aliados ao atendimento limitado (não contínuo) e a falta de privacidade durante as visitas, levaram ao atendimento pragmático e tecnicista em suas consultas<sup>(19-20)</sup>.

Kung<sup>(21)</sup> afirma que, mesmo depois do aumento explosivo de seitas e grupos religiosos, principalmente na América, a religião persistiu como elemento negativo na avaliação dos psiquiatras. Para alguns, se a religião não se manifestava como neurose ou psicose, não deveria ser considerada valorizada uma vez que teria efeito desprezível, se comparada à sexualidade. Numa revisão de literatura sobre a decisão da interrupção da vida nas unidades de cuidado intensivo, Bulow<sup>(22)</sup> relatava conclusões semelhantes e enfatizava a necessidade do médico considerar a cultura e a religião de seus pacientes, especialmente dos muçulmanos, tão dispersos pelo mundo.

Considerando a relação entre religião e saúde, os estudos sugerem que *“comportamentos promotores de saúde”* atuariam como agentes protetores, que diminuiriam o risco de desenvolvimento de certas doenças e aumentariam o bem-estar geral dos indivíduos. Somados a estes, as redes de apoio social, promovidas pelas comunidades religiosas, atuariam como importantes neutralizadoras do estresse e aumentariam a capacidade de lidar com as dificuldades<sup>(20)</sup>.

Esta nova perspectiva, que reconhece os fatores espirituais como determinantes da saúde, foi denominada por Levin<sup>(23)</sup> como *“medicina teossomática”*, onde ligações aparentes entre Deus ou o espírito – ou a fé em Deus – promoveriam o bem-estar do corpo<sup>(23)</sup>. Considerando que cada fase do ciclo da vida é construída e interpretada a partir da fé islâmica, vários outros

estudos apontam para a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem aspectos religiosos e culturais do povo muçulmano<sup>(24-27)</sup>.

É fato que, a partir deste mundo globalizado, a medicina deva reconhecer, cada vez mais, as implicações existentes de uma população socioeconômica, porém religiosa e culturalmente diversificada. Compreender como as pessoas pensam questões de fé e saúde pode incrementar a competência cultural dos profissionais da área, através de uma prática que inclua as reais necessidades e valores de seus pacientes<sup>(28-30)</sup>.

## 2. OBJETIVOS

## **2.1 Objetivo geral**

Compreender as percepções e as diferenças culturais e religiosas de mulheres muçulmanas, brasileiras ou estrangeiras, que residem no Brasil.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer como estas mulheres conjugam os preceitos da sua religião em um país ocidental e politicamente laico, como o Brasil.
- Conhecer a percepção de mulheres que se declaram muçulmanas, acerca das práticas de saúde nos países em que vivem.
- Contribuir para a consolidação de práticas de saúde culturalmente sensível, através da divulgação de um estudo qualitativo, focado nos depoimentos de mulheres muçulmanas que vivem no Brasil.

### **3. SUJEITOS E MÉTODO**

### 3.1 Considerações sobre o método

Mudar a visão fragmentada e estereotipada que o Ocidente tem sobre o Islamismo não é uma tarefa simples. Quando o foco é a saúde, é possível que o desafio seja maior, tendo em vista que profissionais de saúde nem sempre estão dispostos a externar seus sentimentos a pesquisadores. O método clínico-qualitativo busca interpretar os significados atribuídos pelos sujeitos acerca do tema em questão. Desenvolvido a partir das ciências humanas, procura ressaltar o caráter êmico dos levantamentos, isto é, o investigador respeita a posição do informante, com fidelidade à fala destes entrevistados, buscando interpretar os resultados de acordo com a própria lógica deles, considerando as relações de significado que estabelecem<sup>(31)</sup>.

Se bem inseridos no setting, os sujeitos se colocam mais à vontade para externar, através de suas próprias palavras, sensações que não são previstas na pesquisa quantitativa. Deste modo, a generalização não se efetua a partir dos dados e percepções, mas do sentido atribuído às situações vivenciadas pelos sujeitos em questão. Conseqüentemente isto permitirá gerar, de fato, um conhecimento original<sup>(31)</sup>.

Uma atitude existencialista que valoriza os elementos “angústia” e “ansiedade”, inerentes a existência do sujeito a ser estudado; a atitude clínica de acolhimento dos sofrimentos emocionais, debruçando-lhe a escuta e o olhar, levado pelo desejo e hábito de propiciar ajuda; e por fim a atitude psicanalítica no emprego de concepções advindas da dinâmica inconsciente do sujeito tanto no que diz respeito a aplicação dos instrumentos auxiliares, quanto nos referenciais

teóricos para discussão dos resultados, são os três pilares que caracterizam a metodologia clínico-qualitativa. O autor sustenta estes pontos como demarcadores do que a literatura chama de uma ruptura epistemológica entre este modelo e as outras pesquisas qualitativas<sup>(32)</sup>.

### **3.2 Construção da amostra e seleção dos sujeitos**

A construção da amostra se deu segundo a técnica da bola-de-neve <sup>(32-33)</sup>, onde cada entrevistado indica outro possível participante. A primeira indicação foi feita por um profissional de área correlata, que pertence a uma comunidade muçulmana de Campinas.

A pesquisadora fez contato por telefone, com a finalidade de verificar se o sujeito indicado correspondia ao critério de inclusão, e marcar uma entrevista com local e horário escolhido pela entrevistada. Assim foi feito sucessivamente, com as outras possíveis entrevistadas, a partir das indicações feitas pelas anteriores .

A captação da amostra obedeceu alguns critérios de inclusão: dizer-se ou considerar-se muçulmana (nascida ou convertida à religião), morar há mais de cinco anos no Brasil e aceitar, após leitura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo IV) , a participar da pesquisa.

O fechamento da amostra se deu por saturação teórica das informações, levando em conta os objetivos propostos e as observações de Fontanella, “quando os dados mais recentes apresentarem, na avaliação do pesquisador, certa redundância em relação aos anteriores e não mais contribuir para a pesquisa.” Na pesquisa qualitativa, onde se obtém uma amostra homogênea e intencional, o foco não está em “quantos”, mas em “quem” entrevistar<sup>(34-35)</sup>.

Paralelamente à construção da amostra, a autora fez um levantamento da literatura seguindo critérios de revisão bibliográfica. A estratégia de busca foi feita através do portal MESH e de sua versão na língua latino-americana DECS (Descritores em ciências da saúde). Através dos descritores “muslim womem, health care, qualitative studies and qualitative research”, realizou-se a busca bibliográfica de artigos escritos em inglês, espanhol e português, publicados a partir do ano 2000, nas seguintes bases de dados: Web of Science, Pub med, Sociological Abstracts, Lilacs, Scopus e Social Sciences Full Text. Desta forma, foram obtidos 29 artigos para estudo, os quais foram divididos em duas categorias: 1) artigos originais e 2) artigos teóricos, que traduziam a reflexão sobre o tema. Para este estudo, foi excluída da amostra a produção acadêmica publicada na forma de livros e teses.

### **3.3 Técnica para coleta de dados**

Como ferramenta de coleta de dados, foi empregada a Técnica da entrevista semidirigida de questões abertas, considerada por Turato (2003)<sup>(32)</sup> como o formato mais apropriado a ser empregado como instrumento auxiliar na pesquisa qualitativa. A entrevista semidirigida é caracterizada por uma pequena série de questões abertas, cujo roteiro é construído de forma a flexibilizar a “conversa” e dar oportunidade de aparição de novos temas, durante a coleta de dados<sup>(35)</sup>.

A dinâmica da entrevista na pesquisa clínico-qualitativa se usa de conceitos psicanalíticos básicos, como o estabelecimento do *setting*, valorização da transferência e da contratransferência, bem como a livre associação de idéias

onde o entrevistado pode exprimir espontaneamente os pensamentos que lhe ocorrem<sup>(32)</sup>.

As entrevistas foram foram norteadas por um roteiro (Anexo 2) e gravadas com equipamento especialmente destinado a este fim. A entrevistadora, a partir da chegada ao setting, iniciava a entrevista com alguma questão do roteiro que desse continuidade, de alguma forma, ao contato já iniciado. A entrevistadora foi colocando as questões, apenas quando necessário, de forma que a não prejudicar o fluxo contínuo do discurso e a livre associação de idéias.

As questões sobre dados pessoais, que não apareceram durante a entrevista, foram perguntadas ao final. A entrevistadora anotou dados sobre o setting das entrevistas, visto que estas ocorreram em lugares diferentes, a critério das entrevistadas.

### **3.4 Técnica de tratamento e análise dos dados**

Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo, onde a noção de tema, sugerida por Bardin<sup>(36)</sup> e ressaltada por Minayo<sup>(35)</sup>, caracteriza-se pela *“unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura”*.

A coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, o que facilitou uma clara idéia dos dados enquanto estavam sendo coletados e de quando as informações começavam a se repetir. Para tal, seguiu as seguintes etapas:

- Transcrição das entrevistas gravadas e das anotações de campo;

- Pré-análise – através de leituras e releituras *flutuantes* das entrevistas, termo advindo do conceito psicanalítico de *atenção flutuante*, onde a escuta não privilegia qualquer elemento do discurso, mas prioriza a atividade inconsciente<sup>(37)</sup>.
- Categorização – através da transformação dos dados brutos em organizados. A partir dos recortes das falas de cada entrevista, as frases foram organizadas e agrupadas segundo os seguintes critérios: o de repetição (onde se busca as colocações reincidentes) e o de relevância (onde se busca as falas ricas em conteúdo, de modo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação). Segundo Minayo<sup>(35)</sup> categorias são conceitos classificatórios, onde se busca encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações.
- Validação – De acordo com Turato<sup>(32)</sup> a validação se dá em dois sentidos complementares: a validação interna e a validação externa.

A validação interna diz respeito ao autor e seu projeto. Ela ocorre na medida em que se emprega a experiência do profissional pesquisador: “os dados coletados são admitidos como válidos a partir do uso do expressivo conjunto de conhecimentos/experiências que perfazem a base intuitiva, intelectual e técnica do pesquisador”<sup>(32)</sup>.

A validação externa envolve o autor da pesquisa em posse dos dados coletados e seus interlocutores acadêmicos. Através do debate surgem considerações que concordam ou refutam as proposições iniciais<sup>(32)</sup>. As categorias selecionadas passaram por supervisão do orientador e da

co-orientadora e discussão com os membros do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa e com o grupo de Religiosidade promovido pelo orientador.

— Apresentação e análise dos dados – A partir do material devidamente categorizado, foram propostas inferências e interpretações com citações ilustrativas das falas. Usou-se o referencial psicossocial, privilegiando tanto os aspectos psicológicos como sociais das falas e a intersecção entre os dois. Baseados nestes referenciais, os textos e as obras foram escolhidos de acordo com os temas que emergiram.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Foram obedecidas as normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Anexo V) da FCM/UNICAMP, sob protocolo de número 1096/2008.

As entrevistadas participaram de forma espontânea das entrevistas, mediante a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo IV). Foram informadas pela pesquisadora sobre o objetivo, os procedimentos a serem aplicados, a justificativa e a garantia de total sigilo da fonte onde os dados foram obtidos. Foram esclarecidas as dúvidas surgidas por parte das entrevistadas acerca dos objetivos e o procedimento, antes do início da entrevista.

Os nomes das participantes não constaram das transcrições das entrevistas e foi usado um nome fictício, escolhido pelas próprias entrevistadas. As gravações serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos a partir do encerramento do estudo (defesa de tese) e, a seguir, inutilizadas.

## 4. RESULTADOS

#### 4.1 Sobre a amostra final

A amostra final consistiu em oito mulheres, cujos dados sócio-demográficos estão resumidos na tabela abaixo:

**Tabela 1:** Dados socio-demográficos das mulheres que fizeram parte do presente estudo

<b>NOME IDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>ESTADO CONJUGAL</b>	<b>NUMERO DE FILHOS E NETOS</b>	<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>
* Zaihra 24 anos	Secretária de instituição islâmica no Brasil	Superior (cursando)	Noiva, no momento da entrevista	Não tem filhos	São Paulo
* Paula 28 anos	Tesoureira de uma escola árabe	Superior Completo	Casada há 4 anos	2 filhos	São Paulo
*§Fátima 28 anos	Professora de uma escola Libanesa	Magistério Completo	Casada há 8 anos	4 filhos	São Paulo
*Isabel 42 anos	Advogada	Superior Completo	Casada há 16 anos	Não tem filhos	Americana
*Sonia 45 anos	Professora Universitária	Superior Completo	Casada há 8 anos	Não tem filhos	São Paulo
*Julia 45 anos	Profissional do mercado de ações	Superior Completo	Separada há 20 anos	1 filho	São Paulo
*Nina 62 anos	Do lar	Segundo Grau Completo	Viúva há dois meses	4 filhos 8 netos	São Paulo
*§Miriam 69 anos	Do lar	Primeiro Grau Completo	Casada há 49 anos	4 filhos 7 netos	Campinas

§ O estudo destas mulheres deu origem à publicação do Artigo 2: “Laila e Hanna – muçulmanas que vivem no Brasil” (pag. 48-58).

\* Contempladas no artigo 3: “Muslim women living in Brazil – challenges for the practice of a culturally sensitive medicine” (pag. 59-72).

## 4.2 Considerações sobre o setting das entrevistas

Todas as entrevistas ocorreram na casa das entrevistadas, exceto Zhaira, por escolha das participantes. Em todas existia uma disponibilidade muito grande em conceder a entrevista.

A primeira pessoa a ser contatada foi Nina. Seguida por sua filha Fátima. Como representava duas gerações distintas, no que se refere aos objetivos da pesquisa ambas foram incluídas no estudo.

Fui recebida na casa de Fátima pela sua funcionária e seus três filhos. As duas crianças maiores, muito falantes, conversaram comigo até que a mãe chegasse aproximadamente trinta minutos depois. Esta chegando pediu que os filhos fossem para a outra sala com a funcionária e ficou a sós comigo. Usava um lenço sobre a cabeça (hijab) e por cima da calça e blusa usava uma espécie de “jaleco” que cobria a roupa. Ela retirou a capa assim que chegou, mas manteve o hijab. A decoração da casa tinha adornos tipicamente árabes. Serviu-me kibe frito e coca-cola. Conversamos por aproximadamente 90 minutos e colocou-se á disposição para uma segunda entrevista e qualquer outra coisa em que ela pudesse ser útil.

Nina me recebeu em sua casa. Usava uma capa negra (por ocasião do luto) que ia da cabeça aos pés (Chador). Assim que entrou em casa, retirou-a e pôde-se ver sua calça e blusa preta decotada. Um modo de vestir em nada divergente do ocidental. Morava com filhos e netos e embora a sala principal da casa tenha ficado disponível para a entrevista, em muitos momentos passavam por lá a nora, a funcionária e os netos. Ela ficava bastante á vontade nesta situação, inclusive me apresentou a nora e uma filha. Interrompia e retomava a

entrevista. Serviu-me quitutes árabes. Pediu-me que fosse mais vezes, pois gostou muito de falar comigo.

Miriam, após contato telefônico, recebeu-me com o marido na sua casa na cidade de Campinas. Fiquei na varanda da casa, que tinha móveis simples sem nenhum adorno em especial. Ela usava calça e blusa, roupas típicas ocidentais. O marido me presenteou com um livro. Logo na primeira pergunta, ela fala se pode participar: “*ele pode explicar melhor*”. Pontuo que ele poderia inicialmente se sentar conosco, mas que a minha entrevista é com ela. Ele senta-se perto de nós por algum tempo, e pôde-se perceber que além do interesse em falar das questões levantadas, em muitos momentos a fala do marido era complementar a de Miriam e vice-versa. Ele se afastou depois de algum tempo. Serviu-me um chá com bolachas e ao final mostrava-se apreensiva, pois tinha horário marcado no dentista. Ele me acompanhou até a porta e me deu um outro livro, também sobre os ensinamentos Islâmicos.

Paula, que mora em São Paulo, recebeu-me no apartamento do seu pai que fica no mesmo prédio que ela mora. O apartamento tinha enfeites típicos árabes. Levou-me lá, pois o pai tem uma funcionária que deveria ficar com os dois filhos de Paula para que pudéssemos realizar a entrevista. As crianças ficaram perto de nós e a mãe colocou um desenho no DVD. Interromperam em alguns momentos a entrevista em função de suas brigas, solicitando a mãe. Esta se mostrava bastante constrangida com a intromissão. Senti que ela tentava separar a dinâmica familiar do momento da entrevista. A funcionária permaneceu na cozinha. A entrevista durou aproximadamente uma hora. Ela me pareceu bastante solícita, mas não muito a vontade quanto ao fato de eu adentrar sua intimidade. No momento da entrevista usava roupas típicas ocidentais e usava o véu (hijab).

Julia recebeu-me em seu apartamento, onde mora sozinha. Sua casa e sua aparência são típicas de uma mulher ocidental. Falou todo tempo muito enfaticamente, reservando toda uma tarde para nossa entrevista. Serviu-me chá e bolo e fiquei por lá por aproximadamente três horas. Ao final colocou-se disponível para qualquer coisa que eu precisasse em relação a minha pesquisa, indicando-me Sonia para ser a próxima.

Depois do contato telefônico fui ao apartamento de Sonia em São Paulo. Ela mora com o marido que não é muçulmano. No dia da entrevista ele não estava. Sua casa e suas vestimentas eram tipicamente ocidentais. Ela se mostrou bastante interessada em falar e passamos muitas horas juntas (aproximadamente umas três horas) conversando, tomando chá, mesmo depois do término da entrevista.

Fui à cidade de Americana na casa de Isabel. Esperei alguns minutos na porta do condomínio e, 15 minutos depois ela chegou no carro com o marido. Este foi para a cozinha, ao lado da onde estávamos adiantar o almoço em que viria a família dele. Ficamos em uma varanda bastante espaçosa e bonita, com uma decoração totalmente ocidental. Isabel usava uma calça e uma blusa. Em nada se reconhecia a cultura Islâmica no ambiente, exceto por alguns livros que estavam na mesa sobre o conflito Israel/Palestina (em língua inglesa). Seu marido, em dois momentos, nos interrompeu, um para pedir instruções sobre o preparo do almoço e outro para servir-nos em um bule típico, um café árabe (o café não é coado). Depois de aproximadamente uma hora ele falou lá da cozinha, se ela não ia terminar a entrevista para ajudá-lo. Ela não me pareceu muito incomodada com isso (acho que eu fiquei mais incomodada que ela) e logo depois terminamos a

entrevista. Eles me convidaram para almoçar e conhecer a família. Eu agradei e disse que não poderia aceitar e eles me conduziram até meu carro.

Eu e Zaira marcamos nosso encontro por telefone na mesquita do Brás em São Paulo. Na hora marcada ela estava na porta e me forneceu um hijab para que eu pudesse entrar. Estava com uma amiga, que permaneceu o tempo todo conosco e disse estar se convertendo à religião. Mostrou-se interessada em ser sujeito da pesquisa, mas não atendia aos critérios de seleção dos sujeitos, pois ainda não tinha se convertido. Zhaira usava um chador verde que durante a entrevista ela nomeou de outra forma. Sentamo-nos ao fundo sala onde, são feitas as orações, em um sofá em frente à sala reservada às mulheres (fechada, separada do local onde os homens fazem suas orações). Enquanto realizávamos a entrevista, ouvia-se os homens rezando e via-se as mulheres entrando e saindo da sala reservada a elas. As pessoas passavam por nós, pois estávamos em um espaço “público”, mas isso não nos incomodou em nenhum momento.

Sempre ao início das entrevistas, eu reforçava sobre os objetivos da pesquisa, citando o sigilo, pedindo que cada entrevistada escolhesse seu nome fictício e apresentava o TCLE. Tentava sempre tirar o caráter formal para não prejudicar o vínculo.

#### **4.2 Produção Bibliográfica**

Este estudo resultou, até o momento, na produção de três artigos científicos:

**ARTIGO 1:** Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. Approaches to *Muslim Women's Health Care: implications for the development of culturally-sensitive medicine*. The International Journal of Person Centered Medicine. 2011;1(2):11-8.

**Artigo 2:** Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. *Laila e Hanna – duas muçulmanas que vivem no Brasil*.

Artigo aceito pela Revista Dados em 15 de Agosto de 2012.

**ARTIGO 3:** Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Turato E, Habib M.

*Muslim women living in Brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine*. Artigo submetido à revista Journal of Transcultural Nursing em 7 de Outubro de 2012.

## ARTIGO 1

# Approaches to Muslim Women's Health Care: implications for the development of culturally-sensitive medicine

Bianca Stella Rodrigues MD<sup>a</sup>, Fátima Bottcher-Luiz PhD<sup>b</sup>, Joel Salles Giglio PhD<sup>c</sup> and Mohamed Habib PhD<sup>d</sup>

a Department of Medical Psychology and Psychiatry Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ) University of Campinas, SP, Brazil

b Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas, SP, Brazil

c Department of Medical Psychology and Psychiatry, University of Campinas, SP, Brazil

d Department of Zoology, University of Campinas, SP, Brazil

### Abstract

This study's objective was a review updating the literature concerning Muslim women and their health care. To this end, a bibliographic search was conducted in the following databases: Web of Science, Pub Med, Lilacs, Sociological Abstracts, Scopus and Social Sciences, Full Text of articles written in English, Spanish and Portuguese, published since 2000. Twenty-nine articles were obtained for the study, which were divided into two categories: 1 - "original articles" and essays, 2 - theoretical papers that reflect the thought process on the subject. A scarcity of studies on the subject was detected. In the publications reviewed, a unanimous conclusion was a lack of knowledge of Islamic culture which acted as an impediment in Muslim women's health care in the West. Key aspects related to: eye contact, shaking hands, the female's garb that conceals the face and body and the care given to females by male professionals. The language barrier, for those living in non-Islamic Western countries and the need to consult a medical expert other than the family doctor in their home countries were other important factors. Women were observed to seek advice from family, friends and religious leaders on issues of a simpler nature. Discrimination and prejudice can occur in hospital care or even at doctor's offices, suggesting a lack of understanding of Islamic culture. Inclusion of suitable information in the graduate curriculum and other forms of knowledge teaching is suggested, with the aim of developing effective approaches to transcultural and religiously sensitive medical practices.

### Keywords

Gender, healthcare, muslim women, person-centered medicine, qualitative research, qualitative studies, spiritual and religious care, transcultural medicine

### Correspondence Address

Prof. Bianca Stella Rodrigues, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ), University of Campinas, SP, Brazil. Email: biancastella@uol.com.br

Accepted for publication: 9 February 2011

### Introduction

Islam is understood as the civilization that flourished and grew under the aegis of the Islamic religion. Therefore, the term *Islamic* encompasses on one hand, submission or surrendering of the mind and body to the will of the only "one God" (Allah) and on the other hand, *Salam* - peace, which becomes available through harmony with the divine - and the relationship of Muslims with their fellow Muslims.

Islam was the last of the great monotheistic traditions to emerge in history, in the year 622 A.D.. The Arabs were the core agent and spreader of Islam through the Prophet Muhammad who, according to tradition, received messages from God - *Revelation* - in Arabic, through the Archangel Gabriel. The result of these revelations was called the Qu'ran - Recitation or the Koran. Upon his death in 632, Muhammad managed to gather almost all of the Arabian tribes into a new united community, or *ummah*. This term conveys the idea of spiritual unity as well as ethnic and social diversity, constitute the ideal society model.

The Koran is a sacred text, composed of 114 suras (chapters) comprising the revelations received by the Prophet during his stay in Mecca and Medina. Complementing the Koran, there is a guide to be followed by the Muslim, called *Hadith*, which transmits the *Summa* or tradition. This guide is a record of Muhammad's attitudes and orientations, revealing how the Prophet thought, spoke and conducted his business. The Koran and the Hadith are, in summary, the source of Islamic legal and religious orientation, based on five bases of devotion and conduct, called the five pillars of Islam.

In general, the *first pillar* requires uttering of the *Shahada*, the Islamic profession of faith. The *second pillar* is the *Salat* prayer, consisting of a set of prayers conducted five times a day (dawn, noon, mid-afternoon, sunset, and before bedtime) after the purification rite called ablution. The *third pillar* is *zakat*, which provides financial or material assistance to the needy and the *fourth* is the *fasting sawm* practiced between dawn and sunset, during the month of Ramadan, when Muslims must abstain from eating, drinking, smoking and sexual activity, staying away from everything that is considered within Islamic culture to be 'disgraceful' to human conduct. The *hajj*, or pilgrimage to the holy city of Mecca is the *fifth pillar* of Islam, in which all believers are called to make such pilgrimage at least once in their lifetime, provided they have the physical and financial conditions to do so, in addition ensuring assistance to their dependents during the pilgrimage.

The community that follows the Prophet, is oriented on the foundation of these precepts, not only in personal and family matters, but also within the collective and political, with absolute permeability between them. The interaction between community and religion is so intimate that it fosters confusion in the understanding of issues related to race and ethnicity, culture, lifestyles and even language, as the words Islam, Islamic and Muslim are considered synonymous and used interchangeably by the outside world.

The Islamic system has led Muslims to an idealized and practiced hegemony that remains to this day, wherever their communities settle. Perhaps this is the reason Muslims are often misunderstood and in general, negatively stereotyped in the West, particularly after the atrocities of 11 September 2001. Muslims remain a minority in the Western world, but demographically their numbers are increasing, making culturally sensitive medicine and healthcare an important matter. Considering these issues, the objective of this study was to research the Western scientific literature regarding the healthcare of Muslim women, seen here as a key member of the familial structure and the perpetuation of current Islamic precepts.

## Materials and methods

For this review, the structured vocabulary for the search strategies was identified through the MESH portal

and its Latin American version DEHS (Descriptors in Health Sciences). Using the keywords "Muslim women", "healthcare", "qualitative studies" and "qualitative research", a bibliographic search of articles written in English, Spanish and Portuguese, published since 2000 was made, in the following databases: Web of Science, Pub Med, Sociological Abstracts, Lilacs, Scopus and Social Sciences Full Text. Twenty-nine articles were retrieved for the study, which were divided into two categories: 1 - original articles and essays, 2 - theoretical papers reflecting the thought on the subject. Academic works in the form of books and theses were to be excluded, but were anyway not found.

## Results

The main data are summarized in Tables 1 and 2.

Table 1 includes 14 qualitative studies done in the field with purposeful subject samples where healthcare issues were addressed directly, through the classic models of in-depth interviews and the subjects addressed individually or in focus groups where the topic of women's health was opened for discussion. In both situations, the statements were recorded and later structured into topics considered relevant by the authors and then summarized in the results "3rd" column.

Table 2 briefly describes the collection of 15 theoretical studies on the subject, in which the authors discuss aspects of Islamic culture and its implications of healthcare, supported by personal experiences and review of academic literature. Additionally, the reflections were compared with what the Quran dictates.

In general, the relevant aspects identified in this review update, referred to the aspects of family planning and reproduction technologies, mental health and reflections on nursing care, proposing appropriate measures to resolve the identified problems.

**Table 1: Muslim Women Healthcare – qualitative studies**

AUTHOR / YEAR / LOCALE	STUDY TECHNIQUE	SUBJECTS	APPROACH	RESULTS
Atkin, Ahmed, Hewison <i>et al.</i> 2008. [3] (England)	Focus Groups	Hemoglobinopathies carriers in the Sikhs, Muslim, Hindu and Christian communities, in England.	Faith and religion relevances with: Disease screening - Prenatal diagnosis - Selective abortion	- Faith is valued in the context of individual, social and family relationships, but is not a decisive priority in performing these procedures.
Berger, Peerson, 2008. [5] (UAE)	Focus Groups  Semi-structured interviews	Youth of Islamic faith and Arabic native language and students of the female university.	Fitness and physical activity in the school context.	- Widespread physical inactivity at the available sports modalities (handball, basketball, running, table tennis and swimming). - Limiting factors for physical activity: warm weather, inadequate clothing and makeup; lack of time, lack of community role models and local political incentives. - Islamic culture does not encourage physical practice for women.
Muijsenbergh, Lagro-Janssen, 2006. [23] (Netherlands)	Semi-structured interviews	Turkish or Moroccan immigrants	The significance of urinary incontinence (UI).	- UI interferes with the purification ritual that precedes prayer. - Preference of medical care by women. - There's no continuance in prescribed therapeutic exercises. - Lack of adequate communication between patients and healthcare professionals.
Hanley, 2007. [11] (Wales)	Focus Groups	Young Muslim mothers, 16-24 years old, who emigrated from India to get married.	Emotional wellbeing in the postnatal period	- Emotional support comes from families, friends and religious leaders. - Mothers were aware of some primary care services, but used them sporadically. - Pregnant women and mothers preferred to seek alternative methods for their emotional well-being during the pre-and postnatal periods. - The need for careful diagnosis of postnatal depression, to take into consideration the values and beliefs of Muslim women.
Simpson, Carter, 2008. [28] (USA)	Semi-structured interviews	Muslim women living in rural areas of the U.S, for more than two years, coming from urban areas in their countries of origin (Egypt, Canada, Jordan, Malaysia and India).	Experiences in healthcare.	- Women received and performed the medical recommendations passively, knowing that they were not adequate to their concept of faith. - Difficulties in accepting Western gestures, such as handshake and eye contact. - Difficulty accepting male doctors. - Difficulty understanding specialists, in contrast to the family doctor from the country of origin.
Keefe, 2006. [18] (Tanzania)	Unstructured, in depth interviews.	- Women - Muslim religious leaders - Hospital workers.	Opinions and attitudes towards reproduction and family planning.	- "Women do what they want" - usually personal decision. - Islamic doctrine prohibits sterilization, but not family planning. - Religious leaders are more flexible than the doctrine followers.
Banning, Hafeez, Faisal <i>et al.</i> , 2009. [4] (Pakistan)	Semi-structured interviews	Muslim of Pakistani origin, with breast cancer.	The disease impact on personal and family life.	- Intense depressive reactions and emotional chaos. - Concerns centered on children. - Frequent reactions of isolation, aggression and anxiety. - Need for spiritual support to cope with the illness.
Hjelm, Bard, Nyberg <i>et al.</i> , 2003. [15] (Sweden)	Focus Groups	Diabetic Muslim, living in Sweden and coming from: - Arab countries (Iraq, Palestine, Lebanon, Egypt). - Former Yugoslavia.	Self-care and diabetes mellitus control.	Acts of self-care vary with the country of origin: - Muslims from former Yugoslavia maintain passive attitude: low self-monitoring of blood glucose and preventive measures. - Arab Muslims actively seek information about the disease.

**Table 1 cont'd: Muslim Women Healthcare – qualitative studies**

AUTHOR / YEAR / LOCALE	STUDY TECHNIQUE	SUBJECTS	APPROACH	RESULTS
Ghubash, Eapen, 2009. [9] (UAE)	Focus Groups	- Muslim women helped in private and public clinics,  - Husbands and  - Healthcare professionals	Recognition of mental illness in the postpartum period.	- Majority of women did not recognize post-natal depression as a psychological issue. - Postpartum depression seen as "evil forces." - Stress in pregnancy linked to the support received from the husband and her family. -Need for prenatal education programs. -Need for mental health inclusion in health services.
Mebrouk, 2008. [20] (Saudi Arabia)	In-depth Semi-structured interviews	Muslim Nurses	View on individual values and nursing care.	- Islam determines not only faith, but the Saudi nurse's entire lifestyle. - There is a derogatory nursing image, by the local community.
Mistry, Bhugra, Chaleby <i>et al.</i> 2009. [22] (United Kingdom)	Interviews by e-mail survey.	Psychiatrists and psychologists who provided treatment to Muslim women.	Access to facial expressions through the veil, during psychiatric evaluation.	- Only 11 subjects agreed to participate in the study. The majority (nine subjects) stressed the need for the facial expressions visualization as part of a satisfactory psychiatric evaluation.
Reitmanova, Gustafson, 2008. [26] (Canada)	In-depth semi-structured interviews	Immigrant Muslim women, living in Canada	Mother and child access barriers to health services, from pregnancy to the postpartum period.	- Signs of discrimination and insensitivity from the health team. - Information based on Western culture. - Lack of knowledge regarding the religion and Islamic cultural practices. -Cultural and language barriers in the services for motherhood emotional support.
Worth, Irshad, Bhopal <i>et al.</i> 2009. [30] (Scotland)	In-depth semi-structured interviews	-Sikhs, Muslim women from South Asia, - Family careers - Key Health Professionals	Access to healthcare for terminal oncology patients and non-oncology	- Need for specialized services. - Lack of training and insensitivity of the health team. - Eventual episodes of embarrassment and personal and/or institutional discrimination. - Greater vulnerability of new immigrants and non-cancer patients.
-Hanlon, Whitley, Wondimagegn <i>et al.</i> 2010. [12] (Ethiopia)	<i>In-depth</i> interviews  - Focus groups (focus group discussions FGDs)	Practitioners of religion: Muslim, Orthodox and Protestant, as follows: - Midwives - Grandparents - Parents - Postnatal Women	Postnatal mental anguish (mental distress) in Ethiopian rural communities	- Pregnancy may compromise mental wellbeing. - Pregnancy would be a burden due to participants difficult life conditions. - Delivery associated to risk of pain, injury and death. - "Misfortune" - fate in the hands of God or Allah Fear for the non-adherence of prenatal care. - Children hold the husband at home and prevent the search for another wife. - Pregnancy is shameful when outside of marriage or in the postnatal period.

**Table 2 : Muslim women healthcare - theoretical studies**

AUTHOR, YEAR	APPROACH	CONCLUSION
Hessin, 2007. [14]	Legal, religious, medical and social Islamic aspects that would intervene in the Muslim women's access to safe abortion services, predominantly Muslims with high rates of abortion.	- There is no apparent relationship between individual religiosity and abortion. - Iran: highest abortion prevalence in the region and more conservative clerics.
Ali, Ming Liu and Humedian, 2004. [2]	Interference of cultural values, gender expectations and immigration issues in psychological care for American Muslim women.	- The ignorance of Islamic culture enables the perpetuation of prejudices in therapy. - The need for Islamic culture knowledge by the professional.
Ahmed, Reddy, 2007. [1]	Muslim-Americans mental health and recommendations for mental health professionals	- The American Muslim community comprises of three core communities: immigrants, refugees and indigenous groups, each with private spiritual practices. - It is up to the mental health professional to keep their knowledge up to date and have a flexible approach in the clinical practice.
Yosef, 2008. [31]	Health-related beliefs and practices of American Muslim Arabs - Implications for nursing care	- These are populations at risk for heart disease, diabetes and cancer. - Overlooking their food habits with the prevention, detection and treatment of these diseases. - Major cultural barriers to access health services: modesty, preference for female professionals, misconception about causes for illnesses. - Nurses must understand the Muslim culture, for effective care
Inhorn, 2006. [16]	Official and unofficial versions and infertility, among Muslims couples.	Reproductive technology significances: - Shiites: -Marriages can be saved by technology. -Gamete donation can transform gender relations among infertile couples. - Sunnis: the possibility of the family life perpetuation, fatherhood and the kinship biological basis. - The gametes recipients would not only be Shiites couples but also Sunnis and Christians, which leads indirectly to an ethnic mix, racially and religiously.
Rassool, 2000. [25]	Understanding of health practices, code of ethics and Islamic perspectives of caring and spirituality	- Model of care based on Judeo-Christian tradition. - Urgent need for Muslim nursing schools to develop a framework of care, under the Islamic perspective.
Hamri, 2010. [10]	Historical approach to family planning and perception of technology in Muslim communities	- Interpretations vary between communities. - Local culture has a strong influence on individual attitudes. - Discrepancy between what Islam recommends and what Muslims think and do. - Religion is not the major impediment to family planning. - Cultural factors, intellectual and socioeconomic play a crucial role in family planning. - Tip: creation of NGOs for development and implementation of family planning programs included in the Islamic <i>setting</i> .
Narayanasamy, Andrews, 2000. [24]	Historical approach to Islam, its influence on culture and impact on the nurses' education.	- Need for a nursing curriculum revision and incorporation of the Islamic culture in nursing program. - Suggesting the incorporation of the ACCESS model in nursing education. - Suggestions of measures that would enable the Muslim students' enrollment in nursing training programs.
Carter, Rashidi, 2004. [6]	East and West psychotherapeutic approaches.	- Western psychotherapy is "customer-centric" and based on cognitive therapy and Rogerian, while the Islamic values and beliefs consider the spirit, soul, body and emotion. - Need to integrate these precepts, composing an integrative holistic model between the two cultures.

AUTHOR, YEAR	APPROACH	CONCLUSION
Lawrence, Rozmus, 2001. [19]	Religious and philosophical aspects that can help the nurses in the healthcare of Muslims living in the USA.	- Basic beliefs, philosophical factors, social, and cultural kinship can be used by nurses as basis for action and decision, while seeking the Muslim patients' welfare. - Uncertainty about a specific practice or intervention should be discussed either with the patient or her family.
Haque, 2004. [13]	Considerations about human nature, from Islamic historical studies.	- Need to understand psychology from the Islamic perspective. - There are difficulties facing Muslim psychologists regarding the Western theories of human behavior.
Westra, Willems, Smit, 2009. [29]	Considerations on the neutrality of the four ethical principles of biomedicine.	- Although the four principles assist in ethical dilemmas, it is necessary to pay attention to the different backgrounds of the patients.
Jeffery, Jeffery, Jeffrey, 2008. [17]	Relationship between the Muslim leaders and peasants from northern India views on contraception.	- Farmers' opinions are generally more restricted than the local authorities' voices. - Farmers fear for the mother and child's health, but also fear for their fate after death. - Although not unanimous, the leaders believe contraception is an unwelcome sign of modernity. - Offspring are less numerous due to the economic policy adopted since 1947.
Douki, Zineb, Nacef <i>et al.</i> 2007. [8]	Review study on cultural factors that affect the Muslim women's mental health.	- The data indicate that depression, anxiety, somatoform disorders, eating disorders and suicide attempts are more prevalent conditions in Islamic women than in men. - Hysterical conversion disorder is more prevalent in cases where there was previous high stress condition.
Sargent Larchanche, 2007. [27]	Gender interference, Islam and reproductive health in the conceptions of Muslim migrants from Mali, Senegal and Mauritania living in Paris.	- These women are stereotyped as having a 'racialized body', exceedingly fertile, hyper-sexualized, sexually irresponsible, in reproduction and motherhood. - The body and their clothing have been the focus of perceived discrimination policies in France. - Religion and gender induce these women to submit to local cultural demands. - Issues in a reproductive manner remain unresolved, due to the prevailing ideological conflicts.

Table 2 cont'd : Muslim women healthcare - theoretical studies

## Discussion

This review of literature on Muslim women and their healthcare demonstrates that there is ignorance about the Islamic world, its values, ideas, and especially the five pillars that guide Islamic conduct. This was clearly evident in the American and European studies on Muslim migrants residing in a foreign country and inserted in local Islamic communities, [1,2,11,29,31].

Regarding general health, the doctor-patient relationship was impaired by gestures that, in Western culture are representative of respect and consideration, but which for Muslims represent almost the reverse. The most striking examples and those frequently mentioned were: "eye contact" and the handshake between people of the opposite sex, which are considered invasive and disrespectful in the eyes of Muslim women. Thus, even with the compulsory incorporation of gestures into their relationship practices, these were causes of embarrassment,

anxiety and even withdrawal from consultation of health services [26,28,30,31] and caused evident discomfort in the patient and her Muslim companions, who did not know how to express themselves or to circumvent the situation. Here, the adoption of a foreign language as the main form of expression, or the adoption of community tradition were issues considered less relevant as in, for example, conditions of urinary incontinence and personal or childhood nutrition.[8,11,15,23,25,26,28].

In chronic, terminal or oncologic illnesses, above difficulties were seen as necessary, but new constraints manifested themselves, hindering the understanding and incorporation of the practice into daily self-care activities. The use of technical terms and more formal language, usually employed by medical professionals, only increased the sense of distance between the parties. Also, the medical practice commonly performed by specialists, as opposed to traditional family medicine practiced in their home countries, represented another impediment to the

assimilation of prescribed recommendations and advice [4,15,23,28,30].

As for personal and childhood diet and nutritional aspects, further difficulties became manifest. According to Millán [21] food embodies the societal structure, so that the beliefs, guidelines and values that give meaning to everyday practices are updated through it. To give up eating habits may mean giving up part of a personal or people's history. Seemingly simple requirements can contain messages that are not compatible with cultural values and for Muslim women living in Western countries, might sound unacceptable or disconnected from the context of cohesion and unity of the community in which they live [31].

Significantly, signs of disapproval and sometimes prejudice, have been reported in the literature, reflecting personal or institutional discrimination in the studied locations [2,26,27,30,31]. In such situations, beyond the constraints already mentioned, the care of Muslim women was affected by their clothing. For them it is considered an expression of female modesty, but to most Westerners as a sign of isolation and submission. It is worth recalling here that the concept of modesty is different from Western understandings, since the "covering" of the female body and face by the mantle and veil is a way to avoid romantic or sexual interest in the woman in question and is therefore considered in Islam as an act of modesty in front of others. In health services, where space and sepsis care are a priority, the use of protective clothing would be at least anachronistic.

Given the religious diversity within Islam, it is perhaps unsurprising that some studies have identified subjectivity in understanding the Koran recommendations, arising from the interpretations of the Koran by various religious leaders [17]. Interestingly, issues related to reproduction, from family planning to gamete donation and abortion, were frequently mentioned and apparently, are the focus of debate in various segments of Islamic society [10,16,18].

According to the literature, abortion is widely practiced in the Middle East and Africa, where one in every ten pregnancies is terminated [14]. Thus, the practice appears to be a "women's secret" not openly acknowledged, declared or even reviewed by the community leaders. There were no reports associating this practice to either legal or criminal offences. As for therapeutic abortions, researchers have investigated pregnancy termination in cases where the risk for sickle cell anemia and thalassemia existed and when working with heterogeneous population of Muslims, Sikhs, Hindus and Christians. Confirming other studies, faith was not decisive in the decision to terminate a pregnancy. [3].

It is also noted that there is a great influence from geographical origin and cultural background. Often, the effect of ancient popular cultures outweighs religious orientation, either from the Koran, or the Prophet Muhammad, often complicating the health professionals' job. The cultural diversity among Muslims is huge, although all share the same basic spirituality. Muslims

from India, Africa or Pakistanis, Moroccans, Egyptians, Jordanians or even those from the republics of the former Soviet Union, demonstrate cultural differences which can be problematic to doctors in any Western country with Muslim communities.

Regarding family planning, studies showed a differences between Islamic dictates and what Muslims, especially women, think and do. In this context, socio-economic and cultural, not religious factors were crucial in decision-making regarding procedures [10,18]. In assisted reproduction clinics, a study states that Islam is routinely portrayed as monolithic. According to the study, the technology has been embraced in accordance with local religious morality and cited Lebanon as an example, where a recent Shiite fatwa permitted ovule donation. This has led couples to utilise the services of assisted reproduction clinics, where the gametes recipients are Shiites, Sunnis and Christians, creating a mixture of races and ethnicities [16].

Considering the complications of the practices mentioned above and access to prenatal care and postnatal services, Reitmanova and Gustafson [26], reported discrimination, insensitivity and lack of emotional support for Muslim women. According to Hanley [11], emotional support during this period is usually borne by families, friends and religious leaders. The author also points out the need for "health visitors" to recognize particular conditions and practices, for example, postnatal depression and the possibility that mothers seek alternative methods during this period.

Considering the overall health of Muslim women, many authors are now studying mental health, in Muslim women's countries of origin as well as the countries they have migrated to [1,6,8,13,22]. In this sense, it is worth noting the Ali, Ming Liu and Humedian study [2] which stressed the need for understanding gender role expectations in order to eliminate biases that may arise during the therapeutic process. A study in Ethiopia, points to the negative aspects of pregnancy, the difficult living conditions, the fear of pain, injury and death, all of which are conducive to the risk of mental disorders in the postpartum period, where women's fate is in 'God's or Allah's hands' [12]. Also considering that in many communities, postpartum depression is regarded as the action of "evil forces", several authors emphasize the need for educational programs for pre-and post-natal women, beyond the mental health services normally available [9].

Under conditions not directly related to motherhood, Douk et al [8] point out, in a review study, risk factors related to culture which promote the onset of mental illness in Muslim women. The authors conclude that hysterical conversion disorder is the most prevalent (95%). - The data indicate that depression, anxiety, somatoform disorder, eating disorders and suicide attempts are more prevalent conditions in Islamic women than in men.

Considering all the aspects mentioned above, in order to minimize such problems, adequate proposals are needed. To this extent, studies on nursing professionals are of

particular interest [19,20,31,]. Narayanasamy and Andrews [24] for example, propose the revision of the nursing curriculum in order to incorporate Muslim cultural and spiritual care in the nurses' training, also suggesting Muslim participation in training programs, to form a framework for care from the Islamic perspective [25].

## Conclusion

In conclusion, in the Western world, the cultural requirements of Islamic women for health services remain poorly understood. The publications reviewed unanimously refer to the lack of knowledge of the Islamic culture and this has implications for treating the Muslim woman in her physical and mental totality. Simple aspects considered in Western culture are a significant barrier to Islamic people and a cause of patient embarrassment. Language limitations and treatment by male doctors often act as additional impediments to the perceived quality of health services.

The complexity of health in an Islamic context is so little explored and understood that perhaps it explains the lack of available books on the subject known to Western scholars. Indeed, the absence of theses published in English, Spanish or Portuguese, suggests that academic considerations on transcultural medicine for the Islamic populations are not yet part of the concerns of the Western world.

## Acknowledgments

The authors wish to thank the Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ) at Unicamp and its coordinator, Professor Dr. Egberto Turato, for the constant encouragement and suggestions.

## References

- [1]. Ahmed, S. and Reddy, L. A. (2007). Understanding the Mental Health Needs of American Muslims: Recommendations and considerations for practice. *Journal of multicultural counseling and development* 35, 207-218.
- [2]. Ali, S.R., Liu, W.M. and Humedian, M. (2004). Islam 101: Understanding the religion and therapy Implications. *Professional Psychology: Research and practice* 35(6), 635-642.
- [3]. Atkin, K., Ahmed, S., Hewison, J. and Green, J.M. (2008). Decision-Making and Ante-Natal Screening for Sickle Cell and Thalassaemia Disorders. *Current Sociology* 56(1), 77-98.
- [4]. Banning, M., Hafeez, H., Faisal, S., Hassan, M., and Zafar, A. (2009). The impact of culture and sociological and psychological issues on Muslim patients suffering from breast cancer in Pakistan. *Cancer Nursing* 32(4), 317-324.
- [5]. Berger, G. and Peerson, A. (2009). Giving young Emirati women a voice: Participatory action research on physical activity. *Health & Place* 15, 117-124.
- [6]. Carter, D.J. and Rashidi, A. (2004). East Meets West Integrating Psychotherapy approaches for Muslim women. *Holistic Nursing Practice*. 18(3), 152-159.
- [7]. Colucci, E. and Martin, G. (2008). Religion and Spirituality along suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(2), 229-244.
- [8]. Douk, S., Zineb, S.B., Nacef, F. and Halbreich, U. (2007). Women's mental health in the Muslim world: cultural, religious, and social issues. *Journal of Affective Disorders* 102, 177-189.
- [9]. Ghubash, R. and Eapen, V. (2009). Postpartum mental illness: perspectives from an Arabian Gulf Population. *Psychological Reports* 105, 127-136.
- [10]. Hamri, N.E. (2010). Approaches to family planning in Muslim communities. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 36(1), 27-31.
- [11]. Hanley, J. (2007). The emotional wellbeing of Bangladeshi mothers During the postnatal period. *Community Practitioner* 80(5), 34-37.
- [12]. Hanlon, C., Whitley, R., Wondimagegn, D., Alem, A. and Prince, M. (2010). Between life and death: exploring the sociocultural context of antenatal mental distress in rural Ethiopia. *Archives of Womens Mental Health* 13(5), 385-393.
- [13]. Haque, A. (2004). Psychology from Islamic perspective: contributions of Early Muslim Scholars and Challenges to Contemporary Muslim Psychologists. *Journal of Religion and Health* 43(4), 357-376.
- [14]. Hessin, L. (2007). Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters* 15(29), 75-84.
- [15]. Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. and Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in Beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 40, 627-643.
- [16]. Inhorn, M.C. (2006). Making Muslim babies: IVF and gamete donation in Sunni versus Shi'a Islam. *Culture, Medicine and Psychiatry* 30, 427-450.
- [17]. Jeffery, P., Jeffery, R. and Jeffery, G. (2008). Disputing contraception: Muslim reform, secular change and fertility. *Modern Asian Studies* 42, 519-548.
- [18]. Keefe, S.K. (2006). "Women Do What They Want": Islam and permanent contraception in Northern Tanzania. *Social Science and Medicine* 63, 418-429.
- [19]. Lawrence, P. and Rozmus, C. (2001). Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing* 2(3), 228-233.
- [20]. Mebrouk, J. (2008). Perception of nursing care: views of Saudi Arabian female nurses. *Contemporary Nurse* 28, 149-161.
- [21]. Millán, A. (2002). Malo para comer, bueno para pensar: crisis en la cadena socioalimentaria. In: Arnaiz MG

- (Coord). Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España. Barcelona: Ariel. p. 277-395.
- [22]. Mistry, H., Bhugra, D., Chaleby, K., Khan, F. and Sauer, J. (2009). Veiled communication: Is uncovering necessary for psychiatric assessment? *Transcultural Psychiatry* 46(4), 642-650.
- [23]. Muijsenbergh, M.E.T.C. and Lagro-Janssen, A.L.M. (2006). Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *British Journal of General Practice* 56, 945-949.
- [24]. Narayanasamy, A. and Andrews, A. (2000). Culture impact of Islam on the future directions of nurse education. *Nurse education today* 20, 57-64.
- [25]. Rassool, G.H. (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards and understanding of the Islamic perspectives on caring. *Advanced Nursing Journal* 32 (6), 1476-1484.
- [26]. Reitmanova, S., Gustafson, D.L. (2008). "They cannot understand it": maternity health and care needs of immigrant muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal* 12, 101-111.
- [27]. Sargent, C. and Larchanche, S. (2007). The Muslim body and the politics of immigration in France: popular and biomedical representations of Malian migrant women. *Body and Society* 13(3), 79-102.
- [28]. Simpson, J.L. and Carter, K. (2008). Muslim women's Experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing* 19(1), 16-23.
- [29]. Westra, A.E., Willems, D.L. and Smit, B.J. (2009). Communicating with Muslim parents: "The four principles" are not culturally neutral to the Suggested. *European Journal of Paediatrics* 168, 1383-1387.
- [30]. Worth, A., Irshad, T., Bhopal, R., Usher, J., Brown, D. and Lawton, J. (2009). Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study *British Medical Journal* 338, 183.
- [31]. Yosef, A.R.O. (2008). Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslim in the United States. *Journal of Transcultural Nursing* 19(3), 284-291.

## ARTIGO2

### Laila e Hanna - muçulmanas que vivem no Brasil\*

**BIANCA STELLA RODRIGUES<sup>1,2</sup>**

**FÁTIMA BOTTCHER-LUIZ,<sup>2,,3</sup>**

**JOEL SALLES GIGLIO<sup>4</sup>**

**MOHAMED HABIB<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia Clínica e doutoranda em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. E-mail: [biancastella@uol.com](mailto:biancastella@uol.com).

<sup>2</sup> Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

<sup>3</sup> Professora e pesquisadora do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. E-mail: [luigi@unicamp.br](mailto:luigi@unicamp.br)

<sup>4</sup> Professor e pesquisador do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

<sup>5</sup> Professor e pesquisador do Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Vice-presidente do Instituto de Cultura Árabe ICARABE.

---

\* Artigo aceito pela Revista Dados em 15 de Agosto de 2012

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o cotidiano da vida de duas mulheres muçulmanas vivendo em um país laico como o Brasil. Utilizou-se o método clínico qualitativo com entrevistas semi-dirigidas de questões abertas. Pudemos observar que a religião ocupa um lugar importante na vida destas mulheres, embora exista um certo “afrouxamento” de alguns preceitos, não no sentido de distanciamento mas de uma reconfiguração a uma cultura em que prevalecem valores muito diferentes dos ditados pelo Islamismo.

**Palavras chave:** Mulheres muçulmanas, Islamismo, estudo qualitativo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No mundo ocidental, o emprego do termo Islã agrega dois significados que se interligam: no primeiro, indica uma religião e um sistema de crenças e cultos, no outro, reporta-se a uma civilização que cresceu e floresceu sob a égide da religião islâmica. Para os seguidores da religião, o termo Islã compreende a submissão à vontade de Allah (o Deus único) e também a paz (*Salam*) que se efetiva através da harmonia com o divino, seja no ambiente físico, seja com seus semelhantes.

O islamismo foi a última das grandes tradições monoteístas a se consolidar na civilização humana, tendo seu início marcado pelos ensinamentos do profeta Muhammad.

Muhammad se reconheceu como profeta paulatinamente, depois de uma intensa experiência de meditação em seus retiros anuais, no silêncio do deserto. Muhammad recebeu as mensagens de Deus na língua árabe, através do Arcanjo Gabriel. O conjunto das Revelações foi denominado Alcorão (*Qu’ran*- a Recitação). Quando morreu, em 632, Muhammad conseguira reunir quase todas as tribos da Arábia numa nova comunidade, ou *ummah*.

*Ummah* representa tanto a ideia de unidade espiritual, como de diversidade étnica e social, ambas possíveis na comunidade dos crentes. Partindo do pressuposto de que os vários segmentos sociais que a compõem não são obrigados a seguir as mesmas regras, a *ummah* constitui um modelo ideal de sociedade política e religiosa para os muçulmanos (Pace, 2005).

O Alcorão é um texto sagrado composto de 114 capítulos (*suras*), que surgiram da inspiração do Profeta Muhammad, tanto no período inicial em Meca, quanto em seu período posterior, em Medina. Foi revelado lentamente, linha por linha e versículo por versículo, num período de 23 anos (Gordon, 2009). Segundo os escritos, Allah recomendou ao Profeta que escutasse atentamente as revelações do Arcanjo Gabriel e, somente depois disso, procedesse à recitação do que ouviu. Muhammad não deveria forçar um significado conceitual, até que o verdadeiro sentido se revelasse no devido tempo. Num nível hierárquico inferior, o registro das atitudes e das orientações de Muhammad, conhecido como *Hadith*, é igualmente seguido pelos fiéis. Através

dele é transmitida a *Sunna* ou “Tradição” de como o Profeta pensava, falava e conduzia seus negócios.

O Alcorão e o Hadith constituem, em síntese, a fonte central da orientação religiosa e jurídica islâmica enquanto que, na esfera das relações humanas com Deus, cinco bases de devoção orientam as práticas diárias dos muçulmanos (Al-karadhawi, 1974; Gordon, 2009). São chamadas de Cinco Pilares do Islamismo, os quais estão resumidos abaixo:

O primeiro pilar consiste na profissão islâmica da fé, a *Shahada*,: “Não existe Deus senão Deus, e Muhammad é seu mensageiro”.

O segundo pilar recomenda a prática da oração - *Salat*, que consiste num conjunto de citações repetidas cinco vezes ao dia, após um rito de purificação que, por sua vez, visa obter a pureza física e espiritual para a audiência com o Divino. As orações são iniciadas com a alvorada e repetem-se ao meio-dia, meio da tarde, por do sol e antes de dormir, sendo acompanhadas de quatro posturas físicas – ficar em pé, inclinar-se, prostrar-se e sentar-se – e de textos recitados, alguns deles extraídos do Alcorão.

O terceiro pilar é denominado *zakat* ou doação, que prevê ajuda financeira ou material aos necessitados. Representa não apenas um ato de culto, mas também um meio dos muçulmanos se ajudarem materialmente. Geralmente, é calculada como uma porcentagem da renda de cada devoto, levando-se em conta suas particularidades.

O quarto pilar trata da participação no jejum –*sawm*- que acontece durante o mês de Ramadã, o mês que marca o início da revelação a Muhammad. O jejum é

seguido da alvorada ao pôr do sol, período em que os muçulmanos devem se abster de comida, bebida, do fumo e da atividade sexual, além de afastar-se totalmente de tudo que desonra a conduta humana.

O *hajj*, a peregrinação à cidade santa de Meca, é o quinto pilar da religião islâmica. Todos os crentes devem concretizá-lo ao menos uma vez na vida, desde que mantenham condições que assegurem assistência aos seus dependentes, durante a viagem.

O planejamento das atividades dos muçulmanos é realizado com base num calendário próprio, iniciado em 1632 e focado nas fases da lua e não do sol, como no sistema gregoriano ocidental. Assim, o ano é composto por 354 ou 355 dias e dividido em 12 meses *de 29 ou 30 dias*.

Nesse contexto de regras e preceitos contrapostos às exigências do mundo pós-moderno, duas mulheres relatam suas impressões sobre o cotidiano de suas vidas num país laico, numa tentativa de compor um espaço onde se manifestam as minorias étnicas e religiosas, agravadas pela sua condição de gênero e outros fatores de sua formação.

Declarando-se muçulmanas, estas duas mulheres dispuseram-se a participar de uma entrevista individual, semi-dirigida e de questões abertas, cujo material foi posteriormente analisado com base no método clínico-qualitativo (Turato, 2003). Constitui parte da tese de doutorado da investigadora principal, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. As participantes assinaram um termo de consentimento para a realização da pesquisa e divulgação do estudo. Seus nomes foram substituídos por outros

fictícios (Laila e Hanna), de modo a preservar o anonimato e sua identidade.

## LAILA E HANNA

Laila (L) tem 32 anos, é casada com um libanês muçulmano há 8 anos, tem quatro filhos com idade entre 1 e 9 anos. É filha de libaneses, nascida no Brasil. Morou durante 4 anos no Líbano.

Hanna (H) tem 70 anos, é casada com um sul-africano há quase 50 anos, tem 4 filhos com idade entre 27 e 48 anos e 7 netos. É filha de indianos, nasceu na África do Sul. Mudo-se para o Brasil com o esposo logo após o casamento.

### O sentido da religião

Quando lhes foi perguntado como a religião muçulmana se tornou a sua religião, tivemos respostas enfáticas e muito próximas em sentido:

*Eu nasci muçulmana (H).*

*Meus pais são muçulmanos. Quando você é filho de muçulmano, você é muçulmana. Não é como na religião de vocês, que muitas vezes o pai é católico e o filho decide por outra religião. Na nossa religião, quando você nasce, você já é muçulmano. Não se escolhe (L).*

A identidade religiosa e a fidelidade para com a religião estão presentes em seus discursos, como se a opção religiosa fosse inerente à sua condição humana.

Segundo o Islã, o homem é um ser naturalmente religioso e monoteísta e, neste sentido, a religiosidade lhe é instintiva (Montenegro, 2002).

*O muçulmano nunca muda de religião. A fé do muçulmano é muito forte (H).*

*Só algumas pessoas que depois de*

*adultas mudam de religião. Mas é difícil (L).*

A religião está muito presente na vida dos muçulmanos. Parece influenciar suas atitudes e condutas, estruturando seu cotidiano (Truzzi, 2008).

*A religião tem tudo a ver com o meu modo de vida. Quando eu acordo de manhã eu logo penso que tenho que atender ao meu marido e aos meus filhos. Se eu vou a uma festa, por exemplo, me oferecem bebida “experimental é gostoso” eu digo que não. Não é permitido beber. Mas a gente não se importa já está acostumado. A gente não questiona, a gente faz. (L)*

### Os papéis do gênero e o uso do véu

Os valores da tradição familiar apresentaram-se como prioritariamente patriarcais, segundo o depoimento das entrevistadas:

*A mulher muçulmana é um pouco submissa. Ela já nasce desse jeito. Obedece bastante... (H)*

*A mulher muçulmana não pode casar com católico. Mas o homem pode. Por quê? Os filhos vão seguir a religião do pai.(H)*

Existe uma nítida distinção entre a esfera pública e a privada:

*Os homens rezam um ao lado do outro. Os homens rezam, as mulheres sempre separadas. Nunca junto com os homens. Tem lugares na África do Sul, que as mulheres nem vão à mesquita. Mulher fazendo em casa, tá válido.*

Nessa condição ocorre a prescrição do uso do véu, *hijab*, que as mulheres

devem vestir ao sair de casa, isto é, no espaço público. Além de presumir-se que o véu irá protegê-las dos olhares indiscretos, será também o símbolo da condição de pessoas “protegidas”, sob a tutela do poder masculino (Pace, 2005).

Laila faz uso do véu rotineiramente, enquanto Hanna o faz apenas esporadicamente, em ocasiões especiais.

*A mulher já fica um pouco submissa, por que ela fica cobrindo o cabelo, por que ela não pode conversar com homem que ela não conhece. Então isso deixa ela mais submissa (H).*

*Mesmo não menstruando, a menina põe o véu aos oito anos. Geralmente com oito, oito e meio, os pais já começam a conversar com a menina pra ela ir se acostumando.*

*A gente usa véu por que na nossa religião é assim. A mulher é igual um diamante. Você tem um diamante, você vai colocar ele lá, você vai expor ele na rua? Você vai ficar com ciúmes dele, vai ficar com medo de que roubem. Então você vai guardar só para você. E a mulher é como um diamante tem que guardar enquanto estiver na casa dos pais, para os pais, e depois que casar pro marido. Então você usa o véu pra guardar tua beleza. Por que a tua beleza é pra tua casa não pra rua. Você pode sair bonita na rua de véu, né? Então é por causa disso. (L)*

No artigo de Truzzi (2008), um entrevistado corrobora com a opinião de Laila. “no islamismo, a mulher é bastante respeitada, é como um tesouro, uma pedra preciosa, precisa ser guardada. Se você tiver um grande diamante, vai querer ficar mostrando, expondo a todo mundo? Vão querer tocá-lo. Então o resguardo, a

vestimenta, as maneiras são decorrência desse grande valor da mulher”.

*Quando eu estava no magistério, as pessoas me perguntavam se eu tinha cabelos, se eu tinha piolhos. Algumas pessoas me perguntavam se a mulher apanha do marido, se ela pode trabalhar. (L)*

No Brasil, a mídia relata o incômodo de ser muçulmano principalmente através do depoimento de convertidos, que afirmam se sentir como *extraterrestres*. Eventualmente são chamados de “mulher de Saddam Hussein” ou, conforme provoca Montenegro (2002), “são vistos como parentes de Ali Babá, prontos a sair voando num tapete”.

### **O Matrimônio**

Embora ambas as entrevistadas tenham contraído matrimônio em épocas e países diferentes, existe uma proximidade, gerada pela tradição religiosa:

*Pra casar não tem namoro como tem aqui... Aí ele ta procurando moça pra casar. Como faz? Então a família dele já vai na casa onde tem moças... Vamos dizer, tia conhece a minha tia. Então ele foi na minha casa ele me viu... Eu fui lá, fui levar chá (ri), como tem na novela... Aí ele fala, então gostei. Aí eles mandam proposta de casamento (sorri). Aí depende da mulher, se ela aceita ou não.(H)*

*Nós não podemos namorar. Na nossa religião não se pode namorar. É assim. Se o rapaz olha, gosta de uma moça, são os pais que vão falar com os pais da noiva. Se os pais da noiva concordam, aí eles vão se conhecer, mas não pode chegar perto, pegar na mão, não podem ficar sozinhos. (L)*

Laila fala da poligamia, como prática permitida pelo Islã:

*... Você pode se casar se puder dar tudo o que der para uma esposa, der para as outras também. Se você der uma jóia para uma, tem que dar para as outras também. Ai é fácil Mas gostar. Você acha que ele pode ser capaz de gostar de todas igual? É difícil. Então não pode. Tem que ser tudo igual para todas, entende?*

E expressa sua dificuldade em aceitar tal prática:

*Eu fico brincando com o meu marido. Eu falo assim: Quanto a isso eu sou brasileira. Eu não aceito. É na religião, mais eu, não sei, eu não aceitaria. Eu falo assim: Eu não te dou motivos para você casar também. Eu não aceito, eu não me imagino assim, com mais uma esposa.*

O povo árabe adotou, por vários séculos, a poligamia, assim como muitos povos do passado. A prática se justificava pelo aumento exacerbado das taxas de mortalidade dos homens nas guerras entre povos, além de representarem uma alternativa aceitável à prostituição, dado o repúdio dos orientais a esta prática.

Ao mesmo tempo em que incentivava a prática da poligamia, o Islamismo foi também a primeira religião a limitá-la, através da contenção do número de esposas e imposição de algumas condições ao varão: não ultrapassar quatro esposas, não ser injusto com nenhuma delas e ser apto a sustentá-las equitativamente, conforme sustentado em nota de rodapé de um tradutor. (Alcorão, sura IV, versículo 3- nota de rodapé). Além disso, as medidas impediam que tutores se

casassem com as respectivas órfãs tuteladas ou mesmo com as próprias filhas, prática comum na Península Arábica pré-islâmica. O versículo parece claro neste sentido, conforme transcrito abaixo:

*“ E se temeis não ser equitativos para com os órfãos, esposai as que vos aprezam das mulheres, sejam elas duas, três ou quatro. E se temeis não ser justos, esposai uma só, ou contentai-vos com as escravas que possuis. Isto é mais adequado, para que não cometais injustiça”.*

Assim, um mesmo dado pode gerar múltiplas interpretações. Enquanto o mundo ocidental interpreta negativamente a possibilidade de casamento com até quatro mulheres, a poligamia aparece no texto sagrado como meio de reparar um dano comunitário.

### **O regime Talibã**

Hanna fala da condição das mulheres regidas pelo regime dos talibãs.

*Esse negócio de bater na mulher, mandar, ditador, não existe. Não tem. Só aquele Talibã analfabeto, ignorante. Essa gente são minoria... Eu acho que a maioria dos muçulmanos vive bem.*

O movimento dos talibãs se forma em 1994 em Kandahar, reunindo as novas gerações da etnia *pashtun* (uma das mais importantes). Os talibãs eram estudantes de teologia, educados em escolas corânicas pobres, instaladas nos acampamentos de refugiados afegãos no Paquistão, durante o regime comunista. Receberam o ensinamento da religião islâmica, segundo o paradigma de uma fé militante contra o comunismo e, depois, contra modernidade. Assim que tomaram o poder, organizaram um sistema de

governo que visava combater moralmente o *mal e promover o bem*, de tal maneira que acabaram se transformando num dos mais arcaicos regimes da Verdade que o Islã conheceu. A emancipação da mulher, que havia ocorrido parcialmente sob o regime comunista, tornou-se alvo dos talibãs, a partir de então (Pace, 2005)

Segundo Gouvêa (2008), o fundamentalismo, enquanto crença na forma ortodoxa de uma religião é, por natureza, patriarcal e misógino, opondo-se continuamente à luta pelos direitos e emancipação feminina. Daí a dificuldade de enfrentamento, uma vez que se trata de fenômeno sociocultural.

### **O islamismo e a língua árabe**

A tradução literal do Alcorão não é permitida, sob a alegação de que comprometeria o seu conteúdo. Seu significado tem sido traduzido e passado para os países de língua não árabe, para gerações que perderam a familiaridade com a língua original. As versões recentes levam o título de traduções do sentido ou significado do Nobre Alcorão (grifo dos autores).

Hannja comenta este aspecto, conforme abaixo:

*A gente ia na madrasa ler o Alcorão (na África do Sul). No nosso caso, a gente não nasceu árabe. A gente não fala o árabe. Então a gente aprende o árabe. Decora a Sura em árabe. Para fazer o Salat tem que decorar um monte de Sura. (H)*

Em seu artigo, Montenegro (2002) levanta a “hipótese de que a principal divergência entre as comunidades do Brasil, em sua adaptação à realidade local, passa hoje pelo dilema de se definir como

arabista ou não arabista, sendo que a maioria delas deve seu início institucional à iniciativa de segmentos que se identificavam como árabes muçulmanos.”

Detalhando a organização das diversas comunidades muçulmanas, Montenegro relata que, no Paraná, elas se organizam em torno de uma identidade árabe muito presente. Em São Paulo, embora a realidade seja mais diversificada, as instituições islâmicas são mais fortes e não se desvinculam da identidade árabe. Um dado significativo seria o nome do jornal de circulação nacional produzido pela comunidade de São Paulo, *Al Urubat*, que em árabe significa O Arabismo. Por outro lado, na comunidade muçulmana do Rio de Janeiro, não se identifica uma identidade árabe. Ao contrário, existe um tipo de islamismo que se opõe à tradição religiosa. Os sermões, toda a prática religiosa, exceto as orações, são executados tanto em português quanto em árabe.

### **A criação dos filhos**

Hanna e Laila falam da experiência de criar os filhos na religião muçulmana:

*A primeira escola do filho é o colo da mãe... Mas é meio difícil ensinar religião. A gente explica. Mas ai tem a mesquita. Depois o sheik é obrigado a ensinar, nos 6, 7 anos quando a criança já sabe ler um pouco... Os filhos aprendem com a mãe a rezar. Eu to sempre rezando. Os meus filhos me viram rezar. Eu to sempre rezando. Isso já ajuda. Fazendo jejum. Então eles vêem. A gente Le o Alcorão. O modo de viver. (H)*

*Todos os nossos filhos vão na mesquita. A gente não força, eles vão. (H)*

*Eu tenho que ficar falando sempre da religião, insisto com eles. Eles estudam em colégio de madre, por que pelo menos eu sei que elas são mais rígidas. Não deixam namorar. (L)*

A educação dos filhos é o foco de preocupações constantes para muitas famílias muçulmanas, no que se refere a permitir e regular uma interação com a sociedade não islâmica (Truzzi, 2008).

As sociedades beneficentes muçulmanas foram criadas para propiciar o aprendizado da língua árabe. Os imigrantes perceberam que seus filhos usavam cada vez menos a língua dos pais, em prol da língua portuguesa. A hospitalidade encontrada no Brasil parece ser uma das responsáveis, pelo abandono gradativo da língua árabe, advinda da religião e da herança cultural (Oliveira, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando falamos de Islã, não podemos deixar de lembrar Edwar Said (2007) que salienta que existe um Islã construído pelo Ocidente e outro real, mais opaco e menos conhecido. A mídia e os estudiosos do Orientalismo, segundo ele, determinam como vemos, ou mesmo, devemos ver o resto do mundo.

Strathern (1988) corrobora com a idéia, quando afirma que há uma dificuldade em elaborar uma teoria da cultura específica para se entender as sociedades não ocidentais. Argumenta, neste sentido, que os antropólogos e as

Para Truzzi (2008), são evidentes as dificuldades em se preservar certos costumes muçulmanos em um país como o Brasil, quando se trata principalmente, das gerações mais recentes.

*Eu tenho quatro filhos. Três são casados. Dois filhos casados com brasileira...uma é muçulmana a outra é católica...meu filho é muçulmano.*

*Meus filhos namoraram. Casaram depois. Eles são bem modernos. Segue um pouco muçulmano, mas não católico. São muçulmanos modernos. São bem modernos. (H)*

Quando perguntado às entrevistadas se, podendo escolher livremente, continuariam a viver no Brasil, a resposta foi:

*Ah sim. O povo brasileiro recebe a gente muito bem. Eu cheguei aqui, eu tive vizinhos ótimos. Todos amigos, todos ajudavam. A língua, tudo eles ajudavam. (H)*

*Moro aqui. Eu gosto muito daqui. (L)*

feministas, em particular, vêm projetando suas próprias categorias epistemológicas ao tratarem da suposta presença da dominação masculina em sociedades diferentes das suas.

A religião muçulmana não se identifica mais prioritariamente com os povos árabes, sendo que estes representam apenas cerca de 20% do total de muçulmanos no mundo. A maior concentração dos seguidores da religião islâmica encontra-se hoje na Ásia (Pace, 2005).

A distribuição do Islã pelo planeta reflete uma diversificada forma de inserção social da religião trazida a partir da mensagem de Muhammad em sociedades muito distintas entre si. Os muçulmanos não formam um único corpo, mas cada crente a partir de regras gerais adapta a religião ao seu modo de vida, a sua maneira de pensar.

Estudando a sexualidade das mulheres muçulmanas que vivem na França, por exemplo, Lavau (2005), conclui que as que vivem em situação de precariedade (expressão usada pela autora) usam a religião como seu único quadro de referência, não entrando em concorrência com nenhum outro sistema de valores. Em outro pólo situam-se, as que possuem estudos superiores e ocupam postos de responsabilidade. Para as menos afastadas, a religião passou a ser reinterpretada “pessoalmente”, e não as impediu, por exemplo, nem de se divorciar, nem de ter amantes. Outras se afastaram totalmente da religião a ponto de não ter nem práticas nem crenças religiosas. Estas mulheres, diz a autora, podem se sentir ligadas a uma cultura porque cresceram nesse sistema, mas se efetuou uma ruptura com os preceitos concernentes à sexualidade e elas vivem de maneira semelhante, as francesas do mesmo nível sócio-cultural, entrevistadas na mesma pesquisa.

Por outro lado, em algumas sociedades Islâmicas, experiências essenciais para a saúde mental, como autonomia, independência física e econômica, são simplesmente negadas a um número incontável de mulheres. Essa discriminação de gênero, além de ser uma violação dos direitos humanos, contribui

para o desenvolvimento de desordens mentais tais como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e comportamentos suicidas (Douki, Zineb, Nacef & Halbreich, 2007).

Caro (2007) postula que existe um islã iraniano, um islã egípcio e um islã latino americano configurado por vários modelos, como um islã-índico-asiático, um islã árabe, um islã formado por “novos muçulmanos” (pessoas que, não tendo laços diretos com o islã, se convertem) que respondem à diversidade da região. Estes múltiplos modelos permitem-nos enfatizar a heterogeneidade que representa o mundo islâmico, e nesta direção, pontuar a diferença existente entre islã - enquanto cultura; religião e civilização que tem feito uma contribuição substancial a humanidade - e islamismo - entendido como um movimento político religioso que surge no interior do islã, que busca uma aplicação das leis religiosas islâmicas e que tem uma série de correntes e variedades, algumas contrapostas entre si.

Esta hibridez cultural, religiosa, histórica, segundo o autor, permite-nos superar o paradigma civilizacional e, assim, uma visão dicotômica da realidade e dos conflitos internacionais e regionais.

No Brasil, a comunidade muçulmana é pouco visível, visto que estamos diante de uma religião minoritária. A presença islâmica neste país é tema muito pouco explorado. Há poucos trabalhos acadêmicos sobre o assunto.

Não temos como pretensão, a partir deste estudo, idéias conclusivas, visto que nossa amostra não é significativa para tal intento, e sim levantarmos alguns aspectos que supomos relevantes, e passíveis de

futuras pesquisas, de como vivem as mulheres muçulmanas no Brasil.

A partir do relato de Hanna e Laila, pudemos perceber a importância da religião em suas vidas. Por outro lado, existe certo “afrouxamento” de alguns preceitos religiosos. Como já se falou anteriormente, a língua árabe começa a ser deixada de lado pelas novas gerações, já se admite relacionamentos pré-conjugais, casamentos com não muçulmanos<sup>1</sup>.

Esta postura da comunidade muçulmana no Brasil se deve muitas vezes à proximidade com a nossa cultura, propiciada em muitos casos, pela escolarização das crianças ao lado de crianças não muçulmanas, pela boa

receptividade do povo brasileiro, entre outras razões.

Devemos entender o que chamamos de “afrouxamento”, não como um distanciamento da religião, e sim como uma reconfiguração, a partir principalmente das novas gerações, a uma cultura em que prevalecem valores muito diferentes dos ditados pelo Islamismo.

É possível dizer, que a enorme diversidade cultural encontrada entre os países muçulmanos, pode ser facilmente vista, também, no Brasil. Porém, com a passagem do tempo será possível uma homogeneização e, ainda, uma possível adaptação à cultura plural brasileira. Assim, vagarosamente, como nos diz Oliveira (2006), está se tornando o Islã **do** Brasil, e não mais, o Islã **no** Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-KARADHAWI, Y. (1974) The prohibited and the unprohibited in Islam (published in Arabic Language). Cairo, Egypt: Ettesam.
- CARO, I., (2007) Identidades Islâmicas Contemporâneas em América Latina. Instituto de Estudios Humanísticos. *Universum*, 22(2): 27-39
- DOUKI, R., ZINEB, S., NACEL, F., HALBREICH, U. (2007), Women’s mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *Journal of affective disorders*, 102: 177-189.
- GORDON, M. S. (2009), *Conhecendo o Islamismo*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- GOUVÊA, R. (2008), A condição da mulher no fundamentalismo: reflexões transdisciplinares sobre a relação entre o fundamentalismo religioso e as questões de gênero. *Mandragora*, 14: 13-24.
- LAVAU, J. M. (2005), Sexualidade e religião: o caso das mulheres muçulmanas na França. *Estudos Feministas*, 13: 377-386.
- \_\_\_\_\_. (2002), Identidades muçulmanas no Brasil: entre o arabismo e a islamização. *Lusotopie*, 2: 59-79.
- NASH, H. (2002), Tradução do sentido do nobre Alcorão para a língua portuguesa. Medina, Arabia Saudita: King Fadh complex’s printing-press.
- OLIVEIRA, V. P. (2006), Islam in Brazil or the Islam of Brazil? *Religião e Sociedade*, 2 (se): 0-0.
- PACE, E. (2005), *Sociologia do Islã*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Said, E.W. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon Books.
- STRATHERN, M. (1988), “Conclusion: dominatin”. In: *The gender of the gift: problems with women and problems with society in Malinésia*. Berkeley: University of California.
- TURATO, E.R. (2003), *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ:Vozes.

<sup>1</sup> Vale salientar que ao muçulmano é permitido o casamento com uma mulher não muçulmana, desde que pertença à religião cristã ou judaica, conforme versículo 5, capítulo 5 do Alcorão:

MONTENEGRO, S. (2002), A islamização do corpo. *Religião e Sociedade*, 22 (1): 143-163.

\_\_\_\_\_. (2002), Discursos e contradiscursos: o olhar da mídia sobre o islã no Brasil. *Mana*, 8 (1): 63-91.

TRUZZI, O. (2008), Sociabilidades e valores: um olhar sobre a família árabe muçulmana em São Paulo. *Dados*, 51 (3): 37-74.

## ARTIGO 3

### Muslim women living in Brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine

**Bianca Stella Rodrigues, MD<sup>a</sup> (\*)**

Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ)

Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, SP, Brazil

email: [biancastella@uol.com.br](mailto:biancastella@uol.com.br)

**Fátima Bottcher-Luiz, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology

Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ)

Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, SP, Brazil

email: [luigi@unicamp.br](mailto:luigi@unicamp.br)

**Joel Salles Giglio, PhD**

Department of medical psychology and psychiatry

Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, SP, Brazil

e-mail: [giglioj@uol.com.br](mailto:giglioj@uol.com.br)

**Mohamed Habib, PhD**

Institute of Biology

State University of Campinas, SP, Brazil

e-mail: [habib@reitoria.unicamp.br](mailto:habib@reitoria.unicamp.br)

**Keywords:** Islam, Muslim women, Qualitative studies, transcultural medicine, religious and ethnic minority, Brazil.

**Keywords:** Islam, Muslim women, Qualitative studies, gender,

---

**\* Correspondence Address**

R. Grévilleas, n140, Atibaia, SP, Brazil,

zip code 12945-520 Email: [biancastella@uol.com.br](mailto:biancastella@uol.com.br)

Tel: +55 11 4411.0049

## ABSTRACT

The aim of this study was to focus on the experiences of Muslim women in Western society, their perception of cultural differences and resolution of personal conflicts. To this end, the qualitative method was used. We applied semi-structured interviews to eight Muslim women living in Brazil. The construction of the sample utilized the snowball technique, closed, according to the criterion of the saturation data. The categories emerging from the interviews were analyzed and interpreted in light of the psychosocial theories. The interviewees were interested in promoting visibility to religious issues that permeate the life of Muslim people, pointing out the ignorance of the Western world on these issues. These women had pointed that they were discriminated against in many ways, especially regarding the use of the veil; they questioned the Western idea of subdued woman, presented as a counterpoint to the submission to the rigid standards of beauty and health that permeate the Western world. We also discussed general aspects of the Islamic culture, including sexuality, marriage, parenting, and relationships with the population of a country with different customs and traditions from their culture. The impact of the events of September 11 was evident on the lives of these women in the promotion of fear and social exclusion. We concluded that these women seek conciliation in their way of living, without denying their religion, in a world whose values are often diametrically opposed. Although, at the beginning of this study, we aimed at raising issues that concern Muslim women living in Brazil, at the end, the results suggest that we did not only talk about these women, but about most of those who are from a religious and ethnic minority in their countries.

**Keywords:** Islam, Muslim women, Qualitative studies, religious and ethnic minority, Brazil.

## INTRODUCTION

Islam arose in the year 622 A.D. and was the last of the three great monotheistic traditions to be consolidated. Originated from the Arabia, Islam spread to various parts of the world and the cultural and social factors of the various societies affected the expression of the religion, being today concentrated in Asia and northern Africa. Therefore, the Muslim term refers to the followers of Islam that aggregate participants of various ethnic groups and geographic locations. Thus, Islam would correspond to the nation of diffuse devotees around the world, regardless of their geographical origin, but united by religion and by the same principles, dictated by the scriptures of their holy book, the Koran.

Globally, it is estimated that there are 1.97 billion Muslims, with an average growth rate of around 1.84% per year, and

forecasts that say that they will account for 26% of world population by 2030 (Pew Research Center, 2011). In Brazil, extra official data recognize a Muslim population of approximately 1 million people. This number includes Arab immigrants, their descendants and converts to Islam, who makes up about 10,000 people. Within a population of over 170 million ([www.islamfortoday.com/brazil.htm](http://www.islamfortoday.com/brazil.htm)) Islam devotees in Brazil are only 1% of the total and, therefore, constitutes a typical ethnic minority.

Despite the growth in numbers, Islam is considered by Westerners as a monolithic society, in which women occupy a secondary position in their society. This negative stereotyped view is externalized not only in the sphere of social research, but also in the field of health research and in the scientific

literature, where Westerners are fixated on questions about personal aspirations and democracy, while Islamists tend to develop their analysis in light of the Koran; in short, there would be two paradigms in eternal conflict, with dire prospects of reconciliation.

As emphasized by Van Ryn (2002) the scientific rationality of health professionals does not relieve them of the cultural influences of the society where they live. In the doctor-patient relationship, the manifestations of strangeness can occur both in the context of chronic, degenerative, and infectious diseases, as well as in addressing the ethnic minorities (Tsang, 2001). As the quality of life and adherence to treatment are intimately related to the world view, health professionals' world view can reproduce cultural prejudices and feed disparities both in access to health care and its effectiveness (Foucault, 1973; Laird *et al.*, 2007). In this context, gender issues, especially those relating to Muslims, have

been the subject of debates in the Western social-political scene. Despite its importance, little is known about the reality of Muslim women, their role in communities, and how they participate (or not) in the perpetuation of the precepts imposed by their religion.

Given the socio-cultural diversity that intervenes in the interests of the female population and considering the Westerners' lack of knowledge about Islam, the aim of this study was to understand the universe of a group of Muslim women living in Brazil, focusing on their experiences in the Brazilian society, their perception of cultural differences, and resolution of personal conflicts. This study is part of the results of a research on the subject.

It is important to emphasize that we sought to retain ourselves to the reports and omit, purposely, value judgments. Our main role was to be rapporteurs and transmitters of the speech practised by the women in question.

## **SUBJECTS AND METHODS**

The project of this study was approved by the Ethics Committee of the institution and the participants signed an informed consent form for the data collection and to record the interviews.

The qualitative method was used. We conducted oral interviews with open questions to eight Muslim women living in Brazil and who declared themselves Muslim. Data were collected from the narrative of participants, where women were encouraged to report their memories and experiences in Brazil, as a western-world country.

The construction of the sample was based on the snowball technique (the interviewee suggests another person among their acquaintances), closed, according to the criterion of saturation of the information, when the more recent data show, under the assessment of the researcher, a certain redundancy in relation to the previous one (Fontanella, 2008).

The interviews were recorded and later transcribed into scanned text document. The speeches were abridged in their multiple sentences, and these

sentences were submitted to a thematic analysis of the content. The emergent categories were introduced and at a later stage were made valid by the integrating pairs of the Clinical-Qualitative Research Laboratory from the Faculty of Medical Sciences.

## RESULTS

### Characterization of the sample and life stories of participants

The following are elements of the life story of the participants who were considered relevant to the understanding of this study. To preserve anonymity, we opted for the mention of fictitious names, chosen by the interviewees themselves.

- **Zaihra** - 24 years old, works in an Islamic school and attends college; she was engaged at the time of the interview, no children. Daughter of Brazilian evangelicals, Zaihra was born in Brazil. She attended an evangelical church, when she began volunteering painting with children in a mosque, where she began to study the Islamic religion. She converted to Islam four years ago. She met her fellow Muslim through mutual friends in the workplace. According to Shia custom, the couple made a one-year contract, renewed twice, in which the man stands as a tutor and responsible in taking care and giving care to women during the term of the contract. She uses the hijab and a cover over the Western dress.
- **Paula** - 28 years old, college degree, works in an Islam school; married for 4 years, two children. Daughter of a Brazilian Catholic mother and a Lebanese Muslim father, Paula was born in Brazil. She was raised in the Muslim religion and she says that she, at age nine, made her own choice of religion. She met her husband in a Muslim community in Brazil. In six months, they got engaged and married. She only uses the hijab.
- **Fátima** - 28 years old, teaching degree, teacher at an Islamic school; married for 8 years, 4

The results were shown in a descriptive form starting from inferences, interpretations and illustrative citations of the speeches, prioritizing the psychosocial relation where the emotional aspects were explained and interpreted under the social approach.

- children. Daughter of Lebanese Muslims, Fatima was born in Brazil and considers herself as Muslim at birth. She met her Lebanese husband through a common cousin, who made presentations via Internet. The candidate came to Brazil, and, in three months, the couple became engaged and married. Later they went to Lebanon, where they lived for four years, but then returned to Brazil. They have four children; two born in Lebanon and two in Brazil. She uses the veil (hijab) over her head and a cover over the Western dress.
- **Isabel** - 42 years old, lawyer; married for 16 years, no children by choice of the couple. Daughter of a Christian mother and a Palestinian Muslim father, Isabel was born in Brazil. She was raised in the two religions because there was no mosque where she lived and her father felt good that she had Christian teachings. She attended the Mass, and she was baptized and educated in Christian schools. When she has fifteen years old, she attended the prayer closely, liked it, and got converted to Islam. She met her husband, who was her relative, when she was 24 years old, during a travel to Palestine, and she stresses that their marriage was not arranged. She does not use the hijab or any typical Muslim dress.
- **Sonia** - 45 years old, university professor; married for 8 years, no children. Daughter of Lebanese Muslims, Sonia was born in Brazil and considers herself as Muslim at birth. In college, she belonged to the Brazilian student political movements and claims to have turned away from religion in this period. Dated a non-Muslim man and, after 10 years, married him, with parental consent. Sonia never used the hijab or any typical Muslim dress.

- **Julia** - 45 years old, college degree, works with marketing; divorced for 20 years, has a son. Daughter of a Brazilian Catholic mother and a Palestinian Muslim father, Julia was born in Brazil. The parents separated when she was 5. The father's origin was kept secret until Julia was 14 years old. She was raised a Catholic and converted to Islam at age 24. She was married to a Brazilian, non-Muslim, but they broke up ..... four years after the wedding. She does not use the hijab or any typical Muslim dress.
- **Nina** - 62 years old, housewife, high school degree; a widow for two months, four children and eight grandchildren. Daughter of Lebanese Muslims, Nina was born in Lebanon and came to Brazil only after marriage. She considers herself as Muslim at birth. She met her husband at age 17 while working on a basic level school as a teacher. The uncle of the candidate mediated the contact between the families, and, three months later, they got married. In Brazil, she was president of a charitable association of women. At the time of the interview, she was a widow for two months and wore a black cloak, from head to foot, in mourning.
- **Miriam** - 69 years old, primary school degree, housewife; married for 49 years, four children and seven grandchildren. Daughter of Indian Muslims, she was born and raised in South Africa. She is Muslim from birth and she studied Arabic at a "madrassa" Muslim school (schools connected to mosques in countries where Muslim communities are communitarian, whose purpose is to teach Arabic and the Islamic religion). The husband, of African origin, worked in Brazil and went to South Africa to seek a wife. She was chosen among the sisters, as she had a more compatible age. They married and came to Brazil. She does not use the hijab or any typical Muslim dress.

## EMERGING CATEGORIES

According to Said (1978), a person who researches and writes about the East is, as a rule, an Orientalist; a practitioner of what he called *Orientalism*, with its typical manifestations of colonization and power. As a result, the East does not present itself as free theme for thought and action, but as a confusing network of information and permeated by obscure interests that always surround the political issues.

Resemble the above considerations, the authors were surprised with some aspects at the moment of interview. So, when asked about their lifestyle and their memories as Muslims living in Brazil, women responded as members of their community. No responses were received from subjective nature, at least for a long time of the interviews. Considering this context, the first six categories were delineated as below:

### 1. BE MUSLIM, BECOME MUSLIM - RELIGION AS FIRST CONDITION

According to the interviewees, to be born in an Islamic family means to be Muslim unconditionally, from birth, without cogitations about a possible choice, according to the statements below:

*"... When you're a child of Muslims, you're Muslim. It isn't like your religion, where, often, the father is Catholic and the son decides for another religion ... you don't choose" (Fátima).*

*"... I was born in an Islamic family, so I'm automatically a Muslim, since I was born". (Sonia)*

*"... the Muslim NEVER changes religion. The Muslim's faith is very strong, it doesn't change". (Miriam)*

For the Islamic religion, everyone is born Muslim. Thus, the converts to Islam would be simply returning to their roots, hence the use of the term "reversion" to a natural condition of divine creature, instead of the term "conversion":

*"... reversion is thus: we are born as a Muslim, a creature of God, and God is one ... I was a Christian, always believed in God ... I also believed that Christ was God, but then, when I met Islam, I reverted to Islam, reverted to my original form of his creature, unique ..."* (Zaihra).

*"In reality they aren't converting, they are returning to their origin ... as they were born ... born Muslims ..."* (Nina).

Faith, as the report of the women interviewed, presents itself as a primary condition, from which stems the others, even in cases of reversal. Thus, identity is built upon an initial condition.

*"... Many people do wrong things and then want to find the right path; we are already on the right path, we did not make a mistake."* (Fátima).

## **2. ISLAM AS A WAY OF LIFE - CULTURAL DIVERSITY IN PEOPLE UNIFIED BY FAITH**

The problem of succession after the death of the Prophet Muhammad originated two great spiritual families within Islam: the Sunni and the Shia. Thus the pluralism lesson was early learned in Islam. Following this same line, Islam knows another kind of pluralism: The religious message across the different socio-cultural realities that Islam is conquering on its way from the Arabian Peninsula to various regions of the planet. The Muslim religion has adapted itself to different socio-cultural environments where it is spread: sometimes it is able to dominate, and sometimes, instead, it absorbs traces of this or that culture far from the Arabic trunk (Pace, 2005).

The religious basis of Islam is unified and maintained in the Koran and Hadith\*, which keep the five pillars of practice: 1. the Muslim profession of faith (*Shahad*); 2. the set of prayers made five times a day

(*Salat*); 3. financial or material help to the needy (*Zakat*); 4. the practice of fasting between dawn and sunset, during the month of Ramadan (*Sawm*); 5. pilgrimage to the holy city of Mecca at least once in a person's lifetime, provided that there are physical and financial conditions for it (*Hajj*).

Guided by these principles, the interviewees commented on the practice of their daily lifestyle:

*"... Islam's a lifestyle ... from the moment that you stick to it, you begin to see with other eyes everything that you'll do ..."* (Zaihra).

*\*Hadith or Sunnah, in Islamic terminology, means the words, habits, and teachings of the prophet. They are the second source in which the teachings of Islam are drawn.*

*"... you end up getting some habits that influence your life. Every religion should influence life. It's your life itself ... Islamic principles address all matters of human life"* (Paula).

*"... prayers, fasting ... all this is very important, makes you different. You believe. God is Allah ... at the age of seven, you go to the Madrasa, where you learn religion ... we weren't born Arab, then we learn Arabic ... decorate the Sura... do the Salat ..."* (Miriam).

*"... each country has its own customs, traditions ... our food's different ... a Muslim in India's different from Saudi Arabia, right? The Koran's the same. Because the obligation is the same. But the culture, the custom, it's different."* (Miriam).

## **3. BEING MUSLIM IN BRAZIL - FORMS OF COEXISTENCE**

In our survey, the respondents seek a different way to reconcile these differences.

They said it is essential to adapt to local ways of being and living.

*"Life in a Muslim country's different because it's the one you're following; it's what most people do. Here you're swimming against the current ... so I wouldn't swim against the current; it would deeply bother me; I would never wear a veil in Brazil. It would deeply bother me to enter the Forum and turn into the center of attention" (Isabel).*

It was observed, through the words of these women, the commitment to conciliatory attitudes, with no room for confrontation, but for constant persistence. Without direct confrontation, but insidious, as one participant of the study said:

*"But the time came that I had been dating for ten years ... there wasn't a time when I broke with them ... and they never said 'you marry him and you won't be our daughter'; it never happened ... it was a situation like 'Constant dripping wears away the stone' .... to reconcile the two things over the years was a construction ... it had painful moments, but I managed to make this transition not a traumatic one" (Sonia).*

On the other hand, some interviewees understand their religious heritage as the guide to their conduct, as their "social brake":

*"... Islam has had a very strong influence in my life because of the rule, the regulation, that organized stuff... the stiffness in relation to the guiding principle ... like you're on a rail, a train, and you won't go off track, because if you go off-track the train derails... you have this clear..." (Julia).*

*"... to me, religion's the brake; it's my social brake..." (Isabel).*

It was further observed that the new generations of Brazilians brought to light some patterns of behavior that caused surprise to these women.

*"For me it was easier because 25, 30 years ago, these customs still existed between the Brazilian non-Muslim families, but today I don't think that it still exists ... It was easier*

*for a Muslim woman, to live in a Brazilian society in which there was also stricter rules. The problem's that the rules have changed a lot in 20 years." (Isabel).*

*"And it's also complicated because in a society, where there is freedom, you can easily confuse it with libertinism. You have behaviors in a society like ours that are completely disrespectful." (Julia).*

Rodrigues *et al.* (2011) hypothesizes that it already exists, as she calls it, a "loosening" of the religious precepts of the community of Muslims living in Brazil. "Loosening", says the author, not in the sense of a distance, but one of a reconfiguration, especially from the younger generation.

#### **4. THE USE OF THE VEIL – "WOMAN IS LIKE A DIAMOND"**

Fostered by the media and today forbidden in some countries, the veil became, for the West, the representative mark of the Muslim woman and a symbol of her submission (Silva, 2008; Saroglou, 2009).

Probably because of this, although the script of questions did not have a specific question about the use of the veil, all interviewees talked about it, noting that its use is a voluntary one and unrelated to the subservience to Islam men:

*".. My mother is a typical Muslim woman who follows all the customs ... She made the choice to put the veil... everyone thinks that the Muslim woman puts the veil because she was forced, imposed by someone, that she's being suppressed. This is not true, it is really not true ..." (Sonia).*

*"... I know few cases that the family has asked, but I do not believe that a woman submits herself in fact, to the wishes of her family" (Isabel).*

According to the interviews, the veil is associated with an inner conviction, to a belief that can be publicly expressed. The

option to use the veil represents a differentiation and the enhancement of their feminine condition:

*"... woman's like a diamond" You have a diamond, will you put it there, will you expose it on the street?" (Fátima)*

*"... The veil, it encompasses everything; when you wear the scarf, you seem to have more faith ..... It covers what she has as precious, all her modesty. This is what the veil is for me" (Zaihra).*

In their article, Ternikar (2009) and Rodrigues *et al.* (2011) expand the understanding of the concept of modesty in the Islamic frame of reference. The veil, for Muslims, represents the submission to their only God, and, also, it represents the modesty of devotees before God and his people.

The custom of covering the head with veils, hats, or variations of these, is a ritual part of the three great monotheistic traditions (Christianity, Judaism, and Islam). In religions with strong patriarchal tradition, the women is covering of the body and/or the face, has more recently shown a tendency to disuse in the Western world.

*"All religions allow the woman to wear the veil. The best example, Saint Mary ... Sorry, you use it this way because no one advises you ... Why the Catholic nuns can use it, and not others? Are they better than the others? (Nina).*

It is interesting to note that, in countries with strong Muslim tradition, such as Afghanistan, women continued to wear their burqas (full coverage of the body, from head to toe, with only a network of fibers around the eyes, from which a woman observes the outside world), even after the departure of the Taliban. Abu-lughab (2002), called the burqa as "mobile homes", as it allows women to leave the private space of home

and family and move through public spaces where strangers mingle.

## **5. SEXUALITY, SEXUAL MORALITY, AND MARRIAGE**

Islam, on one hand, is against fornication before marriage and against adultery, blocking all roads leading to it. On the other hand, it is against the suppression of sex, thus encouraging the marriage, even among its priests (Al-Karadhawi, 1974).

*"The Islamic sexual morality is much stricter. For us, marriage is the benchmark from which sex is free... what changes is how to live. The Muslim has a very strict sexual culture; a culture that preaches virginity before marriage" (Isabel).*

Lavau (2005) states that, for many women, the imposition of virginity before marriage is not linked only to the parents' speech, but it can also be claimed by the young themselves. "For us, it is so logical that the question never arises". According to the author, Muslim women do not talk about sexuality.

However, there seems to be a clear demarcation that oscillates between two extremes, the before and after marriage. A paradox between "everything is prohibited" to "everything is permitted". It was not possible to exactly ascertain, nor measure the degree of permissiveness agreed by couples or pointed out in the circle of friends. However, it was clear the supposed freedom of women after marriage, similar to what occurs in many Western homes, where marriage is still the possibility of freedom from the parents' conspicuous look over the daughter.

*"... Muslim women, Arab women in particular, have a much better resolved sexuality, much more satisfied. We freely*

talk about sex. The old teach sexual positions. As they exchange these ideas, they make jokes, something that Brazilian women still can't do." (Isabel).

"After the marriage, it is normal. The woman has to be a doll. For the husband, she does it all ... Muslim woman uses it all covered, she has to be a doll, perfumed, smelling nice for her own husband. Between woman and her husband, they can do whatever they want. What you want to do ... everything, everything, everything. As he likes, as she likes. We can please each other. Everything". (Nina).

The vision above is not confirmed by the literature (Merghati and Samani, 2008), once there are prohibitions against anal intercourse as well as intercourse during menstruation.

The man is allowed to see the woman whom he intends to propose marriage before taking the next steps. On the other hand, they can not take this permission to the point that they leave together, go to the movies, shopping, etc., without being accompanied by one of her relatives (Al-Kardawy, 1974).

"... there is no dating before marriage, like here.. How do we do it? The family (of the candidate) meets my family ... they send a proposal of marriage ... Then, it depends on the woman, whether she accepts it or not ... I went there, I went with the tea, as shown in the soap opera ... Then he saw me and liked it ... (laughs) I want to marry. That's it. Without knowing..." (Miriam).

On the other hand, it is very common marriage between relatives or well-known families. Those involved seem to peacefully accept the negotiation of proposals and the prioritization of family interests in the choice (economic situation, priority for the older daughters, mediation by older relatives). There was no evidence of clashes in that direction. However, a difficult battle can settle when the applicant is not a Muslim, and, then, the

impasse sets in and the relationships within the family may suffer significant shocks.

"... he came from Lebanon to Brazil, and in three months we got engaged and married. It was like this, very quick" (Fátima).

"They wanted. They chose to marry Muslims." (Nina)

Men are allowed to marry women from the People of the Book (Christians and Jews), while women are forbidden. Islam believes that there are sustainable reasons for this difference but it does not explain the reasons for such tolerance (Al-Kardawy, 1974).

"I joke with my husband. I say so: In this regard, I am Brazilian (laughter). I do not accept it. It is in the religion, but I, I don't know, I wouldn't accept ... Do you think he might be able to enjoy all alike?" (Fátima).

The Koran accepts the man to marry more than one wife – "And if you fear that you cannot act equitably towards orphans, then marry such women as seem good to you, two and three and four. But if you fear that you will not do justice (between them), then (marry) only one or what your right hands possess. This is more proper, that you may not deviate from the right course." (sura IV, verse 3). In a footnote, the translator explains that the Arab people, similarly to other ethnic groups, for centuries embraced polygamy, and that this verse refers to the fear that tutors would marry orphaned girls. A fact very much present in the Arabian Peninsula, in pre-Islamic times. Islam, according to him, was the first religion that limited the number of wives, by imposing three conditions to the man: not to exceed the number of four wives, not to be unfair to any of them, and to be able to support them equally.

## 6. EDUCATION OF CHILDREN

Both in Christian and Islam communities, as in Islam, children have great social value, symbolically transforming the identities of women. As mothers, they have the legitimacy to act in the public sphere on their behalf and on behalf of other mothers (Oh, 2010). Truzzi (2008) states that the Muslim woman has as first obligation the education of their children. This is the focus of constant concern of many Muslim families.

*"Here, the children learn to pray with their mother. I'm always praying. My kids have seen me praying. It's some help. Fasting ... Then, they see. We read the Koran. The way of life..." (Miriam).*

*"In a community such as the Pakistan or African ones, the child is part of the whole community, of the process, however repressive it is this community. The relationship of the community in an Islamic culture or a tribal culture is different from our Western relationship. The children are not dumped. With all the poverty, with all the problems they face..." (Julia).*

According to S., the creation of mosques as a place of living eased the fears of parents in the education of children, regarding the loss of Islam references.

*"... thirty years ago, I think the situation was a little different here in Brazil ... immigrants felt much pressure to keep the traditions. It was very strong; there was much talk that our children could not lose themselves... I mean, that they do not assimilate and do not absorb our religion and our culture ... So the pressure was greatly decreased because there are places for interaction ... They began to see that they could live in Brazil without losing their traditions. That great fear they had forty, fifty years ago, I think it was mitigated over the last decades ..." (Sonia).*

## 7. ACADEMIC AND FINANCIAL STATUS VERSUS AUTONOMY

Some participants of the study said they got concessions as to the demands of the family thanks to their financial independence. At this point, there is a concession to the feminine condition due to an economic power or academic intellectual status, which, in all respects, does not differ from any Western standard, with its traditionally pragmatic view.

*"The fact that I did masters, then doctorate ... it ended up opening other doors: 'Never mind that she does not wear the veil... does not pray five times a day ... she is a doctor!'" (Sonia).*

*"Having income is what really changes a woman's life, in my opinion, especially the Muslim woman ... it's interesting because, from the moment you start to have economic independence, one can no longer impose such demands" (Isabel).*

Muslim women in France share the same feeling. According to Lavau (2005), the fact that they have a higher education emerges them in another culture, with other values. Additionally, financial independence leads them to integrate other standards, in terms of independence.

*"... Girls from here (Brazil) are independent. They earn their own money, right? If it does not work, they go on and get separated..." (Miriam).*

Cherif (2010) suggests that the influence of Islamic culture is not a sufficient factor to justify the lack of progress of women in Muslim countries; he cites the progress of Morocco and Tunisia on these issues, opposed to Jordan.

## 8. SIGNS OF DISCRIMINATION AGGRAVATED AFTER SEPTEMBER 11

The observed racial diversity in Brazilian ethnic background seems to have significantly raised the level of tolerance of the community, which, usually, coexists peacefully with the most varied ethnic and religious groups. Nevertheless, there is a diffuse discrimination, regardless of sex and socioeconomic status, identified almost exclusively by the segregated, as the interviewees pointed out:

*"... I decided to use the veil, and my father talked to the priest at the school, which didn't accept it. The priest unfortunately ... said, 'Go follow your religion in your country.'" ... (Fátima) (Fátima's father, after this episode, sold his business and his home and went to live with his children in Lebanon, only returning years later).*

*"... when I was doing the teaching degree, people asked me if I had hair, if I had lice. Some people asked if a woman gets beaten by her husband, if she can work." (Fatima).*

*"... Then they would come: 'look you say hamele, hamele, hamele, (smiles).' Then I would said: 'no, I'm Brazilian, I don't speak Arabic, I only know a little, I'm learning'. 'Oh, nice! Can you write?'" (Zaihra).*

One day we went to sleep and, when we awoke, the world had changed. A bearded man was not only a man with a beard; a pair of scissors in the hand luggage was no longer just a pair of scissors; a war in a country far away was no longer only interesting to them. September 11, a milestone in the world history.

Everything that a person reads and writes about the East and West relationship is guided by the "before" and "after" September 11. The Islamophobia (a term that first emerged in Britain to describe an intense fear or an aversion to Muslim people (Runnymede, 1997) is

intensified after this date (Barkdull *et al.*, 2011).

Women, who are especially visible because of the use of the hijab as belonging to the Islamic religion, were victims of indiscriminated physical and verbal attacks in Europe, after September 11. Many women sought support to ask if it was Islamically permissible to remove their hijabs for fear of these attacks (Ahmad, 2006).

*"Once I went to a slum as volunteer. There was a guy who wanted to throw me in the trash, and there was another that said 'a saint !!!'... It was at the time of 09.11. Then they started to say 'Bin Laden's wife, throw a stone at her, gotta go to the trash bin.' I was with a group of people there, and they talked and all was fine. (Paula).*

It's great the influence of the media in perpetuating stereotypes, such as the threat of cultural differences, the extremism of the Muslim people, and the impact on those who feel directly targeted. Muslims in Western report as the media has influenced their lives, fueling hostility, hatred, and resentment among non-Muslims (Ahmad, 2006; Khiabany & Williamson, 2008; Barkdull *et al.* 2011).

*"... after September 11, there was discrimination... there is a movement fostered by the media that discriminates against Muslims, even in Brazil." (Sonia).*

## 9. DISCRIMINATION IN THE MUSLIM-MAJORITY COUNTRIES

Comparing the Brazilian society with others where she lived, J. was surprised at the problems faced in countries with a significant number of Muslims, in which factions played a key role in social relations, as she reports below:

*"I would say I had more trouble in Lebanon because I was Muslim than in Brazil. When I*

*was in Beirut, I couldn't say I was Muslim on the Catholic side. I had to say I was Catholic. And when I was at the Muslim side, if I was on the Shia side, I had to say I was Shia Muslim. I couldn't say I was Sunni Muslim. And when I was with the Maronites, I had to say I was Maronite; I couldn't say I was Sunni. I saw this much stronger in the Middle East itself" (Isabel).*

## **10. THE OTHER SIDE - THE MUSLIMS VISION**

Among the most common stereotypes, it was evident the condition of excessive permissiveness of the Brazilians, in relation to the Muslims strict standards of conduct:

*"... My father, for example, was an extremely negligent person with his family. Which the Arabs aren't. It is not the Arabic nature to be negligent ... He came here and found promiscuity, or he was also very promiscuous, irresponsible." (Julia).*

*"... I want them to remember me as a good student, a good lawyer, and not as the girl that uses short skirt. And perhaps this prejudice has to do with my Arabic origin" (Isabel).*

## **11. THE WEST BURQA – THE VEIL IN THEIR MINDS AND ON OUR HEADS.**

Sireen, Muslim woman living in the U.S., says that the veil protects her from the worry about physical beauty. She says she feels free from much of the pressure exerted by the dictatorship of beauty; suffering that other young Americans have to endure (Gehrke-White 2006),

*"... Both are oppressions: the burqa of the Taliban and France banning girls from wearing a veil; one forces, the other prohibits. Both are oppressive ... if I want to be wrapped, if I want to wear a low neckline, that's my problem. I'm the one who has to know what I would like to wear." (Julia).*

*".. in Brazil, there's this very strong issue of aesthetics. In the Western world, there's the*

*issue of aesthetics. I think it's making these people feel pressured ... I don't know to what extent the man, by the dictatorship of aesthetics, would submit himself to all that the woman submits herself, up to risking his life. Would a man do a formaldehyde treatment just to get his hair straight?" (Isabel).*

*"What society is this that standardizes all of us as merchandise? This standardized woman. This perfect lady, housewife, and at the same time she has to be something else. This woman, is she really free? Independent? Who is the submissive one in this story? Who is submitting to what? Is the one that is wrapped in a burqa over there in Afghanistan; is the woman that puts the Islamic veil, meets all Islamic precepts? Or is it us that are submitting to the director, professionally well-succeeded, and everything else, these pressures, these patterns of behavior, morality, way to be?" (Julia).*

Interesting to note that, just as Western women feel more fulfilled, due to the feminist movements, the "beauty myth" arises, which involves an idealization of the female body, perhaps the most striking feature of this century, allowing the idealization of a shape and its performance from the available technology. When feminism came to value women, a contrary ideology became urgent and necessary to continue to devalue them. A new imperative of consumption and beauty based on weight, age, sexual attractiveness, replaced those who could no longer influence the newly liberated women. These come to be obsessed with beauty, as, in earlier times, they were with household chores (Wolf, 1992).

A study about body image representations of African-American Black Muslim women shows that religion is a factor that influences their body image.

This study suggests that women may be more tolerant with an overweight person because they believe that people should not be judged by their personal appearance but based on other attributes, such as spirituality. They conclude that body image is not universal and may vary

## CONCLUSION

Some aspects that have emerged in this study deserve to be highlighted. When they were invited for possible participation, all respondents, even at the beginning or during the interview, mentioned the satisfaction in being able to talk a little about the Muslim woman. These women felt misinterpreted, and that took shape during the interview, when they talked about religious precepts of Islam and the issues they face daily. It seems to us that they try, at all times, to demystify the stereotypical notion of submission and lack of human rights that affect them, in the eyes of the West. They do not deny the differences in the way of life and how they see the world, but they neither deny their religion. They reinforced that a reconciliation is possible, to maintain their religious precepts, even in a world whose values are often diametrically opposed.

The interviewees also pointed us to important aspects of Western culture

## REFERENCES

- Abu-Lughab, L. (2002). Do Muslim Really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others. *American Anthropologist*, 104(3),783-790.
- Ahmad, F. (2006). British Muslim Perceptions and Opinions on News Coverage of September 11.

among different cultural and socioeconomic religious groups (Odoms-Young, 2008).

*“...the women from there, not the women from here – they have a degree of acceptance of their bodies at least 10 times bigger than any Brazilian woman...” ( Isabel).*

today, such as over exploitation of the physical aspects or the “beauty myth”, as it is called. Is this a new form to repress the freedom gained by Western women? They asked us: “Who wears the burqa?” or “Who is the one that needs to hide?”.

Finally, it is necessary to remember that, at the beginning of this study, we aimed at discovering the experiences of Muslim women living in Brazil. By its end, we verified that we talked not only about these women, but most of those who are from a religious and ethnic minority in their countries. Maybe, the greatest contribution of our research has been the possibility of giving voice to these women and provoking the reflection that, somehow, we all “carry our burqas”.

**Acknowledgments** – The author would like to thank the women who participated in the study and Moema Sanchez by the revision of the English language.

*Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(6), 961-982.

Al-Karadhawi, Y. (1974). *The prohibited and the unprohibited in Islam* (published in Arabic Language). Cairo, Egypt: Ettessam.

- Barkdull, C., & Khaja K., & Queiro-Tajalli, I., & Swart, A., & Cunningham, D., & Dennis, S. (2011). Experiences of muslim in four Western countries post-9/11. *Affilia*, 26,139-153.
- Cherif, F.,M. (2010). Culture, rights, and norms: Women's rights reform in Muslim countries. *The Journal of Politics*, 72, 1144-1160.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Pantheon Books.
- Gehrke-White, D, (2006). *The face behind the veil*. NY, USA: Kensington.
- Khiabany, G., & Williamson M. (2011). Veiled bodies and naked racism: culture, politics and race in the Sun. *Race & Class*, 50(2), 69–88.
- Laird, LD., de Marrais, J., Barnes, LL. (2007). Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: A content analysis. *Social Science & Medicine*, 65, 2425–2439.
- Lavau, J.M. (2005). Sexualidade e religião: o caso das mulheres muçulmanas na França. *Estudos Feministas*, 13, 377-386
- Merghati, ST., Samani, RO. (2008). Islamic ideas about sexual relations. *Reprod Biomed Online*, 17(1),54.
- Nash, H. (2002). *Translation of the meaning of the Noble Koran to Portuguese language*. Medina, Arabia Saudita: King Fadh complex's printing-press.
- Odoms-Young, A. (2008). Factors that influence body image representations of Black Muslim women. *Social Science & Medicine*, 66, 2573-2584.
- Oh, I. (2010). Motherhood in Christianity and Islam: Critiques, realities, and possibilities. *Journal of religious ethics*, 38(4), 638-653.
- Pace, E. (2005). *Sociologia do Islã*. Petrópolis: Vozes
- Rodrigues, BS., Bottcher-Luiz, F., Giglio, JS., Habib, M. (2011). Approaches to Muslim Women's Health Care: implications for the development of culturally-sensitive medicine. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(2), 11-18.
- Runnymede,T. (1997). *Islamophobia: a challenge for us all*. London: Author.
- Said, E.W. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon Books.
- Saroglou, V., & Lamkadem B., & Van Pachterbeke, M., & Buxanta, C., (2009). Host society's dislike of the islamic veil: The role of subtle prejudice, values, and religion. *Internacional Journal of Intercultural Relations*, 33(5): 419-428.
- Silva, M., C. (2008). As mulheres, os outros e as mulheres dos outros: feminismo, academia e Islão. *Cadernos Pagu*, 30, 136-159.
- Tsang, A. K. (2001). Representation of ethnic identity in North American social work literature: A dossier of the Chinese people. *Social Work*, 46(3), 229–243.
- Ternikar, F. (2009). Hijab and Abrahamic traditions: a comparative analysis of the Muslim veil. *Sociology Compass*, 3(5), 754-763.
- Turato, E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ:Vozes.
- Truzzi, O., (2008) Sociabilidades e valores: um olhar sobre a família árabe muçulmana em São Paulo. *Dados*, 51(3), 37-74.
- Van Ryn, M. (2002). Research on the provider contribution to race-ethnicity disparities in medical care. *Medical care*, 40(1),140-151.
- Wolf, N. (1992). *The beauty myth: how images of beauty are used against women*. New York, USA: Harpercollins.
- Pew Research Center, (2011). "Muslim-Majority Countries". *The Future of the Global Muslim Population*. <http://pewforum.org/future-of-the-global-muslim-population-muslim-majority.aspx>. Accessed December 22 2011.
- [www.islamfortoday.com/brazil.htm](http://www.islamfortoday.com/brazil.htm) Accessed January 05 2012.

## 5. DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi compreender como mulheres muçulmanas conjugam sua doutrina religiosa no Brasil, um país ocidental que se declarou politicamente laico a partir da Proclamação da República, em 1889. Contudo, a confirmação desta posição foi explicitada quase um século depois, nos artigos da Constituição de 1988, garantindo a liberdade de crença e de culto religioso, assim como a proteção às organizações religiosas do território nacional<sup>(38)</sup>

Atualmente, o Estado abriga uma maioria de 89% de cristãos declarados e 8% de habitantes sem religião. Compondo os 3% restantes de outras vertentes não cristãs existem os seguidores da doutrina islâmica, identificados como tal apenas em 2010, quando ocorreu o último censo no território brasileiro<sup>(15)</sup>.

Em razão dos desdobramentos do atentado de 11 de setembro, o Islã ganhou novo status no cenário político mundial, exigindo um novo olhar sobre sua população e seu estilo de vida. Esses acontecimentos marcaram as vivências das mulheres entrevistadas neste estudo, todas elas com participação ativa nas comunidades muçulmanas dos municípios de São Paulo ou de Campinas-SP.

Adicionalmente ao objetivo geral, procurou-se desvelar a percepção das entrevistadas sobre a relação médico-paciente, em suas consultas de rotina. Atender a este objetivo foi a tarefa mais complexa do presente estudo, pois a pesquisadora principal, que era também a entrevistadora, defrontava-se com a insistência das mulheres em falar sobre a doutrina islâmica, salientando sempre as generalizações dos ocidentais sobre a índole e crenças dos muçulmanos. Considerando o apelo das entrevistadas e a receptividade da comunidade brasileira para com estrangeiros em geral, aliados à escassez de dados sobre

muçulmanos no Brasil, entendemos que seria necessário contextualizar as vivências destas muçulmanas na cultura brasileira<sup>2 (39)</sup>, deixando para um segundo momento a discussão de outros aspectos, entre eles a relação médico-paciente.

Quando os resultados parciais deste estudo foram apresentados em encontros científicos, nacionais e internacionais, observamos novamente a persistência das discussões acerca da falta de representação das mulheres no cenário político atual e das implicações do uso do véu e outras vestimentas típicas das muçulmanas. Foi notável a mesma visão estereotipada da mulher muçulmana na comunidade científica, independentemente do país e de sua cultura de origem<sup>(40-41)</sup>.

### ***A - Considerações sobre o trabalho de campo***

Durante as entrevistas, vários elementos foram identificados. Tentou-se ao máximo criar um ambiente propício para que as entrevistadas pudessem se sentir seguras para expressar suas opiniões, escolhendo o melhor local para a entrevista. Além disso, numa tentativa de não interromper o encadeamento do discurso e a livre associação de idéias, os dados relativos à escolaridade, idade, estado civil e tempo de moradia no Brasil foram incluídos na dinâmica da entrevista, conforme sugerido por Narita<sup>(42)</sup>. A estratégia nos pareceu adequada, pois a pesquisadora se viu, em muitos momentos, incluída na dinâmica familiar das participantes, o que facilitou a compreensão do contexto em que viviam. Vale

---

<sup>2</sup> **(Artigo no Prelo)** - Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. Laila e Hanna - muçulmanas que vivem no Brasil. *Revista Dados*.

**(Artigo Submetido)** - Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Muslim women living in brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine. *Journal of Transcultural Nursing*.

ressaltar aqui que quase todas escolheram a própria residência para a entrevista, à exceção de uma delas, que escolheu uma sala da mesquita de seu bairro.

Em um caso, o marido da participante foi introduzido no *setting* e permaneceu ali na primeira parte da entrevista. A princípio, a pesquisadora pensou se tratar de um típico e inevitável caso de “exclusão a posteriori”, considerando o contexto de um casal onde o marido “fala pela esposa”. No entanto, as falas se apresentavam como complementares. Com a evolução do diálogo e aquisição de confiança, ambas as partes relaxaram, o marido se afastou espontaneamente e a mulher pode se expressar individualmente, apesar das dificuldades com a língua portuguesa. Optou-se pela inclusão do caso pois, valendo-se de sua prática em clínica psicológica, a pesquisadora não observou nada diferente dos casais que passaram grande parte da vida juntos.

Valeria notar aqui a representação da casa como local seguro para uma participante que usava o chador na rua e, em casa, usava roupas que valorizavam sua sensualidade. Assim, a distinção entre o espaço público e o privado era marcada pela cobertura do corpo, sempre associado ao conceito de modéstia<sup>(7-9)</sup>.

### ***B - Sobre a relação médico-paciente***

Em nossa revisão da literatura internacional sobre saúde de muçulmanas, constatamos que comportamentos que em nossa cultura são representativos de respeito e consideração, para os muçulmanos representam quase o inverso<sup>(39)</sup>.

Lembrando que os artigos selecionados para a revisão contemplavam apenas estudos de abordagem qualitativa, os exemplos mais marcantes e freqüentemente mencionados na literatura versavam sobre o “olhar nos olhos” e o

aperto de mãos entre pessoas de sexo oposto, considerados desrespeitosos pelos muçulmanos. Adicionalmente, o atendimento realizado por profissionais do sexo masculino correspondia a outro fator que dificultava a relação médico-paciente, uma vez que causavam constrangimentos, ansiedade e até mesmo desistência de procura pelos serviços de saúde, em algumas situações<sup>(39)</sup>.

Nossas entrevistadas, de modo diverso ao relatado na literatura, comentaram sobre a necessidade do cuidado com o corpo e colocaram as questões relativas ao trato com o profissional como algo à parte dos demais relacionamentos em geral. Assim, embora constrangidas quando examinadas por médicos, isto não as impedia de procurar atendimento e de se submeterem ao exame clínico. Estas questões serão exploradas brevemente, em artigo em fase de redação, onde alguns depoimentos são reproduzidos abaixo:

*“... eu sou o tipo de mulher que coração, sangue, com médico homem. Eu não estendo mão para cumprimentá-lo, homem. Mas se ele quer ver meu braço pode, ver aqui (aponta o coração) pode, por que é trabalho dele pra me ver aqui... até pra ganhar ele me vê aqui (aponta para a região dos genitais). Ele vai ver. É trabalho dele aqui. Não é para abraçar ou beijar.”  
(Nina)*

Para as mulheres que usavam véu, a percepção geral era de que havia maior respeito na hora de examiná-las, conforme o depoimento de Paula:

*“... eles perguntam se podem levantar um pouco o véu, sempre com muita educação... eles têm um cuidado maior.”*

Contudo, Zhaira refere um panorama diferente, pois se sentiu discriminada pelo profissional de saúde, segundo o depoimento abaixo:

*“... mas do jeito que ele falou:- Pra que é que você usa isso?, como se fosse um trapo velho que eu visto. Como se eu fosse uma Maria louca andando na rua, que viu um pano, põe na cabeça e sai andando. Não é assim. Me tratou como se fosse uma coisa, sabe? Eu não gostei não.”*

Caberia, neste momento, uma questão para futuras pesquisas: será que o fato de Zhaira ser convertida interfere nesta percepção? Seria tão natural para alguém, que não descende de uma família Islâmica, que não foi educado na religião muçulmana, seguir e aceitar seus preceitos? Seria natural adotar o véu e se cobrir inteira em um país em que tal vestimenta foge aos padrões? Essa dificuldade, essa estranheza, seria do outro ou dela mesma?

Em seus estudos sobre conversão ao islamismo<sup>(43)</sup>, identificou quatro fases do processo: a fase inicial, logo após a conversão, movida pelo fanatismo e certa arrogância; a segunda fase consiste na decepção com o novo grupo, seguida pela fase de aceitação dos fiéis como pessoas comuns, com virtudes e deficiências. Por último, a quarta etapa ocorre quando o convertido assume uma atitude pessoal e privada frente à sua nova religião. Diante deste quadro qual seria, para Zhaira, o real significado do uso da indumentária feminina?

Finalmente, as mulheres ressaltaram as questões relativas à prática de rituais religiosos, especialmente o *-sawm-* que acontece durante o mês do Ramadã, período em que os muçulmanos devem praticar o jejum desde a alvorada ao pôr do sol. Entretanto, de modo semelhante a outras religiões, os devotos estão liberados do cumprimento das práticas se apresentarem problemas de saúde, idade avançada ou mesmo se estiverem em curso de longas viagens ou impedimentos semelhantes<sup>(44)</sup>.

### ***C - “O inferno são os outros” (Jean Paul Sartre, 1943)***

A resistência para o acolhimento de certas culturas pode estar diretamente ligada ao fato de que olhamos a cultura do outro com um olhar construído pela

cultura em que vivemos. Lévi-Strauss<sup>(45)</sup> discute amplamente esse aspecto, afirmando que entendemos que uma cultura é dotada de significação, quando se desenvolve em sentido análogo à nossa, enquanto as outras culturas apareceriam como estacionárias, não porque necessariamente assim o fossem, mas porque sua linha de desenvolvimento não tem significação para nós, não pode ser mensurada a partir do sistema de referenciais empregado.

*“...devemos, pois, perguntarmo-nos se este imobilismo aparente não resulta da nossa ignorância sobre os seus verdadeiros interesses, conscientes ou inconscientes... apareceríamos um ao outro como desprovidos de interesse, muito simplesmente porque não nos parecíamos”(pag.36 ).*

No que se refere ao acolhimento brasileiro, Florestan Fernandes<sup>(46)</sup>, sinaliza o que parece ser uma realidade no Brasil de hoje, onde o cidadão tem “preconceito de ter preconceito”, consolidando um mal estar velado e não dito, porém evidente nas reações exageradas ou mesmo com a indiferença.

O povo brasileiro é tido como aquele que abriga todos os credos e raças, mas alguma discriminação foi comentada pelas entrevistadas de nosso estudo, particularmente após 11 de setembro de 2001. Neste sentido, a mídia teve e manteve um importante papel no episódio, participando da divulgação e perpetuação dos estereótipos sobre o extremismo do povo muçulmano, do homem bomba, do terrorista e da mulher subjugada<sup>2</sup>.

Por outro lado, segundo as entrevistadas, ser muçulmano é inerente à condição humana, pois “ todos nascemos muçulmanos” e , de certa forma, só falta aos outros a retomada do caminho “certo”.

---

<sup>2</sup> **(Artigo Submetido)** - Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Muslim women living in brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine. *Journal of Transcultural Nursing*.

Ao longo das falas, as mulheres deixavam claro que todos os aspectos da vida são permeados pela vivência religiosa, desde a alimentação até a escolha do parceiro. Ficou evidente uma moral sexual marcada pelo casamento, que oscila do “ nada pode” ao “tudo pode”<sup>2</sup>. Sob esse olhar, surge a figura de um Brasil permissivo, no qual os pais de família podem ser mais negligentes e até promíscuos, conforme depoimento de Julia (p.72)<sup>2</sup>.

Entretanto, em alguns depoimentos, observamos a clara intenção de conciliar a visão de mundo. Nesse sentido, observou-se em alguns casos certo “afrouxamento”, uma reconfiguração, dos preceitos impostos pela religião. Uma adaptação da suas normas e regras à cultura brasileira<sup>2</sup>. Um Islã do Brasil e não mais o Islã no Brasil<sup>(47)</sup>.

Novamente, volta-se ao uso do véu. Embora a cobertura da cabeça como parte da indumentária religiosa não pertença exclusivamente à religião Islâmica, o uso do véu, hoje, é para o Ocidente o símbolo da mulher muçulmana. Na verdade, existem duas interpretações neste sentido, pois, da mesma forma que recentemente o Paquistão o Talibã exigiam a cobertura do corpo como forma de subjugar suas mulheres, na França muitas insistem no uso do véu como forma de controle frente à severa discriminação de que são vítimas<sup>(48-49)</sup>. Ainda neste sentido, nos Estados Unidos da América seu uso representa um caminho para o desenvolvimento de um Islã americano, segundo Ajrouch<sup>(50)</sup>.

E novamente surgem os questionamentos sobre a valorização do corpo feminino, um no sentido de abrigá-lo, protegê-lo ou desviá-lo de olhares

---

<sup>2</sup> **(Artigo no Prelo)** - Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. Laila e Hanna - muçulmanas que vivem no Brasil. *Revista Dados*.

**(Artigo Submetido)** - Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Muslim women living in brazil - challenges for the practice of a culturally sensitive medicine *Journal of Transcultural Nursing*.

inconvenientes, e outro visando expor ao máximo todos os seus atributos, consolidando o mito da beleza. Segundo Wolf<sup>(51)</sup>, quando o feminismo passou a valorizar as mulheres, uma ideologia contrária tornou-se urgente e necessária, para continuar a desvalorizá-las. Um novo imperativo de consumo, baseado na beleza, substituiu aqueles que já não conseguiam exercer influência sobre as mulheres recém-liberadas.

#### ***D - Contribuições para uma Medicina Culturalmente Sensível***

A Medicina ocidental tem adotado, tradicionalmente, o paradigma da racionalidade terapêutica, centralizada na doença e não no doente. Um dos desdobramentos desta atitude seria a generalização das práticas clínicas, gerando distanciamento, falta de aderência ao tratamento e dificuldades com o apoio familiar. Como agravante, a literatura refere que a adesão ao tratamento, medicação ou regime é usualmente menor que 50%, mas pode se acentuar quando existem variações culturais<sup>(52)</sup>.

Mais recentemente, segmentos da área biomédica têm procurado minimizar esses efeitos e resgatar o sujeito em sua totalidade biopsíquica, sendo ele ao mesmo tempo objeto e objetivo central da investigação médica<sup>(53)</sup>. Nesse sentido, esperamos que nosso estudo tenha incitado à reflexão sobre os sistemas de referência das comunidades muçulmanas que vivem no Brasil, fornecendo ainda alguns elementos comuns às minorias étnicas em geral. Evidentemente, discussões de tal ordem merecerão estudos mais aprofundados sobre o tema.

Tendo como base os depoimentos e a idéia de que tanto os problemas como as práticas de saúde são realidades plenamente inseridas no contexto

sócio-cultural, nosso estudo alerta para o fato de que os espaços de saúde e doença, não estão ainda definidos para as muçulmanas que vivem no Brasil, considerando que tanto pacientes como profissionais permanecem mais ligados às informações da mídia do que nas representações que estabelecem entre si .

Esse fato não se restringe ao grupo de mulheres estudado, mas constitui a realidade do modelo assistencial predominante no cenário brasileiro, voltado prioritariamente para ações curativas, de alto custo, verticalizadas e excludentes<sup>(54)</sup>.

Somos da opinião de que esta situação se agrava nas minorias étnico-raciais de nosso meio, pois o modelo, em 1996, já era considerado o modelo “*não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas*”<sup>(55)</sup>. Todavia, entendemos que a conscientização está iniciando e, embora incipiente, será irrevogável. Esperamos que nosso estudo fomenta questionamentos e elaboração de estratégias compatíveis com a dimensão do problema.

## 6. CONCLUSÃO

Buscamos compreender as vivências de mulheres muçulmanas em um país ocidental. Concluímos que falamos não só destas mulheres, mas de alguns aspectos relativos a minorias étnicas e religiosas. Minorias que trazem na bagagem valores algumas vezes muito diferentes dos regidos pelos países em que vivem. Suas angústias, suas dificuldades e suas expectativas de como aprender e ser apreendido pelo outro; conciliar preceitos algumas vezes diametralmente opostos.

Constatamos a importância da religião e da cultura na vida das pessoas. Por outro lado, sabemos que os avanços obtidos pela Medicina levaram uma parcela dos profissionais e estudiosos a se reportar quase integralmente à abordagem técnica. Este novo paradigma deixou os referenciais subjetivos para segundo plano.

Pensando no profissional de saúde, na sua missão e no seu papel, esperamos poder contribuir na busca de uma atuação que valorize as diferenças culturais, religiosas ou por assim dizer, um atendimento humanizado que inclua uma visão global do paciente.

Considerando os muçulmanos que vivem no Brasil, entrevistamos mulheres que descendem das mais variadas partes do mundo. Nasceram ou reconstruíram sua vida aqui, descendentes de malês aos árabes, turcos, egípcios que vieram em busca de fazer fortuna regressar a terra natal e que aqui acabaram por se estabelecer. Organizaram-se em comunidades, construíram suas mesquitas, constituíram suas famílias, criaram seus filhos e netos. Vêm, a cada nova geração, seus descendentes reorganizar sua forma de lidar com os costumes, com os preceitos religiosos, com a vida.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Gordon MS. Conhecendo o Islamismo. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
2. Pace E. Sociologia do Islã. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
3. Al-Jerrahi SMR. História da presença Islâmica no Brasil. Sevilha: Congresso "El Islam em las dos Orillas"; 2003 [30 jan 2012]; Available from: [http://www.masnavi.org/jerrahi/Artigos Palestras/Historia da presenca Islamica /historia da presenca islamica .html](http://www.masnavi.org/jerrahi/Artigos_Palestras/Historia da presenca Islamica /historia da presenca islamica .html).
4. Religious Freedom. U.S. Department of State - Diplomacy in Action; [25 de mar 2012]; Available from: [www.state.gov/j/drl/irf](http://www.state.gov/j/drl/irf).
5. The Pew Forum: On Religion & Public Life. [2 fev 2012]; Available from: <http://www.pewforum.org/future-of-the-global-muslim-population-muslim-majority.aspx/>.
6. Wikipedia. Islão. [11 nov 2012]; Available from: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Isl%C3%A3o>.
7. Abu-Lughod L. Do muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others. American Anthropologist. 2002;104(3):783-90.
8. Barkdull C, Khaja K Q-TI, Swart A, Cunningham D, Dennis S. Experiences of Muslims in Four Western Countries Post--9/11. Affilia: Journal of Women and Social Work. 2011;26(2):139-53.
9. Saroglou V, Lamkadem B, Van Pachterbeke M, Buxanta C. Host society's dislike of the islamic viel: The role of subtle prejudice, values, and religion. Internacional Journal of Intercultural Relations. 2009;33(5):419-28.
10. Silva MC. As mulheres, os outros e as mulheres dos outros: feminismo, academia e Islão. Cadernos Pagu. 2008 jan/jun;30:136-59.
11. Silva AC. Comprando e vendendo Alcorões no Rio de Janeiro do século XIX. Estud Av. 2004;18(50):285-94.

12. Reis JJ. Rebelião escrava no Brasil – a história do levante dos Malês em 1835. Ver. e Ampl. ed. São Paulo: Comp. Das Letras; 2003.
13. Aguiar GO. Negros malês: a religiosidade islâmica atualizada no instituto Cultural Steve Biko. Cibertologia-Revista de teologia e cultura. 2007 set./out.;13(3).
14. Truzzi O. Sociabilidades e valores: um olhar sobre a família árabe muçulmana em São Paulo. Dados. 2008;51(1):37-74.
15. BRASIL. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE; 2010 [cited 5 dez 2011]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.
16. Levin LS, Larson DB. Religion and spirituality in medicine: research and education. JAMA. 1997;278(9):782-93.
17. Levin LS. Religion and Health: Is there an association, is it valid, and is it causal? Soc Sci Med. 1994;38(11):1475-82.
18. Galanter M, Dermatis H, Talbot N, McMahon C, Alexander MJ. Introducing spirituality into psychiatric care. J Relig Health. 2011 Mar;50(1):81-91.
19. McCauley J, Jenckes MW, Tarpley MJ, Koenig HG, Yanek LR, Becker DM. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. J Relig Health. 2005;44(2):137-46.
20. Dalgalarondo P. Religião, Psicopatologia & Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed; 2008.
21. Kung H. Freud e a questão da religião. Campinas: Versus; 2006.
22. Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2008 Mar;34(3):423-30.
23. Levin LS. Deus, fé e saúde- explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Pensamento-Cultrix; 2011.

24. Ali SR, Liu WM, Humedian M. Islam 101: Understanding the religion and therapy Implications Professional Psychology: Research and practice. 2004;35(6):635-42.
25. Carter DJ, Rashidi A. East Meets West Integrating Psychotherapy approaches for Muslim women. Holistic Nursing Practice. 2004 May/June;18(3):152-59.
26. Yosef ARO. Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslim in the United States. Journal of transcultural Nursing. 2008;19(3):284-91.
27. Narayanasamy A, Andrews A. Culture impact of Islam on the future directions of nurse education. Nurse Educ Today. 2000;20(1):57-64.
28. Holt CL, McClure SM. Perceptions of the religion-health connection among African American church members. Qual Health Res 2006 Feb;16(2):268-81. 2006;16(2):268-81.
29. Padela AI. Islamic medical ethics: a primer. Bioethics. 2007;21(3):169-78.
30. Padela AI. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective. J Med Ethics. 2011;37(1):40-4.
31. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 Set./Out;14(5):174-83.
32. Turato ER. Tratado de metodologia em pesquisa clínico-qualitativa. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
33. Goodman LA. Snowball sampling. Annals of Mathematical Statistics. 1961;32(1):148-70
34. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Publica. 2008 Jan.;24(1):17-27.

35. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
36. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.
37. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
38. BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1988; Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).
39. Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. Approaches to Muslim Women's Health Care: implications for the development of culturally-sensitive medicine. The International Journal of Person Centered Medicine. 2011;1(2):11-8.
40. Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS, Habib M. Muslim women who live in brazil: challenges for the development of a culturally sensitive medicine. EPA - 20th European Congress of Psychiatry Prague Congress Centre: Abstracts; 2012.
41. Rodrigues BS, Bottcher-Luiz F, Giglio JS. Approaches to women's health care in muslim world. 4th World Congress on Women's Mental Health Palacio de Congresos de Madrid: Program; 2001. p. 23.
42. Narita S. Notas de pesquisa de campo em psicologia social. Psicologia & Sociedade. 2006 mai/ago;18(2):25-31.
43. Roald SA. The conversion process in stages: new Muslim in the twenty-first century. Islam and Christian Muslim. 2012;23(3):347-62.
44. Al-Karadhawi Y. The prohibited and the unprohibited in Islam (published in Arabic Language). Cairo, Egypt: Ettessam; 1974.
45. Lévi S. Raça e História. 10a. ed. Lisboa: Editorial Presença; 2010.

46. Fávero O. Democracia e Educação em Florestan Fernandes, Osmar Fávero (org.). Campinas, SP: autores associados; Niterói, RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense (EDUFF), 2005.; 2005.
47. Oliveira VP. Islam in Brazil or the Islam of Brazil? *Religião e Sociedade*. 2006;2(se):0.
48. Hanley J. The emotional wellbeing of Bangladeshi mothers During the postnatal period. *Community Practitioner*. 2007;80(5):34-7.
49. Ternikar F. Hijab and Abrahamic Traditions: a comparative analysis of the Muslim veil. *Sociology Compass*. 2009;3(5):754-63.
50. Ajrouch KJ. Global Contexts and the Veil: Muslim Integration in the United States and France. *Sociology of Religion*. 2007;68(3):321-5.
51. Wolf N. O mito da beleza – como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco 1992.
52. Tucker CM, Herman KC, Pedersen TR, Higley B, Montrichard M, P. I. Cultural sensitivity in physician-patient relationships: perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Med Care*. 2003;41(7):859-70.
53. Lawrence P, Rozmus C. Culturally Sensitive Care of the Muslim Patient. *Journal of Transcultural Nursing*. *Journal of Transcultural Nursing*. 2001 July;12(3):228-33.
54. Bonfim LA, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1998 Apr./June;14(2):429-35.
55. SESAB. (Secretária de Saúde do Estado da Bahia). Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia. Salvador: Sesab, Grupo de Trabalho Modelo; 1996.

**ANEXOS** |

## ANEXO I

### CARTA DE RECEBIMENTO DE ARTIGO SUBMETIDO

07-Oct-2012

Dear Dr. Rodrigues:

Your manuscript entitled "MUSLIM WOMEN LIVING IN BRAZIL - CHALLENGES FOR THE PRACTICE OF A CULTURALLY SENSITIVE MEDICINE" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Transcultural Nursing.

Your manuscript ID is JTN-12-186.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/tcn> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/tcn> . Please note that the review and decision process typically takes a minimum of four months.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Transcultural Nursing.

Sincerely,  
Journal of Transcultural Nursing Editorial Office

## ANEXO II

### MODELO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### MULHERES MUÇULMANAS QUE VIVEM NO BRASIL

Entrevista Nº \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração em minutos: \_\_\_\_\_

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

#### **A – Dados pessoais de identificação pessoal do entrevistado:**

1. Nome (fantasia): \_\_\_\_\_

2. Endereço para contato: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Naturalidade: \_\_\_\_\_

5. Procedência: \_\_\_\_\_

6. Situação conjugal/há quanto tempo: \_\_\_\_\_

7. Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

8. Com quem mora: \_\_\_\_\_

9. Profissão: \_\_\_\_\_

#### **B- Roteiro da entrevista semidirigida de questões abertas:**

1. Você nasceu no Brasil? (se não, onde você nasceu e há quanto tempo reside aqui?)
2. Conte-me um pouco como foi e é sua vida.
3. De que forma a religião muçulmana se tornou a sua religião?
4. O quanto você acredita que a religião influenciou seus pensamentos, gostos, modos de ser?

5. As pessoas do seu convívio são na maioria da mesma religião que a sua? Esta escolha é por opção?
6. Como é viver em um país em que o povo é regido por regras e normas muito diferentes das ditadas pela religião muçulmana?
7. Como você educa ou educou seus filhos? Como eles lidam com a religião?
8. Como você acredita que as pessoas não muçulmanas a vêem?
9. Como é sua vida afetiva e sexual?
10. Quando você tem algum problema de saúde você procura um médico?
11. Como você escolhe o médico? O sexo do médico influi na escolha?
12. Você diz sua religião ao médico? O médico lhe pergunta?
13. A muçulmana tem um cuidado especial com o corpo. Frente a todos esses cuidados existe alguma dificuldade em se submeter a cuidados médicos quando necessário?
14. Sua religião impõe algum impedimento a alguma prática médica?
15. Se necessário você toma remédio no Ramadã?
16. Se você tiver a condição de escolha continua a morar no Brasil?

## ANEXO III

### CARTA DE CONFIRMAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2012

Ilma. Sra.  
Bianca Stella Rodrigues  
E-mail: biancastella@uol.com.br

Prezada Bianca,

Escrevo-lhe a respeito do seu artigo, “Laila e Hanna, Duas Muçulmanas que Vivem no Brasil”, apresentado para publicação em *DADOS* □ *Revista de Ciências Sociais*.

A Editoria de *DADOS* decidiu pela publicação do seu artigo em um dos nossos próximos números.

Com a versão definitiva, favor enviar um resumo em mais ou menos 8 linhas, em que fique claro uma síntese dos propósitos, da metodologia utilizada e das principais conclusões do trabalho; e seus dados biográficos (titulação, filiação institucional, áreas de interesse e livros publicados). A versão definitiva deve ser enviada por e-mail para: Claudia Boccia ([cboccia@iesp.uerj.br](mailto:cboccia@iesp.uerj.br)) e Charles Pessanha ([cpessanha@iesp.uerj.br](mailto:cpessanha@iesp.uerj.br)).

Quero registrar minhas desculpas pela demora da resposta, motivada exclusivamente pelas dificuldades de tempo dos avaliadores.

Aguardando suas notícias, subscrevo-me com

Um forte abraço,

Charles Pessanha  
Editor - *DADOS*

Mensagem original

De: Andrew Williamson < [andrew.williamsonprofunit@gmail.com](mailto:andrew.williamsonprofunit@gmail.com) >

Para: biancastella < [biancastella@uol.com.br](mailto:biancastella@uol.com.br) >

Assunto: Re: Permission

Enviada: 17/03/2013 09:44

Dear Bianca,

You have our permission to publish this article in your PhD thesis.

With kind regards.

Andrew.

Andrew Williamson

Senior Production Editor

International Journal of Person Centered Medicine

On 17 March 2013 12:17, biancastella wrote:

Dear Andrew

I attached a letter for permission to publish our article  
in my thesis.

I tried to contact Cristopher and got no answer.  
I need this letter to bring my thesis at the end.  
I count on your cooperation

Kind regards

Dra Bianca Stella Rodrigues

Andrew Williamson

Senior Production Editor

International Journal of Person Centered Medicine

## ANEXO IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas

**Título do Projeto:** Mulheres muçulmanas que vivem no Brasil – um estudo qualitativo.

**Pesquisadora:** Bianca Stella Rodrigues

O propósito desta pesquisa científica é procurar compreender como as mulheres muçulmanas vivem no Brasil e quais são os sentidos e significações pessoais que dão para a religião em que foram criadas. Para tanto, serão realizadas entrevistas, eventualmente divididas em duas vezes, cada uma podendo durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando tiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos para você enquanto entrevistada deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados às mulheres muçulmanas após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste estudo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de Campinas, no dia 26/02/2009

Este TERMO em duas vias, é para certificar que eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ concordo em participar na qualidade de voluntária do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado a pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para minha saúde resultante da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

**NOME:**

Pesquisador:

---

Entrevistado:

---

Testemunha:

---

Entrevista n. \_\_\_\_\_ Local:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO V



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 26/02/09.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 1096/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0865.0.146.000-08

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: "A RELIGIÃO É DETERMINANTE? MULHERES MUÇULMANAS QUE VIVEM NO BRASIL - UM ESTUDO QUALITATIVO".**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Bianca Stella Rodrigues

**INSTITUIÇÃO:** Hospital das Clínicas/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 10/12/2008

**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/02/10** (O formulário encontra-se no *site* acima)

### II - OBJETIVOS

Interpretar as significações da religião e do modo de vida ocidental na vida das mulheres muçulmanas que vivem no Brasil. Utilizará o método qualitativo.

### III - SUMÁRIO

Utilizará o método qualitativo. Será feita entrevista. Para a inclusão: mulheres muçulmanas de 18 e 40 anos que vivem no Brasil.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após analisar as respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br



## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

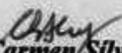
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VI I- DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de dezembro de 2008.

  
**Profa. Dra. Carmen/Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP