

AS EXPRESSÕES DO “TORNAR-SE MOÇA E MULHER” ESTUDO EM UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA DA CIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL*

CHANGING FROM YOUNGSTER TO A WOMAN: A EXPERIENCE

LUIZA A. K. HOGA**

RESUMO

Este estudo trata da descoberta e análise das crenças, significados e expressões do “tornar-se moça e mulher” em uma comunidade de baixa renda da zona urbana da Cidade de São Paulo, Brasil. Teve como base teórica a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger e a etnoenfermagem como método de pesquisa. A coleta de dados foi realizada pelo método de observação participante do contexto onde vivem as mulheres, da qual participaram 14 mulheres, 3 das quais tornaram-se informantes chaves. A forma como as mulheres dessa cultura percebem o “tornar-se moça e mulher” constitui-se na fase geradora do conhecimento básico, que foi utilizado para a visualização de formas de cuidar, específicas para esta cultura.

Unitermos: Mulher. Etnoenfermagem. Cultura.

ABSTRACT

The inquiry tries to discover and analyse the beliefs, meaning and expressions of “turning out from youngster to woman”, in a low income community, belonging to an urban area from Sao Paulo City, Brazil. Leininger’s Diversity and Universality theory upon cultural care, was used as a theoretical foundation and the Ethno-nursing as research method as well. Data collection was worked out considering the Participant Observation Method, taken place over the context where the women lived. The inquiry included 14 women, being 3 of them, the key informant. The way the women belonging to this culture perceive the process of “turning out from youngster to woman”, became the basic knowledge generator phase, which was used for the visualization concerning the specific care ways for this culture.

Keywords: Woman. Ethnonursing. Culture.

* Parte da tese intitulada “A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho”, 1995 - Subprojeto do Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher NAAM-da Escola de Enfermagem da USP.

**Enfermeira Obstetrica. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ENP-EEUSP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César, São Paulo-SP.

INTRODUÇÃO

A descoberta e análise das crenças, dos significados e das expressões da condição de nascer como um ser do sexo feminino, crescer e "tornar-se moça e mulher" em uma comunidade de baixa renda, localizada na zona urbana da Cidade de São Paulo, são o foco deste trabalho.

São, também parte integrante do projeto denominado "Autocuidado na Saúde da Mulher", que vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM) - da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O referido projeto tem como eixo norteador o conhecimento e a sistematização das crenças, dos valores e das práticas de saúde das mulheres moradoras em uma comunidade de baixa renda (favela urbanizada).

O projeto central deste núcleo foi elaborado e executado com o objetivo de desenvolver o conhecimento básico a ser aplicado na assistência à saúde da mulher de baixa renda. No caso desta pesquisa, adotou-se a metodologia qualitativa, mais especificamente a etnoenfermagem.

A finalidade deste artigo é mostrar a forma como as mulheres de uma determinada cultura experienciaram o processo de "tornar-se moça e mulher" vivendo em condições de existência específicas e, a partir disto, desenvolver um corpo de conhecimentos de enfermagem que sirva de base a um tipo de cuidado culturalmente congruente.

Saliento que os dados que serão mostrados nesta pesquisa fazem parte do estudo que realizei nesta mesma cultura, com ênfase nas práticas anticoncepcionais, intitulado "A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho" (HOGA, 1995). Um artigo com ênfase no "tornar-se moça e mulher" é, a meu ver, importante, visto o grande enfoque dado pelas próprias mulheres desta cultura, para esta temática.

A BASE TEORICA: A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE LEININGER

Esta teoria foi elaborada por LEININGER (1988), cujo ponto central é a premissa de que o cuidado que é embasado na cultura é essencial para o bem-estar do cliente, pois beneficia a sua saúde e o mantém saudável. Outro aspecto relevante é que o cuidado humano é um fenômeno universal, mas as formas de cuidar variam culturalmente.

Objetivando facilitar a compreensão do conjunto e dos elementos que compõem sua teoria, GUALDA; HOGA (1992), fizeram a tradução destas conceituações, elaboradas por LEININGER (1985). Serão mostradas apenas duas, que são as principais.

CULTURA - São todos os valores, crenças e normas de comportamento que são aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam as suas formas de pensar, decidir e agir com relação ao cuidado.

CUIDADO - Fenômeno de assistência, apoio ou facilitação a outro indivíduo ou grupo com determinadas necessidades assistenciais, com a finalidade de melhorar as condições das pessoas neste âmbito de suas vidas.

LEININGER (1981) também elaborou pressupostos básicos, alguns destes, apresentados a seguir:

-A Enfermagem é um fenômeno, essencialmente, transcultural que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais ou de estilos de vida específicos dentro de determinada cultura.

-O cuidado, as manifestações, os processos, os valores e as crenças de enfermagem transcultural precisam ser explicados de maneira sistemática e científica, com bases humanísticas.

-As culturas têm seu modo peculiar no comportamento relativo ao cuidado, que é, geralmente, conhecido pelos integrantes da

própria cultura mas, freqüentemente, desconhecido por enfermeiras, que também, possuem a sua bagagem cultural pessoal e profissional.

-As formas simbólicas do cuidado de enfermagem e seu respectivo significado estão, intimamente, relacionados às normas e crenças culturais que demandam estudo sistemático e representam modalidades importantes na compreensão e ajuda a determinados grupos.

O METODO DE PESQUISA

Este estudo empregou o método qualitativo de pesquisa, denominado etnoenfermagem, para descobrir, descrever e explicar as crenças, significados e expressões do "tornar-se moça e mulher", das mulheres moradoras de uma comunidade de baixa renda da zona urbana da Cidade de São Paulo, Brasil.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio do método de Observação - Participação - Reflexão (OPR), sugerido por LEININGER (1991). Foi realizada de forma estruturada por meio das fases de observação, observação com alguma participação, participação e reflexão.

A ENTRADA NA COMUNIDADE

Ocorreu no ano de 1989, quando membros do NAAM receberam solicitação de representantes religiosos e leigos da pastoral da saúde, para prestarmos assistência às gestantes na comunidade. Nesta comunidade viviam 1469 pessoas, compondo 307 famílias. Quanto à idade, 33 tinham idade inferior a 1 ano, 302 entre 1 e 6 anos, 109 entre 7 e 9 anos, 177 entre 10 e 14 anos, 218 entre 15 e 20 anos, 156 entre 21 e 26 anos, 215 entre 26 e 35

anos, 118 entre 36 e 45 anos, 74 entre 46 e 55 e 71 com mais de 56 anos. Dentre as 307 famílias, 157 eram provenientes da Região Nordeste, 135 da Sudeste, 6 da Sul, 5 do Centro-Oeste e 4 da Região Norte do país. Em relação ao tempo de moradia nesta comunidade, 102 famílias moravam no local há mais de 10 anos, 72 entre 6 e 10 anos, 96 entre 1 e 5 anos e 37 havia menos de 1 ano. Questionados quanto à atividade remunerada, 411 pessoas afirmaram tê-la, e destas, algumas famílias possuíam convênio de saúde. Os demais recorriam aos serviços oferecidos pelo Sistema Unico de Saúde - o sistema público oficial de saúde brasileiro.

Esta comunidade pode ser considerada uma subcultura, tendo em vista algumas características que são comuns aos seus moradores. Destacam-se semelhanças existentes nas suas origens, ou seja, famílias que foram chegando para morar nesta comunidade, vindos de outras regiões do país, em busca de melhores condições de vida, ou aquelas que mudaram para o local porque, por algum motivo, não poderiam mais permanecer nas suas moradias de origem. Partilham, há muito tempo, das mesmas condições de vida e de sobrevivência, de acesso ao trabalho, de assistência à saúde, de moradia, de acesso ao lazer, entre outros. Quase todos os moradores se conhecem e compartilham suas idéias nas ruas, nos bares, nas festas e também nos velórios e enterros.

Nos trabalhos com grupos de gestantes, era freqüente o afloramento de assuntos relacionados ao "ser mulher" nesta cultura. Tais conteúdos eram trabalhados em algumas sessões com as gestantes, o que permitia identificar algumas informantes.

As fases da observação participante sucederam-se concomitantemente ao desenvolvimento dos trabalhos com as gestantes, o que torna difícil delimitar precisamente as três primeiras fases, ou a observação, a observação com alguma participação e a participação com alguma observação.

INFORMANTES GERAIS E INFORMANTES-CHAVE

Participaram 14 informantes, com idades variando entre 17 e 63 anos, que iam-se tornando informantes pela demonstração de interesse no assunto, pelas experiências vividas e pela empatia que se estabelecia entre as partes. O critério utilizado para o término das entrevistas foi a saturação, entendida como a repetição constante de dados, além da inexistência de informações até então desconhecidas. Das 14 mulheres, 3 tornaram-se informantes-chave.

A ANALISE DOS DADOS

Percebi neste estudo, que as mulheres tinham a preocupação de mostrar-me a trajetória de vida que cada uma delas tivera, em relação a tudo o que tem algo a ver com o “tornar-se moça e mulher”.

A proporção que vão percebendo que estão passando por uma sucessão de mudanças corporais e psicológicas, ficam alertas em relação às conversas de outras mulheres com mais idade, principalmente quando o assunto tem alguma relação com o corpo feminino e passam a aproveitar as oportunidades de aprendizado que vão aparecendo à sua volta. O conhecimento, então, vai sendo adquirido informalmente, à medida que a curiosidade sobre aos assuntos afins vão-se aguçando, ora ouvindo as conversas das mulheres com mais experiência, dentro do próprio círculo familiar, como as irmãs mais velhas, das vizinhas, das amigas, entre outras; ora por meio da própria vivência.

Estas jovens ouviam as conversas das pessoas nos assuntos que lhes interessavam e ao chegar à puberdade, tinham apenas noções sobre o próprio corpo e sobre as modificações que estavam acontecendo consigo. O que sabiam era captado durante as oportunidades que apareciam, pois, via de regra, não havia quem lhes oferecesse explicação sobre estes assuntos.

Este período de seu desenvolvimento físico e emocional foi vivenciado, descobrindo e se conhecendo as transformações de seu corpo conforme as mudanças iam acontecendo: isto porque, mesmo que quisessem saber mais e antecipadamente sobre estas transformações teriam dificuldades na obtenção das informações. Além de se encontrarem prestes a vivenciar algo que lhes era estranho, foram habituadas a ver as mulheres tratarem esses assuntos em “clima de mistério”, o que, certamente, lhes influenciava em suas formas de vislumbrar e vivenciar o processo.

Com o que captavam de uma fonte e de outra, formulavam um imaginário sobre o “tornar-se moça”. Vivenciavam esta fase com os poucos conhecimentos de que dispunham, permanecendo, portanto, com muitas dúvidas. Quando se sentiam mais encorajadas a procurar mais conhecimentos sobre as modificações que estavam ocorrendo em seus corpos, recorriam às pessoas que se encontravam a sua volta e demonstravam já ter mais experiência. Tais assuntos não eram tratados com naturalidade, pois mesmo as mais maduras tinham certa relutância para abordar estes assuntos.

Recordam a ausência da figura materna como fonte de informação, já que não ensinavam nada sobre estes assuntos para as filhas, por sua própria iniciativa. As mães atuam, apenas, quando forçadas a dar alguma orientação e assim mesmo, quando as próprias filhas conseguem vencer o obstáculo da vergonha de perguntar. A sensação de desconforto demonstrada pelas mais idosas ao abordarem estes assuntos, além do fato de serem considerados como tabus, contribui para aumentar as barreiras frente ao aprendizado.

A puberdade, portanto, foi vivenciada por estas mulheres num vazio ocasionado pelo despreparo, com a sensação de insegurança em relação a algo desconhecido que está para lhe acontecer. Apesar disso, a experiência da primeira menstruação era aguardada pelas jovens, que atribuíam ao primeiro fluxo menstrual a representação de um marco para as

suas vidas. Passam a autodenominar-se “moças”, após sua ocorrência. Ela possui o valor íntimo de um rito de passagem.

Apesar de ter sido um momento significativo na vida destas jovens, a primeira menstruação foi uma experiência solitária, permanecendo restrita à sua intimidade, e vivenciada com insegurança, já que era algo sobre a qual considerava não ter conhecimento suficiente.

Além disso, sentiam-se envergonhadas com o que lhes estava acontecendo e tinham a preocupação de ocultar o fato das pessoas ao seu redor.

A puberdade ou o “tornar-se moça” é recordado, portanto, como uma época em que foram levadas vivenciar o processo e, concomitantemente a ele, aprender a adaptar-se à nova condição, conforme as transformações iam aparecendo e acontecendo com o próprio corpo. Os conhecimentos sobre as mudanças que ocorrem nesta fase da vida estavam, diretamente, relacionados às possibilidades que estas jovens tinham de abordar estes assuntos com outras mulheres, que viviam em seu meio e que se dispunham a conversar sobre tais assuntos.

Ter vivenciado o processo do “tornar-se moça” e todas as conseqüências decorrentes dele sob tais circunstâncias, com a própria experiência, buscando saber alguma coisa por meio das mulheres que estavam à sua volta, fez com que as jovens guardassem alguns sentimentos de repúdio em relação ao despreparo que lhes foi oferecido e que lhes impediu de terem vivido melhor as experiências na puberdade.

Avaliam as mais experientes que, atualmente, as jovens possuem melhores condições de acesso às informações e, portanto, estão mais preparadas para vivenciar o processo do “tornar-se moça”. Porém, hoje, estas senhoras, que, outrora, não chegaram a receber a educação que consideravam necessária naquela fase da vida e que lastimam este fato, hoje, como mães, delegam esta responsabilidade a outros, como à televisão e à escola.

Após terem vivenciado uma seqüência de

estados em seu próprio corpo que se transformou, começam a aflorar-lhes interesses com relação às pessoas do sexo oposto.

Na época de “tornarem-se moças”, as jovens já começam a perceber que as pessoas de sua família preocupam-se em mantê-las dentro de padrões de condutas que julgam ser os mais apropriados para uma moça. Assim sendo, recebem recomendações para que elas não se desvirtuem do padrão que é considerado como desejável e tomem os devidos cuidados para não serem influenciadas pelas “más companhias” que, eventualmente, poderiam desviá-las das formas de condutas desejadas.

Nessa época, estas jovens começam a envolver-se, sentimentalmente, com pessoas do sexo oposto, iniciando a fase do namoro.

Nessa fase as jovens vêem-se diante do dilema entre o “tornar-se mulher”, entendida nesta cultura como o início da atividade sexual, e a manutenção de sua virgindade até o momento do casamento. A dúvida diante da decisão de “tornar-se mulher” paira no pensamento das jovens, que sofrem a tentação de satisfazer um desejo que emana de seu íntimo, associado às investidas do próprio namorado, que deseja iniciar as relações sexuais.

De outro lado, advém a insegurança e o medo de assumir-se como uma jovem transformada em mulher. Isto significa ter que assumir uma nova condição enquanto pessoa, pois o “tornar-se mulher” traz a conotação de um caminho sem volta e, portanto, de uma situação que é irreversível. Diante de um passo na vida considerado tão importante, sentem-se no dever de controlar o impulso do desejo de ter relações sexuais com o seu parceiro.

A decisão de tornar-se mulher é influenciada por muitos fatores. Entre eles, a condição de mulher solteira que não é mais virgem, muito temida pelas próprias jovens, pois elas têm ciência de tal atitude ser reprovada socialmente. Percebe-se que os próprios membros da família, principalmente as mães, devem zelar para que isto não chegue a ocorrer com as suas filhas.

Quando, após alguma relutância, se decidem pela iniciação sexual antes do casamento, as próprias jovens enquadram-se na condição de “mulher perdida” ou de mulher que resolveu “dar-se” ao homem.

As mulheres justificam suas ações e decisões de diversas formas. Em algumas situações, o tornar-se mulher é visto por elas como uma forma de manifestar a legitimidade de seu sentimento de amor, quando não se considera uma possível interrupção daquela relação, pois, importa, apenas, a concretização de seu desejo. A própria jovem decide arcar sozinha com as possíveis conseqüências de seu ato.

Outras vezes, a iniciação sexual fora do casamento é vista pela jovem como um momento em que o sentimento e o desejo predominaram sobre a razão, ou seja, uma perda momentânea da razão, e esforçam-se para que isto não ocorra consigo.

Porém, quando a jovem “se perde”, ou como dizem “apronta” existe a preocupação em tentar remediar a situação, pois a condição de moça “perdida”, em geral, não é bem aceita pela sua família.

O fato do namorado assumir o casamento com a moça, que agora já é uma mulher, é visto por ela como uma condição privilegiada, pois, nem sempre, a união formal chega a concretizar-se. Nos casos em que, além da iniciação sexual, o casal de namorados vê-se surpreendido com a ocorrência de uma gravidez, tenta remediar a situação com o casamento. Existe, em alguns casos, a preocupação da jovem em ocultar a gravidez de sua família, por medo das reações, provavelmente, negativas.

As maneiras das famílias reagirem à iniciação sexual da jovem solteira têm-se mantido no decorrer dos tempos de uma forma recriminatória, embora as formas de punição de tal comportamento tenham-se suavizado nas épocas atuais. Percebe-se, então, a existência de diversas formas das famílias reagirem, de acordo com a época da ocorrência. A reação familiar à iniciação sexual da jovem, antes do casamento, há

algumas décadas, era motivo de uma atitude severa, tomada, geralmente, pelo pai da jovem.

Em tempos mais recentes, constata-se que a reação familiar à iniciação sexual da jovem solteira atenuou-se, no que se refere às represálias; porém, a abstenção sexual antes do casamento continua a ser encarada como algo de valor positivo. Existe, inclusive, a conotação de que o zelo para que a jovem permaneça virgem cabe às mães, que orientam suas filhas, implícita ou explicitamente, a postergar tal acontecimento para depois do casamento. Porém, quando o receio das mães torna-se um fato, a jovem não deixa de ser recriminada pela sua atitude. Nesse caso, a preocupação da família volta-se à prevenção de uma possível gravidez, que não é desejada nestas circunstâncias.

Quando a jovem inicia sua atividade sexual, além da prevenção para não “arrumar barriga”, existe a preocupação com um possível aumento de despesas familiares, pela chegada da criança para sustentar. Percebe-se que há um consenso geral de que, caso uma jovem venha a engravidar e o seu parceiro não assuma a paternidade, resta à jovem mãe e à sua família a responsabilidade pela criação do filho.

Além destas jovens, que se casaram após terem “aprontado” com seus namorados, existem outras que seguem o comportamento padrão idealizado pelo grupo –namorar–noivar–casar– e vão aprendendo esta mensagem cultural no decorrer de sua existência como sendo a mais correta. Vivenciar cada etapa do processo é motivo de orgulho para estas mulheres.

Porém, nem todas as jovens chegaram a seguir tal caminho. Estas, então, decidem a questão à sua maneira e, simplesmente, “juntam-se”, iniciando uma vida conjugal decidida em comum acordo.

A resolução por meio do “juntar-se” constitui-se também numa forma de satisfação para o casal, principalmente no sentido da obtenção de privacidade para a vida conjugal. Quanto à questão da moradia para casais recém-formados, observa-se que

nesta comunidade é comum a existência de conglomerados residenciais num mesmo terreno, pois os quartos vão sendo construídos à medida que a família aumenta, enquanto existir espaço para tal.

A família é idealizada, então, pela jovem que deseja constituí-la, como algo que lhe trará felicidade, muito embora seja alertada sobre possíveis contratempos que possam advir.

Existem situações em que o casamento é impulsionado pela necessidade de fuga das condições familiares insuportáveis, que, na visão das mulheres, seriam remediadas pela formação de um novo lar com o companheiro.

Independentemente da situação em que se encontravam estas jovens, o momento do “tornar-se mulher” foi vivenciado em meio a muitas ansiedades, pois as mulheres não chegaram a ter orientações prévias sobre isso. Tais conhecimentos foram sendo adquiridos com a própria experiência.

As mulheres demonstram situações em que se sentiram surpreendidas por vivenciar sua primeira experiência sexual, sem qualquer preparo ou conhecimento prévio, mesmo que esta tenha ocorrido após o casamento. O que idealizavam sobre o casamento eram imagens que foram captadas no dia-a-dia, ou seja, da mulher que casava e passava a cuidar de seu próprio lar.

Quando estas jovens sentiam-se atraídas pelos assuntos da área sexual e reprodutiva e buscavam informações das pessoas que estavam à sua volta, deparavam-se com a resistência destas em falar sobre isso. Algum conhecimento era adquirido apenas após alguma insistência, e assim mesmo, quando o ambiente do convívio dava liberdade para a jovem perguntar sobre o que desejava saber.

Os relatos mostram que, também no que se refere ao processo de “tornar-se mulher”, os conhecimentos foram sendo adquiridos no decorrer das próprias experiências, pois não chegaram a ter prévio acesso às informações mais profundas sobre o assunto.

A TEORIA DO CUIDADO CULTURAL E SUAS IMPLICAÇÕES NAS AÇÕES E DECISÕES DA ENFERMAGEM

O “tornar-se moça e mulher” nesta cultura mostra-se como um verdadeiro rito de passagem. Esta experiência foi vivida por elas na solidão de sua intimidade, cercada pelo despreparo, ansiedade e insegurança, que caracteriza também muitos outros aspectos de sua vida. Esta dado foi mostrado pelo estudo de HOGA (1995), cujo grande tema central traduziu-se como o ficar “à mercê do cotidiano” onde a mulher vai seguindo o seu caminho também no tocante ao “tornar-se e ser mulher”.

LEININGER (1991) prevê, em sua teoria, que a enfermagem deve estudar a cultura com a finalidade de preservar, acomodar ou reestruturar o cuidado cultural. Nesta pesquisa, esta teoria traduz-se como a geração do conhecimento básico sobre o “tornar-se e ser mulher” nesta cultura para, a partir de então, identificar e implementar o cuidado, não apenas os específicos para esta cultura, como também os de caráter universal.

Ao planejar-se uma forma de cuidar específica para esta cultura, há que se ter sempre em mente que o “tornar-se moça e ser mulher”, nesta cultura, e que as condições sócio-econômicas, nas quais se inserem, são fatores indissociáveis, que interagem reciprocamente.

Assim sendo, trabalhando na área da saúde, com populações marginalizadas, emergem constantemente as questões relativas à cidadania. Embora integrem um conjunto de múltiplas determinações que compõem nossa estrutura social, como cidadãos e, principalmente, como profissionais, não podemos permanecer alheios a estas questões.

PATRICIO (1992) sugere que os cuidados básicos de saúde envolvem esta dimensão e são formas de “alfabetizar” para a saúde. Embora estas ações não consigam resolver os problemas da conquista da cidadania, na visão desta autora, e com a qual concordo,

servem como ponto-de-partida para um processo a ser desencadeado.

Dentre outros tantos problemas que as cercam, a questão da dificuldade de acesso à educação formal afeta as crianças e adolescentes desta comunidade. Um censo que realizamos no ano de 1990, mostrou que a grande maioria das pessoas moradoras desta comunidade não conseguia ultrapassar a fase de alfabetização, pois chegavam a estudar apenas até à 3^a ou 4^a séries do primeiro grau, o que acarreta grandes dificuldades cognitivas, de acesso e de aprendizado dos assuntos necessários para uma vivência esclarecida e menos traumática da fase do "tornar-se moça e mulher".

Neste contexto sócio-cultural, onde as crianças e adolescentes crescem e desenvolvem-se sob o estigma da carência e da marginalização, creio ser mais produtivo introduzir e desenvolver programas específicos de atenção à saúde, como uma forma de minimizar a problemática existente.

Entretanto, preliminarmente a isto, devemos fazer as mesmas reflexões de GOMES (1996), segundo o qual temos que repensar o mito do poder do processo educativo em si. Este não pode se dissociar das transformações mais amplas no âmbito social, incluindo ofertas de trabalho dignos e uma escolarização regular que contemplem o saber constituído e também as informações relativas à prevenção e promoção da saúde em geral. Este autor alerta ainda sobre a importância fundamental de não adotar-se medidas reducionistas para a promoção da saúde pois, a "miopia das ações preventivas revelam uma redução da ótica que se tem dos problemas a serem prevenidos".

Corroboro, ainda, com a idéia de GOMES (1996) de que, para que o setor de saúde possa atender a esta complexa realidade, é necessário uma ação voltada para a promoção de articulação numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.

Creio, como enfermeira e integrante desta equipe, que a transmissão de informações e a educação para a saúde é essencial, seja no

âmbito das instituições como em nível comunitário.

Acredito, assim como ELSSEN *et al.* (1992) que, a partir de uma prática educativa, incluindo o diálogo, reflexão, ação e participação, é possível desenvolver o processo da cidadania.

Os membros do NAAM já vêm atuando nesta comunidade há quase uma década, realizando grupo de promoção da saúde para adolescentes, gestantes, visitas domiciliares ao binômio mãe-filho, entre outros. A nossa atuação nesta comunidade tem continuidade porque, a meu ver, os componentes deste núcleo de assistência e pesquisa conseguiram apreender o contexto sócio-cultural e considerá-lo preponderante no planejamento e consecução do cuidado cultural.

No nosso processo de atuação comunitária, saliento alguns aspectos, que considero essenciais. Um deles diz respeito ao estabelecimento de confiança mútua entre o profissional, que não pertence à cultura e o nativo ou o morador da comunidade. Tal interação começa a se estabelecer, apenas, após um certo período de tempo, quando ambos começam a se sentir, suficientemente, familiarizados para externar suas idéias e sentimentos, sem receio de serem menosprezados.

Outro aspecto refere-se à dificuldade que as mulheres têm em interagir num processo educativo participativo. Por viverem em condições de marginalização e repressão crônicas, participar neste tipo de estratégia é visualizado, no início do processo, como algo novo, porém assustador, ao qual aprendem a se acostumar até tornar-se algo do dia-a-dia em suas vidas. Este tipo de vivência, também, constitui-se numa conquista pessoal e, por esta razão, considero que deva ser estimulada, oferecendo-lhes novas oportunidades de participação em grupos de atenção à saúde.

A dinâmica grupal, porém, quando for oferecida, não pode constituir-se em um processo padronizado e único. Se assim o for, corre-se o risco de se oferecer atendimento pleno apenas a algumas mulheres, colocando

as demais à margem do processo, legitimando, mais uma vez, a sua condição marginal. Além disso, com esta forma de atuar, poderemos estar satisfazendo, apenas, a uma necessidade emanante da própria equipe de profissionais. Creio ser necessária a avaliação “intra e extra muros” de qualquer abordagem adotada na educação para a saúde, para se evitar a perpetuação de formas de assistir à mulher, onde os “excluídos” permanecem nesta mesma condição indefinidamente.

Os profissionais de saúde que atuam, principalmente em instituições públicas, devem estar atentos à questão da marginalidade social, que afeta grande parte da população na América Latina. É um problema extremamente complexo, que envolve muitos fatores e intimamente vinculada também, nas questões relativas à saúde. GREENLEAF (1991) afirma que tanto a expectativa em relação ao cuidar, quanto os recursos e suportes necessários para este ato devem ser visualizados no contexto social, para que ocorra um efetivo cuidado. E a tentativa de contemplar ambos os aspectos que torna tão difícil, complexa e árdua a tarefa de cuidar/assistir em comunidades carentes, pois a situação de marginalidade e de pobreza acabam interferindo em quase todos os aspectos da intervenção profissional na área da saúde.

Na minha atuação nesta comunidade, tenho buscado ter esta problemática sempre em mente. Dentro das possibilidades que o contexto me permitem, na área de educação para o autocuidado, tenho adotado a estratégia de partilhar experiências já vivenciadas pelas próprias mulheres participantes do grupo, trabalhando questões que emergem no decorrer do processo. Esta forma de condução grupal têm sido avaliada positivamente, seja pelos alunos, que sentem-se valorizados por poderem participar ativamente nas ações educativas; seja pelas mulheres, que expressam satisfação ao sentirem-se atendidas em suas reais necessidades de aprendizado.

A eficiência da utilização de um modelo pedagógico, onde tanto os educadores, e prin-

cipalmente, os educandos, contribuem para o aprendizado individual e onde o foco central é a necessidade manifesta pelo educando, foi testada por BARBIERI (1996). Esta utilizou-se da perspectiva didática andragógica na condução de grupos de planejamento familiar, e constatou que a eficácia da atividade educativa realizada neste referencial foi melhor se comparada ao processo pedagógico tradicional.

Outro aspecto que se evidencia, relaciona-se à dificuldade que estas mulheres têm em apreender o que lhes é transmitido e, neste, incluem-se-lhes as orientações relativas ao conhecimento do corpo, muito desejadas por tais mulheres nos seus depoimentos. Há, portanto, que se considerar o nível educacional, já mencionado, interferindo, mais uma vez, em sua capacidade cognitiva e de apreensão dos conteúdos transmitidos. Aos profissionais, por sua vez, cabe permanecer atentos ao uso da linguagem e recursos audiovisuais a serem utilizados, para que não se constituam em uma barreira à comunicação.

Para contemplar este aspecto, creio ser de grande valia, o conhecimento da terminologia popular e utilização de materiais educativos, preferencialmente elaborados a partir dos conhecimentos e representações que as próprias mulheres possuem, e que vão ao encontro de suas expectativas. Acredito que esta seja uma forma de favorecer a aproximação entre educador e educando, com vistas a alcançar melhor êxito no processo.

Um dos grandes anseios destas mulheres, que na visão delas, melhoraria a qualidade da vivência do “tornar-se mulher”, diz respeito ao conhecimento de seu próprio corpo e, conseqüentemente, a ter algum domínio sobre ele; considero ser esta uma etapa fundamental, para o exercício de sua cidadania.

Considero ser essencial, ainda, o envolvimento do enfermeiro no âmbito da educação à saúde. Acredito que este processo deva-se iniciar na infância, seja na unidade escolar, seja na família e/ou comunidade. Porém, este

é um anseio que está distante de se concretizar nesta comunidade, visto que as mulheres possuem poucas fontes de conhecimento às quais poderiam recorrer. Reafirmo, mais uma vez, que, no caso das populações marginalizadas, há necessidade de um tratamento “especial”, na tentativa de quebrar o círculo vicioso no qual estão imersas e propiciar novos rumos às suas vidas, no tocante aos conhecimentos sobre o “tornar-se e ser mulher”.

Não podemos deixar que a educação para o conhecimento do corpo, seja este masculino ou feminino, ocorra às vésperas da puberdade ou, até, mais tarde, onde os jovens vivenciam experiências, “atropelados” pelas próprias mudanças que vão ocorrendo em seu corpo e em seu desenvolvimento físico e mental. Na infância, encaravam o processo de aprendizagem sobre o corpo e seu desenvolvimento de maneira natural e desejavam que a assimilação destes conhecimentos acompanhasse o mesmo princípio. O clima de mistério e de algo que é vergonhoso, foi-lhes transmitido pelos adultos que, por sua vez, aprenderam a encarar os assuntos referentes ao crescimento e desenvolvimento dessa maneira.

A compreensão da bagagem cultural coloca-se, portanto, como um conhecimento fundamental a ser considerado, devendo ficar o conhecimento e a visão do profissional a serviço daquele. Considero ser imprescindível visualizarmos que a educação, para o autocuidado, deva levar em conta a prioridade dada pelas mulheres às suas próprias crenças e valores. Cabe ao profissional, a partir de então, tentar desenvolver um meio para que o seu conhecimento seja decodificado em linguagem adequada ao grupo ao qual se destina, e, assim, contribuir para que suas práticas de saúde incorporem uma base científica.

Acredito que a conscientização sobre a bagagem da própria cultura, por parte do enfermeiro, e a constatação das similaridades e diferenças entre a nossa e a cultura “do outro” com o qual interagimos profissionalmente, fará com que os enfermeiros tornem-

se, cada vez mais, sensíveis às diferenças existentes entre as pessoas, de acordo com a sua cultura.

A visualização da cultura, neste caso, é indissociável ao contexto da marginalidade, da pobreza e seus reflexos nos vários âmbitos da saúde das mulheres. A visão ampla da cultura e principalmente, do papel do contexto é discutida por WENGER (1991), que considera fundamental estabelecer-se a relação entre cuidado e contexto.

O conhecimento das crenças e valores culturais relativos às jovens, e neste caso, ao “tornar-se moça e mulher” dentro de um determinado contexto sociocultural determina um cuidar em enfermagem apropriado às jovens, seus pais e familiares, e o conhecimento da bagagem cultural é necessário para a provisão de um excelente cuidado de enfermagem transcultural. De acordo com ANDREWS (1995), a enfermeira deve converger sua atenção nesta direção e preocupar-se em atender as expressões das expectativas das jovens no tocante do “tornar-se moça e mulher”.

E, com respeito à bagagem cultural das mulheres, uma vez conhecida, propiciar a preservação, acomodação e reestruturação do cuidado cultural, neste caso, devidamente contextualizada socio-culturalmente, pois esta é a meta final da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREWS, M.M. Transcultural perspectives in the nursing care of children and adolescents. IN: ANDREWS, M.M.; BOYLE, J.S. Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia, Lippincott, 1995. cap. 4, p. 123-180.
- BARBIERI, M. O enfermeiro na educação de adultos em planejamento familiar. São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
- ELSEN, I. *et al.* Cidadania: um novo conselho para a prática da enfermagem com famílias? Texto & Contexto-Enf. 1(1):106-15, 1992.
- GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev. Esc.Enf.USP, 26(1):75-86, 1992.

- GOMES, R. Processo saúde-doença ligado à sexualidade de meninas que vivem na rua. Rev. Latino-Am. Enf. Ribeirão Preto, 4(1):163-76, 1996.
- GREENLEAF, N.P. Caring and not caring: the question of context. In: CHINN, P.L. Anthology on caring. New York, NLNP, 1991. cap.6. p. 71-84.
- HOGA, L.A.K. A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho. São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP].
- LEININGER, M.M. The phenomenon of caring: importance, research question and theoretical considerations. In: National Caring Conference, 3, Grove Road, 1981. Proceedings. Grove Road, 1981. p.3-15.
- _____. Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. Nurs. Health Care 6(4):209-12, 1985.
- _____. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. Nurs.Sci., 1(4):152-60, 1988.
- _____. Culture care diversity & universality: a theory of nursing. New York, NLN., 1991.
- PATRICIO, Z.M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. Texto & contexto-Enf. 1(1):89-106, 1992.
- WENGER, A.F.Z. The role of context in culture-specific care. In: CHINN, P.L. Anthology on caring. New York, NLNP, 1991, cap. 8, p. 95-110.