

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Departamento de Ecologia Humana

MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

"O ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE
DE ETNIA CIGANA NO ESPAÇO FÍSICO
HOSPITALAR.

UM CASO ESTUDO – O SERVIÇO DE
URGÊNCIA DO HOSPITAL DOUTOR JOSE
MARIA GRANDE"



159592

ELABORADO POR: Sónia Maria Pires Batista

ORIENTADOR: Professor Rui Braz Afonso

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

ÉVORA

MAIO / 2006

AGRADECIMENTOS

Ao terminar o seu trabalho, quer aqui deixar os melhores agradecimentos, aqueles que de certa forma permitiram e ajudaram a sua realização:

- Ao Prof. Braz Afonso, na qualidade de orientador, pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstrou;
- À chefe do serviço onde exerce funções, tal como colegas de serviço, ao apoio prestado e facilidades de horário que muito contribuiu para a realização deste trabalho;
- A todos os colegas do Serviço de Urgência do Hospital de Portalegre e utentes ciganos que facilitaram a realização do estudo;
- A todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta participaram neste trabalho;
- À família e ao meu namorado, pelo apoio e encorajamento prestado.

A todos um MUITO OBRIGADO.

ABREVIATURAS

Cig. – Cigano

Enf. – Enfermeiro

H.D.J.M.G. – Hospital Doutor José Maria Grande

S.O. – Serviço de Observações

RESUMO

Esta temática é de certo modo complexa e muito abrangente. A cultura é um fenómeno universal que se manifesta em todas as sociedades humanas como forma de responder às necessidades do Homem. Contudo, não existe uniformidade na resposta a essas necessidades porque não existe apenas uma cultura mas sim várias culturas.

A diversidade cultural manifesta-se em diferentes padrões culturais, tal como as relações interpessoais no grupo, a forma como se passam os tempos livres e se ocupa determinado espaço, podem representar comportamentos padronizados numa determinada sociedade.

Uma situação de doença/desequilíbrio obriga o doente a tornar público por assim dizer a sua situação quando recorre à instituição de saúde. É abandonado o domínio privado da doença e o grupo restrito no qual se está inserido, para se dar entrada num hospital onde a doença é socializada.

Para o utente de etnia cigana, a permanência num hospital é complicada, além do stress associado à situação clínica que não consegue controlar, vê-se ao mesmo tempo afastado do seu grupo, do seu espaço, do seu ambiente, levando-o a sentimentos de insegurança extremos, medo e desconfiança perante o desconhecido, no que diz respeito aos técnicos de saúde que lhe prestam cuidados assim como ao espaço físico propriamente dito que lhe é estranho e confuso.

A intervenção do enfermeiro num Serviço de Urgência, junto de uma comunidade que possui uma cultura diferente, como seja, a comunidade cigana, pressupõe então um conhecimento da mesma a fim de se conseguir interpretar as suas atitudes e comportamentos.

Tentando compreender melhor aquela relação, desenvolveu este trabalho confrontando as atitudes manifestadas entre enfermeiro versus cigano no serviço onde por questões profissionais desempenha a sua actividade.

Pretende-se com esta dissertação, um estudo sobre as questões que esta relação invoca, configurando como estratégia de pesquisa, o estudo de caso.

ABSTRACT

The Nurse in the Presence of Patients from the Gypsy Community in the Hospital Environment. A Case Study – The Emergency Service at H.D.J.M.G.

This subject is in a certain way complex and very wide-ranging. Culture is a universal phenomenon that appears in all human societies as a reflection of mankind. However, there is no uniformity in these reflections because there is not just one culture but various cultures.

Diverse culture is expressed in different cultural ways, such as the interpersonal relationships within a group, in the way that free time is spent and the occupation of a specific space, can lead to different behaviour within a certain social group.

Illness and confusion makes a patient speak out about his/her situation when appealing to the health service. Individual privacy is removed from the patient and the group is restricted to where they are placed, to allow the admission of the patient into the hospital.

For gypsy patients staying in a hospital is complicated. In addition to the stress associated with a clinical situation which they are unable to control, they must spend time removed from their group, from their home and environment. This leads to an increase in excessive feelings of insecurity, fear and lack of confidence in the face of the unknown, such as the health professions responsible for their care as well as the hospital environment which is strange and confusing.

The work of the nurse in the Emergency Department, together with a community from a different culture, presupposes a knowledge of that community that enables the interpretation of their attitudes and behaviour.

Endeavouring to achieve a better understanding of these issues developed in this work, we must examine the attitudes displayed between the nurse and the gypsy where professional disputes appear during treatment.

This dissertation intends to present a study of the disputes that this relationship produces, together with an investigation and case study.

ÍNDICE

	f
0 – INTRODUÇÃO	12
1 – ECOLOGIA GERAL	15
2 – ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA	19
3 – ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA E O ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE DE ETNIA CIGANA NO ESPAÇO HOSPITALAR	21
4 – ASPECTOS CULTURAIS	24
5 – A ENFERMAGEM	31
5.1 – A Sua Origem	31
5.2 – A Prática de Enfermagem	33
5.3 – O Enfermeiro no Serviço de Urgência	36
5.4 – A Imagem Pública da Enfermagem	37
6 – O CIGANO	39
6.1 – História do Povo Cigano	39
6.2 – Vivência Social e Cultural do Cigano	42
7 – ESPAÇO HOSPITALAR	53
7.1 – Evolução da Instituição	53
7.2 – O Serviço de Urgência	54

7.2.1 – O Serviço de Urgência do HDJMG	58
7.3 – Percepção do Espaço Hospitalar	60
7.4 – O Enfermeiro versus Cigano no Espaço Hospitalar	63
8 – O ENFERMEIRO VERSUS CIGANO PERANTE A SAÚDE E A DOENÇA	68
8.1 – Evolução dos Conceitos de Saúde	71
8.2 – O Enfermeiro perante o Cigano na Doença / Morte	80
8.3 – O Enfermeiro perante o Cigano no Serviço de Urgência	86
9 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	89
9.1 – Método Utilizado	89
9.2 – Tipo de Estudo	90
9.3 – Terreno de Pesquisa e Definição da População	90
9.4 – Amostra	91
9.5 – Instrumento de Colheita de Dados	93
9.5.1 – Pré-Teste	94
9.5.2 – Entrevista	95
9.5.3 – Observação Directa	97
9.6 – Recolha de Dados	98
10 – TRATAMENTO DE DADOS	99
11 –ANÁLISE DE DADOS.....	102
12 – CONCLUSÃO.....	111
13 – BIBLIOGRAFIA.....	117
ANEXOS	126
Anexo I – Planta do serviço de urgência do HDJMG.....	127
Anexo II – Matriz do guião de entrevista aos enfermeiros intervenientes no estudo.....	129

Anexo III – Matriz do guião de entrevista aos ciganos intervenientes no estudo.....	131
Anexo IV – Matrizes de análise e gráficos das entrevistas aos ciganos e enfermeiros.....	133

0 – INTRODUÇÃO

No mundo em que hoje se vive, perante imensas e aceleradas modificações, é imposto ao ser humano uma constante readaptação ao meio que o acolhe, de forma a conseguir harmoniosamente nele viver, privilegiando as relações com aqueles que nos rodeiam, sendo estes mais ou menos semelhantes a si no que diz respeito à forma como vivem o seu dia-a-dia de acordo com a sua cultura, hábitos ou costumes.

É importante reconhecer essas diferenças e conseguir consequentemente entendê-las e respeitá-las. Tudo isto tem ainda mais significado quando o sujeito é submetido pela sua actividade profissional, a lidar constantemente, no seu dia-a-dia, com esta diferença de cultura, tal como o enfermeiro no seu espaço hospitalar. A este espaço recorrem variadíssimas pessoas em desequilíbrio físico/psíquico e a pessoa sente-se vulnerável face ao receio pela sua situação de doença, agravada ainda pelo eventual afastamento do seu grupo. O doente vê-se de uma forma brusca num espaço físico completamente diferente do seu espaço habitual, perante pessoas que pensam e agem diferente de si, mas das quais depende para o restabelecimento do seu bem-estar.

É aqui que surge uma relação que poderá não se desenvolver da forma mais adequada. Será que existe por parte do enfermeiro, que recebe o utente de etnia cigana no serviço de urgência, um conhecimento, um desenvolvimento de saberes, aptidões e competências para saberem lidar e consequentemente conseguirem prestar cuidados eficazes a este tipo de utentes?

No decorrer da sua actividade profissional deparou-se muitas vezes com a existência, por parte dos enfermeiros, de uma extrema dificuldade em lidar com os utentes ciganos no serviço de urgência onde exerce funções. Principalmente no que diz respeito a dificuldades de entendimento face ao que as diferentes culturas representam no que diz respeito a variadíssimos aspectos.

Surgiu então esta curiosidade em estudar a relação entre estes dois grupos em determinado ambiente, espaço, permitindo eventualmente descobrir possíveis soluções que promovam a sua melhoria e consequentemente contribuir para o aumento da eficácia na prestação de cuidados, nesta equipa de enfermeiros deste serviço específico. Torna-se então importante verificar até que ponto os hábitos e costumes dos ciganos podem alterar a dinâmica do serviço de urgência, tentando identificar adaptações que o serviço possa fazer no sentido de ir ao encontro dos utentes.

Foi então importante a aquisição de mais conhecimentos acerca destes dois grupos (os ciganos e os enfermeiros), relativamente aos aspectos culturais, à evolução da enfermagem e da sua imagem pública, e ainda em relação à enfermagem de urgência especificamente por se tratar daquela que mais lhe interessa para o estudo.

A história do povo cigano é com certeza um ponto fulcral a estudar desde as suas origens, a fim de os conhecer melhor, saber do seu percurso e da forma como estes têm vivido e sobrevivido ao longo dos tempos, sendo estes uma minoria.

Como elemento relacional entre estes dois grupos, surge o espaço físico hospitalar, do serviço de urgência, uma vez que se trata do ambiente concreto onde esta relação enfermeiro-cigano se desenvolve.

Importante também e ao mesmo tempo necessário, foi conhecer os conceitos de saúde/doença face aos diferentes intervenientes desta relação, assim como a sua evolução ao longo dos tempos, para que se possa entender da parte de ambos, a importância e os resultados esperados aquando da intervenção de um técnico de saúde num serviço de urgência.

A intervenção do enfermeiro junto de uma comunidade que possui uma cultura diferente, como seja, a comunidade cigana, pressupõe um certo grau de conhecimento de forma a compreender as suas atitudes, comportamentos e obrigatoriamente as suas necessidades. *“É importante conhecer melhor, para mais facilmente compreender e poder ajudar.”* (Matos et al, 1999:50)

Este estudo foi então desenvolvido no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, averiguando a forma como a doença pode desequilibrar a relação entre o indivíduo e o ecossistema, dependendo da representação social que se tem desta.

Foi escolhida a etnia cigana por se tratar do grupo de cultura minoritária mais afluyente a este serviço, e por serem, como anteriormente referido, detectados problemas no âmbito do relacionamento interpessoal neste espaço.

Assim sendo, foi definida como problemática para este trabalho:

“A Relação entre o Enfermeiro e o Utente de Etnia Cigana no Espaço Físico Hospitalar. Um Caso de Estudo – O Serviço de Urgência do HDJMG”.

Apresenta-se desta forma como **objectivo geral**:

- * Identificar as principais dificuldades sentidas pelo enfermeiro perante o utente cigano na sua adaptação ao novo espaço de vivência.

E como **objectivos específicos** do estudo:

- * Analisar a influência da cultura na relação do enfermeiro com o utente de etnia cigana;

- * Averiguar a qualidade e quantidade de informação que o enfermeiro possui relativamente ao utente de etnia cigana;

- * Verificar se os hábitos e costumes do cigano interferem na dinâmica do Serviço de Urgência;

- * Identificar a influência do espaço hospitalar nesta relação.

1 – ECOLOGIA GERAL

Foi pelo biologista alemão E. Haeckel que surgiu a palavra ecologia, em 1866, na sua obra “*Generelle Morfologie der Organismen*”. A palavra ecologia significa etimologicamente “ciências do habitat”, sendo derivada de outras duas de origem grega: oikos = habitar e logos = estudo. É então que surge ecologia como ciência, estudo do habitat.

Ecologia é uma ciência que utiliza tal como outras, conceitos e resultados de outras ciências, colocando sempre em evidência o seu ponto de vista. No entanto é necessário frisar que esta ciência também formou os seus próprios conceitos e problemas, como nos mostra a especificidade do estudo das populações e das biocenoses, porque “*...em ecologia humana uma população, uma biocenose tem propriedades novas, que não existem nos animais isolados...*” (Dajoz:1971) já estudados por outras ciências.

Pode assim dizer-se que a ecologia se distingue por ser uma “*...ciência do real.*” (Labeyrie citado por Dajoz: 1971) ou seja, o ser vivo é estudado na sua totalidade, em condições reais. Segundo Plantetol citado por Dajoz (1971), o ecologista considera o ser vivo “*...não mais em um meio teórico, constante, sempre semelhante a si mesmo, salvo um único factor, mas no mundo onde estão em acção forças incessantemente variáveis*” No entanto, tratam-se de interacções muito complexas que necessitam por vezes de ser simplificadas em laboratório de modo a que se permita fazer algum estudo no que diz respeito à sua evolução.

Segundo Schroler e Schwertfeger poder-se-á distinguir a ecologia em três grandes grupos, sendo eles a auto-ecologia, a dinâmica das populações e a sinecologia.

No que diz respeito à primeira podemos dizer que existe uma relação muito próxima entre a morfologia e a fisiologia do ser vivo, uma vez que o estuda isoladamente no seu meio, permitindo a aquisição de informações mais precisas.

Em relação à segunda, é feito o estudo acerca das variações sentidas nas populações e qual a causa dessas alterações de abundância.

Na última encontramos a existência de uma possível relação entre os indivíduos de determinada espécie e o meio em que estão inseridos.

Mesmo desconhecendo-se, a ecologia tem vindo a ser praticada desde os tempos mais remotos, através do conhecimento empírico sobre as exigências ecológicas do ser vivo. *“Na sociedade primitiva cada indivíduo para sobreviver precisava de ter um conhecimento concreto do seu ambiente, isto é, das forças da natureza, das plantas e dos animais que o rodeavam.”* (Odum:2001) Ainda segundo Dajoz (1971): *“...encontram-se elementos de carácter ecológico em numerosos sábios da Antiguidade e da Idade Média.”*

Um dos pioneiros conhecidos da ecologia foi Darwin pelas suas concepções teóricas expostas no livro *“On the Origin of Species”* (1859) em que assentava sobre o triunfo do transformismo e a luta pela vida.

Actualmente a ecologia encontra-se em grande desenvolvimento em muitos países. O nascimento da ecologia moderna situa-se em torno da década de 1930, muito depois das disciplinas de laboratório, eventualmente por existir primeiramente a necessidade de generalização: *“Esta possibilidade de generalização das descobertas feitas sobre uma espécie, ou algumas espécies, explica sem dúvida o sucesso da genética, da embriologia, da citologia ou da biologia molecular.”* (Dajoz:1971)

Este atraso no desenvolvimento ecológico deveu-se então, essencialmente ao facto de ser necessário primeiramente conhecer o vasto mundo animal e vegetal isoladamente, antes de verificar as suas interacções. Era necessário sistematizar as aquisições feitas acerca do mundo, fazendo-se isto de uma forma isolada e independentemente de forma a poder compreender-se melhor cada um dos seus componentes.

Outro dos aspectos que impediu a evolução da ecologia foi o facto de não se encontrar na altura qualquer aplicação prática para esta ciência, comparativamente com as de laboratório. Foi então no final do século XIX, início do século XX que,

através de acções mecanistas e muitas vezes inconscientes de biólogos, que se esquecendo das interacções entre os organismos, provocaram graves problemas que vieram permitir a emersão da ecologia como ciência capaz de evitar tais situações: *“...a transposição brutal para a natureza dos dados de laboratório teve frequentemente consequências imprevistas e às vezes catastróficas...”* (Dajoz:1971) Um dos grandes exemplos foi o caso da destruição dos coiotes por matarem os carneiros, que levou ao aumento dos roedores que arrasaram as ervas dos campos, desaparecendo o alimento.

Parece que foi nos finais do século passado que se começou a ter consciência que os organismos e as populações não existem e sobrevivem ao acaso, mas sim organizados entre eles de forma a formarem comunidades que só poderão ser estudados e compreendidos, mediante esta associação, através das suas inter-relações. Um estudo das relações de uma dada espécie só com o meio ambiente, que não tenha em conta as comunidades e, em última análise, as ligações com os fenómenos naturais do seu meio e da sua comunidade, não se inscreve apropriadamente no campo da ecologia.

A ecologia veio portanto fomentar a importância do estudo das ligações existentes entre os objectos e os fenómenos a fim de permitir uma adequada análise científica, utilizando para tal os conhecimentos obtidos por outras ciências, mesmo possuindo os seus métodos próprios. *“No momento actual a ecologia tende cada vez mais a se tornar uma ciência na qual o trabalho é feito em equipa, a fim de apreender todos os aspectos do assunto estudado.”* (Dajoz:1971)

Nos dias de hoje a ecologia apresenta-se-nos bastante útil, tendo aplicações cada vez mais numerosas: *“...o desenvolvimento da luta biológica contra espécies nocivas à agricultura, ao homem e ao gado; a regulação racional do corte das matas do território, com a criação de reservas e parques...”* (Dajoz:1971)

A ecologia tem vindo ao longo dos últimos tempos avançando espectacularmente, estando presente no nosso dia-a-dia frequentemente, deparando-nos com muita gente que demonstra a sua preocupação com as questões do meio ambiente, protegendo a natureza. Esta preocupação, principalmente por parte dos ocidentais, face às catástrofes ecológicas sente-se essencialmente perante a

preocupação que sente com o mundo deixado às gerações futuras. Isto porque o Homem sobrevive pendente ao mundo natural, que tem vindo a ser destruído a grande velocidade ao longo dos últimos tempos. *“As florestas são abatidas, os pântanos drenados, os bancos de coral arrancados, as terras agrícolas erodidas, salinizadas, desertificadas, cobertas de betão. A poluição generalizou-se (...) nada é poupado.”* (Goldsmith) Será possível existir vida complexa no nosso planeta daqui a alguns anos? Talvez não, mas actualmente a tentativa de desenvolvimento económico é para muitos mais forte que a preservação do ambiente. Segundo o mesmo autor: *“...o impacto das actividades económicas sobre um meio ambiente que se mostra cada vez menos de as suportar.”*

Segundo Lamy a ecologia poderá ser caracterizada sob quatro aspectos: ciência pluridisciplinar e transdisciplinar, ciência do real, ciência das interacções e ciência autónoma e actual.

Perante a primeira característica podemos dizer que a ecologia utiliza o saber/conhecimentos de outras disciplinas interpenetrando, ao mesmo tempo os saberes, sendo para tal de primordial importância o desenvolvimento de conhecimentos fora desta disciplina. Segundo o mesmo autor: *“A verticalidade desta é substituída pela horizontalidade dos conhecimentos transdisciplinares.”*

Esta disciplina é também designada como ciência do real por nunca separar o ser vivo do meio em que está inserido.

Como ciência das interacções é importante dizer que o desenvolvimento se verifica há pouco tempo uma vez que ao contrário das outras ciências em que é possível generalizar através de experiências laboratoriais, nesta ciência é praticamente impossível dada a multiplicidade e complexidade de interacções existentes.

A ecologia é ainda designada por este autor como autónoma e actual porque conseguiu criar o seu objecto de estudo, com os seus métodos e com os seus conceitos. Segundo Barbault citado por Lamy: *“...estamos actualmente a passar de uma ecologia fixista e descritiva para uma ecologia evolucionista, integradora (...) de uma ecologia geral para uma ecologia aplicada (...) torna-se uma ciência actual e da actualidade.”*

2 - ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA

A ecologia é como tenho vindo a referir a relação estreita existente entre o organismo e o meio em que está inserido, em que o organismo se encontra em constante transformação, ou seja, adaptação aquilo que o rodeia, tentando adquirir as melhores condições de sobrevivência. Segundo Odum (2001): *“A ecologia define-se usualmente como o estudo das relações dos organismos com o seu ambiente, ou a ciência das inter-relações que ligam os organismos vivos ao seu ambiente (...) ecologia como o estudo da estrutura e do funcionamento da natureza, considerando que a humanidade é uma parte dela.”* Perante as condições de sobrevivência podemos considerar todas as relações existentes entre os organismos, uns com os outros, mesmo que estas não sejam as melhores. Emerge aqui a necessidade de “luta” pela ocupação do espaço em que se fomenta a organização e manutenção do equilíbrio na natureza. Alguns autores consideram que a sociedade humana é dividida em duas grandes partes, a biótica e a cultural, sendo os componentes do sistema ecológico a população, os artefactos, os costumes e crenças e os recursos naturais do habitat. Perante isto podemos então dizer que a ecologia humana não é mais que a relação existente entre o equilíbrio biótico e parte social.

Entre outros autores, é a partir de 1950 que a ecologia humana ganha força com a ajuda das obras de Quinn e Hawley. Segundo Quinn a ecologia faz uma análise sociológica estudando os aspectos bióticos na relação entre o homem e o ambiente, através dos quais surge e se altera a estrutura social. Para Hawley a ecologia humana dá grande ênfase à luta pela existência e consequente necessidade de adaptação ao meio, colocando como conceito-chave da sua teoria a importância da comunidade, não fazendo sentido a luta individual, focando a forma como determinado número de pessoas se organiza de maneira a conseguir sobreviver em determinado habitat. Também segundo Odum, próximo de Hawley, surge Ducan apresentando como referência no seu ponto de vista, o conceito de ecossistema, sendo este constituído pela população, meio ambiente, tecnologia e organização,

Na mesma linha de pensamento surge então Odum que defende que a ecologia humana apenas se ocupa dos quatro níveis mais altos da organização: População, Comunidade, Ecossistema e Biosfera, em que o importante é a estabilidade e capacidade de sobrevivência do ecossistema.

Actualmente a Ecologia Humana considera o Homem como um todo, um sistema de órgãos e funções, dotado de instintos e inteligência, inserido num determinado meio, constituído este pelo universo biótico, abiótico e social. A Ecologia Humana é então a interacção entre o Homem e o ambiente, fazendo sempre um estudo dos “diferentes” ambientes: físico, químico, biológico, sociológico, cultural, técnico... que actuam sobre o Homem.

Qual a relação então existente entre a Ecologia Humana e a relação pessoal e profissional entre pessoas de diferentes etnias e o enfermeiro no espaço hospitalar?

3 - ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA E O ENFERMEIRO PERANTE O UTENTE DE ETNIA CIGANA NO ESPAÇO HOSPITALAR

A existência de diferentes culturas demonstra-nos que o Homem teve capacidade para se adaptar a condições e situações muito diferentes, mas ao mesmo tempo também é sinal de que essa capacidade de adaptação moldou o tipo de comportamento de acordo com as necessidades sociais. Logo, perante os diversos desequilíbrios sentidos pelo homem ao longo da sua existência surge por vezes a situação de doença, que será obviamente vivida de forma diferente por cada indivíduo face à sua cultura. Esta situação de doença que não é nada mais nada menos que desequilíbrios existentes entre o indivíduo e o ecossistema ao qual pertence, no entanto, a forma de encarar esta situação mais ou menos prolongada está muito dependente da representação social que se tem da doença.

O indivíduo submete-se ao longo de toda a sua vida a um processo de socialização, onde aprende e interioriza os elementos sócio-culturais do seu meio, sob a influência de experiências de agentes sociais significativos, sofrendo então um processo de adaptação ao meio ambiente social em que se deve viver. Trata-se de um processo de aquisição de conhecimentos, modelos, valores, ou seja, maneiras de agir, pensar e sentir, próprias ao grupo em que se vive. Ter cultura faz parte do ser humano e, como tal, influencia todas as actividades e funções humanas.

Quando uma situação nova, ameaçadora, surge a um elemento do grupo, como é o caso da doença, surge normalmente o fenómeno de confrontação de todos os seus elementos face a este acontecimento, uma vez que grupo é caracterizado pela homogeneidade, que impede comportamentos individualizados.

A cultura do grupo proporciona-lhe normas, no que diz respeito à norma cultural considera-se um conjunto de perspectivas perante o comportamento, que os indivíduos se sentem obrigados a seguir de forma a manter o bom funcionamento da

sociedade. No entanto existem grupos que possuem culturas e normas muito fortes das quais não abrem mão, vindo por vezes a causar distúrbios ao nível da sociedade onde estão inseridos, por apresentarem comportamentos, atitudes, opiniões diferentes do “normal”, vindo muitas vezes a serem colocados pela maioria à margem da sociedade. Cada grupo mantém-se individualizado pela sua religião, a sua cultura e os seus costumes e daí poder surgir o conflito entre os mesmos, uma vez que: “...o conflito poderá ter as suas raízes na interacção interpessoal.” (Littlejohn: 1988)

As características étnicas podem assim assumir em determinadas alturas grande importância como factor de diferenciação social: “...suficientemente significantes socialmente para separar o grupo dos demais.” (Horten, et al:1981) Desta forma podem ocorrer desequilíbrios de poder, uma vez que as pessoas pertencentes à cultura da maioria, interactivam com elementos da minoria, determinando na maior parte das vezes, de quem são as normas que prevalecem e qual o grupo, em conflito, que é rotulado de divergente. As minorias sociais são constituídas por um grupo de pessoas dentro de uma sociedade, que participam de desvantagens semelhantes. Estas pessoas são consideradas minorias porque são julgadas inferiores relativamente ao que é julgado normal e coerente em determinada sociedade.

Perante esta situação, este conflito de valores também é detectado ao nível do internamento, entre o utente e o profissional de saúde, uma vez que se trata de uma situação nova e de crise para o utente de diferente etnia que necessita de manter uma relação muito próxima com os profissionais de saúde, uma vez que depende deles para a recuperação do seu equilíbrio, manifestando-se muitas vezes em graves problemas de relacionamento, perante os quais o enfermeiro deverá estar desperto, a fim de reunir capacidades, meios para melhor compreender o utente, prestando os melhores cuidados possíveis.

Os ciganos são um grupo com características muito próprias, espalhados por todos os continentes, mantendo sempre, seja onde for, um forte espírito comunitário, e encarados desde sempre com uma certa hostilidade, provavelmente devido aos seus hábitos de vida diferentes.

Matos, et al (1999) refere: *“...a intervenção do enfermeiro junto de uma comunidade cigana pressupõe portanto o conhecimento da sua cultura, de forma a compreender as suas atitudes e comportamentos, sem no entanto fazer uma abordagem estereotipada da cultura cigana...”*, atitudes estas que são na maioria das vezes pressupostas de uma orientação negativa, no que diz respeito aos ciganos, adoptadas de opinião sem crítica, transmitidas pela mentalidade do grupo dominante, por sentimentos de defesa e egocentrismo que levam a adoptar juízos desfavoráveis à priori acerca deste grupo. Daí que: *“...o cuidar em enfermagem implica sempre o respeito pelas escolhas e prioridades das pessoas nos seus diferentes contextos culturais e sociais.”* (Matos et al:1999)

Watson citado por Ferreira (2001) diz que: *“...o cuidar é a essência da enfermagem e o cuidado humano; o contacto numa relação interpessoal transcende o acto (...) visto que implica o encontro entre duas pessoas com as suas experiências e vivências.”* A identificação pelos enfermeiros, de temas sociais associados aos comportamentos de cuidados e tratamento, é facilitada dentro de ambientes como o hospital, onde estes comportamentos terão mais probabilidade de se manifestarem. Quando as pessoas adoecem, as suas preocupações e ansiedades alteram-se substancialmente, incidindo sobre a doença e o efeito que ela possa ter nas suas actividades diárias, no seu trabalho e na vida da sua família. A acrescentar ao stress de estar doente, ser hospitalizado é muitas vezes sentido pelos doentes como uma das situações de maior stress da sua vida. A admissão num hospital afasta a pessoa da sua família, parentes e amigos e coloca-a num ambiente desconhecido, frequentemente considerado pelos doentes como um espaço clínico, impessoal e frio. Há como que uma perda da rotina diária a que estava habituado e tem de aprender a adaptar-se.

Segundo Leininger citado por Magão, et al (1995): *“...a enfermagem é essencialmente um fenómeno transcultural, em que a enfermeira e o cliente têm diferentes orientações culturais e em que o conhecimento sobre valores, crenças e práticas culturais do cliente, é básico para prestar cuidados de enfermagem holísticos.”*

4 – ASPECTOS CULTURAIS

“Que se passa quando indivíduos pertencentes a diferentes culturas se encontram e estabelecem um processo de relacionamento?” (Edward Hall)

Cultura é toda a acção do homem perante o seu comportamento e perante o meio que o rodeia a fim de o tornar melhor. Segundo Linton citado por Silva (1977) define ainda cultura como *"a totalidade de comportamentos dos membros de uma sociedade enquanto que estes comportamentos são aprendidos e partilhados."* Cultura é por assim dizer, além do que se vem a referir, o conjunto de ideologias dominantes que constituem uma realidade original própria de um determinado povo. A cultura permite, fundamentalmente, estabelecer uma adequada relação social entre os indivíduos, através da comunicação. Desta forma, perante culturas diferentes poderá emergir uma "incompreensão" entre os indivíduos, uma vez que se nos apresenta uma hierarquia diferente de valores. Segundo Fichter citado por Silva (1977) a cultura apresenta cinco funções principais:

"1)Distinguir uma sociedade de outra, caracterizando um povo de modo mais profundo;

2)reunir e interpretar os valores de uma sociedade, descobrindo por ele um significado de vida individual e social;

3)fornecer as bases mais importantes de solidariedade;

4)sistematizar o comportamento, de modo a que a pessoa participe na sociedade sem necessidade de reaprender ou inventar constantemente as maneiras de fazer as coisas;

5)é factor predominante da formação da personalidade social. Ainda que haja diferenças irreduzíveis entre as pessoas, contudo forma-se um fundo comum."

A cultura pode por vezes ser mal entendida como pertença apenas de alguém diferente do eu, ou como um atributo de minorias estrangeiras ou sociais/étnicas.

Sociedade, cultura e personalidade são sistemas que se interligam, ou seja, intercomplementam-se devido à sua proximidade. O primeiro sistema, o social, é definido como a organização dos elementos da sociedade que constituem a unidade funcional. A cultura poderá ser igualmente considerada como um sistema. A personalidade caracteriza-se pela organização dos comportamentos psíquicos do ser humano, no que diz respeito às tendências, atitudes, aptidões, interesses, necessidades individuais. Estes sistemas estão consequentemente implicados em toda a acção social humana, constituída esta por expectativas mútuas que têm significados diferentes perante cada indivíduo. Estas expectativas estão baseadas nos modelos, nos valores da cultura que os rodeiam, assim como na sua pessoa única e singular, ou seja, age e reage de acordo com aquilo que é e pensa.

A relação entre a personalidade e os outros dois sistemas é esclarecida pelo processo de socialização. É graças aos conhecimentos sobre este processo que se pode lançar uma ponte entre a pessoa e a sociedade, distinguindo e melhor compreendendo a sua complementaridade.

A socialização trata-se de um processo que decorre ao longo de toda a vida do indivíduo, onde este aprende e interioriza os elementos sócio-culturais do seu meio, sob a influência de experiências de agentes sociais significativos, sofrendo então um processo de adaptação ao meio ambiente social em que se deve viver. Trata-se de um processo de aquisição de conhecimentos, modelos, valores, ou seja, maneiras de agir, pensar e sentir, próprias à sociedade em que o indivíduo vive.

Ter cultura faz parte do ser humano e, como tal, influencia todas as actividades e funções humanas, *"...cada sociedade diferenciou formas, culturalmente próprias ou impróprias, de executar essas funções e colocou assim as bases para um código moral e ético."* (Titiev, 1989)

A cultura, proporciona desta forma, padrões para uma cultura apropriada. As normas, nomeadamente a norma cultural é considerada como um conjunto de expectativas de comportamento, uma imagem cultural de como se supõe que as pessoas devem agir. São considerados os costumes estabelecidos ou tradições em sentido forte que são impostos numa sociedade sob graves obrigações, sanções

igualmente importantes. Os indivíduos sentem-se obrigados a segui-los de forma a proporcionar um bom funcionamento e ordem na sociedade.

Cada grupo mantém-se individualizado pela sua religião, a sua cultura e os seus costumes e daí poder surgir o conflito entre os mesmos, uma vez que *"...o conflito poderá ter as suas raízes na interacção interpessoal."* (Littlejohn, 1988)

Podem ocorrer desta forma desequilíbrios de poder, uma vez que as pessoas pertencentes à cultura da maioria, interactuam com elementos da minoria, determinando na maior parte das vezes, de quem são as normas que prevalecem e qual o grupo, em conflito, que é rotulado de divergente. As minorias sociais são constituídas por um grupo de pessoas dentro de uma sociedade, que participam de desvantagens semelhantes. Estas pessoas são consideradas minorias porque são julgadas inferiores relativamente ao que é julgado normal e coerente em determinada sociedade.

As características étnicas podem assim assumir em certas circunstâncias uma relevância extremamente importante e constituir um importante factor de diferenciação social, podendo inclusive serem suficientemente significantes socialmente para separar o grupo dos demais.

A sociedade avalia, segundo critérios pré-estabelecidos, aprovando ou desaprovando determinada linha de conduta que irá orientar o indivíduo para um comportamento aceitável. É portanto, através de uma escala de valores que uma sociedade constrói o seu instrumento de controlo social mais importante, uma vez que são estes que fixam o que está proibido ou permitido, dentro de determinada cultura ou sub-cultura.

Pode-se então dizer que existe uma estreita ligação entre os valores de uma cultura e os padrões de comportamento. A existência de valores que são determinados numa sociedade, confere-lhe um critério, uma norma, no que diz respeito ao indivíduo, tanto a nível do pensamento como da acção.

Segundo Fichter citado por Silva (1977) define a funcionalidade dos valores da seguinte forma:

"a) Os valores proporcionam meios fáceis para julgar o valor social das pessoas e colectividades;

b) centram a acção das pessoas em objectivos culturais materiais que se consideram como desejáveis, úteis ou essenciais;

c) indicam os modos ideais de pensar e de comportar-se dentro de uma sociedade;

d) são guias para as pessoas na escolha e cumprimento dos diversos papéis sociais;

e) actuam como meios de controle e de pressão. As pessoas desejam fazer o que é tido por bem e têm uma sensação de estima quando assim procedem;

f) funcionam como meios de solidariedade. Os grupos congregam-se em volta dos valores comuns e por outro lado são estes que lhe conferem a sua unidade. As pessoas sentem-se atraídas pelas pessoas que compartilham os mesmos valores."

No entanto, pode surgir o choque de valores ou conflito de valores, aquando da existência de discrepância entre os valores expressos por uma cultura e o comportamento real da população, e ainda quando existem valores opostos dos diferentes sub-grupos que constituem a sociedade.

É perante este conflito de valores que surgem muitas vezes os problemas sociais, ou seja, a disparidade entre o nível de valores sociais e o nível de comportamento social, dificultando a comunicação, conduzindo também a atitudes etnocentristas e paternalistas.

Segundo Silva (1977): *"Todo o sistema sócio-cultural, para o seu ordenado funcionamento e para a prossecução dos objectivos que tem em vista, requer um sistema de comunicação."*

A comunicação é sempre importante uma vez que facilita a aculturação e a interacção. As tradições, os usos e costumes constituem um quadro de referência para cada cultura, o que poderá significar a dificuldade na comunicação entre diferentes culturas. As palavras, meio principal de comunicação, correspondem a conceitos, ou seja, pensamentos. Estes conceitos fazem parte dos sistemas gerais de cultura nos quais alcançam o seu significado completo, assim sendo, toda a cultura é

na maioria um meio de comunicação, e daí surge a dificuldade de comunicação que inicialmente referiu. *"...indivíduos que pertencem a culturas diferentes, não só falam línguas diferentes, mas, o que por certo é mais importante ainda, habitam mundos sensoriais diferentes (...) ambientes criados pelo homem permitem-nos descobrir como é que diferentes povos usam os seus sentidos."* (Edward Hall)

É portanto esta dificuldade/falta de comunicação que leva muitas vezes a uma tendência incontrolável de formar juízos de valor sobre outras culturas, surgindo o etnocentrismo. A pessoa ou grupo social considera-se como referência, julgando os outros em função dos seus próprios hábitos e ideais. O etnocentrismo é portanto um precipitante de preconceitos, intolerâncias, discriminações, criando-se um sentimento de distância.

A consequência principal da socialização é a adaptação da pessoa ao seu ambiente social. A pessoa socializada pertence ao meio, fazendo parte dele e tendo nele o seu lugar. Este facto deve-se ao indivíduo ter suficientes coisas em comum com os restantes elementos do seu mesmo meio, podendo assim estabelecer-se a comunicação com eles, no que diz respeito a sentimentos, emoções, aspirações, gostos, necessidades, porque são todos semelhantes, pelo menos psiquicamente.

Na realidade o Homem é um ser social que depende dos outros para a satisfação das suas necessidades sejam elas de ordem física, psicológica ou social, e o êxito dessa interação depende da faculdade que cada um tem para comunicar. Embora a comunicação e segundo Damiel citado por Ferreira (2001) requeira *"um esforço e energia, porque não ocorre espontaneamente para a maioria das pessoas."*

"O paradigma da ciência da comunicação assenta sobre a noção de relação. Um fenómeno só se torna compreensível quando o campo de observação é suficientemente amplo para abranger todos os fenómenos que se produzem dentro de um determinado contexto, e se inferem as relações entre esses mesmos fenómenos." (Martins, 1996)

Comunicar faz parte do dia a dia de todos os Homens, que vivem em sociedade, e a maior parte das barreiras à comunicação decorrem do distanciamento social, cultural e linguístico.

Segundo Corney (1996):

" - Distância social: a confiança e a cooperação [do utente é] influenciada pela sua classe social, idade, raça, cultura e pelas atitudes que projecta na relação. [Da mesma forma que o enfermeiro projecta para a relação] atitudes e possivelmente estereótipos de doentes de diferentes classes, culturas e grupos étnicos;

- culturas diferentes: surge frequentemente incompreensão [proveniente das diferenças culturais do enfermeiro e do utente];

- diferenças linguísticas: [para além da diferença de] língua [podem ocorrer diferenças de] terminologia."

Perante estes três factores é relevante que o enfermeiro faça um auto-exame cuidadoso, avaliando em que medida o seu comportamento pode ser afectado pelos seus preconceitos, atitudes e valores, que tenha em conta características culturais específicas dos grupos multiétnicos, e devendo ter cuidado na terminologia e linguagem utilizada.

É por isso importante que a cultura seja encarada como uma componente de toda a vida humana e, portanto, um componente básico do cuidado, e daquilo que é cuidar em enfermagem.

João Paulo II citado por Oliveira (1997) diz: *"a competência científica e profissional não chega, ela exige também uma participação pessoal (...) disponível, atenta, compreensiva, benevolente (...) nas situações concretas de cada doente."*

A evolução científica, ética e social da prática de enfermagem ao longo dos tempos recebeu o contributo decisivo de diversas autoras, que reflectindo em profundidade no tema, abordaram uma série de concepções essenciais a uma compreensão mais ampla das metas e do alcance da disciplina, em suma, dos objectivos a que esta se deveria, nas suas opiniões, propor, bem como dos processos e das condutas necessários à concretização desses mesmos objectivos, focalizando e

privilegiando diferentes conteúdos temáticos dentro do universo conceptual das praticas e metodologias quotidianas concretas na profissão de enfermagem.

De facto, foi de contributos ideológicos ora relativamente similares, ora marcadamente distintos, que a enfermagem assimilou uma matriz de conhecimentos diversos propícios à fragmentação e especificação de temáticas diferentes, necessariamente com correntes de pensamento diferentes subjacentes.

Não obstante, o percurso evolutivo da enfermagem, desde os primórdios da sua afirmação científica e posteriormente sócio-profissional, caracteriza-se tal como outros movimentos cívicos, culturais ou científicos, por um equilíbrio dinâmico e complexo entre a realidade social imanente, os problemas emergentes, as necessidades existentes e as expectativas equacionadas.

5 – A ENFERMAGEM

5.1 – A SUA ORIGEM

“Apesar do risco de errar, a enfermeira deve decidir hoje sobre o que virá a ser o seu amanhã. Só à custa desta reflexão a profissional orientará eficazmente o seu esforço para influir na sua profissão e na sua comunidade.” (Leonor Abecasis citada por Sónia Zola: 1988)

Quando se pretende definir a enfermagem olha-se sempre para **Florence Nightingale**, fundadora da enfermagem moderna e escritora prolífera sobre o assunto. Bastante avançada para o seu tempo, esta mulher defendia já a enfermagem como a prestação de cuidados globais, em que o enfermeiro deveria cuidar a pessoa no seu todo e não olhar apenas a doença, devendo sempre ter em conta o meio ambiente em que se inseria. A definição de enfermagem mais conhecida, atribuída a Nightingale é a de colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele. Ela não queria uma enfermeira que entendesse a pessoa somente como a fractura, a ferida de bala ou a febre, mas antes, como um ser humano com uma doença.

Nesta época, por volta de 1960, a falta de tecnologia associada aos profissionais de saúde, pouco mais deixava para ser feito a não ser a manipulação do ambiente. Os resultados conseguidos por Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia em Scutari, falam por si, uma vez que apenas manipulando o ambiente e a dieta conseguiu diminuir as taxas de mortalidade de 42,7% para 2,2%.

Em 1966, surge **Virgínia Henderson**, como uma das primeiras teóricas de Enfermagem ao escrever a sua definição e um quadro de referência aceite por todos, para os cuidados de enfermagem. A sua definição tornou-se original por propor o cuidar ao indivíduo saudável e ao indivíduo moribundo. Nem os conceitos de saúde nem os cuidados às pessoas moribundas integravam até então a estrutura curricular das escolas de enfermagem. A definição de Henderson é ainda hoje largamente

aceite. Os conceitos de saúde e os cuidados aos que estão a morrer são agora uma parte integral dos currículos das escolas de enfermagem.

Mais tarde, por volta de 1980, surge a uma organização nacional de enfermeiras diplomadas dos Estados Unidos (American Nurses Association), que reflectindo acerca da mudança do papel dos enfermeiros e a relação destes com outros profissionais de saúde, deu origem à actual definição de Enfermagem.

A enfermagem é um processo significativo, terapêutico interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio da comunidade. A enfermagem é um instrumento educativo, uma força de maturação que aspira a fomentar o desenvolvimento da personalidade em direcção a uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

A formação técnica da enfermeira e os seus conhecimentos científicos embora essenciais apenas a definem como tal a partir do momento em que se lhe acrescente uma filosofia de “prestar cuidados”. Este olhar global e promoção de conforto ao ser humano saudável ou doente é adquirido ao longo da formação e experiência profissional. É necessário primeiramente que a enfermeira saiba cuidar de si própria e só depois dos outros. A enfermeira de hoje sabe-se humana e não descarta o facto. *“Dá atenção ao equilíbrio dos seus tempos livres para preservar a sua saúde física e mental (...) agora ela toma o cuidado de se manter apta a tomar cuidado.”* (Leonor Abecassis citada por Sónia Zola: 1990)

Durante a Guerra Civil Americana a Enfermagem não tinha ainda o seu papel definido e as enfermeiras faziam aquilo que era necessário para desempenharem as suas funções. **“A Enfermagem incluía a organização e manutenção das lavandarias, recolha da comida da população civil (...) vigiar soros, acompanhar os moribundos e ajudar nas cirurgias...”** (Leonor Abecassis citada por Sónia Zola: 1990)

Com o início da formalização da educação em Enfermagem, necessitando ultrapassar a já duradoura imagem negativa da Enfermagem, a enfermeira e o médico tornam-se nos únicos profissionais de saúde a ter contacto com o doente. A

enfermeira passou assim a desempenhar um grande número de actividades. O valor do enfermeiro treinado foi desde logo reconhecido e assim se desenvolveram outros papéis da enfermagem no século XX.

Em 21 de Abril de 1998 é criada, através de organismos próprios do Estado Português, a Ordem dos Enfermeiros, reconhecendo formalmente que os enfermeiros constituem actualmente uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde, garantindo um adequado acesso da população a cuidados de saúde com qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. Cuidados estes classificados com a mais elevada qualificação técnica, científica e ética a fim de satisfazer os níveis de saúde cada vez mais exigentes, respondendo às solicitações da população.

5.2 – A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Actualmente a enfermagem assume um lugar indispensável em todos os aspectos no que diz respeito aos aspectos de saúde. Segundo Phipps et al (1999): *“A enfermagem é o maior grupo profissional, no campo dos cuidados de saúde.”*

O exercício profissional da enfermagem baseia-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade), tendo sempre em conta que a pessoa enfermeiro e a pessoa cliente possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual fruto das condições ambientais em que vivem e se desenvolveram que deverão sempre ser levados em conta com muita atenção. Desta forma, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência que lhe permitem melhor entender e respeitar os outros, evitando sempre os juízos de valor.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.” (Ordem dos Enfermeiros, 2004) Pondo isto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo fazer a prevenção da doença, promover a saúde e processos de adaptação, tendo sempre em

conta a satisfação das necessidades básicas e independência na realização das actividades de vida.

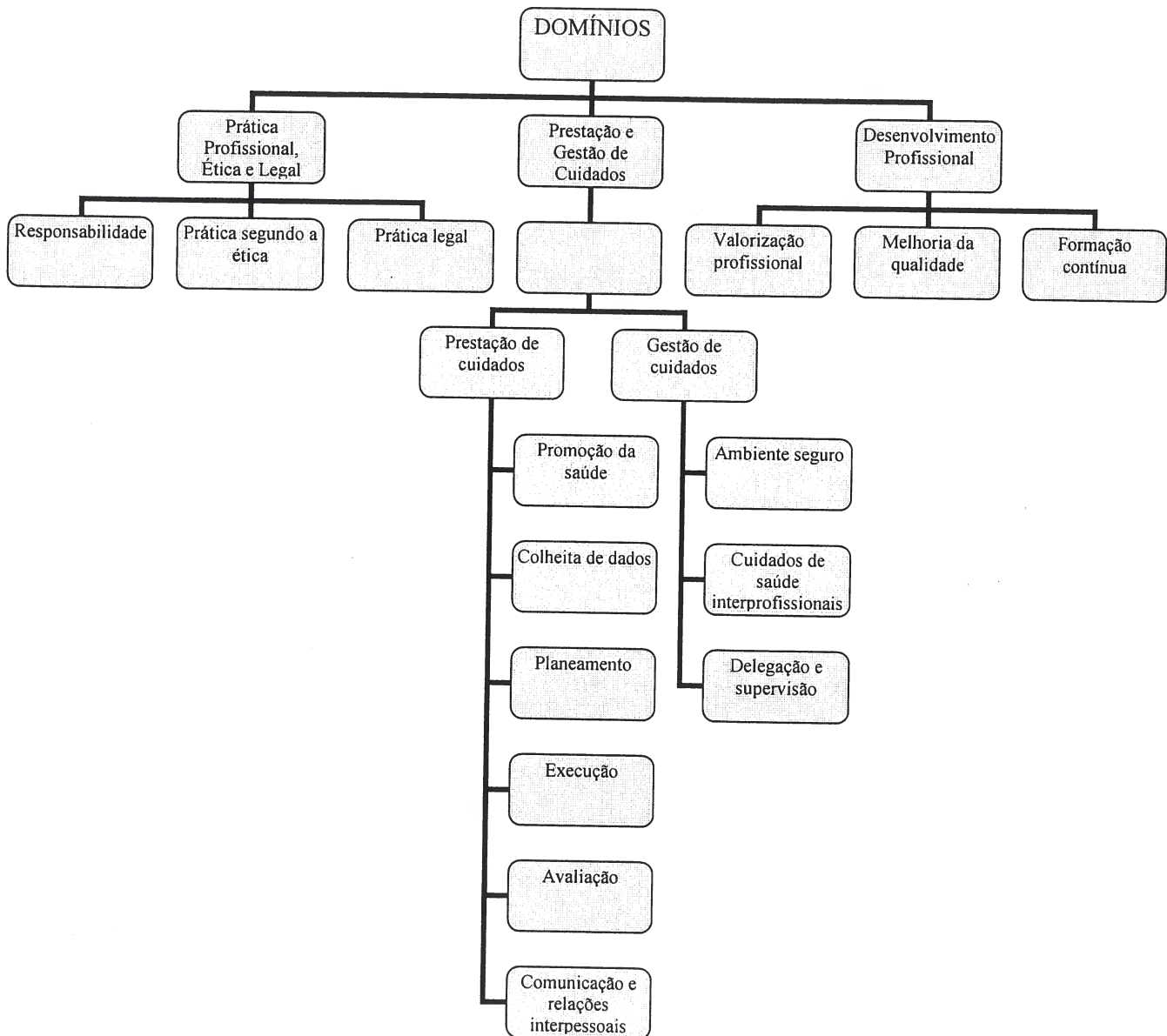
Todo este processo pode ter enormes benefícios aquando do envolvimento de toda a unidade familiar ou comunidade, principalmente se os cuidados de enfermagem em causa visem a aquisição de novos estilos de vida com vista a promoção da saúde. *“As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados...”* (Ordem dos Enfermeiros)

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os seus recursos de saúde, promovendo também a formação para aumento dos recursos pessoais. O enfermeiro deverá identificar as necessidades da pessoa individual ou do grupo e planear intervenções de enfermagem que resolvam ou minimizem os problemas reais identificados.

Os enfermeiros deveriam ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, requerendo muita sensibilidade no exercício profissional com a finalidade de atingir o mais alto nível de satisfação do utente. *“...atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem”.* (Ordem dos Enfermeiros)

A enfermagem, como ciência de formação técnica tem presente conteúdos éticos, deontológicos e de formação de mentalidades, que cabe no vasto espaço das humanidades. O que mais lhe interessa é o homem de hoje e daí se interessar pelas origens da enfermagem e dos seus valores. É necessária a existência de um encontro permanente entre o tecnicismo e a formação ética que se adquire ao longo de toda uma vida profissional. Cuidar da pessoa enquanto ser bio-psico-social, é um dos aspectos mais relevantes da enfermagem, é por em prática um programa de intervenção, é ser-se fiel a princípios éticos, tudo no sentido de se garantir a identidade da pessoa, o seu respeito, como valor supremo que deve guiar a deontologia profissional.

Esquema 1 – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais



“A enfermagem está consignada a ser uma profissão superior pela promoção de cuidados da mais alta qualidade possível.” (Phipps et al:1999)

Implicitamente a isto é claro que surge a responsabilidade de uma avaliação da qualidade e consequente adequabilidade dos cuidados. A definição de qualidade quando aplicada aos cuidados de enfermagem aparece como muito complexa e multidimensional. É necessário desenvolver um processo de avaliação do grau de excelência das características observáveis e avaliáveis dos cuidados de enfermagem prestados para que se possa conseguir alcançar esta qualidade.

A pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde, são as áreas principais identificadas no envolvimento pela enfermagem. Cada vez mais se mostra notória a importância da criação de um ambiente de apoio e educacional no que diz respeito à prestação de cuidados globais ao doente. Destes quatro conceitos têm emergido ideias diferentes em diferentes teóricos da enfermagem, no entanto, existem nos seus escritos aspectos comuns que têm possibilitado a orientação de uma prática de enfermagem de um modo holístico.

5.3 – O ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Embora a American Nurses Association defendesse em 1991 o aumento exponencial dos cuidados aos utentes em instituições comunitárias, a instituição mais comum para a prestação dos cuidados de enfermagem continua a ser o hospital. Nestas instituições o enfermeiro é responsável pelos doentes 24 horas por dia nas mais diversas especialidades. O nível de gravidade das pessoas admitidas é normalmente elevado, necessitando normalmente de cuidados de enfermagem precisos, altamente especializados e organizados. **“Além da prestação de cuidados prescritos pelos médicos, os enfermeiros avaliam os seus utentes, fazem diagnósticos de enfermagem, planeiam e prestam cuidados de enfermagem e coordenam cuidados com outros departamentos do hospital.** (Phipps et al:1999)

A enfermagem de urgência surgiu na época de Florence Nightingale, tendo evoluído como prática especializada nos últimos 25 anos. Segundo Sheehy (2001), enfermagem de urgência define-se por: *“...a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica,*

percepcionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.” Os cuidados de enfermagem são normalmente episódicos, primários e agudos.

Este tipo de enfermagem é distinto pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. *“Os enfermeiros da urgência prestam cuidados a todas as populações de todas as idades, por todo um espectro de doenças, medidas de salvamento da vida...”* (Sheehy (2001)) A prática de enfermagem de urgência requer uma grande capacidade de avaliação, intervenção e tratamento. A área desta prática, a população de doentes atingida e a diversidade de pessoas que prestam os cuidados são tão variadas como na enfermagem no seu todo. *“A enfermagem de urgência é pluridimensional, porquanto implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem.”* (Sheehy (2001))

Perante a prestação de cuidados no serviço de urgência surgem, além dos processos que lhe são próprios, um conjunto de normas de acordo com os doentes e ambiente, tal como o número imprevisível de doentes, situações imprevistas que necessitam de intervenção imediata, desconhecimento da gravidade e urgência da situação. *“Os comportamentos profissionais inerentes à prática da enfermagem de urgência consistem em aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros.”* (Sheehy:2001)

A enfermagem de urgência engloba um grande grupo de capacidades, experiências, saber e personalidade. Em nenhuma outra área da enfermagem se espera tanto do enfermeiro como no serviço de urgência.

5.4 – A IMAGEM PÚBLICA DA ENFERMAGEM

A imagem pública da Enfermagem encontra-se ainda hoje muitas vezes associada a orientação de tarefas, executando trabalhos desagradáveis e assistência ao médico. No entanto, o enfermeiro tem vindo a assumir ao longo dos tempos, maior responsabilidade nos cuidados aos doentes e, esta imagem do seu papel tem vindo a alterar-se. *“Hoje em dia existe mais necessidade do que anteriormente de*

salientar a contribuição e potencial do enfermeiro...” (Leonor Abecassis citada por Sónia Zola:1990) As imagens dos enfermeiros que emergem do passado deverão ser substituídas por descrições mais inteligentes, dinâmicas, precisas e autónomas dos serviços vitais que a enfermagem serve à sociedade. Nos últimos tempos o público tem vindo a aperceber-se que a prática de enfermagem pode ser desenvolvida a um altíssimo nível, capazes de desempenhar certos papéis médicos. Apesar disto e, em comparação com a medicina, esta continua a ter muito mais apreço pelo público que a enfermagem, embora ambas exijam bastante conhecimento e capacidades por parte de quem os executa. *“...os privilégios e recompensas esperados pelos médicos e suportados pela sociedade são largamente contratantes com os que são habitualmente esperados pelos enfermeiros...”* (Leonor Abecassis citada por Sónia Zola:1990) A opinião da sociedade mantém-se ainda superior em relação aos médicos, encarando os enfermeiros de uma maneira geral, como “anjos” conduzidos por uma vocação. Para que a enfermagem consiga cada vez mais demonstrar uma imagem mais aceitável é imprescindível que o médico reconheça a autonomia do enfermeiro, que a possui por direito.

O enfermeiro necessita de ter uma postura perante o doente, que lhe permita transmitir a sua capacidade de prestar cuidados de forma individualizada, nunca esquecendo a globalidade da pessoa, demonstrando a sensibilidade necessária face aos problemas do doente e seu grupo, pertencentes a populações culturalmente semelhantes ou não, como seja a comunidade cigana na sua tão grande especificidade.

6 – O CIGANO

‘Cigano’ é cada indivíduo que se considera membro de um grupo étnico que se auto-identifica como Rom, Sinti ou Calon, e é por ele reconhecido como membro. O tamanho deste grupo não interessa, pode ser constituído por milhares de ciganos ou por apenas uma única família extensa. Também não importa se o grupo mantém reais ou supostas tradições ciganas, ou se ainda fala fluentemente uma língua cigana. A identidade cigana apenas poderá ser perdida por opção própria quando o indivíduo se desliga consciente e voluntariamente do seu grupo, pelo casamento com um não-cigano e adopção de vida no mundo do último, ou ainda por expulsão por infracção de certas normas grupais, deixando de ser membro da comunidade cigana.

Há quase mil anos que a vida dos ciganos está cercada por misticismo e lendas. Espalhados por todos os continentes, os ciganos mantêm, seja onde for, um forte espírito comunitário, em que interessa definir comunidade como uma união de pessoas através de laços naturais ou espontâneos, assim como por objectivos comuns que transcendem os interesses particulares de cada indivíduo. Um sentimento de pertença à comunidade domina o pensamento e as acções das pessoas, assegurando a cooperação de cada membro e a união do grupo.

A característica nómada dos ciganos levou-os a um estado de permanente contacto com outras culturas, mas nunca perderam a sua autenticidade. Talvez, a preservação da identidade cigana se deva mais à atitude de intolerância dos não-ciganos do que a algum elemento cultural, étnico ou linguístico.

6.1 – HISTÓRIA DO POVO CIGANO

O povo cigano chegou aos balcãs e rapidamente se alastrou por todo o continente europeu e para além dele. Chegaram como peregrinos e despertaram a

curiosidade. Segundo Fraser (1997): *"...suscitaram a proliferação de teorias sobre as suas origens."*

Têm conseguido demonstrar ao longo dos tempos a sua força no que diz respeito à preservação da sua identidade, capacidade de adaptação e sobrevivência, que se mantém apesar de grandes pressões e influências pelas quais têm passado. Segundo o mesmo autor, *"...a sua maior proeza foi precisamente terem conseguido sobreviver."* (1997) No entanto, é importante aqui referenciar que aquilo que os distinguia como um povo, ou seja, a sua língua, tradições, cultura, tem vindo a sofrer alterações, uma vez que se tem tornado ao longo dos tempos um grupo cada vez mais diversificado.

Surge-nos aqui uma questão: será que os ciganos têm desejo de manter a sua identidade ou não? Segundo Fraser, os ciganos preferem que lhes chamem viajantes porque pensam que o termo é menos pejorativo. O que é certo é que provavelmente conseguem manter um carácter separado por não se misturarem completamente com a restante população.

A origem desta etnia é ainda muito desconhecida, existem poucas fontes e as que existem nem sempre podem ser consideradas totalmente fiáveis, uma vez que poderão ter sido escritas por ignorância, incompreensão ou até muito provavelmente por preconceito. Pensa-se que ao longo dos tempos que a melhor forma de estudar este povo, seja através da língua, de origens e evolução do Romani. Alexandre Paspatis citado por Fraser (1997) refere, *"a verdadeira história da raça tchinguiana está no estudo do seu idioma."*

Foram mesmo feitos estudos muito importantes acerca deste dialecto, nos quais se destacam Études sur les Tchinghianés por Alexandre Paspatis publicado em Constantinopla em 1879; The Dialect of the Gypsies of Wales por John Sempson publicado em 1926; e The Language of the Swedish Coppersmith Gipsy Johan Dimitri Taikon em 1963 por Gjerdmen e Ljungberg. Tratam-se de três obras que permitiram fazer a análise de pontos extremos geográficos da sua dispersão na Europa, tendo em conta que estas diferentes abordagens transcrevem o romani de diferente forma, de acordo com a fonética da sua língua mãe, podendo dar lugar a ambiguidades. No entanto, quando comparada poderá fornecer um manancial de informação acerca

deste dialecto, que há cerca de 200 anos se pensa ser de origem indiana devido às semelhanças existentes no seu vocabulário. Segundo Fraser, *"...duas línguas estreitamente relacionadas hão-de ter um grande número de palavras semelhantes. A quantidade não é porém o principal: é importante procurar em especial palavras duradouras de significado básico que se conservaram..."*

Apesar de tudo o que se vem a dizer, a linguística histórica não poderá nunca determinar a origem racial e étnica dos primitivos falantes de Romani. *"Não há um vínculo intrínseco ou necessário entre língua e raça: o que há é muitos casos, devidamente atestados, de grupos étnicos inteiros que mudam de língua ao longo dos tempos."* (Fraser:1997)

E é quando chegamos a este ponto, que nos deparamos com a importância extrema da comparação de características anatómicas nas diferentes populações, mais precisamente do corpo e das suas partes, particularmente do crânio. O Prof. Eugène Pittard estudou um grande número de indivíduos desta etnia, no que diz respeito a características físicas, de forma pormenorizada, chegando à conclusão que se trata de um povo diferente de qualquer um europeu no que diz respeito a perfeição e beleza. *"Pittard atribuía-lhes um lugar extremamente honroso na estética humana..."* (Fraser, 1997) encarando esta etnia como um exemplo autêntico de pureza racial. No entanto, o seu estudo não foi igualmente muito fiável quanto à origem dos ciganos, uma vez que os dados dos muitos grupos étnicos indianos eram dispersos, não lhe permitindo tirar conclusões exactas.

Mais tarde, por volta dos anos quarenta pensou-se que fosse o estudo dos grupos sanguíneos uma promessa de sucesso no caso dos ciganos. E novamente, a frequência do gene B muito acima dos níveis europeus, ligou fortemente este povo à hipótese de origem indiana, uma vez que existe forte predominância deste gene no subcontinente em relação à Europa. Mas, novamente surgiu a incerteza devido à possibilidade de existência das misturas raciais e também ao facto dos pequenos grupos isolados poderem divergir geneticamente entre si devido aos acessos das alterações genéticas.

Perante isto, verifica-se que os dados fornecidos pela antropologia física e a genética demográfica nada mais nos podem adiantar em relação à linguística histórica, demonstram-se apenas sugestivas mas não conclusivas.

6.2 – VIVÊNCIA SOCIAL E CULTURAL DO CIGANO

A maioria daquilo que se conhece dos ciganos acerca do seu modo de vida e costumes desde o início da sua existência é, em grande parte revelado pela forma como são encarados pelo resto da população sedentária que os rodeia.

Um dos aspectos mais significativos é a forma de vestir, que se distingue grandemente e foi ao longo dos tempos captado por artistas de vários países. O seu aspecto físico é também interessante diferenciando-se pelos cabelos de cor muito escura, pele igualmente escura e mulheres com grandes brincos. *"...as suas roupas desconhecidas eram para muitos ofensivos."* (Fraser, 1997)

Os seus meios de subsistência são também conhecidos através da literatura, principalmente como a mendicidade, negócios e leitura da sina. O roubo é também algumas vezes anunciado embora se restrinja aparentemente ao furto de roupa e comida sempre que a ocasião surgia.

Na sua forma de organização interna, poucos eram aqueles que conseguiam ou sequer queriam interferir, desde que não pertencesse ao próprio grupo, *"...quando entravam em conflito uns com os outros, as autoridades faziam poucas tentativas para descobrir o culpado, deixando aos próprios ciganos o cuidado de tomar medidas."* (Fraser:1997)

A unidade base da organização social do cigano, é a família. Na vida deste, tudo gravita em torno da família. É ela a unidade económica exercendo solidariedade no trabalho, a unidade educativa que assegura a reprodução social e a segurança, a unidade de protecção de um indivíduo. A família age como um todo, trata-se de um conjunto de membros solidários face a outras famílias. Os conflitos são vividos colectivamente. A solidariedade social mantém unidos todos os membros da família.

Na cultura cigana não existem chefes hereditários ou eleitos, mas sim escolhidos pelas suas qualidades e respeito de que são merecedores. Às suas decisões nunca ninguém se opõe porque se sabe que são tomadas pela sabedoria. O idoso é um símbolo e deve-se respeitar e ter obediência sem nunca se contestar.

Normalmente os ciganos têm muitos filhos, isto porque, o chefe de uma família numerosa é factor de prestígio e de consideração por parte dos demais. Na vida nómada que sempre levaram, uma família numerosa era uma possibilidade de lutarem contra as adversidades, e uma vez que não estavam integrados nos programas de segurança social, uma grande família apresentava-se como uma mais valia no futuro, quando o progenitor já se encontra incapacitado para se sustentar. Nunca se vê um cigano abandonado ou a passar necessidades. Quando não tem capacidade de se auto-sustentar passa a ficar na casa dos filhos alternadamente, cumprindo estes, um dever honrosamente e nunca como um dever.

As crianças crescem livremente, normalmente sem repressões nem coações, no seio da família, lado a lado com os adultos e aprendendo com eles a sua cultura e adquirindo obviamente os seus modos de vida. Raramente frequentam por muito tempo a escola e têm normalmente pouco aproveitamento. Isto deve-se ao facto de os pais terem relutância em enviar os filhos para a escola com receio que estes adquiram hábitos e costumes dos não-ciganos e se perca a herança cultural, e por outro lado, por casarem muito cedo tendo de assumir responsabilidades precocemente. O homem casa entre os 16 e os 20 anos e a mulher entre os 13 e os 18 anos. Segundo Cunha (2001): *“...há entraves, como o facto da não adaptação à escola ou à professora, por diferenças culturais, pois é notória a diferença entre a experiência de vida de uma criança e de uma criança citadina, o que conduz a uma forma diferente de ver a realidade exterior e, conseqüentemente conduz a certa dificuldade na apreensão dos conteúdos programáticos.”*

Desde sempre que os ciganos são encarados com uma certa hostilidade. Já nas sociedades medievais estes eram colocados à margem da sociedade, provavelmente devido aos seus hábitos de vida muito diferentes daqueles que tinham as populações sedentárias.

Tanto os juízos como os preconceitos são transmitidos de geração em geração, influenciando os comportamentos dos indivíduos, mesmo de forma

inconsciente. Estes poderão surgir de disposições psicológicas benévolas ou malévolas, ou então de uma simples ausência de conhecimentos. As suspeitas e preconceitos estão também presentes na criação de lendas e provérbios, a ponto de recorrer-se à Bíblia para considerá-los descendentes de Cam, e portanto, malditos. Ainda segundo Monteiro et al (1995): *"O preconceito racial ou étnico conduz, em geral, à discriminação de pessoas por pertencerem a raças ou etnias diferentes."*

No entanto, e apesar de tudo, os ciganos não representam um povo compacto e homogêneo. As diferenças no tipo de vida, a forte vocação ao nomadismo de alguns, contra a sedentarização de outros, gera uma série de contrastes que não se limitam a uma simples incapacidade de viver pacificamente.

Desde o nascimento à morte que são um povo com costumes, usos, rituais, que são encarados como necessários para o bom funcionamento do grupo e cuja sanção consiste na desaprovação do comportamento contrário. É em resposta a este comportamento "menos adequado" que surge a troça, a ironia e os boatos. Enfim, trata-se de um povo com uma cultura muito própria e por vezes incompreendida pelos demais.

A formação de grupos e a diversificação da posição dos seus membros são determinados pelos valores sociais. As comunidades partilham como é óbvio de valores idênticos. Segundo Silva (1977): *"...são os valores que explicam a organização e estrutura das sociedades."*

Podemos dizer que se verifica um padrão muito coeso pela Europa, acerca da forma como os ciganos são recebidos e encarados. Num espaço de tempo relativamente curto começaram a emergir sinais de rejeição e resistência perante este grupo, normalmente após o cansaço da população perante a sua forma de subsistir. Segundo Fraser (1997), *"...os conflitos tornam-se habitualmente mais frequentes num prazo de 10 a 20 anos."*

Perante esta viragem de atitude face aos ciganos, estes começam a ter dificuldade em permanecer muito tempo no mesmo lugar, deixando de ter hipótese de estabelecer raízes. *"Pessoas instaladas, em geral, não confiam em nómadas...era agora seguida uma política de rejeição dos ciganos, sem ninguém pensar para*

onde haviam eles de ir, ou como chegariam lá, ou se lhes seria permitido entrar e ficar quando lá chegassem." (Fraser:1997)

Foi assim desta forma cada vez mais uniformizando-se a forma negativa de encarar o povo cigano pela maior parte das potências europeias. Ao longo dos anos continuam a ser encarados pela sociedade como criminosos e alvo de preconceitos por parte da população sedentária, a par de hostilidade religiosa perante as suas práticas pagãs e de feitiçaria. Em alguns países chegaram mesmo a ser proibidos de entrar, sendo punidos.

As medidas repressivas, ainda que muitas vezes aplicadas de forma ineficaz, começaram a alterar significativamente a vida dos ciganos, tornando-lhes difícil a sobrevivência quando começaram a ser-lhes negado o alimento e abrigo, impossibilitando-os de ter uma vida honesta, mesmo aqueles que realmente a pretendiam. *"Alguns encontravam alguma segurança em terras desoladas e florestas."* (Fraser:1997) Houve ainda outros que aproveitaram algumas falhas da jurisdição e instalaram-se nas fronteiras, tal como aconteceu entre França e Espanha. Outra das formas encontradas para manter a espécie foi optarem por se dividirem em pequenos grupos quando queriam passar despercebidos ou então, opostamente, reunirem-se em grandes grupos de forma a conseguirem assegurar uma maior segurança ao povo, recorrendo por vezes à violência. *"...armados e ousados, roubavam para o seu sustento e entravam em escaramuças com a polícia militar enviada para os prender."* (Fraser:1997) Segundo o mesmo autor, quando capturados, eram mortos grandes grupos de ciganos após sentenciados, atraindo grandes multidões de pessoas que queriam assistir ao momento terrível. *"...e a setença foi ditada (...) foram fracturados pela roda e depois decapitados, nove enforcados e mais treze (sobretudo mulheres) cortaram igualmente a cabeça."* (Fraser:1997)

Por volta do séc. XVI por ordem de D. Frederico Guilherme II da Prússia, os ciganos aceitaram pertencer ao exército na expectativa de assim conquistarem alguma confiança, sair das prisões e obterem um tratamento preferencial. De certa forma este objectivo foi atingido mas apenas durante o tempo de guerra, uma vez que em tempos de paz continuavam a não ser bem aceites devido à indisciplina

demonstrada. Mas, o certo é que durante um longo período era raro encontrar um cigano que não vestisse a pele de soldado, principalmente a nível da Suécia.

Mais tarde outra técnica foi por este grupo adoptada, a fim de garantir a sua sobrevivência, e desta vez mais apropriada à sua forma de viver e de ser, uma vez que se tratava de falsificar documentação que lhes permitia a mobilidade que aí apenas era permitida perante autorização. *"Uma técnica de sobrevivência (...) era rodear os controlos de documentação civil (...) tornaram-se igualmente adeptos dos passaportes falsos, necessários para responder às leis anti-vagabundagem..."* (Fraser:1997)

Este método demonstrou-se muito eficaz e ao mesmo tempo barato e fácil de conseguir. *"...vulgarizou-se tanto que o sistema se tornou absurdo."* (Fraser:1997)

Nos finais do séc. XVIII começam a ver-se grandes grupos de ciganos a sedentarizar-se e a serem mesmo absorvidos pela população onde ficavam, vindo mesmo a estabelecer boas relações com a restante população. Ocupavam-se na maioria das vezes com o trabalho do ferro e com a música. *"...o padre da terra e os funcionários municipais tinham sido conquistados ao ponto de se juntarem desinibidamente às tumultuosas festividades (...) a noiva foi acompanhada à igreja de mão dada com um dos funcionários (...) a procissão que saiu da igreja foi ruidosamente aclamada pela multidão."* (Fraser:1997) No entanto, esta ligação não era bem vista pela governação, neste caso espanhola, e após o acontecido os elementos não pertencentes à etnia cigana foram chamados à atenção. *"O inquérito oficial que se seguiu à denúncia confirmou os seus pormenores essenciais e o padre foi severamente repreendido..."* (Fraser:1997)

Provavelmente, a partir do séc. XIX, apesar dos ciganos serem um grupo bastante homogéneo, começaram a ser influenciados pelos países de acolhimento. No entanto, o seu estilo de vida continua a ser idêntico no que diz respeito à habitação e forma de ganhar a vida. *"...adoptavam a religião do sítio onde estivessem, sem fé..."* (Fraser:1997)

Mantém-se a ausência de disciplina e regras na sociedade inseridos, ao longo dos tempos, passando esta conduta de pais para filhos, o que limitava a possibilidade

de alguma vez conseguirem a sua integração em qualquer sociedade organizada. *"...os pais amavam extraordinariamente os seus filhos, mas não os educavam e por isso, depois de crescidos, não tinham hipóteses de mudar de hábitos."* (Fraser:1997)

É nesta altura que se verificam as transformações ao nível da paisagem no que diz respeito ao rural e urbano. Revela-se a explosão da industrialização na maior parte da Europa que consequentemente alterou a forma de ganhar a vida da população, ou seja, os camponeses e artesãos começam a ocupar as áreas urbanizadas como operários na maior parte das vezes. *"As transformações industriais e sociais que nesses anos varreram a maior parte da Europa foram mais intensas do que nenhuma antes anteriores."* (Fraser:1997) Os ciganos refugiaram-se nas zonas menos afectadas pela industrialização, tentando manter provavelmente o ambiente encontrado quando chegaram à Europa, tal como Espanha e Hungria, regiões estas mais atrasadas economicamente, onde formaram grandes comunidades por algumas cidades. Esta sedentarização em determinadas cidades destes dois países deveu-se essencialmente a medidas governamentais que dificultavam a mobilidade dos ciganos. Mas, apenas neste aspecto tiveram sucesso, uma vez que as suas atitudes pouco convencionais face à sociedade se mantiveram, preferindo sempre desempenhar actividades que lhes permitiam um certo grau de independência.

As habitações utilizadas demonstravam também o seu grau de dificuldade de integração na sociedade. Viviam normalmente em barracas com apenas 1 ou 2 divisões, feitas de barro ou palha, ou ainda tendas que lhes permitiam o seu transporte atreladas a carroças. Esta última situação foi vista com tanta regularidade que serviram de incentivo para populações sedentárias a fim do caravanismo de recreio, *"...nunca exactamente iguais umas às outras (...) tinham atingido o pico do seu desenvolvimento, funcionais e bonitas..."* (Fraser:1997)

No princípio do séc. XIX face às dificuldades existentes na oferta e na procura, os ciganos puderam apresentar-se úteis desempenhando a função de poder aceder à população mais afastada dos centros urbanos, produtos e serviços de forma barata, uma vez que a grande maioria deles eram mesmo executados pelos próprios.

"Surgiam como fornecedores de mexericos e novidades (...) reparadores de objectos domésticos, jornaleiros sazonais (...) ou funcionavam como artistas itinerantes, animando as festas da aldeia com o seu talento musical..." (Fraser:1997) Esta situação permaneceu até que os transportes e comunicações começaram a melhorar. A partir daí começaram estas necessidades a serem satisfeitas por outros meios e mais uma vez o povo cigano teve de se adaptar a outra forma de vida. Desta vez transformaram-se em ciganos metropolitanos, procurando as cidades com maior densidade populacional, oferecendo os seus serviços de porta em porta, mantendo no entanto a diversidade de ofícios mesmo dentro da mesma família. Mais tarde, quando concluíram que teriam mais lucro revendendo produtos em vez de os produzirem, começaram a vender em maiores quantidades em mercados, que se realizavam regularmente nas grandes cidades. Foi nesta altura que as mulheres e crianças que até então ficavam em casa a fabricar pequenos objectos para o homem vender, começam também a aparecer associados ao acto de vender outras actividades como forma de ganhar dinheiro, tal como a quiromancia. São essencialmente as grandes feiras e o emprego sazonal a começar a destinar a altura e a direcção das suas viagens, permitindo-lhe ao mesmo tempo reencontrar família e amigos e promover o negócio de cavalos. *"A Feira da Páscoa de Wasted Flats era conhecida como «feira dos ciganos», dado o número dos que aí se juntavam (...) terminadas as colheitas, invertia-se o movimento da cidade para o campo (...) uma primeira vaga regressava a Londres quase imediatamente a seguir à apanha do lúpulo."* (Fraser:1997)

Foi desta forma que perante as pressões europeias, tal como a urbanização e industrialização, a comunidade cigana conseguiu resistir, mantendo a sua autonomia, identidade, sendo capazes de ir explorando as oportunidades ao longo dos tempos. *"Uma cultura menos resistente podia ter sucumbido por completo; os ciganos não sucumbiram."* (Fraser:1997)

Após a 2ª Guerra Mundial deparamo-nos com uma nova distribuição dos ciganos pela Europa quando estes atravessaram fronteiras na tentativa de encontrarem países mais seguros.

Mais tarde, e no que diz respeito ao nosso país, assistiu-se novamente a um movimento cigano, por volta dos anos 70, para o país vizinho, pensando-se que estas

migrações tenham sido essencialmente de ordem económica, na tentativa por parte de alguns de estabilizar e levar uma vida normal. *"...estavam ciganos que preferiam prescindir da sua identidade, procurar empregos normais e mandar os filhos para a escola como toda a gente."* (Fraser:1997)

Os governos tomam também nesta altura medidas que impossibilitam cada vez mais a preservação da individualidade dos ciganos, tentando extinguir esta minoria. *"A designação de cigano foi abolida dos documentos de identidade (...) nos anos 80 alguns Estados foram mais longe e tentaram controlar a música folclórica..."* (Fraser:1997) Perante isto população cigana teve a necessidade de se começar a adaptar mais ao ambiente que a rodeava, frequentando mais a escola e adoptando trabalhos assalariados dentro da lei. No entanto, sempre que tinham hipótese não conseguiam evitar as suas origens. *"...sempre que possível eles supriam o trabalho assalariado com iniciativas no trabalho livre, sem olhar a regulamentos, assim como continuaram a encontrar públicos desejosos da sua música, a despeito das proibições."* (Fraser:1997)

O tipo de alojamento variava agora também, mas foram abandonadas na grande maioria as caravanas, sendo substituídas por barracas rudimentares ou casas pobres fornecidas pelo estado, na periferia das cidades. *"...o habitual era ocuparem uma barraca..."* (Fraser:1997)

Por toda a Europa foram sendo desenvolvidos planos de integração para os ciganos na tentativa de os tornar mais sedentários e promover uma melhor relação com a restante população. Por um lado este objectivo foi alcançado, no entanto acarretou outros problemas, uma vez que esta comunidade começou a crescer demonstrando ideias e princípios muito específicos que não foram aceites no seio da população que integravam. Segundo Fraser *"...eram considerados um povo primitivo, atrasado e degenerado (...) uma evolução alarmante foi, uma vez mais, o aparecimento de uma feia vertente racista em grande escala, particularmente na esfera da habitação..."* (Fraser:1997) Perante isto, por volta de 1968, os ciganos começaram a optar por ocuparem espaços mais rurais, onde encontravam sociedades mais alargadas geograficamente e consequentemente maior segurança.

Durante os anos que se seguiram os ciganos foram tratados como uma minoria e, quando certos países começaram a deparar com o aumento da sua taxa de natalidade, tentaram tomar medidas de controlo a fim de resolver o problema que se punha. *"Algumas medidas foram impostas em segredo, como empurrar milhares de mulheres ciganas para a esterilização depois de terem dado à luz uns quantos filhos."* (Fraser:1997) A par desta medida foi também tomada em conta a educação dos ciganos, tentando controlar o seu crescimento ao mesmo tempo que aumentava a sua formação literária. *"...o número de ciganos licenciados pelas universidades subira de 45 para 345."* (Fraser:1997)

Em meados de 1970 toda a Europa tenta reverter a situação dos ciganos, lutando contra a discriminação existente até então. *"Os ministros, as assembleias e outros órgãos do Concelho da Europa, representativos dos países europeus fora do bloco comunista adoptaram, a partir de 1969, uma série de resoluções e recomendações, lamentando a situação desfavorecida dos Ciganos (...) instando os governos membros e nas autoridades locais a pôr fim à discriminação."* (Fraser:1997) A maior preocupação foi a educação de crianças e adultos e, entre 1984-1989 apela-se à escolaridade, contornando todos os obstáculos existentes face a esta minoria, tendo sempre em conta a preservação e respeito pela sua cultura.

Em 1989 as transformações políticas trouxeram de novo novas tensões, uma vez que surge ao de cima sentimentos escondidos desde a altura da guerra, ou seja, a liberdade de expressão agora acrescida incitava consequentemente a liberdade para o preconceito. *"Houve violência até em sítios onde os ciganos há muito estavam legalmente instalados e parecia serem aceites."* (Fraser:1997) Os ciganos eram tão mal vistos que quer tivessem ou não sucesso economicamente mesmo que de forma honesta, eram apontados e objecto de ressentimento pela comunidade que os rodeava, perante o seu modo de vida diferente.

O termo 'cigano' é um termo genérico inventado na Europa e que ainda hoje é utilizado por falta de outro melhor. Os próprios ciganos costumam utilizar autodenominações completamente diferentes. Actualmente, os ciganos e os ciganólogos não-ciganos costumam apresentar três grandes grupos:

(1) os ROM, que falam a língua romani. Predominantes nos países balcânicos mas que migraram para países europeus e para as Américas a partir do século XIX. Podem ser divididos em vários sub-grupos, como os Kalderash, Matchuaia, Lovara, Curara.

(2) os Sinti, também chamados de Manouch. Falam a língua sinto e encontram-se mais frequentemente na Alemanha, Itália e França.

(3) os Calon ou Kalé, que predominam principalmente em Portugal e Espanha. Falam o caló e são mais conhecidos como Gitanos.

De todos os grupos, o ROM tem sido o mais estudado e, costumam considerar-se a si próprios 'ciganos autênticos, nobres'. Talvez por isso os antropólogos tenham tendência em estudá-los por terem preferência por povos 'autênticos'. Dos outros, pouco se sabe.

Os ciganos não se diferenciam entre si apenas pela cultura e pela língua mas também económica e socialmente. Distinguem-se actualmente quatro categorias sociais bem diferentes:

- (1) um pequeno grupo possuidor de alto nível de instrução, com diplomas e carreiras universitárias, geralmente indivíduos de famílias com bom nível de instrução, com empregos, e por vezes até casados com não-ciganos. Lutam muitas vezes pelo reconhecimento da identidade cigana.
- (2) um grupo maior que o anterior mas ainda minoria entre os ciganos, que são geralmente bem sucedidos, exercendo profissões tradicionais (antiquários, comerciantes, artistas) casam entre si e gozam de prestígio entre os outros ciganos.
- (3) o grupo maior é formado por ciganos em constante mutação, muitos misturados com não-ciganos e que vivem habitualmente na periferia. Os seus trabalhos (comércio ambulante, ferro velho) encontram-se em declínio e por isso dependem cada vez mais da assistência social.
- (4) um ultimo grupo, destruturado e marginal vivem em favelas e não têm emprego permanente. Costumam ser analfabetos e os seus filhos não frequentam a escola com regularidade. São considerados problemáticos e geradores de conflitos. Responsáveis pelos estereótipos negativos sobre os ciganos. Para sobreviverem dedicam-se muitas vezes a práticas ilegais.

Estas características sócio-económicas e laborais das comunidades e grupos ciganos mais expressivos em termos populacionais, nomeadamente os baixos níveis de rendimentos declarados e a consequente dependência da assistência social, a reduzida percentagem de indivíduos com um emprego permanente e o predomínio do exercício de actividades de carácter nómada como o comércio ambulante, tornam o serviço de urgência numa solução concreta e acessível para estas populações satisfazerem as suas necessidades de saúde.

7 - ESPAÇO HOSPITALAR

Actualmente os hospitais apresentam padrões arquitectónicos, configurações funcionais, estratégias de localização, racionalizações do espaço físico interno, estruturas orgânicas, diversidade de serviços prestados, potencialidades e recursos cognitivos e tecnológicos muito diferentes das primeiras instituições com a mesma nomenclatura, que estiveram na sua origem.

Tal mutação deveu-se em grande escala, à necessidade evidente de reajustar a eficiência dos seus processos produtivos a novas filosofias de actuação e a novos espíritos de missão emergentes, cujo foco de atenção se deslocou progressivamente do auxílio material e assistência espiritual aos pobres, em particular aos pobres moribundos, para a prevenção e tratamento de doenças, tendo em conta a prevalência destas ao longo dos tempos.

7.1 – EVOLUÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Durante o séc. XVIII a medicina expande-se e começa a ter cada vez maior relevância no que diz respeito à arte de administrar, governar, corrigir, melhorar o corpo social e mantê-lo em perfeito estado de saúde. Isto acontece paralelamente ao surgimento dos hospitais no final deste século. Antes do séc. XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. O personagem ideal do hospital, até ao séc. XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e ultimo sacramento. Esta é a função essencial do hospital, era um morredouro, um lugar onde se morre.

Era comum encontrar nesta altura pessoas religiosas que tinham como objectivo principal a prestação de serviços de caridade que assegurassem a salvação

eterna a doentes. A medicina e o hospital permaneciam desvinculados até meados do séc. XVIII.

Por volta do séc. XVII, o aparecimento dos hospitais militares e marítimos revelavam já grande organização hospitalar na Europa. É neste período que surge esta necessidade de organizar e disciplinar o espaço hospitalar que levou a uma transformação das práticas médicas e consequentemente o surgimento do hospital médico: *“...transformando as condições ambientais e até mesmo a arquitectura e espaços de localização dos hospitais, e de distribuição interna de seu espaço, que se torna medicalizado em sua função e em seus efeitos.”* (Ramires et Guimarães, 2004)

Ao longo dos tempos esta organização do espaço hospitalar foi, logicamente, sofrendo alterações e evoluções, e segundo os mesmos autores: *“... outras modalidades organizativas foram sendo implantadas em relação à estruturação do hospital...”* (2004) Esta evolução na organização desenvolveu-se sempre lado a lado com as necessidades de saúde dos indivíduos e conceito de saúde, no sentido da sua promoção, prevenção e tratamento de doenças de acordo com as doenças existentes ao longo dos tempos.

Os serviços de urgência nos hospitais constituem uma prova evidente da necessidade dos hospitais redimensionarem e diversificarem os recursos materiais e humanos disponíveis, e os serviços prestados de acordo com as necessidades reais de saúde existentes. Estes, pretendem responder com celeridade e eficiência a alterações de saúde física ou psíquica, potenciais ou concretas, imaginárias ou reais em indivíduos provenientes de diferentes meios étnicos, sócio-económicos, religiosos, com idades diferentes, diferentes percepções do seu estado real de saúde e diferentes expectativas.

7.2 - O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência tem sofrido bastantes alterações nas últimas duas décadas. Trata-se de um serviço que presta cuidados a milhões de pessoas e a

avaliação da situação clínica e tratamento inicial baseiam-se em planos bem definidos de acordo com as necessidades da comunidade e capacidades do hospital. Para muitas pessoas é aqui que encontram a única hipótese de serem atendidas. Segundo Sheehy (2001): *“...serve não só como centro de recepção de pessoas gravemente doentes ou sinistradas, mas também como abrigo permanente para pessoas assustadas que não têm para onde ir.”*

Na última década as pessoas que recorrem ao serviço de urgência têm aumentado continuamente, e isto deve-se essencialmente a vários motivos, tal como não ser necessária a marcação de consultas, existe cada vez mais dificuldade no acesso a médicos privados, é vantajoso para quem tem poucos recursos e encontra-se aberto todos os dias a todas as horas.

As pessoas que trabalham nas urgências desempenham um papel fundamental na gestão. As pessoas não gostam da rotina, gostam de converter o caos em ordem, sentindo-se motivadas e sendo empreendedoras, gostam de um ambiente dinâmico.

Para dar resposta aos seus objectivos, os serviços de urgência têm sofrido bastantes alterações nas últimas décadas. Assiste-se a um fluxo cada vez maior de pessoas que recorrem a este serviço, o que exige a criação de soluções arquitectónicas, administrativas e tecnológicas que facilitem o trabalho executado e agilizem os serviços prestados. A ampliação do espaço físico e a divisão do mesmo, de acordo com a natureza dos serviços prestados, bem como a implementação dos sistemas de triagem constituem uma ilustração real da realidade mencionada.

A utilização dos sistemas de triagem surge por volta de 1960, altura em que a procura dos serviços de urgência começou a ser muito superior às capacidades / recursos dos serviços. Segundo Sheehy (2001): *“Entre 1958 e os primeiros anos da década de 60, o número de deslocações ao serviço de urgência, a nível nacional, foi de 18 milhões. Em 1968, este número havia aumentado para mais de 44 milhões...”*

Quando o doente dá entrada no serviço de urgência é submetido a um processo de triagem que determina a gravidade da doença ou lesão a fim de lhe proporcionar o melhor atendimento, tornando-se numa forma eficaz de separar os

doentes que requerem uma observação médica imediata daqueles que podem esperar. *“Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados, facilita a afectação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente...”* (Sheehy: 2001) Um sistema de triagem eficiente pressupõe um espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar.

No hospital em que exerce funções o sistema de triagem permite a tal selecção de doentes mais graves, ao mesmo tempo que atribui prioridades a todos os restantes doentes no que diz respeito a atendimento e tratamentos. Tem também como objectivo a cumprir, regular a afluência de doentes à urgência, encaminhando-os para a área mais adequada de atendimento, ou seja, urgência ou instituição de cuidados de saúde primários.

É importante referir que qualquer sistema de triagem compreende duas fases. A primeira em que se faz a avaliação de sintomas, detecção de sinais, exame físico, avaliação de sinais vitais e breve história; e a segunda que diz respeito às tarefas administrativas, indicações, informações, segurança, controlo de aglomeração de pessoas, etc.

Qualquer que seja o sistema de triagem que se apresente num serviço de urgência, não poderá ser classificado de estático, uma vez que este varia grandemente com determinados aspectos, tal como afluência diária, do pessoal disponível, tipo de disponibilidade do pessoal de saúde, disponibilidade das áreas de tratamento especializado, bem como de limitações de natureza ambiental e administrativa.

Ao grau de urgência de atendimento do doente é atribuída uma categoria estabelecendo-se assim as prioridades. Quanto maior for o número de categorias de urgência, mais possibilidades terá o serviço de prestar cuidados diferenciados.

Neste hospital onde exerce funções é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester, em que existem cinco categorias a ser atribuídas, correspondendo o grau de prioridade a uma determinada cor. Assim, azul corresponde ao atendimento não urgente, verde ao pouco urgente, amarelo ao urgente, laranja ao muito urgente e vermelho ao atendimento emergente.

A triagem de urgência é na maior parte das vezes realizada por um enfermeiro devidamente qualificado. *“É o enfermeiro que decide a ordem pela qual os doentes são assistidos.”* (Sheehy:2001) O que distingue um enfermeiro de triagem eficiente é a sua experiência e capacidade de avaliar e fazer uma definição completa e rápida da situação de urgência. Ainda segundo o mesmo autor: *“A capacidade para distinguir entre quem está ou não está doente, é um factor decisivo para o êxito do enfermeiro de triagem, sendo que conhecimentos profundos e experiência são essenciais.”* (2001) O enfermeiro trialista tem de ter uma grande capacidade de avaliação, organização, conhecimento de doenças, bem como experiência que lhe permitam detectar pistas em relação ao estado do doente, conseguindo estabelecer prioridades com rapidez sob a grande pressão que existe neste local. *“O sector de triagem é uma área frequentemente caótica e exigente.”* (Sheehy:2001) Segundo a sua experiência não é o doente em estado crítico que constitui o maior desafio, mas sim aquele que desperta o desafio para detecção de pistas que possam indicar problemas graves que requerem cuidados imediatos.

O enfermeiro de triagem é o primeiro profissional que o doente e família encontra ao chegar ao serviço de urgência, pelo que se revela fundamental a qualidade desta recepção, a fim de proporcionar um encontro cordial, baseado na educação e respeito, demonstrando atenção e preocupação pela situação do utente. *“Compreender a reacção das pessoas face a uma situação de crise ajuda o enfermeiro a manter a compostura e a dar uma melhor imagem do serviço de urgência e do próprio hospital.”* (Sheehy:2001)

O utente cigano normalmente recorre ao Serviço de Urgência em caso de extrema necessidade no seu modo de encarar a doença, manifestando-se como é óbvio muito ansioso face ao atendimento, pelo que a triagem é normalmente encarada com alguma revolta, tornando-se muitas vezes difícil a aceitação do seu grau de prioridade, pois pensam ser os mais doentes.

7.2.1 – O Serviço de Urgência do HDJMG

O Serviço de Urgência do HDJMG encontra-se a funcionar nas actuais instalações desde Dezembro de 2001, sendo em princípio um espaço relativamente moderno e desenhado para as necessidades actuais dos doentes a que ele recorrem.

É constituído por várias dependências de acordo com as necessidades, sendo algumas já adaptadas face a novas necessidades que surgem no dia-a-dia, muitas vezes não se apresentando da melhor forma, principalmente devido à falta de espaço.

Concretamente é dividido em:

Recepção onde é feita a inscrição do doente localizada na mesma área que é considerada como sala de espera dos utentes. O Gabinete de Triagem fica também nesta sala, numa pequena divisão adaptada à função, dividida da restante sala por portas de alumínio e vidro.

A porta de entrada para o serviço propriamente dito, ou seja, espaço onde são prestados os cuidados aos utentes, liga directamente a sala de espera exterior com o corredor do serviço onde doentes aguardam em macas, exames ou tratamentos, devido à falta de espaço.

É depois neste corredor que são distribuídas as diversas salas devidamente equipadas para as determinadas funções.

O Serviço de Urgência é então dividido por duas partes essencialmente. À entrada encontra-se a urgência propriamente dita e no final deste corredor o Serviço de Observações onde permanecem os doentes que necessitam de permanecer um período mais longo a fim de promover a estabilização da sua situação clínica.

Logo à entrada deste serviço encontramos de imediato os balcões de atendimento, o Balcão 1 e 2, à esquerda e o balcão de pediatria à direita. Seguidamente pelo esquerdo encontramos a Sala de Pequena Cirurgia. Sensivelmente ao meio do corredor encontramos na continuidade à direita uma sala de espera de doentes acamados que aguardam exames e tratamentos, e uma à esquerda mesmo em frente destinada a doentes independentes e acompanhantes distribuídos por cadeiras que se encontram em conjuntos de 3 umas atrás das outras. Existe ainda nesta zona uma única casa de banho que serve homens, senhoras e crianças.

Seguidamente a estes espaços, seguindo em frente no corredor pelo lado esquerdo, temos situada a Sala de Emergência e posteriormente a Sala de Ortopedia. É aqui que termina a primeira parte do serviço e se inicia o S.O. estando estas duas divididas por uma porta tipo guarda-vento.

Este serviço possui ainda duas pequenas Salas de Pausa para o pessoal técnico, uma logo no início do corredor e outra ao final.

O S.O. é constituído por duas grandes alas separadas por uma bancada de trabalho para o pessoal técnico, que lhe permite a vigilância de todo o espaço. Inicialmente este espaço foi concebido para três camas em cada ala, tendo portanto uma lotação de seis pessoas, cada cama com a sua unidade específica e espaço suficiente para manter a privacidade do utente e prestação dos cuidados necessários. Actualmente este espaço apresenta uma lotação de onze camas, distribuindo-se estas por quatro em cada ala e três na continuidade do corredor que dá acesso a um outro que encaminha ao exterior do hospital, também separados por uma porta tipo guarda-vento. (Anexo I)

Toda esta sobrelotação se deve à incapacidade de dar resposta à grande afluência de doentes a este serviço.

O espaço torna-se então mais reduzido, não permitindo muitas vezes oferecer ao doente e família / acompanhantes os melhores cuidados e condições. As casas de banho pertencentes ao S. O., uma de mulheres e outra de homens, tal como a copa que serve para preparação das refeições, revela-se na maior parte das vezes incapaz para responder às necessidades.

Associada a esta falta de espaço podemos encontrar variadíssimas vezes doentes internados fora do S. O. distribuídos por macas pelo corredor e balcões onde se observam os doentes da urgência propriamente dita, sem quaisquer condições de privacidade e vigilância necessária.

7.3 – PERCEPÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR

No que concerne ao espaço hospitalar propriamente dito, que é aquele que interessa para o próprio estudo, podemos classifica-lo em inúmeros segmentos espaciais de acordo com as diversas funções que apresenta. O hospital é visto como uma possibilidade de organização e desenvolvimento social em harmonia e forma participativa, uma vez que oferece a possibilidade ao sujeito de alteração/correção física e psíquica.

Ao longo dos tempos começa-se a dar importância à percepção que o utente tem do espaço que ocupa em meio hospitalar, no sentido de beneficiar como anteriormente referia, o seu estado de saúde/doença. Dias (1986) afirma: *“...na busca de um significado mais amplo para saúde/doença, deve-se contemplar as relações das doenças com o mundo que nos cerca; a doença deve ser analisada à luz dos factores ligados à estrutura social; as doenças não são a-espaciais e nem a-temporais, ou seja, as noções de tempo e espaço são fundamentais.”*

Este aspecto da percepção do espaço tem sido estudado e faz sentido pela motivação que o próprio espaço provoca no sujeito e a forma como o faz. Segundo Ponty (1999): *“...a percepção espacial é um fenómeno de estrutura e só se compreende no interior de um campo perceptivo que inteiro contribui para motivá-lo, propondo ao sujeito concreto uma ancoragem possível.”*

As características da percepção humana foram estudadas pelos “gestaltistas” que consideraram que a percepção é sempre feita de uma forma organizada percebida como uma “forma total”.

No entanto este fenómeno de percepção acontece obviamente de acordo com as diferenças próprias inerentes a cada sujeito. Segundo Ferreira (1977): *“...cada um percebe o seu mundo e que existem tantos mundos percebidos quanto o número de percebedores.”* Ainda segundo Tuan (1980): *“...duas pessoas não vêem a mesma realidade, nem dois grupos sociais fazem exactamente a mesma avaliação do meio ambiente.”*

A acção do sujeito num determinado espaço é formada a partir de um desejo de intervenção tendo como principal objectivo a apropriação de uma linguagem estética, de uma estrutura de conforto ambiental e claro, de um sentido de funcionalidade.

Segundo Costa (2005): *“O espaço não se constitui somente por uma forma (...) mas, também pela função de provocar a compatibilização de um desejo a um determinado fim, tarefa ou actividade.”*

Podemos dizer que a forma e a função surgem como um par inseparável que tem como objectivo ver concretizado um determinado desejo, promovendo uma saudável comunicação interna entre o sujeito e o seu meio ambiente. Segundo o mesmo autor: *“A sustentabilidade dessa relação é fundamental para o reconhecimento e a manutenção da função social do espaço.”* (2005)

A natureza do espaço é formada através de diferentes formas como é vivida pelo indivíduo que representa de certa forma a sua maturação uma vez que lhe permite a acumulação de informação e registos que irão participar na estruturação psíquica modelando o sujeito representativo de uma cultura particular. *“A construção da individualidade dá-se em um ambiente adequado, local estimulador de acções, pensamentos e sentimentos que permitirão o desenvolvimento da essência humana.”* (Costa:2005)

Um espaço adequado a fim de concretizar um objectivo humano no que diz respeito a forma e função compatíveis, é da ordem do social uma vez que permite a resolução de problemas e o enriquecimento do universo simbólico humano.

Torna-se imprescindível a constituição do espaço enquanto símbolo de maneira a conseguir identificar-se de forma clara a verdadeira realidade e importância desse espaço. Esse símbolo é um elemento indicador de credibilidade que vai direccionar o sujeito rumo ao seu processo de apropriação e segundo o mesmo autor: *“Elucidar o acto de apropriação refere-se à necessidade de se estudar as edificações, no caso, as instituições hospitalares, sob a óptica do comportamento do sujeito, ou seja, o estudo da performance do edifício em acção, onde o usuário interage com o seu meio ambiente.”* (Costa:2005)

O espaço é um território subjectivo em que o sujeito o ocupa elaborando conteúdos conscientes e inconscientes perante formas e funções específicas do universo ambiental. Existe uma constante troca entre o homem e o meio ambiente redimensionando várias variáveis de ordem cultural, económica, física, psicológica e social que de certa forma dão sentido a esse determinado espaço.

São as experiências humanas que dão forma à memória do indivíduo e do lugar onde se situa. Desta forma, estas determinadas experiências são nada mais nada menos que os símbolos do espaço que representam o local específico e consequentemente uma memória própria do sujeito, uma história de vida. A partir da interface existente entre o homem e o espaço surge a recordação que forma a identidade do sujeito e a sua forma de ver esse espaço e de lhe atribuir determinadas qualificações. Cada lugar está assim associado a um determinado tipo de experiência humana, sentimentos e pensamentos. Assim sendo, um lugar transmite uma imagem para o usuário, decorrente da experiência humana nesse lugar. *“Os espaços podem ser alegres (felizes), tristes, angustiantes, ativos, enfadonhos, temerosos, duvidosos, sofridos, enfim, uma multiplicidade de qualificações que são decorrentes de uma multiplicidade de qualidades e produções humanas.”* (Costa:2005) Cada lugar estabelece um valor humano e um modo de vida.

É através do sentido perceptivo que o indivíduo adquire de forma particular, pensamentos, sentimentos e acções, percorrendo um determinado caminho de acordo com a recordação que possui de determinado espaço, obrigando não apenas à viagem ao passado mas também as experiências no presente e expectativas futuras.

Segundo Edward Hall, no ser humano, o espaço e distância não são estáticos. A percepção que o homem tem do espaço encontra-se directamente relacionada à acção que pode ser exercida num determinado espaço e não apenas àquilo que pode ser observado em contemplação passiva. No que diz respeito à distância interpessoal escolhida, esta depende de vários factores que deverão ser levados em conta: *“A distância escolhida depende das relações interindividuais, dos sentimentos e actividades dos indivíduos envolvidos na situação dada.”* (Edward Hall)

7.4 – O ENFERMEIRO VERSUS CIGANO NO ESPAÇO HOSPITALAR

O aparecimento de determinada patologia obriga o sujeito a abandonar o domínio privado da sua doença, da sua dor localizada, do grupo restrito de familiares e amigos, e a entrar no domínio público num hospital onde a doença é socializada. *“A dor vem a público e o território do sujeito (corpo e mente) passa a sofrer uma investida por parte dos actores do hospital (profissionais de saúde), ocorrendo uma identificação compulsória onde o espaço interior do sujeito é vasculhado, invadido por pensamentos, sentimentos e acções de ordem pública; um espírito de estranheza invade o espaço pessoal do doente.”* (Edward Hall)

Se o doente tem a capacidade de controlo sob a sua patologia através de auto-tratamento ou até mesmo se o desequilíbrio é identificado e existe forma de o repor com terapêutica, poderá permanecer o domínio privado. No entanto a obrigação ao domínio público nem sempre terá representações negativas, por exemplo, numa situação em que o doente partilha experiências e atitudes perante a sua situação clínica actual com outros utentes num espaço restrito, poderá tornar-se reconfortante perante a troca que se estabelece.

O espaço hospitalar é impessoal uma vez que os utentes não conseguem personalizar o espaço que ocupam/utilizam. A forma já está estabelecida e não existe possibilidade de a alterar, no entanto, de uma forma subjectiva, este é um espaço que acumula um vasto leque de sentimentos, tal como dor, sofrimento, angústias, mas também desejos, esperanças de vida. *“O hospital situa-se em permanente estado de transformação humana e de transição para dimensões, algumas vezes, desconhecidas.”* (Edward Hall)

O caminho a seguir num espaço hospitalar é definido na sua maioria por incerteza e medo mas também de coragem numa fase nova da vida que induz a uma ampliação da visão sobre o mundo que nos rodeia.

A própria forma espacial interna habitual do hospital, com os seus corredores e distâncias relativamente grandes entre os serviços, dificulta a orientação do individuo doente tornando-se muito mais difícil o controlo da ansiedade inerente à

própria doença, uma vez que este também se encontra muito mais fragilizado. Torna-se necessário uma proximidade entre os objectos, sujeitos e espaços na tentativa de amenizar o vazio existente no indivíduo em crise. Esta situação pode muitas vezes ser combatida por uma aproximação física, uma demonstração de afecto associadas à atenuação da dor, tentando de certa forma a conquista da aceitação pessoal e social.

“A função do espaço hospitalar no meio cultural apresenta-se com o sentido de propiciar a cura, preencher um vazio, redimensionando a vida do sujeito. Para tal, há a necessidade, entre outras coisas, de uma aproximação entre os elementos humanos e os objectos da cultura local (...) o encontro em um espaço de cura é fundamental para contribuir no processo terapêutico.” (Edward Hall)

O espaço hospitalar é caracterizado por uma limitação rígida, onde está sempre presente uma ideia proibitiva no dia-a-dia no hospital. Parece difícil ver-se directamente uma pessoa, existe uma impessoalidade nas relações em que as acções mecanizadas tomam conta de cada momento da vida do doente.

Também o tempo de espera por parte do indivíduo doente é relevante para a percepção do espaço por este, uma vez que por mais estranho e desagradável que o tempo de espera pareça inicialmente, provoca um certo tipo de conformação com os espaços, objectos e situações mais ou menos indesejáveis que vão sendo assimiladas com o passar do tempo, chegando a haver uma certa aceitação e assimilação.

A permanência do sujeito no espaço hospitalar é marcada pela espera de atendimento pelo profissional de saúde, pela realização de determinado exame, pelo reequilíbrio bio-psico-social. A verdade é que parece que o tempo é determinante na forma como o sujeito observa e compreende o ambiente que o rodeia. Durante este período, o sujeito é estimulado sensorialmente adquirindo variadas informações do espaço quer a nível visual como auditivas, olfactivas, térmicas, etc. ***“A troca com o espaço é minuciosa e visceral (...) o silêncio (...) a insegurança; o medo; o cheiro de éter e de remédios; febres; tremores e calafrios são experiências resultantes da vivência do paciente.”*** (Edward Hall) O espaço é portanto vivido de uma forma muito intensa parecendo que os pequenos detalhes se ampliam.

Esta intensificação da vivência do espaço hospitalar com todos os seus elementos inerentes marca de forma significativa a estrutura psíquica do indivíduo,

humanizando a sua forma de relação com os que o rodeiam e consigo próprio, dando mais sentido ao seu próprio modo de vida. *“O espaço hospitalar é a testemunha da peregrinação do corpo humano e o local onde cicatrizes foram imprimidas em uma vida ameaçada pelas forças patológicas.”* (Edward Hall)

As marcas resultantes no indivíduo que viveu neste espaço hospitalar transmitem as experiências vividas durante o seu trajecto. O corpo humano e o espaço formam em associação o lugar na memória de experiência de vida.

Uma vez que está mais que óbvio que a organização do espaço hospitalar influencia a saúde do homem influenciando consequentemente a sua maneira de pensar, agir e sentir, conclui-se que o planeamento e organização de um espaço hospitalar deverá ter em conta a forma como os doentes e os profissionais interagem com o espaço onde emerge o trabalho e as acções humanas. Segundo Edward Hall: *“O espaço de organização fixa constitui um dos quadros fundamentais da actividade dos indivíduos e dos grupos.”* A forma de construção dos edifícios envolvendo a sua estrutura e organização interna é determinada pela cultura predominante, significando que quando ocupados por grupos de culturas diferentes, possam na maioria das vezes existir dificuldades e utilizações menos adequadas perante as que foram construídos. *“...o interior da casa ocidental comporta uma organização fixa do espaço. Nela encontramos divisões particulares que correspondem a funções particulares...”* (Edward Hall) Perante a etnia que se estuda, pode já constatar que nada disto se passa nas suas habitações. O cigano habituado a viver livremente em tendas e barracas no meio do campo, em espaços abertos sem quaisquer limitações, não consegue ou é-lhe difícil quando obrigado pela permanência no hospital, ficar fechado, em instalações limitadas pelas próprias funções, e ainda pior afastado do grupo, da família que o compreende e age em conformidade consigo. *“Um sentido correcto de orientação no espaço encontra-se ancorado no mais profundo do ser humano. Este tipo de conhecimento liga-se, em última análise, à sua própria vida e à sua saúde mental.”* (Edward Hall) Este aspecto leva na maioria das vezes à dificuldade em atingir novamente o seu bem-estar numa instituição hospitalar, levando muitas vezes ao abandono da mesma, e a recorrência às medicinas tradicionais, que podem ser efectuadas no seu espaço junto

dos seus, assim que a parte biológica seja minimamente atingida através do tratamento médico. Segundo o mesmo autor é necessário ter em conta que o espaço de carácter fixo transporta consigo uma boa parte do comportamento humano.

Num espaço hospitalar o objectivo principal é a manutenção da organização, facilitando o trabalho daqueles que nele trabalham, esquecendo-se na maioria das vezes das necessidades da pessoa enquanto não-doente. Um grande exemplo, dado por Osmond citado por Edward Hall, são as salas de espera. A fim de manter a ordem são utilizados espaços designados por sociófugos, em que os utentes se mantêm estanques entre si, não permitindo o seu envolvimento. *“...um elemento sociófugo numa dada cultura pode ser sociópeto numa outra...”* (Edward Hall) Quando este espaço é ocupado por um grupo que não cumpre as regras habituais, que interage com a enorme família que normalmente o acompanha, provocando desordem e ruídos, ocupando o espaço de forma diferente, não é bem aceite originando na maior parte das vezes conflitos. *“...os seres ligam-se de um modo profundamente pessoal à organização do espaço e dos móveis. Nem o pessoal do hospital, nem as pacientes teriam admitido que estranhos se pusessem a ‘remexer’ nos seus móveis.”* (Edward Hall)

É importante referir que o espaço sociópeto, ou seja, aquele que promove a interacção entre os utilizadores, não tem de ser necessariamente bom, tal como o sociófugo não tem de ser necessariamente mau. O que se desejaria era a existência de determinada flexibilidade que permitisse a existência de um espaço adaptável à ocasião, cultura e estado de espírito da pessoa. Segundo ainda o mesmo autor: *“A maneira como arrumamos os objectos que são nossos, os lugares onde os dispomos, dependem de modelos microculturais que não são só representativos de amplos grupos culturais, mas também dessas microvariações que cada indivíduo introduz na sua cultura e que o tornam único.”*

Se por um lado o espaço hospitalar constitui para os profissionais de enfermagem o seu habitat laboral e portanto um dos locais onde passam grande parte do seu tempo, onde desenvolvem a sua actividade profissional, constroem a sua carreira e se relacionam com maior ou menor grau de intimidade e afectividade com

colegas de profissão ou outros profissionais, onde se familiarizam com a linguagem técnica e com as condições físicas e os recursos tecnológicos existentes, por outro lado constitui para a esmagadora maioria dos utentes uma transição abrupta de ambiente, onde experimentam uma confrontação directa e próxima não só com o seu sofrimento mas também com o sofrimento dos outros e onde são muitas vezes percebidas com maior ou menor intensidade limitações rígidas no espaço, impessoalidade nas relações, mecanizações nas acções, variações na duração subjectiva do tempo decorrido. O espaço poderá ser vivido através de uma experiência muito intensa, onde pequenos detalhes e gestos aparentemente insignificantes se podem ampliar e adquirir um significado diferente do original. A intensidade da experiência será proporcional ao grau de diferenciação existente entre o ambiente hospitalar e o meio de onde a pessoa provém.

Neste sentido, as representações sociais do espaço hospitalar assumem um carácter eminentemente dinâmico e divergirão necessariamente entre os profissionais de saúde e os utentes que recorrem a esse mesmo espaço. Esta divergência poderá, numa análise multidisciplinar, contribuir para uma compreensão mais profunda de realidade mais complexa, as diferenças encontradas na forma como enfermeiros e ciganos percebem a saúde e a doença.

8 – O ENFERMEIRO VERSUS CIGANO PERANTE A SAÚDE E A DOENÇA

Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde.

O conceito de saúde tem sido definido de muitas maneiras. A definição mais básica defendida por Nightingale apoiava a saúde como o estado de estar isento da doença.

Saúde é um bem-estar físico-psico-social. Por outro lado a doença é a denominação genérica de qualquer desvio do estado normal. A preservação da saúde, definida como um direito e um dever, é associada à organização dos cuidados médicos que acompanha o ciclo da vida desde o nascimento até à morte. A dominância da saúde reflecte-se em comportamentos individuais que se baseiam em aceder regularmente aos cuidados de saúde primários em determinadas alturas da vida e esporadicamente a cuidados médicos específicos que combatem o desequilíbrio instalado.

De acordo com o contexto social em que se insere, cada pessoa interpreta o conceito de saúde/doença de forma diferente. *“...de acordo com os seus valores e costumes, o indivíduo constrói as suas próprias definições de saúde e doença e, ainda que não se dê conta disso, toma atitudes baseadas nesses conceitos particulares para manter-se sadio e não ficar doente.”* (www.odontalgia.com)

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança.

Ao longo dos tempos os investigadores e os profissionais de saúde procuram descurar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença, tentando encontrar definições cada vez mais flexíveis que considerassem múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos. No entanto nunca foi possível universalizar estes conceitos.

Podemos dizer que a presença ou ausência de doença é um problema social e pessoal. Pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com o aspecto físico e mental da pessoa. É social porque a doença do indivíduo pode afectar outras pessoas significativas.

“A história de saúde e de doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.”
(Albuquerque et Oliveira: 2005)

A Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

No entanto, é necessário ter atenção que por vezes as noções de saúde e de doença que guiam os comportamentos dos leigos e dos profissionais são diferentes. Quando estas definições variam entre uns e outros de forma muito significativa poderão dar origem a dificuldades de comunicação entre o prestador de cuidados e utente. Os enfermeiros poderão facilitar o seu trabalho junto dos utentes, avaliando a sua concepção de saúde, usando essa informação para fazer o planeamento dos cuidados.

A medicina foi marcada por duas concepções: a fisiológica e a ontológica. A fisiológica foi iniciada por Hipócrates e baseia-se na origem da doença por um desequilíbrio existente entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Segundo Myers e Benson citados por Albuquerque et Oliveira (1992) esta medicina centra-se no doente como um todo integrado no seu ambiente, evitando a ligação entre o estado de doença e as perturbações dos órgãos corporais em particular. Por outro lado, a concepção ontológica admite que a doença se trata de factores externos ao organismo, que o invadem para se alojarem nos órgãos em particular. Esta concepção procura um diagnóstico exacto do órgão precisamente afectado.

No entanto, a história da medicina poderá ser considerada de forma mais alargada e segundo os mesmos autores poder-se-ão destacar quatro períodos no que diz respeito à evolução dos conceitos de saúde e doença. O período pré-cartesiano até

ao século XVII defendendo que “...as doenças não são causadas por demónios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais (...) a medicina afastou-se do misticismo e do endeusamento e baseou-se na observação objectiva e no raciocínio dedutivo.” (Albuquerque et Oliveira:2005) A saúde do indivíduo estava sob influência do meio ambiente e apenas se podia manter se a pessoa seguisse um estilo de vida segundo as leis naturais. Esta abordagem não deu importância apenas ao meio ambiente, demonstrou também interesse na relação entre doente e profissional de saúde durante o processo de cura. Segundo o mesmo autor: “*Alguns pacientes, embora conscientes que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu entendimento para com a humanidade do médico.*”

Durante o século XVII deu-se o desenvolvimento do modelo biomédico que se baseia na visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza, surgindo a partir de grandes filósofos que entenderam a realidade do mundo como uma máquina, de forma a que o seu entendimento surgiria tal como uma máquina, ou seja, desmontando as peças. Esta concepção foi generalizada aos seres vivos em que as peças são agora representadas por órgãos que se estudam separadamente. Segundo Engel (1977): “*O modelo biomédico tradicional baseia-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou de relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina.*”

A primeira revolução de saúde surgiu nos finais do século XVIII aquando das consequências nefastas, da revolução industrial, para a saúde. Desenvolveram-se neste período grandes desequilíbrios ecológicos e epidemias. “*Grande quantidade de pessoas migravam e aglomeravam-se nas grandes cidades, com fracas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadores da difusão de microorganismos causadores de grande morbilidade e mortalidade.*” (Albuquerque et Oliveira: 2005) Foi este o período em que se deu o desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública.

Em 1979 surge, utilizado por Richmond, a expressão “*Segunda Revolução de Saúde*”. A novidade que surge agora é que ao contrário do modelo anterior, a saúde é aqui o elemento central, o principal de estudo. Surge agora uma nova epidemia, a comportamental que obriga a formação de novos princípios, uma vez que esta não teria origem em qualquer agente patogénico. ***“Esta constatação chama a atenção dos profissionais de saúde e de doença para a importância de alterar o estilo de vida da população.”*** (Albuquerque et Oliveira: 2005) Esta alteração do estilo de vida baseia-se na aquisição de hábitos de vida saudáveis, tal como cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício físico, dormir um número de horas adequado, etc.

Paralelamente à alteração da etiologia da doença, segundo Ramos (1988) surgem outros factores que contribuem para a emergência de um novo conceito de saúde, tal como alterações demográficas como por exemplo envelhecimento da população, diversificação da família, mobilidade social dos indivíduos e emigrações.

8.1 – EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE

Actualmente as políticas públicas procuram aproximar as comunidades dos profissionais de saúde. No entanto, para que isto seja possível não podemos esquecer que é extremamente necessário identificar os conceitos de saúde e doença entendidos pelas diferentes comunidades, só assim sendo possível ir ao encontro das necessidades de diferentes grupos. ***“...novas políticas públicas ainda não conseguiram mudar certos conceitos e práticas tradicionais.”*** (www.odontologia.com)

Torna-se importante dar relevo suficiente a aspectos que directamente ligados à vida do indivíduo possam vir de certa forma a influenciar o seu bem-estar. Nestes aspectos podemos destacar a título de exemplo, os problemas familiares, problemas profissionais, preocupação com a violência, o stress quotidiano... todos eles podem oferecer risco à saúde. Mais precisamente à prestação de cuidados pelo enfermeiro, uma vez que é esta a área que se pretende estudar, estes aspectos podem fornecer importantes informações em situação de saúde e de doença. Segundo Henderson

(1962), os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que são incapazes de se tratarem a si próprias, porque não sabem ou por falta de vontade, ou ainda por necessitarem de ajuda para terem uma morte digna.

É no corpo da pessoa que o fenómeno de saúde/doença acontece, uma vez que o seu corpo é o seu modo de estar no mundo e consequentemente um terreno privilegiado da sua experiência de viver. Desta forma, o cuidar por parte do enfermeiro reveste-se de grande complexidade que tem de ser entendido, de forma a ser possível a identificação e compreensão de todos os estados do indivíduo que possam interferir com todas as dimensões da vida.

Associado aos conceitos de saúde/doença surge a importância de conhecer o conceito de corpo e a forma como o indivíduo o utiliza de acordo com a sua cultura. Para Jodelet (1984), o conhecimento do corpo pode compreender experiências imaginárias ou reais, físicas ou psicológicas, tanto no presente como no passado.

Os cuidados prestados pelo enfermeiro são então de acordo com a forma como o corpo é por ele representado, estudado, conceptualizado, imaginado, projectado e experienciado. Giddens (1997) afirma que: *“...o corpo além de uma entidade física é também um sistema de acção, um modo de praxis, um terreno privilegiado das disputas em torno quer de novas identidades pessoais quer de preservação de identidades históricas.”*

A saúde tem vindo a ser definida, mas considerada de forma simplista como a tal ausência de doença. Trata-se de uma noção muitas vezes posta em causa, nomeadamente em situações de doença crónica, em situações de desconforto e de mal-estar indefinido. Actualmente a saúde é vista como o resultado de um equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Este equilíbrio baseia-se no desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo a que cada um determine a sua funcionalidade, tentando atingir a máxima competência. Daí que os normais indicadores de saúde, tal como a mortalidade, morbilidade, factores de risco, incapacidades, estejam a ser *“reformulados”* por uma concepção de saúde mais construtiva, fazendo-se uma avaliação de capacidade do indivíduo em se ocupar das suas funções pessoais, sociais e de trabalho. Desta forma,

uma pessoa saudável irá deter uma “reserva” de energia que a auxiliam a enfrentar eventuais problemas no seu quotidiano.

Coliére (1989) que fez alguns estudos acerca da enfermagem e da saúde definiu o conceito de saúde como um bem estar dinâmico, que tem a ver com um desenvolvimento e uma mudança, com o uso da mente de uma forma construtiva, com a expressão das emoções de uma forma efectiva, com o envolvimento salutar com o meio. Segundo ele, se isto acontecer existirá saúde aos vários níveis de consciência.

No que se refere à doença tem sido bem complicado defini-la segundo as épocas, posições e condições sociais. *“...são diferentes os resultados das complexas interacções dos processos biológicos e da sociedade no que se refere ao cancro, às doenças cardiovasculares e mais recentemente à SIDA. Particularmente o cancro e a SIDA demonstram que a doença é socialmente definida, pelos comportamentos sociais de aceitação/rejeição que uma e outra determinam.”* (Fernandes et Lopes)

Para o indivíduo a saúde é um estado normal, natural ao contrário da doença que provém da “introdução” de elementos nocivos no corpo. A doença é um estado que afecta o corpo do indivíduo constituindo a necessidade da actividade médica sobre o sujeito doente iniciando um tratamento específico. É de salientar que o próprio indivíduo encontra na maioria das vezes de acordo com a sua cultura, explicação para o que está a suceder, para a existência de determinado desequilíbrio. O exercício e prática do enfermeiro emergem assim das representações sociais do corpo, saúde e doença.

Segundo os mesmos autores: *“...quando um corpo está com saúde exhibe-a, apresenta sentimentos de bem-estar, olhos brilhantes, pele rosada, bem-estar individual e social. Está em equilíbrio, está funcional. Quando o corpo está com doença denuncia-a, rebela-se contra as violências, os excessos, as frustrações, os ressentimentos, as cobardias. O corpo doente é um corpo disfuncional, é um corpo em desequilíbrio.”*

Dentro da abordagem de saúde, não podemos nunca descuidar a importância e compreensão da família e da soma da saúde dos elementos que a constituem em

interacção com o ambiente no qual está inserida. Trata-se do adequado funcionamento com a sociedade, envolvendo desta forma muito mais que a saúde física. Assim a definição de saúde de família deve compreender o estado dos elementos que a constituem e por outro lado o seu funcionamento. O funcionamento da família reflecte a forma como as necessidades dos elementos são atendidas. O conhecimento e familiaridade existente permitem detectar sinais de doença muitas vezes despercebidos pelos outros. Devido às suas características de proximidade e convivência a família tem melhores condições para accionar processos de saúde e identificar a doença dos seus membros. Ao reconhecer-se a família como importante para a saúde dos seus constituintes, o profissional deve apresentar-se sempre disponível e capacitado para tirar dúvidas e fornecer opiniões e conselhos quando solicitados, de acordo sempre com as características de cada grupo. Isto porque todas as famílias possuem uma cultura do grupo em que vivem e com a qual se identificam. Estilos de vida, ideais, crenças que estão impregnados e que são transmitidos de geração em geração afectando obviamente o seu comportamento e estado de saúde. O efeito da cultura sobre a saúde familiar poderá ser compreendida perante várias dimensões.

A dimensão das crenças e práticas de saúde em que cada família possui um sistema de crenças e práticas sobre a saúde e doença, que inclui desde o que um sintoma pode significar e levar à doença até ao que é melhora ou cura. São eles que dão sentido às acções de família e a existência de qualquer confronto entre os seus membros pode afectar negativamente a saúde da família.

Surge também a dimensão dos valores familiares em que estes servem de orientação para o desenvolvimento de normas que consequentemente guiam os comportamentos, que envolvem o relacionamento entre as pessoas e a orientação em actividades mais importantes e influentes na vida do indivíduo, determinando prioridades e tomadas de decisão no lidar com situações de crise no seio da família e também desta com a restante comunidade, que possam influenciar a saúde e o funcionamento familiar.

Os papéis familiares e padrões de comunicação são também uma dimensão importante na medida em que a cultura tem afectado os papéis atribuídos à mulher e

à criança na família em função e novas realidades e desafios familiares. A adequada distribuição de poder na família e padrões de comunicação promovem a estrutura e continuidade à vida familiar.

Por fim temos a dimensão do enfrentamento familiar. A cultura também afecta a forma como a família enfrenta e se adapta às alterações e demandas internas e externas. O enfrentamento surge na maior parte das vezes com respostas positivas de natureza cognitiva e comportamental adoptadas pela família para resolver ou minimizar qualquer desequilíbrio originado por qualquer problema. São disto exemplo determinadas estratégias adoptadas pelo grupo familiar tal como união familiar, flexibilidade nos papéis, busca de informações, busca e utilização de suporte social e espiritual.

A saúde, a doença e até mesmo a morte são experiências humanas universais, embora vividas dentro de contextos sócio-culturais divergentes. Segundo Horton citado por Tylor, et al (1981) *"a cultura é aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, direito, costume e outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade."*

Segundo o código deontológico do enfermeiro, inserido no decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril, os seguintes artigos referem que:

"Artigo 77º

3.b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes.

Artigo 80º

a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.

f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas os seus direitos.

Artigo 81º

b) Respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa.

Artigo 88º

a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade."

"Ao assumirmos o cuidar como ideal ético em Enfermagem devemos ter como finalidade proteger a pessoa humana, preservá-la e respeitar a sua integridade e dignidade." (Ferreira: 2001)

Segundo Leininger citado por Waldow, et al (1995): *"...existem diferenças nas formas das pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidar/cuidado, e que pareciam estar ligadas a padrões culturais (...) a enfermagem usava o que lhe parecia mais conveniente e favorável, de acordo com os seus valores culturais e com o que profissionalmente era esperado na prestação do cuidado."*

No entanto, hoje em dia, e dentro do paradigma holístico, que abrange a pessoa como um todo, jamais a enfermagem pode descurar da componente cultural da pessoa. Segundo Chrisman citado por Phipps et al (1995): *"...os cuidados de enfermagem, sensíveis à cultura reflectem tanto a história da atenção da enfermagem a matérias de diversidade cultural em doentes, como o objectivo da enfermagem de prestar, ao doente, cuidados efectivos, atentos..."* Actualmente a panorâmica social é caracterizada por uma diversidade cultural e, para se promover uma enfermagem transcultural é necessário dar-se relevo a este aspecto, atingindo-se sensibilidade e competência em cuidados de enfermagem a pessoas de diversas culturas. Uma atitude de etnorelativismo pressupõe fomentar o saber, o respeito mútuo e a negociação. Se se atender a esta perspectiva estar-se-á a entender as diferenças culturais como o elo comum entre o ser humano, entre as suas diferentes raças.

Leininger citado por Waldow et al (1995), afirma que *"...em qualquer cultura, os seres humanos percebem e experienciam comportamentos de cuidado e não cuidado dentro do seu contexto cultural familiar. A proposição da teoria*

cultural do cuidado é investigar diversidades e universalidades em relação a visões de mundo, estrutura social e outras dimensões, para então descobrir meios de prover cuidar/cuidado, congruentemente às pessoas de diferentes culturas, de forma a manter ou resgatar [o] seu bem estar, saúde ou a enfrentar a morte (...) [de] uma forma apropriada, respeitando as suas normas culturais.”

A cultura molda as respostas humanas às situações da vida, incluindo as de saúde e doença. Temos visões da saúde e da doença que são únicas, mas todas foram moldadas, em parte por crenças culturais e valores que são determinados pelo contexto social em que vivemos.

Considera-se que o conhecimento de, e a sensibilidade aos contextos sociais e culturais de todos os doentes proporcionam a base de um entendimento mútuo, que melhora os esforços do enfermeiro para planear e administrar cuidados efectivos e globais. No entanto, segundo Phipps, e tal (1995): *“...quando as pessoas de diferentes origens sócio-culturais e com diferentes expectativas quanto a um comportamento correcto interactivam entre si, podem ocorrer sentimentos de desconforto, confusão e mesmo raiva.”*

Os enfermeiros têm então de actuar como inter mediadores culturais, tentando perceber a situação a partir da perspectiva do doente, comparando-a com a sua, e fazendo a ponte entre as duas para encontrar intervenções, mutuamente satisfatórias e apropriadas.

De Santis referenciado por Magão et al (1995), vem também afirmar que: *“...a enfermagem transcultural é, pois, a integração do conceito de cultura em todos os aspectos da enfermagem e da prestação de cuidados de saúde.”*

Segundo ainda o mesmo autor, o encontro enfermeiro – doente pressupõe uma interacção de pelo menos três culturas:

“- Uma cultura baseada no conhecimento profissional do enfermeiro (...) eventuais aspectos inerentes ao modelo biomédico (...) e, ainda, crenças e práticas pessoais da enfermeira;

- a segunda cultura fundamenta-se na interpretação que o cliente faz do âmbito e possibilidades da medicina e da própria enfermagem, baseado nas suas

experiências de saúde e doença, assim como nos seus valores, crenças e práticas pessoais;

- a terceira cultura é o contexto em que o encontro tem lugar por exemplo: instituição, serviço, comunidade ou família.”

Desta forma uma avaliação dos valores e convicções, a sua relação entre o contexto sócio-cultural e com o processo de aculturação do indivíduo, pode aumentar o auto-conhecimento do enfermeiro. *“...o primeiro passo na construção do conhecimento é aumentar o auto-conhecimento e reduzir o etnocentrismo.”* (Phipps, et al: 1995) No entanto, e segundo Santis citado por Magão (1995), poderá existir um etnocentrismo mútuo: *“...existir inevitavelmente, um etnocentrismo simultâneo, tanto da parte do enfermeiro como do cliente, em qualquer encontro de cuidados de saúde, por a cultura estar sempre presente e a influenciar o que os enfermeiros e clientes fazem ou percebem no percurso desse encontro.”*

Em Portugal a enfermagem transcultural terá ainda muito de caminhar, apesar de existirem povos de culturas diferentes como é o exemplo dos ciganos, muito pouco se conhece sobre eles. O povo cigano já se encontra há muito tempo em Portugal, no entanto a sua cultura mantém-se cortinada pelo mistério. São vidas que pouco se conhecem e, esta cegueira cultural arrasta preconceitos que podem muitas vezes influenciar pejorativamente os cuidados de enfermagem. Esta ignorância prende-se também com o facto dos ciganos serem um povo fechado: *“...a sua história regista que foram discriminados, perseguidos, mortos e, eles encontraram na fidelidade às suas tradições e costumes e na solidariedade entre os seus membros, a razão da sua permanente sobrevivência.”* (Serra:1993) Os ciganos são de facto diferentes no que diz respeito ao seu modo de vida mas isso não pode ser sinónimo de inferioridade. A inferioridade com esta etnia foi movida pelos preconceitos existentes a fim de apaziguar a insegurança de cada não cigano. Parece que estes últimos se assustam pela sua diferença e consequentemente pelo desconhecimento desta.

As relações interpessoais assumem então especial importância uma vez que o enfermeiro ocupa grande parte do seu tempo em uma ou outra forma de interacção

social, sabendo-se que “...o relacionamento eficiente melhora a cooperação do utente e a auto-satisfação profissional do enfermeiro.” (Ferreira: 2001)

Segundo Phipps et al (1995): “O enfermeiro deve evitar emitir juízos de valor, saber escutar, e revelar um certo nível de saber e sensibilidade face aos doentes...”

O respeito mútuo não será possível se existir o preconceito e segundo Lazure citado por Queirós: “...respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial.”

“O utente é respeitado não por causa de qualquer mérito, dignidade ou competência, mas sim pela sua condição de pessoa, isto é, como ser único, digno e que tem uma visão do mundo que lhe é específica.” (Nunes, et al:1997)

No entanto, poderão ocorrer alguns obstáculos no que respeita a esta atitude por parte do enfermeiro, como por exemplo:

“-relativamente ao enfermeiro, a prestação desta atitude pressupõe que tenha atingido um estágio de desenvolvimento individual, que lhe permita reconhecer nele próprio, os valores da dignidade da pessoa, caso contrário ser-lhe-á difícil reconhecer esses valores para o cliente;

-no que concerne ao contexto no qual o enfermeiro desenvolve a relação, os valores aí defendidos podem não corresponder aos valores da pessoa.” (Nunes, et al:1997) E neste caso, toda a dimensão de ajuda ficaria restringida à dimensão física do doente.

Carl Rogers citado por Martins (1996) refere então quatro competências básicas na orientação das relações com os outros:

“-compreensão empática – implica a adopção segundo o ponto de vista do outro, para o melhor compreender e ajudar;

-aceitação incondicional – tem subjacente a capacidade de atribuição de valor aos outros, sem condições, e implica sobretudo uma ausência de julgamentos pessoais ou punições;

-autenticidade – (...) ser autêntico, ser espontâneo e coerente, não apelar a uma dupla significação;

-respeito – (...) considerar e valorizar as posições pessoais como alguém igual a nós.”

8.2 – O ENFERMEIRO PERANTE O CIGANO NA DOENÇA / MORTE

O nascimento, a velhice e a morte são fenómenos universais, que são também pessoais e únicos. As circunstâncias que rodeiam o fenómeno da morte mudaram muito ao longo dos tempos. Nos nossos dias poucas pessoas têm contacto com a morte, porque cada vez mais ela é vivida em instituições.

A morte é um fenómeno físico, psicológico, social e religioso que afecta o grupo na sua totalidade. Trata-se de uma realidade difícil de aceitar porque nos lembra constantemente o carácter limitado da vida.

Antigamente as pessoas morriam rodeadas pelos seus familiares e amigos, e estes, enquanto os apoiavam e eram testemunhas da sua morte, podiam apropriar-se melhor da ideia da sua própria morte. Agora a morte está afastada do seio familiar e é mantida longe da vista, o que reforça a tendência a afastar o pensamento da morte. Este medo da morte faz com que se evite falar deste assunto, sobretudo em presença do moribundo, criando muitas vezes falsas esperanças. *“Os mortos foram expelidos. Eles já não têm importância para a estrutura social em geral...”* (Kastenbaum et al: 1983)

Os moribundos estão pois cada vez mais isolados, psicológica e fisicamente, e esta dupla rejeição é particularmente evidente nas instituições, que não são de uma maneira geral os locais mais propícios para morrer. As pessoas mais velhas, que conheceram o tempo em que era possível morrerem em sua casa, aceitam muito mal que os seus parentes os tentem afastar e isolar para viverem esta etapa final, tornando-se frequentemente agressivas e ansiosas.

Na sociedade ocidental não existem muitas convenções que determinem as reacções que as pessoas devem ter face à morte. Adquirimos o hábito de isolar os doentes que estão a morrer, nos hospitais. São muitas vezes ‘socialmente’ mortas antes da morte natural ou biológica. *“A morte é proibida.”* (Israel: 1993) Esta deverá ocorrer longe de nós, falar e mostrar-se o menos possível, pois trata-se de um acontecimento terrível que vem quebrar a continuidade de bem-estar na vida.

A morte é uma experiência individual que faz parte do desenvolvimento de todo o ser humano. A capacidade que cada pessoa tem de fazer face à morte depende de diferentes factores, tal como a personalidade, educação, cultura, experiência de vida...e das capacidades funcionais que conservou. Os velhos mostram-se muito mais fortes do que parecem face à morte e, parecem temer muito mais os acontecimentos que o envolvem que o próprio acontecimento. Para as pessoas de idade, a doença prolongada, a rejeição, o isolamento, a perda do papel social, a humilhação e a perda de dignidade são muito mais temíveis que a própria morte.

Morrer longe de casa é bastante difícil para qualquer pessoa. O hospital deveria representar o meio ideal para morrer, tranquilizando e diminuindo a angústia do moribundo, no entanto, é o contrário que se verifica. As pessoas tornam-se anónimas, deixam de ter qualquer poder e são catalogadas como pessoas confusas, dependentes, difíceis. Por vezes o seu nome é mesmo esquecido e passam a ser tratados pelo nome da doença ou número da cama.

Observa-se muitas vezes que os cuidados ao moribundo são empurrados entre os enfermeiros, evitando assim não ver a morte e desmentir formalmente a realidade para se protegerem contra a angústia. O enfermeiro sente medo de se magoar, impedindo desta forma, até involuntariamente a sua relação com o moribundo, sendo mais fácil investir em técnicas, tratamentos, diagnósticos, afastando-se cada vez mais do realmente o utente necessita, pensa ou sente nesse momento. *“...é típico da enfermeira acreditar que não deve entregar-se a seus sentimentos... Poder-se-á dizer que ela é prisioneira da imagem do seu próprio papel...”* (Kastenbaum et al: 1983)

O moribundo é muitas vezes tratado como alguém que não tem direitos nem opinião, isolado dos outros, e os enfermeiros mantêm-se longe. Confiar a morte a instituições não é apenas querer livrar-se dela mas também condenar o doente a uma morte e a um isolamento precoce. Segundo Ariés (1977): *“Os rápidos progressos do conforto (...) ideias de assepsia (...) os sentidos já não suportavam os odores e os espectáculos (...) as sequelas fisiológicas saíram da vida diária para passarem para o mundo asseptizado da higiene, da medicina (...) o hospital...”* Esta transferência foi aceite pelas famílias, uma vez que o hospital apesar daquilo que tenho referido, oferece também técnicas médicas que podem muitas vezes adiar a morte. O hospital persiste em manter, através das suas tecnologias, a vida, permitindo ‘um quase morte’ subsistir quase indefinidamente. Enfim, a morte já não pertence ao moribundo, nem à sua própria família persuadida da sua incapacidade. Segundo o mesmo autor: *“É regulada e organizada por uma burocracia cuja competência e humanidade a não podem impedir de tratar a morte como coisa sua, uma coisa que a deve perturbar o menos possível, no interesse geral (...) a sociedade, na sua sabedoria, produziu meios eficazes para se proteger das tragédias quotidianas da morte, a fim de poder prosseguir as suas tarefas sem emoção nem obstáculos.”*

As atitudes e comportamentos dos que rodeiam o moribundo parecem cristalizar-se segundo esta única dimensão, excluindo-o do grupo. Segundo Kastenbaum et al (1983): *“Algo sobre o seu novo status ofusca tudo o mais que sabemos sobre o agonizante.”*

Surge então a questão. Porquê? Parecem existir três principais factores para esta tendência ao afastamento do moribundo: a inferioridade social, dificuldade em encontrar respostas e perturbações internas.

No que diz respeito à primeira, existe a tendência em considerar os que estão a morrer num contexto de fracasso. *“Exibimos nossa estupidez, inadequações e inferioridade moral quando fracassamos (...) naturalmente, não cuidamos de nos associar com nossos inferiores.”* (Kastenbaum et al:1983)

Em relação ao segundo factor, não existe instrução suficiente de forma a conseguir lidar com o moribundo. Sente-se dificuldade em colocar-se perante uma situação para a qual não se têm respostas adequadas.

Perante a perturbação interna, sentimo-nos assustados, uma vez que a situação da pessoa moribunda nos desperta medos e inquietações.

O enfermeiro necessita de ter disponibilidade e conhecimentos para poder confrontar a morte e responder da melhor forma às necessidades do utente em fase terminal, evitando sempre que isso o afecte psicologicamente, uma vez que é perfeitamente aceitável que se instale em nós a frustração, ansiedade, angústia, dor, por perder uma pessoa à qual se dedicou. *“Conservar o utente limpo, alimentado e confortável até que ele morra, ou trabalhar com famílias vivendo sob a tensão de uma morte eminente, nem sempre é fácil ou agradável.”* (Kastenbaum et al:1983)

A saúde de uma comunidade depende em grande parte do seu modo de vida, afectado pelas condições sociais às quais é sensível. A fim de promover a saúde e fazer a prevenção da doença, é necessário saber escutar o indivíduo e a comunidade, para, em conjunto, se procurarem as respostas às suas necessidades de saúde. Segundo Susana Duarte (2002): *“A saúde é uma parte da cultura dos povos. O homem aprende e incorpora conhecimentos, habilidades e experiências sobre a saúde, a doença, a forma de se auto-cuidar, através de mensagens provenientes de diferentes fontes: tradições, experiências pessoais ou com os outros, profissionais de saúde, meios de comunicação; todas estas mensagens são incorporadas a nível individual e colectivo, isto é, na família, no grupo social, na comunidade onde o indivíduo vive e se relaciona.”*

Sendo então diferentes os comportamentos desta etnia na saúde, apenas aceitam ser hospitalizados em caso de mal-estar evidente ou impeditivo da vida do dia a dia. *“Os jovens e adultos atrasam a procura dos serviços até ao momento em que o mal se torna intolerável ou por agravamento súbito de um sintoma.”* (Luísa Oliveira et al: 2004)

Os comportamentos e atitudes descritas revelam uma percepção da saúde-doença distante da concepção científica em que a medicina é para vencer a dor e o mal-estar. Quando se está bem não só não há necessidade de medicina como há interesse em evitá-la. O medo da contaminação pela sociedade não cigana aparece

simbolicamente representado pela alimentação hospitalar que é sempre recusada e substituída pela comida levada pelos familiares ao doente hospitalizado.

Na sua percepção de saúde / doença, o cigano precisa de estar rodeado pelos seus para atingir a cura. O isolamento e o afastamento do grupo é então bastante temido pelos ciganos.

A doença é aparentemente vivida pelo cigano como uma fase de humilhação, estado de impureza que prejudica o prejudica a si e ao próprio grupo, em que ambos se envergonham, procurando renegá-la sempre que possível.

Os ciganos recorrem mais facilmente a um hospital do que a um centro de saúde porque o associam a uma resolução mais rápida do seu problema de saúde. Se algum dos membros da comunidade for lá mal tratado, então todos os membros do clã evitam de lá voltar. Segundo Arbex (1996): *“En la percepción y en el acercamiento a un recurso de este tipo funciona basicamente la información recibida por sus colegas gitanos sobre su experiencia. La experiencia positiva o negativa en el centro se transmite al resto de los gitanos a partir del ‘boca a boca’ que funciona de cara a la imagen y a la aceptación del recurso.”*

Os ciganos procuram o hospital frequentemente, mesmo que, por coisas simples. A doença desequilibra a sua vida e fá-lo entrar em pânico sempre que se possa imaginar, mesmo que remotamente, a hipótese de morte. A morte provoca o medo, não se deve pensar nela, não existe uma explicação e é muito triste para os ciganos. A morte de um cigano é sempre encarada com grande choque e profundo desgosto. Durante os rituais fúnebres, os ciganos expressam vivamente o seu estado de tristeza, chorando e gritando intensamente. Segundo os próprios ciganos estas atitudes revelam-se porque acreditam que o espírito do morto possa aparecer e provocar problemas aos vivos. Desta forma as crianças assistem sempre a estes rituais a fim de darem continuidade às tradições da comunidade e faltam à escola normalmente durante quinze dias.

Quando uma pessoa integrante deste grupo se encontra hospitalizado, ocorre sempre uma grande onda de solidariedade, sendo comum encontrar grupos de

ciganos sentados na relva do espaço frontal ao edifício hospitalar esperando pela hora em que possam ver o seu familiar ou amigo. Segundo estes, é uma forma de fazer sentir ao cigano doente que não está abandonado. Trata-se de um exemplo de coesão social muito manifestada neste grupo.

O cigano tal como outra pessoa qualquer não pode ser separado de toda a sua cultura, devendo-se ter em conta que a expressão dos seus cuidados e o seu estilo de vida reflectem os seus valores, crenças e práticas. *"Entre as várias tradições e costumes do povo cigano (...) ainda se encontra bastante enraizada, a sua maneira de estar perante a doença e a morte dos seus familiares..."* (Matos et al: 1999) Além disso, o internamento no hospital, é algo que os faz sofrer, *"...corta com a vida que amam, com o mundo da família cigana em que se reconhecem..."* (Matos et al:1999) como tal e segundo a lei cigana que refere o abandono aos doentes, sempre que algum cigano se encontre internado num hospital, *"toda a comunidade cigana da localidade ou da região sente uma grande tristeza e une-se à dor dos seus familiares."* (Matos et al:1999) Daí, para poderem estar mais perto do familiar internado, acampam muitas vezes à entrada e nos jardins dos Hospitais a fim de transmitir ao doente a presença do resto da comunidade na luta contra a sua doença.

Normalmente, os ciganos são criticados pela despreocupação com a saúde e são descritos como rebeldes no que diz respeito ao funcionamento burocrático dos serviços, insubmissão à tomada de medicamentos prescritos, demonstrando desinteresse pela prevenção da doença e manutenção da saúde assegurados pelos cuidados de saúde primários, recorrendo apenas ao hospital em situação de doença aguda. Estudos feitos têm revelado grande prevalência de doenças que se relacionam essencialmente com a habitual precariedade do seu estilo de vida, originando doenças respiratórias, diabetes, hipertensão, afecções da pele e cáries dentárias. Os ambientes deteriorados em que vivem, sem condições de higiene, saneamento e infra-estruturas, a população cigana abraça todos os factores de risco responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade.

Os comportamentos de saúde e de doença dos ciganos são normalmente diferentes da população em geral. Como exemplo disto temos as grávidas que raramente recorrem às consultas de acompanhamento, aparecendo apenas no final de

tempo para verificarem se está tudo bem. A contracepção é também uma prática pouco comum embora se venha a verificar cada vez mais nas pessoas mais jovens. As consultas de pediatria são normalmente esquecidas assim como o plano de vacinação.

Aquando da existência de doença, o cigano aceita bem o internamento, embora o tempo médio deste, seja normalmente mais baixo que o geral, abandonando o hospital assim que se sentem capazes de retomar a sua vida.

A doença parece ser vivida por este grupo como uma sanção e humilhação, da qual se envergonham procurando sempre que possível afastar-se dela, e, deixar-se tratar pela medicina é um desrespeito pelas normas do grupo que apenas deve prosseguir se todo ele assumir as implicações de tal decisão.

8.3 – O ENFERMEIRO PERANTE O CIGANO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Na profissão de enfermagem, além do lado científico ou técnico, existe também outro, o da relação que existe entre o enfermeiro e o utente / comunidade, tratando-se esta relação de uma necessidade e exigência da dignidade do homem quer se encontre doente ou não. Quando se enfrenta a debilidade do homem e não a sua força, vai-se ao encontro do que há de mais íntimo e perturbador no ser humano e, daí, que o êxito ou fracasso no relacionamento dependa das nossas capacidades para encararmos o sofrimento humano.

A enfermagem como profissão de relação pressupõe um encontro, um diálogo entre o enfermeiro e o utente. O enfermeiro deverá sempre dar a oportunidade ao doente de se exprimir, uma vez que esta simples acção só por si alivia a pessoa. Tal como Cheveau (1990) afirma: *“...um sofrimento comunicado, é um pouco como um sofrimento dividido, não é mais do que um meio sofrimento.”* Existem muitas informações importantes por detrás de um doente, que o enfermeiro deve adquirir, pondo em prática as suas capacidades técnicas enquanto prestador de cuidados, para que a relação entre ambos possa ser mais fluida e eficaz. É saber medir as

consequências dos gestos e das palavras, o meio mais simples de qualquer relação para que não se ofenda ou melindre a dignidade do homem em sofrimento.

A fim de manter uma boa relação terapêutica é fundamental o binómio enfermeiro/doente, pondo à prova o calor humano e a empatia e manter a homeostasia bio-psico-social de ambas as partes. Desta forma, o enfermeiro deverá ter, além da componente profissional, a componente dinâmica de humanização da comunidade. *“Saber comunicar e assumir-se através de uma linguagem humanizada, só favorece e estimula as relações entre os utentes das diferentes áreas da saúde.”* (Serra: 1987)

Comunicar é portanto um princípio natural, mas, para que tudo tenha um lugar e um sentido na exigência moral, é necessário o apoio na tolerância e acima de tudo compreender a mentalidade cultural do ser humano.

O enfermeiro deverá então estar preparado para prestar cuidados individualizados tendo em conta a globalidade de cada pessoa, assistindo assim o doente, a sua família, o seu grupo, tendo sempre em conta as diversas culturas existentes na sociedade. Segundo Matos et al, 1999: *“...a barreira linguística, o choque de valores, as crenças diferentes podem ser nocivas à prestação de cuidados e podem traduzir-se por atitudes etnocêntricas e paternalistas. Estas atitudes parecem desvalorizar a dimensão espiritual da pessoa e dificultar a prestação de cuidados de enfermagem globais, individualizados e culturalmente aceitáveis para a pessoa cuidada.”*

É importante conhecer melhor para mais facilmente compreender e melhores cuidados prestar. O cigano não poderá nunca ser dissociado da sua família e consequente bagagem cultural. O enfermeiro deverá incentivar o cigano a verbalizar as suas concepções de saúde, doença e cuidados de enfermagem, a fim de as conhecer melhor e assim favorecer o desenvolvimento de uma relação de ajuda/confiança.

É fundamental que o enfermeiro consiga demonstrar preocupação e interesse pelos problemas do cigano. Se existir uma parceria durante o internamento torna-se mais fácil ir de encontro às necessidades do doente e assim satisfaze-las. Ao mesmo

tempo, o enfermeiro poderá emergir como uma ponte entre a comunidade cigana e as instituições de saúde, facilitando o entendimento.

A comunicação com o cigano deverá ser feita de uma forma simples e clara, acessíveis e empáticas. A informação não poderá ser fornecida em grande quantidade uma vez que os ciganos têm dificuldade em reter muita informação acerca de um mesmo assunto, perdendo-se a sua atenção. É importante estar-se atento aos seus gestos e expressão fácil que espelham bem os seus estados emocionais.

Enfim, será que o enfermeiro respeita o cigano quando lhe presta cuidados? Será que realmente os conhecemos? Como se pode respeitar uma pessoa se não a conhecermos? O melhor passo será então ir ao encontro desta etnia e conhecer.

9 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia traduz-se num caminho para atingir determinada meta, não sendo nada mais do que a escolha de procedimentos sistémicos que nos irão explicar e descrever um corpo de conhecimentos onde se ligam técnicas, elementos teóricos e epistemológicos de modo a delinear e operacionalizar a aproximação à realidade do estudo.

Devemos ter em conta que a ligação entre a questão e o método escolhido determinará o tipo de resultados a obter e em última instância a utilidade dos mesmos.

Apenas desta forma poderão ser considerados válidos e credíveis os resultados obtidos, face os objectivos do estudo, sendo para tal necessário definir na fase metodológica, a qual passa a descrever, transmitindo o caminho que percorreu durante o seu processo de investigação.

A metodologia do seu trabalho irá desenvolver os seguintes sub-capítulos: o método utilizado, o tipo de estudo, o terreno de pesquisa e população, a amostra, o instrumento de colheita de dados e a recolha e tratamento de dados.

9.1 – MÉTODO UTILIZADO

O método utilizado foi o método qualitativo. A escolha deste deveu-se ao facto desta investigação ter sido desenvolvida no ambiente natural entre o enfermeiro e o cigano em determinado espaço. Todos os dados obtidos foram através dos enfermeiros e ciganos entrevistados, sendo estes a base de análise de todo o estudo.

Numa frase só e de um modo mais simples e como menciona Fortin (1999):
“Numa abordagem qualitativa acontece frequentemente que se investigue com e não para as pessoas.”

9.2 – TIPO DE ESTUDO

Neste estudo e tendo em conta a problemática abordada, o delineamento adoptado foi o estudo de caso.

A sua escolha incidiu sobre este tipo de pesquisa porque o seu objectivo principal é alcançar um conhecimento amplo e detalhado das principais dificuldades / problemas existentes na relação entre o enfermeiro e o utente cigano num determinado espaço, que é o espaço hospitalar.

De acordo com Bell: *“... a grande vantagem deste método consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interactivos em curso.”* (1997)

No sentido de obter mais profundidade e para um maior conhecimento, utilizaremos, as palavras dos enfermeiros e dos ciganos, transcritos na íntegra, no contexto da análise de dados, e também quadros comparativos com transcrições das perguntas abertas.

9.3 – TERRENO DA PESQUISA E DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

Para o desenvolvimento da sua pesquisa escolheu o Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, por razões práticas relacionadas com a sua realização. O Serviço de Urgência foi eleito por exercer nele a sua actividade profissional, por ser um espaço que provoca habitualmente situações de stress pelo tempo de espera e ansiedade instalada pela instabilidade do utente e afastamento brusco do seu grupo, existindo relações intensas entre o enfermeiro e o cigano.

Por outro lado interessa-lhe particularmente conhecer melhor esta realidade, que lhe é bastante próxima embora um pouco desconhecida relativamente ao porquê da problemática.

Num estudo de investigação não se pode desvalorizar a importância da população e, segundo Fortin (1999): *“É uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”*

Apresenta então como população alvo os enfermeiros do serviço de urgência deste hospital e os utentes ciganos que a ele recorrem.

9.4 – AMOSTRA

O sub-conjunto da população alvo não é mais que a amostra com que vamos trabalhar, de acordo com Fortin (1999): *“...é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”*

As entrevistas foram realizadas a seis enfermeiros e seis utentes ciganos porque numa investigação em que se procura conhecer profundamente uma realidade, segundo Taylor e Bogdan (1991) citados por Palmeiro *“...não importa o número de casos, o importante é o potencial de cada ‘caso’ para ajudar o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas sobre a área em estudo”*. (1995) Os critérios utilizados na selecção da amostra foram os seguintes:

- Enfermeiros e ciganos com idade »15 anos;
- Enfermeiros que prestam cuidados directos ao utente;
- Enfermeiros e ciganos que aceitem ser entrevistados e aceitem o uso de gravador na entrevista.

Quadro nº1 – Caracterização dos sujeitos (Enfermeiros) em estudo:

ENF.	IDADE	SEXO	CATEGORIA PROFISSIONAL	HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	TEMPO NO SERVIÇO (anos)
A	25	M	Enfermeiro	Licenciatura	1
B	50	F	Enfermeiro	Bacharelato	2
C	33	M	Graduado	Licenciatura	6
D	38	F	Graduado	Licenciatura	6
E	48	M	Graduado	Bacharelato	4
F	53	M	Graduado	Bacharelato	8

Quadro nº2 – Caracterização dos sujeitos (Utentes Ciganos) em estudo:

CIGANO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO
A	19	M	Comerciante de Sapatos
B	21	F	Estudante
C	37	M	Comerciante de Ferro e Roupa
D	58	M	Comerciante de Roupa
E	63	F	Doméstica
F	70	M	Reformado

9.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Um instrumento de colheita de dados em investigação pode definir-se como uma técnica ou mesmo um elemento utilizado para obter informações / dados.

Perspectivando-se que “...o *desenho de pesquisa é a lógica que liga os dados a serem colhidos (e as conclusões a serem extraídas) à questão inicial do estudo.*” (Yin, 1994), as técnicas de colheita de dados seleccionadas terão que ser adequadas, para que esses dados a obter possam conduzir a um caminho de sucesso.

“Uma das fontes de informação mais importantes em estudo de caso é a entrevista.” (Yin: 1994)

Foi então eleita por si, a entrevista, uma vez que: “...a *grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade...*” (Bell: 1997) permitindo colher informações junto dos participantes relativamente aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes.

Para Labov et Faushel citados por Ketele et al (1999): “...uma *entrevista é um speech-event no qual uma pessoa A extrai uma informação de uma pessoa B, informação essa que estava contida na biografia de B*”, tratando-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina.

Scelltiz et al citado por Gil (1989) afirma que: “...*enquanto técnica de colheita de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações a cerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como a cerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.*”

Também ao permitir o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, conduz-nos à apreensão e compreensão das vivências e da forma como estas foram percebidas pelos actores sociais, assim como às suas relações com os contextos através da exposição rica e complexa da experiência humana

De entre os vários tipos de entrevista seleccionou a estruturada, uma vez que “...a *entrevista estruturada desenvolve-se a partir de uma relação fixa de*

perguntas, cuja ordem e redacção permanece invariável para todos os entrevistados (...) entre as principais vantagens das entrevistas estruturadas estão a sua rapidez e o facto de não exigirem exaustiva preparação dos pesquisadores. (Gil:1989) No entanto, esta entrevista também pode ser considerada semi-estruturada, uma vez que a maior parte das perguntas são abertas, e segundo Bell (1997): *“...é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é de importância central para ele.”*

O instrumento de colheita de dados foi elaborado por si.

9.5.1 – Pré-Teste

Uma vez redigido o guião da entrevista é necessário examinar o método utilizado assim como o seu conteúdo, sendo pré-testado junto de um elemento com as mesmas características da população pesquisada. Foram então feitas duas entrevistas teste o que lhe permitiu limar arestas e reorganizar a estrutura da mesma assim como treinar a sua postura e capacidade de entrevistar.

Citando Polit (1995): *“...um pré-teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências, e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja”* colocando em evidência os principais problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de colocar as respostas.

Em suma, o pré-teste tem por objectivo principal avaliar a eficácia e pertinência do método escolhido.

Após a aplicação do pré-teste foi verificado que a maioria das questões integrantes das entrevistas se lhe apresentavam de forma clara e precisa de acordo com a realidade existente, sem grandes dificuldades de percepção e de uma forma adequadamente ordenada, sendo ainda importante referir que foram apenas transformadas algumas questões mistas em abertas, uma vez que as hipóteses de escolha inicialmente colocadas se mostravam muito específicas. Achou também importante a criação de outras secções no final de cada entrevista, sendo dada a

hipótese de expressão livre de cada entrevistado acerca de assuntos que não tenham sido abordados anteriormente e que sentiu necessidade de os comunicar por parte dos entrevistados, obtendo-se assim mais alguma informação.

9.5.2 – Entrevista

Através da entrevista pretende estabelecer uma relação interpessoal de confiança e simpatia permitindo desta forma que os entrevistados se sintam à vontade possibilitando uma descrição mais aprofundada de experiências vivenciadas pelos mesmos.

Começou por elaborar um guião, a partir do problema definido para o estudo, dos objectivos do mesmo e do referencial teórico, tendo o cuidado de estruturar os temas que pretendia ver abordados.

Definiu então como objectivos da entrevista:

- Identificar as concepções dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados ao cigano no espaço hospitalar;
- Descrever as dificuldades sentidas pelo enfermeiro nesta relação;
- Analisar a importância atribuída pelos enfermeiros, à cultura dos utentes no espaço hospitalar;
- Identificar se os enfermeiros possuem conhecimento sobre a etnia cigana;
- Identificar as dificuldades encontradas pelo cigano no espaço hospitalar;
- Detectar as necessidades do cigano na relação com o enfermeiro neste espaço específico.

No que diz respeito à estrutura formal do guião da entrevista, foram elaborados blocos temáticos em torno dos quais elaborou algumas questões amplas que permitissem aos entrevistados exprimir as suas vivências e percepções, sem induzir as suas respostas.

Em relação à entrevista efectuada aos **enfermeiros**, esta é dividida em 11 questões que se encontram distribuídas pelas diferentes secções.

A **secção I** é destinada à aquisição de dados pessoais que julga ser de interesse, tais como:

- Idade, uma vez que a idade pode vir a fornecer opiniões divergentes, eventualmente importantes para o seu estudo;
- Sexo, para que possam ser comparadas as respostas entre os diferentes sexos;
- Categoria
- Habilitações académicas
- O tempo de permanência no serviço, pois considera ser um dado importante a recolher uma vez que pode determinar a experiência profissional que cada um possui, podendo condicionar ou não o seu desempenho e a representação que têm da própria profissão, perante este tipo de utentes.

A **secção II** corresponde à opinião que o enfermeiro tem relativamente à sua formação e conhecimentos que possui acerca da cultura das diferentes etnias. Nela incluiu questões que lhe poderão possibilitar a análise de alguns aspectos relacionados com a importância atribuída à formação base, assim como concepções e representações dos enfermeiros face à cultura dos utentes ciganos, constatando desta forma qual a importância da formação base dos profissionais de enfermagem face a esta temática, de forma a enriquecer o enfermeiro, pessoal e profissionalmente perante a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A **secção III** inclui questões relativas às práticas do enfermeiro no espaço da urgência, perante os utentes ciganos, pretendendo saber a forma como o enfermeiro desenvolve a sua prática, tendo em conta a sua opinião no que diz respeito ao seu relacionamento com o cigano. Esta secção permite-lhe verificar e reflectir sobre possíveis estratégias que o enfermeiro desenvolve a fim de ultrapassar possíveis dificuldades e ansiedades, melhorando a actividade de enfermagem.

A **secção IV** permite-lhe obter da parte do enfermeiro entrevistado, a sua opinião acerca da qualidade da comunicação e colaboração existente entre o

enfermeiro e o cigano durante o seu inter-relacionamento no serviço de urgência.(Anexo II)

Em relação à entrevista apresentada ao **cigano** que recorre ao serviço de urgência, esta divide-se em 7 questões.

Igualmente à entrevista do enfermeiro, esta é dividida em 4 secções.

A **secção I** tem como objectivo a aquisição de informação de carácter pessoal que lhe poderão auxiliar na criação de grupos face à opinião e comportamento.

A **secção II** pretende obter informação acerca do porquê do deslocamento do cigano ao hospital, assim como conhecer a sua preferência no que diz respeito à aquisição dos cuidados. Procura-se saber o seu grau de satisfação face ao serviço prestado em determinada organização espacial.

A **secção III** tem como objectivo conhecer a forma como o cigano encara o espaço físico do serviço de urgência de acordo com as necessidades de atendimento que sente.

A **secção IV** tem como objectivo conhecer a forma como se relaciona com o enfermeiro durante a prestação de cuidados, tentando obter informações específicas de problemas existentes sob o ponto de vista do cigano. (Anexo III)

9.5.3 – Observação Directa

Durante a realização das entrevistas a ambos os grupos e durante o seu dia-a-dia durante a prestação de cuidados, teve a oportunidade de realizar algumas observações directas não participantes, uma vez que se trataram de observações feitas ocasionalmente, em que foi possível estar atenta às interações entre o utente cigano e o enfermeiro, às suas posturas, atitudes e comportamentos, assim como à comunicação estabelecida e forma de ocupação do espaço do serviço de urgência.

9.6 – RECOLHA DE DADOS

Após uma exposição introdutória sobre os objectivos da entrevista e os aspectos éticos que se têm em conta, foi solicitado aos sujeitos entrevistados que colaborassem na entrevista.

O período de recolha de dados situa-se durante os meses de Agosto e Setembro de 2005. A duração da entrevista situa-se no intervalo de 20 a 40 minutos. Conduzimo-las introduzindo os temas, e formulando as questões aos entrevistados, retomando ideias que estes deixavam menos claras, a fim de aprofundar dados abordados superficialmente.

Os entrevistados falaram-nos das suas práticas quotidianas, das estratégias adoptadas, das dificuldades e constrangimentos com os quais se deparam, das estratégias e recursos que mobilizam das potencialidades e também das mudanças que pensam ser necessárias para melhorar este processo. Em suma, falaram-nos das suas vivências.

As entrevistas foram totalmente transcritas para o papel, sendo atribuído a cada entrevistado uma determinada letra, a fim de facilitar o tratamento de dados.

10 – TRATAMENTO DOS DADOS

Após a efectivação das entrevistas, procedeu à elaboração de matrizes de análise que emergiu simultaneamente da problemática do estudo, dos objectivos do mesmo, bem como da sua vivência e conhecimentos do contexto. A esta matriz deu o nome de matriz síntese e permitiu-lhe a exploração dos documentos, assinalando fragmentos de texto susceptíveis de inclusão em cada uma das categorias.

O objectivo de uma investigação é responder à problemática de partida, para tal o investigador procura informações para o orientar na resolução dessa problemática, socorrendo-se da análise para conseguir interpretar essas informações e obter uma resposta final. A análise de dados é um processo de ordenar, estruturar e dar significado ao conjunto dos dados obtidos. Ou ainda segundo Vala (1999), a análise do acontecido é *“a descrição objectiva, sistemática (...) do conteúdo manifesto da comunicação. É a técnica privilegiada para tratar o material colhido.”*

Deu então continuidade à sua intervenção, iniciando a audição das entrevistas, transcrevendo-as utilizando o programa Microsoft Word 2000 num sistema operativo Microsoft Windows XP.

A transcrição das entrevistas foi muito morosa e trabalhosa mas extremamente útil, pois permitiu-lhe destacar os aspectos mais relevantes, sublinhando as ideias chave, facilitando a identificação das unidades de análise. Durante esta transcrição foram ainda por si lembradas certas expressões e outras manifestações não verbais, apresentadas pelos entrevistados, que demonstram grande significado para o estudo. Segundo Gil Flores, *“A recolha e análise dos dados em investigação qualitativa, devem ser efectuadas pela mesma pessoa. Os dados qualitativos são ricos em significado e a sua análise e interpretação necessita de*

apoiar-se num conhecimento do contexto em que foram produzidos e das condições de produção.”

Segundo Taylor et Bogdan citados por Gil Flores, “...*todos os investigadores desenvolvem os seus próprios modos de analisar dados qualitativos.*” Também desta forma desenvolveu os seus sem no entanto, nunca deixar de usar uma prática rigorosa, preocupando-se com o uso de uma linguagem comum e de exaustividade.

Iniciou então o seu processo lendo e relendo as entrevistas, tendo em atenção a temática do estudo, conseguindo assim identificar dentro delas as partes que lhe interessavam, e consequentemente identificar as ‘unidades de análise’ às quais atribuiu um código.

Este processo de codificação permitiu-lhe a agrupação dos dados em subconjuntos, em função das suas características comuns. Segundo Gil Flores “...*a análise prossegue quando separamos unidades e as agrupamos em função de determinadas afinidades.*”

Dando continuidade ao processo, construiu as matrizes de redução dos dados obtidos para assim podermos “*simplificar para potenciar a apreensão e, se possível, a explicação.*” (Vala: 1986)

Com este agrupamento, obtive textos, constituídos por excertos das entrevistas, reunindo todos os elementos mais importantes relativamente à temática.

Da exploração e interiorização dos textos, surgiu a necessidade de atribuir sub-códigos a novas unidade de análise que entretanto emergiram, tendo como objectivo a identificação progressiva e gradual, não perdendo nunca de vista a globalidade dos discursos em causa.

Desta análise e exploração intensiva que fez dos documentos, construiu finalmente uma matriz de codificação global para análise dos documentos, já com os temas definidos, as categorias e subcategorias.

Reduzindo os dados, permitiu-lhe a simplificação da informação, surgindo depois a necessidade de os organizar a fim de obter conclusões. Para Miles e Huberman citados por Gil Flores, a melhor maneira de dispor os dados é sob a forma de matrizes e estas poderão ser construídas utilizando “...*uma tabela de dupla*

entrada, alongando em cada quadro de intersecção de cada fila e cada coluna uma informação textual...”

Desta forma, apresentou os dados em tabelas de dupla entrada, inserindo nela excertos codificados de uma mesma categoria, reproduzindo as frases significativas encontradas nos documentos analisados. Assim pode mais facilmente comparar as respostas dos diversos entrevistados e consequentemente fazer a interpretação, avançando para a explicação e compreensão da realidade. (Anexo IV)

11 – ANÁLISE DOS DADOS

* RECORRÊNCIA DO CIGANO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No início do seu estudo tentou de imediato saber se o cigano recorre habitualmente ou não ao Serviço de Urgência, quando se sente doente. Procurou ao mesmo tempo saber o seu grau de satisfação face aos cuidados recebidos por parte dos enfermeiros, uma vez que pensa que este aspecto condicionará a afluência deste grupo a este espaço.

Ao questionar os utentes ciganos, a maior parte da amostra revelou grande satisfação no que concerne ao serviço de urgência, justificando esta satisfação numa maior rapidez de atendimento e realização imediata dos exames complementares de diagnóstico necessários.

“Recorro mais ao Hospital que ao Centro de Saúde porque é mais rápido...” (Cig. A)

“No Hospital não é preciso marcar consulta e fazemos logo os exames.” (Cig. C)

Esta forma de encarar a recorrência ao Serviço de Urgência Hospitalar por parte do cigano, tem significado quando se sabe à partida que são um grupo muito unido em que a família é a base da sua organização. É para estes muito difícil separar-se do grupo que assegura a sua segurança e protecção.

Por outro lado, em menor quantidade, existem aqueles ciganos que eventualmente por serem menos nómadas, preferem o Centro de Saúde, alegando sentirem-se mais seguros, por se tratar de um espaço mais pequeno e conhecerem melhor as pessoas que os recebem.

“Venho pouco ao Hospital porque no Centro de Saúde da minha Terra já conheço a médica e os enfermeiros.” (Cig. B)

“Não gosto de vir ao hospital, é muito confuso, há sempre muita gente...” (Cig. D)

*** O ESPAÇO FÍSICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CIGANO**

Uma vez que o utente cigano, neste estudo específico, é obrigado a permanecer neste serviço por algum tempo, tempo este que por mínimo que seja, é sentido como imenso pelo cigano por se afastar do seu meio habitual, achou extremamente importante conhecer a opinião do cigano acerca deste espaço físico específico.

O indivíduo em crise necessita de proximidade entre os sujeitos que o rodeiam assim como com o espaço que ocupa, a fim de tentar amenizar o sentimento de sofrimento, perda de controlo e de privacidade que sente naquele momento.

Quando recolheu a opinião do utente cigano acerca do espaço do Serviço de Urgência, a totalidade da amostra refere que o espaço é inadequado. Apontam essencialmente à falta de espaço que origina falta de privacidade e dificuldade na permanência dos acompanhantes.

“Há sempre muita gente e não temos espaço nenhum.” (Cig. A)

“O doente do lado percebe sempre o que nós temos e nós até conseguimos sentir o cheiro dele, não devia ser assim.” (Cig. B)

“Deviam de haver salas de espera e quartos maiores para os doentes que estão nas camas.” (Cig. E)

“Parece-me que devia ser maior, temos de entrar sempre sozinhos porque dizem que não há espaço.” (Cig. F)

Outro dos aspectos que os ciganos condenam face ao espaço físico é o aspecto e organização do serviço que os confunde, transmitindo-lhe um sentimento de desorientação, o que poderá agravar o seu estado actual de desequilíbrio.

“Às vezes é muito confuso, nunca sabemos onde ir ou onde esperar.” (Cig. C)

“É muito confuso, perdemo-nos.” (Cig. D)

Fora do seu meio habitual, afastado do seu grupo e numa situação de doença, o cigano revela estados de ansiedade. O espaço físico parece permitir influenciar a postura e o comportamento do cigano.

* INTERACÇÃO COM O ENFERMEIRO

Quando o cigano recorre ao serviço de urgência relaciona-se obrigatoriamente com os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Sendo assim, pretendeu averiguar como é o relacionamento deste tipo de utentes com o enfermeiro segundo a perspectiva do primeiro. A maior parte dos ciganos entrevistados referiu que tem bom relacionamento com os enfermeiros, apesar de por vezes acharem que nem sempre têm as melhores atitudes. No entanto teve em conta a possível falsidade destas respostas uma vez que a entrevistadora é uma enfermeira prestadora de cuidados no serviço ao qual recorrem e do qual necessitam.

“Dou-me bem com eles.” (Cig. A)

“A minha relação com o senhor enfermeiro é sempre boa, entendemo-nos normalmente (...) eles são simpáticos.” (Cig. B)

“A relação é boa, desde que não nos chateiem, corre sempre tudo bem.” (Cig. F)

O que os parece perturbar mais nesta relação, embora não coloque em causa a sua qualidade, é mesmo a proibição da entrada dos acompanhantes por parte do enfermeiro.

“Às vezes não nos deixam entrar como acompanhantes.” (Cig. A)

“Às vezes é pior porque não nos deixam ver os doentes e dão-nos pouca informação.” (Cig. E)

No entanto, existe ainda um dos entrevistados que qualifica como mau o relacionamento com este técnico de saúde.

“Nunca é muito boa, eles deveriam falar com a gente e explicar melhor as coisas (...) eles falam quase sempre mal para nós (...) às vezes nem falam, fazem de conta que não estamos ali.” (Cig. C)

Apesar da maior parte dos ciganos encarar a relação com o enfermeiro de boa qualidade, a interacção entre estes nem sempre é a melhor, devido a dificuldades de comunicação. E a maior parte da amostra de ciganos concorda com esta situação.

“Eles não falam para nós, temos de estar sempre a perguntar.” (Cig. A)

“Às vezes temo-nos de zangar para nos deixarem entrar e saber o que se passa senão nunca falam para nós (...) talvez seja por sermos ciganos, não sei.” (Cig. C)

“Os enfermeiros falam pouco e quando perguntamos explicam as coisas sempre de uma forma que não percebemos muito bem (...) nós não sabemos o que eles sabem.” (Cig. E)

“Eles não sabem ou não querem explicar as coisas, às vezes parece que não querem que a gente saiba o que se passa e o que vão fazer.” (Cig. F)

No que diz respeito aos enfermeiros, avaliou também os anteriores aspectos de forma a poder ir ao encontro de ambas as opiniões e possivelmente detectar quais os obstáculos existentes nesta.

* CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A ETNIA CIGANA

O enfermeiro do Serviço de Urgência lida com todo o tipo de indivíduos, de diferentes escalas etárias, estatuto económico-social, de iguais ou diferente cultura e consequentemente com diferentes hábitos e diferentes formas de educação no que diz respeito ao conceito de saúde / doença. Perante estes factos, o enfermeiro necessita além de conhecimentos de técnicas especializadas, de responsabilidade, adequada comunicação, colaboração e, entre outras exigências, de ter conhecimentos suficientes para lidar com utentes de diferentes culturas, indo de encontro às suas necessidades.

Quando entrevistou os enfermeiros face aos seus conhecimentos acerca da cultura cigana, surpreendeu-se com o pouco conhecimento e até desconhecimento referido pela maior parte da amostra.

“Não possuo formação porque não existe disponível (...) mas também não estou minimamente interessada, não gosto deles.” (Cig. B)

“Apenas conheço a sua cultura basicamente, e o que conheço tem sido através do relacionamento directo com eles aqui no serviço (...) praticamente nada.” (Cig. E)

“Não conheço nada da sua cultura e penso que nem tenho de conhecer, eles têm de aceitar ser tratados como as outras pessoas, nem mais nem menos.” (Cig. F)

Procurando saber o porquê da inexistência deste conhecimento à partida obrigatório e necessário para a prestação de cuidados de saúde obrigatórios, questionou os enfermeiros em relação à sua formação básica em enfermagem, e como seria de esperar, novamente a maioria respondeu que não recebeu preparação específica durante o curso de enfermagem para lidar com utentes de diferentes etnias, nomeadamente o cigano.

“Sobre a etnia cigana propriamente dita nunca me lembro de falarmos (...) e era com toda a certeza muito importante porque estes recorrem muito ao hospital e quase sempre demonstram ser diferentes.” (Cig. A)

“Tive alguma formação durante o curso, mas nada especificamente.” (Cig. B)

“A escola prepara-nos para encarar a pessoa como um todo, mas nós não conhecemos o todo que lhe pertence (...) sobre o cigano especificamente não nos foi transmitido nada.” (Cig. D)

“Não recebi formação nenhuma. Eu tenho de prestar cuidados à pessoa e pronto, seja ele cigano ou não.” (Cig. F)

* ESPAÇO FÍSICO HOSPITALAR

Perante esta dimensão procurou junto dos enfermeiros conhecer a sua opinião face à influência da cultura do cigano na sua forma de ocupação do espaço do Serviço de Urgência. A grande maioria destes técnicos acredita que a cultura do utente influencia sem dúvida a forma de estar do mesmo. Existem ainda alguns que

ainda afirmam que esta influência se reflecte negativamente perante o bom e ordenado funcionamento do Serviço, quebrando com a normalidade.

“Influência muito mas negativamente.” (Enf. A)

A forma como o espaço é organizado é na opinião de alguns entrevistados como o essencial problema da sua ocupação.

“São famílias muito unidas que ficam muito stressadas quando são afastadas do membro doente (...) mas tem de ser assim porque o espaço é muito pouco.” (Enf. A)

“São uma comunidade muito fechada, gostando de andar sempre juntos (...) o espaço curto e sempre cheio de pessoas, mobiliário e material do serviço é então na minha opinião o maior problema para eles, uma vez que não os podemos deixar entrar todos...” (Enf. C)

“Por vezes sinto que se sentem muito confusos nos percursos anteriores, que os assusta, o que os leva ainda mais a necessitar de pessoas do mesmo grupo junto deles, na intenção de encontrar maior segurança num espaço que lhe é desconhecido.” (Enf. D)

Segundo as respostas que obtive anteriormente é normal quando os enfermeiros questionados em relação às dificuldades sentidas em lidar com o utente cigano neste espaço, respondam na sua maioria que se encontram presentes muitas dificuldades, não existindo nenhum técnico que refira a ausência destas.

“São infinitas as dificuldades (...) não sabem nem querem ouvir, não respeitam as outras pessoas, ameaçam-nos por vezes quando querem impor a sua vontade....” (Enf. B)

“São agressivos (...) deveria de existir qqualquer espécie de segurança capaz de os impedir de entrar e permanecer cá dentro.” (Enf. C)

“Temos muita falta de espaço para todos os doentes em geral, principalmente para os ciganos, que demonstra ser um povo que necessita de se manter unido, talvez por serem muito desconfiados sentindo-se inseguros quando afastados do grupo.” (Enf. D)

“É muito difícil lidar com eles, faze-los entender que são iguais aos outros, que não podem ter mais benefícios. Eles não aceitam isso e valem-se muitas vezes

da intimidação para conseguir o que querem. Chegam a ocupar toda a sala de espera com a família e membros pertencentes ao grupo.” (Enf. F)

Nesta questão apenas um enfermeiro refere sentir poucas dificuldades embora tenha consciência que a forma como ocupam o espaço possa causar algum transtorno para o desenvolvimento do seu trabalho.

“Causam alguma desordem e confusão quando ocupam o espaço que necessitamos para trabalhar, mas nada de especial.” (Enf. E)

Seguidamente foi averiguar quais as estratégias que os enfermeiros que exercem funções neste serviço, adoptam normalmente para lidar com as dificuldades sentidas, no sentido de as atenuar ou até mesmo resolver. Todos eles acreditam que a melhor estratégia é a tentativa de entendimento e a maioria também aposta na tolerância. Apenas um dos enfermeiros pensa que o conflito poderá ser uma forma de solucionar as dificuldades que sente.

“Entendimento, tolerância, um espaço maior.” (Enf. A)

“Tento-lhes explicar o funcionamento do serviço, é o que temos!! Às vezes é difícil, eles até ouvem e penso que entendem mas não ligam.” (Enf. C)

“Habitualmente explico calmamente o funcionamento do serviço e a situação do doente ao próprio doente e aos acompanhantes.” (Enf. D)

“Tento contornar a situação, resolvendo-a da forma menos problemática possível, mas este é também o procedimento normal com os não ciganos.” (Enf. E)

“O melhor talvez seria ignorar as suas atitudes, mas não pode ser porque prejudicam os outros utentes. Penso que o mais sensato, embora normalmente não resulte, é tentar falar com eles, explicar-lhe o que está bem e o que não está para que consigamos algum comportamento dentro das normas da nossa sociedade e consequentemente espaço hospitalar.” (Enf. F)

Alguns dos enfermeiros entrevistados encontraram ainda como resolução do problema, o aumento do espaço.

“Seria importante um aumento do espaço físico com criação de um espaço específico para falar com todo o grupo de acompanhantes (...) e talvez deixa-los

acompanhar mais o elemento da sua comunidade, mantendo-os informados e consequentemente mais calmos.” (Enf. A)

“Deveríamos proporcionar um espaço maior, mas no exterior, para que possam estar todos reunidos.” (Enf. D)

* RELAÇÃO COM O CIGANO

No que diz respeito à relação que o enfermeiro tem com o utente cigano, optou por recolher informação acerca de como o enfermeiro se sente recebido pelo cigano e também da forma como é feita a comunicação com este grupo.

Em relação à recepção do enfermeiro, a maioria da amostra refere ter uma má recepção.

“Já fui ameaçado de morte.” (Enf. A)

“Mal recebido sempre (...) são mal-educados, ameaçam-nos, tratam-nos mal (...) têm tudo de mau.” (Enf. B)

“Depende, normalmente mal, eles aproximam-se logo à defesa, são agressivos verbalmente.” (Enf. C)

“Penso que existe sempre uma segunda intenção na conversa do cigano. Pretendem sempre saber algo.” (Enf. E)

“A recepção só é boa se os deixarmos fazer o que eles querem, como isso não é possível, mais tarde ou mais cedo ocorrem problemas. O melhor é termos sempre um pé atrás com eles e não lhe dar muita confiança senão eles abusam. Se somos simpáticos, eles pensam logo que conseguem fazer tudo de nós.” (Enf. F)

Apenas um dos entrevistados refere nunca ter tido grandes problemas directos com os utentes ciganos.

Apesar desta aparente má relação, ao passar à questão seguinte descobre-se que ainda metade dos enfermeiros pertencentes à nossa amostra, acha que a comunicação com o cigano se processa de forma fácil.

“Normalmente bem acho eu (...) às vezes parecem-me um pouco confusos.” (Enf. C)

“Fácil, mas esforço-me para comunicar adequadamente com eles.” (Enf. D)

“Tento sempre colocar-me do lado deles e ver se entendi (...) eles necessitam que se utilize uma linguagem mais simples (...) têm muito pouco formação.” (Enf. E)

A outra metade considera a comunicação difícil.

“A comunicação é sempre melindrosa, nunca sabemos o que nos vão dizer, como e com que intenção.” (Enf. A)

“É sempre muito má, mas é da parte deles.” (Enf. B)

12 – CONCLUSÃO

Os ciganos tendem a fazer uma utilização esporádica do serviço de urgência e não uma utilização regular. Deslocam-se na grande maioria das vezes em grupo familiar, adoptando uma atitude reivindicativa no sentido de serem o mais rapidamente possível atendidos. Do lado da instituição, nomeadamente dos enfermeiros, este comportamento é sentido como invasão do espaço físico e psicológico do hospital. O desrespeito pelas normas institucionais de funcionamento assusta os profissionais de saúde, que as têm interiorizadas como naturais, tendendo muitas vezes a interpretar esta diferença cultural como uma provocação unilateral.

A doença é encarada pela instituição de saúde como uma realidade social definida pela autoridade médica num modelo bio-fisiológico de que as interpretações do doente são excluídas, numa relação assimétrica em que a autoridade profissional não admite contestação.

No entanto, sendo a saúde e a doença encaradas como manifestações culturais e sociais, em que as atitudes da sociedade ou dos grupos decidem o que constitui a doença, será necessário e até mesmo obrigatório dizer que a doença é um fenómeno significativo de cultura que expressa claramente crenças e valores, às quais o enfermeiro deveria estar atento e saber interpretar, de forma a conseguir prestar cuidados de saúde optimizados.

As atitudes e comportamentos de saúde do cigano têm uma lógica popular que obedece à preocupação de evitar e de fugir da doença. Apenas recorrem ao médico em caso de necessidade obrigatória, quando se está doente, querendo ser tratados como se a sua doença fosse a mais grave de todas e de todos, exigindo atendimento imediato. Parece que o cigano se preocupa muito pouco com a prevenção da doença pois recorre pouco ao centro de saúde e quando procura o profissional de saúde a doença já está instalada, demonstrando sempre ansiedade não só por ser atendido como também por ir embora.

“...apenas cá venho quando já não aguento mais.” (Cig. A)

“...quanto menos vezes cá vier e menos tempo cá estiver, melhor.” (Cig. E)

Estes seus comportamentos de saúde parecem coerentes com a sua forma de encarar o mundo, ou seja, com a sua cultura. E a sua cultura é coerente com as condições de existência em que se baseia.

O cigano apenas recorre ao Serviço de Urgência quando aparentemente perde o controlo sobre a doença, tomando consciência que necessita de ajuda de um técnico especializado, de forma urgente. Não se sentindo muito seguros neste espaço culturalmente muito diferente deles, apenas procuram uma resolução rápida daquilo que os afecta. Desta forma é perfeitamente aceitável, como foi identificado no estudo, a sua preferência no serviço hospitalar em que realizam o necessário para esclarecimento da doença e consequentes tratamentos, no momento, voltando o mais rapidamente possível ao seu meio, ao seu ambiente.

“Raramente vou ao Centro de Saúde, aqui no Hospital fazem-me os exames e vou-me logo embora...” (Cig. E)

“Gosto de vir ao Hospital, venho a qualquer hora e fico despachado.” (Cig. F)

O internamento é desta forma, como se pôde constatar durante a observação na prestação de cuidados, recusado, aceite apenas quando é extremamente necessário e à mínima melhoria abandonam o serviço.

Durante esta permanência mais ou menos longa neste determinado espaço, o cigano demonstra não se sentir bem, classificando-o como inadequado.

“A sala de espera é pequena, é tudo ao monte.” (Cig. B)

“Parece-me que devia ser maior, temos de entrar sempre sozinhos porque dizem que não há espaço.” (Cig. F)

Verifica-se que é um espaço que não conseguem personalizar, é um espaço rígido, não se consegue alterar, incutindo no utente cigano sentimentos de isolamento e medo por estarem distantes do grupo. Surgem então os sentimentos de desconfiança e incerteza sobre aquilo que se irá suceder. Os ciganos sentem-se na maioria das vezes confusos, desorientados quando têm que recorrer ao serviço de urgência.

“Ninguém diz como devemos fazer, onde ir primeiro (...) deveriam de existir setas a indicar.” (Cig. C)

Perante isto, o cigano tenta tudo por tudo por manter alguma referência à sua cultura, sendo a mais evidente a permanência do grupo junto de si, que lhe transmite assim alguma segurança. Esta atitude pode provocar problemas junto dos profissionais de saúde, que eventualmente pelo desconhecimento da sua cultura, a encaram de forma negativa.

“Não respeitam o espaço dos outros doentes, por eles entravam todos os elementos do grupo e ocupavam o espaço do cigano doente e dos outros doentes.” (Enf. B)

“...eles chegam aqui e acham que todos os que cá estão têm de agir da forma que eles pensam, raramente aceitam bem as nossas indicações no que diz respeito à ocupação do espaço.” (Enf. F)

O enfermeiro caracteriza então na maioria das vezes a relação com o utente cigano, como uma relação difícil, demonstrando no entanto alguma preocupação na manutenção adequada da dinâmica do serviço, recorrendo à conversa, explicações e alguma tolerância.

“Tento dialogar, tento adoptar uma linguagem mais simples e directa para que possam compreender a mensagem.” (Enf. A)

Muitos dos enfermeiros parecem perceber a necessidade do grupo em manter-se unido, colocando como hipótese de resolução de alguns problemas, o aumento do espaço físico do serviço em causa.

“O ideal seria termos um espaço maior para que eles pudessem estar todos, talvez se sentissem mais protegidos e não exigissem um atendimento tão rápido.” (Enf. F)

O estudo revela também que alguns dos enfermeiros revelam ser menos tolerantes e pertencentes a relações mais conflituosas com o utente cigano. Este facto deve-se provavelmente à diminuição da sua formação ou até mesmo à falta de paciência, ao aumento de intolerância à confusão, barulho que o grupo cigano acarreta num serviço de urgência.

A relação do enfermeiro com o doente baseia-se no respeito pelos valores, crenças e maneiras de ser de cada indivíduo, resultantes da influência que o meio ambiente onde estão inseridos lhe transmite. Ao longo dos tempos a formação em enfermagem parece ter evoluído neste sentido, uma vez que as mudanças sociais e culturais ocorridas nas últimas décadas tornaram a vários níveis as gerações mais novas, pessoas mais abertas e flexíveis. Só desta forma o enfermeiro poderá planificar o seu trabalho de forma eficaz e solucionar os problemas detectados, nunca descurando do facto que pessoas diferentes necessitam obviamente de cuidados diferentes.

Conclui-se também aquilo de que à partida se suspeitava. Os ciganos são um grupo muito coeso que comprometido em manter as suas origens, a sua cultura. Apesar de se encontrarem sempre em minoria no decorrer dos tempos, têm conseguido manter a sua autenticidade ao longo das inúmeras relações com comunidades diferentes. Revela-se importantíssimo abandonar os preconceitos e os juízos de valor existentes, na maior parte das vezes fruto de receios e desconhecimento por parte dos não-ciganos, e encarar este grupo como diferente, é verdade, com uma cultura muito própria, mas não inferiores, merecendo ser respeitados. Talvez seja por esta atitude de rejeição e incompreensão dos não-ciganos, que os ciganos se sentem desconfiados e com medo de tentar uma maior aproximação.

Sendo o Serviço de Urgência aquele que acolhe o doente em situação de crise e em que o doente apresenta o pico mais elevado de desequilíbrio, onde o espaço é portanto vivido de forma mais intensa e em que cada pequeno pormenor tem um grande significado influenciando como é óbvio a saúde do indivíduo, este espaço poderia ser planificado e organizado, não só em função daqueles que nele trabalham mas também em função dos utentes que possuem muitas vezes, tal como os ciganos, uma cultura diferente da predominante, evitando os conflitos que prejudiquem a prestação de cuidados e o restabelecimento do equilíbrio da pessoa doente.

Uma vez que o espaço é constituído não só pela forma mas também pela função, o indivíduo tenta sempre promover uma ligação saudável entre si e o meio

ambiente. Para o cigano, no espaço hospitalar, esta ligação não é feita da forma mais harmoniosa, uma vez que apesar da sua situação de doença, a sua forma lhe é estranha face à sua cultura, sendo a sua permanência na maior parte das vezes sofrida.

Verifica-se na generalidade que a permanência de um grupo de ciganos no serviço de urgência é normalmente encarada de antemão como confusa, desrespeitando as regras impostas, originando por vezes problemas.

“Cospem no chão, fazem muito barulho, invadem as zonas não permitidas, não respeitam o número de acompanhantes (...) parece que fazem de propósito para mostrar a revolta.” (Enf. A)

Uma relação saudável entre o enfermeiro e o cigano, onde a comunicação adequada exista, é uma ponte para o reconhecimento da situação e possível solução. Conseguir aproximar-se do utente cigano, conhecendo a sua cultura e dando-lhe a conhecer a nossa, criando-lhe condições de adaptação ao novo meio, tal como aumento do espaço, orientação neste e permanência do grupo, talvez aumentasse a confiança do cigano no não-cigano, permitindo-lhe a aquisição de mais informações importantes para alcançar o bem estar do utente.

A formação em serviço e o desenvolvimento de estudos em relação à etnia cigana talvez fosse uma boa aposta do Serviço de Urgência deste hospital, uma vez que apesar de se verificar um maior interesse por parte dos enfermeiros mais novos, emerge ainda um grande desconhecimento que leva essencialmente a dificuldades de comunicação que influencia certamente a prestação de cuidados.

O redimensionamento do espaço físico é difícil, mesmo devido à falta deste. No entanto poderiam ser melhorados alguns aspectos tal como a disposição das cadeiras na sala de espera de forma a proporcionar uma maior relação entre os ciganos e os não-ciganos, assegurar uma maior privacidade nos balcões através de divisões fixas que impedissem a ocupação do espaço do doente ao lado e consequentemente o amontoar de macas, e uma maior preocupação na informação e explicação dos procedimentos a realizar, satisfazendo todas as dúvidas ao cigano.

No que diz respeito ao acompanhamento do cigano pelo seu grupo, este será um problema muito difícil de solucionar, uma vez que a estrutura deste espaço não foi desenvolvida para tal, sendo de todo impossível abraçar tão grande número de pessoas quando o espaço se revela ínfimo para o número de doentes que recorrem a este hospital.

No final deste estudo, apesar da exiguidade da amostra analisada impor prudência na generalização das conclusões, não se pode invalidar a importância dos resultados obtidos, assim como a sua pertinência, tendo em conta os objectivos traçados.

Pensa-se que foi atingido o seu propósito, estando plenamente consciente que não estão esgotadas as hipóteses de continuidade, assim como novas possibilidades de estudo nesta área, esperando ter contribuído de alguma forma, quanto mais não seja de reflexão, para um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes de etnia cigana no Serviço de Urgência, despidos de preconceitos, culturalmente competentes, baseados no respeito, na negociação e no SABER.

13 – BIBLIOGRAFIA

- * ALBARELLO, Lua, et al – Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais – Gradiva. Lisboa, 1997. 245p.
- * ALBERONI, Francesco – Público e Privado – Bertrand Editora. 3ª Edição. 1990.164p.
- * ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira – Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança – (www.ipv.com). Fev/05.
- * ALPHANDÉRY, Pierre; BITOUN, Pierre; DUPONT, Yves – O Equívoco Ecológico – Instituto Piaget. Lisboa, 1991. 187p.
- * ANDRADE, Nuno Queiroz – O Código Deontológico do Enfermeiro. [Servir,1998 (46:2), 54-57].
- * ARBEX, Cármen – Actuar com la Comunidad Gitana – Association Secretariado General Gitano. Madrid, 1996. 69p.
- * ARIÉS, Philippe – O Homem perante a Morte II – Publicações Europa-América. Lisboa, 1977.
- * BARATA, Óscar Soares – Introdução às Ciências Sociais- Livraria Bertrand, 2º volume. Amadora, 1976. 331p.
- * BELL, Judith – Como Realizar um Projecto de Investigação – Colecções Trajectos, Gradiva. Lisboa, 1997. 212p.

- * BRETON, Philippe – A Utopia da Comunicação – Colecção Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget. Lisboa, 1994. 148p.
- * CARAPINHEIRO, Graça – Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares – Edições Afrontamento. 2ª Edição. Porto, 1993. 295p.
- * CHEVEAU, Christian – L'humanisme dans la Pratique Médicale Quotidienne – Journées de Formation. Paris, 1990.
- * Ciganos, Raça ou Ideologia? Costumes – (<http://puccamp.aleph.com>) Mar/01.
- * COELHO, António Matias – Atitudes Perante a Morte – Livraria Minerva. Coimbra, 1991.
- * COLIÈRE, M. F. – Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem – Ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Damaia, 1989.
- * Conceito de Saúde Muda, mas a Assistência Médica ainda é Tradicional – (www.odontologia.com). Fev/05.
- * COSTA, Jorge Ricardo Santos de Lima - Espaço Hospitalar: a Revolta do Corpo e a Alma do Lugar – (www.vitruvius.com) Fev/05.
- * CORNEY, Roslyn – O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina – Climepsi Editores. Lisboa, 1996. 161p.
- * CUNHA, Sara – A Comunidade Cigana e a Saúde – Revista de Educação e Formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo Fonseca, 7. Coimbra. (Novembro, 2001). p.35-41.
- * DAJOZ, Roger – Ecologia Geral – Editora da Universidade de São Paulo, 2ª Edição. São Paulo, 1973. 472p.

- * DIAS, Leila C. – A Crise e a Questão de Saúde: a Expansão da Doença nos Espaços Metropolitanos – EDUFRRJ. Rio de Janeiro, 1987.
- * DUARTE, Susana – Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico? – Quarteto Editora. Coimbra, 2002. 129p.
- * ENGEL, G. L. – The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine – Science, 1977.
- * FACHADA, M. Odete – Psicologia das Relações Interpessoais – 1º Volume. Editora Rumo. 2ª Edição. Lisboa, 1998. 256p.
- * FERNANDES, Otilia Maria Teixeira; LOPES, Maria dos Anjos Pereira – Corpo, Saúde e Doença: Que Representação dos Enfermeiros? – IV Congresso Português de Sociologia.
- * FERREIRA, Manuela Maria da Conceição – O Relacionamento Interpessoal – Um Instrumento Básico em Enfermagem – Servir, 49:1 (Janeiro/Fevereiro 2001). p. 8-10.
- * FODDY, William – Como Perguntar, Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários – Ceita Editora. Oeiras, 1996. 228p.
- * FORTIN, Marie Fabienne – O Processo de Investigação-da concepção à realização – Décarie Éditeur. Loures, 1999. 388p.
- * FRADA, João José Lúcio – Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos – Edições Cosmos. 6ª Edição. Lisboa, 1996. 108p.
- * FRASER, Angus – História do Povo Cigano – Edições Teorema. Lisboa, 1998.
- * GEORGE, Júlia B. – Teorias de Enfermagem, os Fundamentos para a Prática Profissional – Artes Médicas. Porto Alegre, 1993. 338p.

- * GIDDENS, A. - **A Transformação da Intimidade** – Celta Editora. Oeiras, 1997.
- * GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** – Editora Atlas, 2ª Edição. São Paulo, 1989. 206p.
- * GIL, Javier Flores – **Análise de Datos Cualitativos – Aplicaciones a la Investigacion** – Educativa Barcelona: Poblagrafíca.
- * GOLDSMITH, Edonard – **O Desafio Ecológico** – Instituto Piaget. Lisboa. 573p.
- * HALL, Edward T. – **A Dimensão Oculta: cultura e comunicação; A Antropologia do Espaço: um modelo de organização** – Colecção Antropos: Artes Gráficas. Lisboa.
- * HENDERSON, V. – **Basic Principles of Nursing Care** – International Council of Nurses. Geneve, 1962.
- * HORTON, Paul B., et al – **Sociologia** – Mc Graw-Hill. São Paulo, 1981. 479p.
- * ISRAEL, Lucien – **A Vida até ao Fim – Eutanásia e outras derivas** – Instituto Piaget. Lisboa, 1993.
- * JODELET, D. – **Les Representations Sociales** – Ed. PUF, 4ª Edição. Paris, 1994.
- * KASTENBAUM, Robert; AINSENBURG, Ruth – **Psicologia da Morte** – Editora da Universidade de São Paulo. Brasil, 1983.
- * KETELE, Jean-Marie, et al – **Metodologia da Recolha de Dados** – Colecção Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget. Lisboa, 1999. 258p.
- * LAMY, Michel – **As Camadas Ecológicas do Homem** – Instituto Piaget. Lisboa. 305p.

- * LITTLEJOHN, Stephen W. – Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana – Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 1988. 407p.
- * MAGÃO, Teresa et al – Cuidar Famílias de Diferentes Culturas – [Servir (43:3), 130-133].
- * Manchester (MNI – Médicos na Internet / ISMAI) – (<http://www.ismai.pt>) Mar/05.
- * MARTINS, Maria de Lourdes – Comunicação Interdisciplinar – Servir, 44:2 (Março/Abril 1996). p. 64-68.
- * MATOS, Elizabete Jesus, et al – Doença, Morte e Luto na Etnia Cigana – Uma Questão para a Enfermagem – Sinais Vitais, 22. Coimbra (Janeiro, 1999). p. 48-50.
- * Medcenter. com* com Odontologia. Conceito de saúde muda, mas a assistência médica é ainda tradicional – (<http://www.odontologia.com>) Fev/05.
- * MEYER, Dagmar Estermann, et al – Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea – Artes Médicas. Porto Alegre, 1998. 241p.
- * MONTEIRO, Manuela, et al – Psicologia – 1ºVolume. Porto Editora. Porto, 1995. 303p.
- * MORIN, Edgar – O Homem e a Morte – Publicações Europa-América. Lisboa, 1970.
- * NUNES, Maria Alzira, et al – O Respeito Caloroso na Relação de Ajuda em Enfermagem – Servir, 45:4. (1997) p.173-175.
- * ODUM, Eugene P. – Fundamentos de Ecologia – Fundação Calouste Gulbenkian, 6ªEdição. Lisboa, 2001. 927p.

- * OLDS, Sally Wendkos; PAPALIA, Diane E. – Desenvolvimento Humano – Artmed Editora, 7ª Edição. Lisboa, 2000.
- * OLIVEIRA, Célia Simão – A Consciência Moral e o Agir em Enfermagem – Servir, 45:1. (1997). p. 16-20
- * PALMEIRO, M. F. – Formação e Práticas Profissionais dos Enfermeiros no Contexto de um Centro de Saúde – Faculdade de Medicina (Tese de Mestrado), 1995. 199p.
- * PENEFF, Jean – O Hospital na Urgência: estudo por observação participante – Formasau. Coimbra, 2002. 226p.
- * PEPLAU, Hildegard F. – Relaciones Interpersonales en Enfermeria – Salvat. Barcelona, 1990.
- * PEREIRA, Luís Silva – Medicinas Paralelas e Prática Social – Sociologia, 1993.
- * PHIPPS, Wilma J., et al – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica – I volume. Lusodidacta. 2ª Edição. Lisboa, 1995. 1394p.
- * POLIT, Denise F., et al – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Interamericana. 3ª Edição. Porto Alegre, 1995. 391p.
- * PONTY, Maurice Merleau - Fenomenologia da Percepção - Martins Fontes, 2ª Edição. São Paulo, 1999. 377p.
- * Programa Saúde da Família – Fundamentos da Assistência à Família em Saúde – (<http://ids-sande.nol.com>) Fev/05.
- * QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Empatia e Respeito – Dimensões Centrais na Relação de Ajuda – Quarteto Editora. Coimbra. 156p.

- * QUIVY, Raymond, et al – Manual de Investigação em Ciências Sociais – Gradiva. Lisboa, 1992. 275p.
- * RAMIRES, Júlio César de Lima; GUIMARÃES, Jussara Maria de Carvalho - Caminhos de Geografia – Revista on-line (www.ig.ufu.br) Jun/2004.
- * RAMOS, V. – Prever a Medicina das Próximas Décadas: Que Implicações para o Planeamento da Educação Médica? – Acta Médica Portuguesa, 1988.
- * ROCHER, Guy - Sociologia Geral 4 – Editorial Presença. Lisboa, 1971. 285p.
- * Saúde e Doença: Conceitos com Muitos Significados – (www.odontologia.com) Fev/05.
- * SERRA, Adriano Vaz – O Tratamento Humanitário do Doente – Servir, 35:2. (1987). P.67-73.
- * SERRA, João – Filhos da Estrada e do Vento – Assírio e Alvim. Lisboa, 1986. 159p.
- * SFEZ, Lucien – A Comunicação – Instituto Piaget. Lisboa, 1999. 156p.
- * SHEEHY, Susan – Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática – Lusociência, 4ª Edição. Lisboa, 2001.
- * SILVA, A. – Sociologia Geral – Apontamentos para Estudo – Braga, 1977. 223p.
- * SOROMENHO, Viriato Marques – Regressar à Terra – Consciência Ecológica e Política de Ambiente – Publicações Europa-América. Lisboa , 1993. 151p.
- * STEDEFORD, Averil – Encarando a Morte – Porto Alegre, 1986.

- * STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – Investigação Qualitativa em enfermagem – Lusociência, 2ª Edição. Camarate, 2002.
- * TITIEV, Mischa – Introdução à Antropologia Cultural – Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 1989. 419p.
- * TUAN, Yi-fu - Topofilia: um Estudo da Percepção, Atitudes e Valores do Meio Ambiente – Difel. São Paulo, 1980.
- * VALA, Jorge – Metodologia das Ciências Sociais – Edições Afrontamento. Porto, 1999.
- * WALDOW, Vera Regina, et al – Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar, a Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional – Artes Médicas. Porto, 1995. 203p.
- * YIN, Robert – Case Study Research. Design and Methods – Sage Publications. 2ª Edição, 1994.
- * ZOLA, Sónia – À Procura do Tempo Perdido – Boletim Sindical. SEP, 5. (Setembro-Outubro/90)
- * O Ambiente no Mundo – Parte V. Gabinete de Estudos e Planeamento da Administração do Território. Ministério do Planeamento e da Administração do Território. Lisboa, 1988. 135p.
- * PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº161/96: REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Diário da República I-A. Série. (4 de Setembro de 1996) 2959-2962.
- * PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº104/98: Código Deontológico do Enfermeiro – Diário da República I-A. Série. (21 de Abril de 1998) 1739-1829.

* Relatório: **Igualdade e Inserção dos Ciganos**. Grupo de trabalho para a igualdade e inserção dos ciganos. Editor: Governo Civil de Braga. Braga, 1998. 68p.

Anexos

Anexo I

(Planta do Serviço de Urgência do H.D.J.M.G.)

[illegible]

Anexo II

(Guião da Entrevista aos Enfermeiros intervenientes no Estudo)

GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

INTERVENIENTES NO ESTUDO

DIMENSÕES ANALÍTICAS	QUESTÃO PRINCIPAL	QUESTÕES SECUNDÁRIAS
D1 – Dados Biográficos <u>Objectivo 1</u> Identificar os enfermeiros entrevistados	P1 – Idade P2 – Sexo P3 – Categoria Profissional P4 – Habilitações Profissionais P5 – Tempo de Serviço	
D2 – Conhecimento da Cultura da Etnia Cigana pelo Enfermeiro <u>Objectivo 2</u> Conhecer a formação do enfermeiro no que diz respeito à cultura da etnia cigana	P6 – Considera possuir conhecimento sobre a cultura dos utentes de etnia cigana? P7 – Considera que a formação básica em enfermagem prepara os enfermeiros para prestar cuidados de enfermagem a utentes de etnia cigana?	P6.1 – Como a obteve? P6.2 – Porque não tem?
D3 – Espaço Físico Hospitalar na Perspectiva do Enfermeiro <u>Objectivo 3</u> Conhecer a forma como o utente cigano permanece no espaço físico hospitalar	P8 – Na sua opinião, até que ponto a cultura influencia a forma de estar do cigano no espaço hospitalar? P9 – Fale-me das dificuldades com que se depara no relacionamento com estes utentes neste espaço?	P9.1 – O que pensa ser necessário para superar essas dificuldades?
D4 – Relação entre o enfermeiro e o cigano <u>Objectivo 4</u> Identificar a qualidade da comunicação com utentes de etnia cigana	P10 – Como é habitualmente recebido pelos utentes de etnia cigana? P11 – Como é a comunicação com este grupo de utentes?	

Anexo III

(Guião da Entrevista aos Ciganos
Intervenientes no Estudo)

GUIÃO DA ENTREVISTA AOS CIGANOS

INTERVENIENTES NO ESTUDO

DIMENSÕES ANALÍTICAS	QUESTÃO PRINCIPAL	QUESTÕES SECUNDÁRIAS
D1 – Dados Biográficos <u>Objectivo 1</u> Identificar os ciganos entrevistados	P1 – Idade P2 – Sexo P3 – Profissão	
D2 – Recorrência do Cigano ao Serviço de Urgência <u>Objectivo 2</u> Saber quando e porquê o cigano recorre ao Serviço de Urgência quando se sente doente	P4 – Quando se sente doente, recorre mais frequentemente ao hospital ou ao centro de saúde? P5 – O atendimento no serviço de urgência é feito de forma adequada?	P4.1 – Porquê?
D3 – Espaço Físico do Serviço de Urgência na perspectiva do Cigano <u>Objectivo 3</u> Saber o que o cigano pensa acerca da forma como o serviço de urgência está organizado de acordo com as suas necessidades de atendimento	P6 – O que pensa da organização do espaço físico deste serviço de urgência?	P6.1 – O que gostaria de ver alterado? P6.2 – Porquê?
D4 – Relação com o Enfermeiro <u>Objectivo 4</u> Identificar a qualidade da relação com o enfermeiro de acordo com a opinião do utente cigano	P7 – Como é habitualmente a sua relação com o enfermeiro no serviço de urgência? P8 – A comunicação com o enfermeiro costuma proceder-se de forma normal?	P7.1 – Como acha que deveria ser? P7.2 – Quais as principais dificuldades que costuma encontrar nesta relação? P8.1 – Se não como costuma agir perante esta dificuldade?

Anexo IV

(Matrizes de Análise e Gráficos das Entrevistas
aos Ciganos e Enfermeiros)

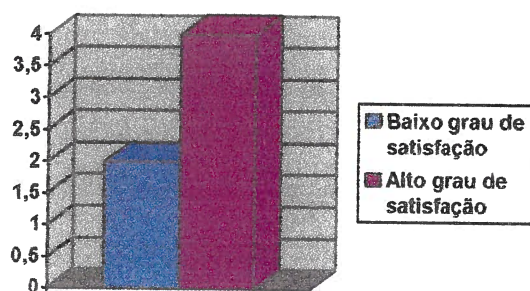
Matrizes de Análise das Entrevistas
aos Ciganos

*** RECORRÊNCIA DO CIGANO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA (R)**

CIGANO	SC – SATISFAÇÃO DO CIGANO NO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
A	<i>“Recorro mais ao Hospital que ao Centro de Saúde porque é mais rápido, porque ando sempre a trabalhar de cidade em cidade.”</i> <i>“O atendimento é quase sempre bom...”</i>
B	<i>“Vou pouco ao Hospital porque no Centro de Saúde da minha Terra já conheço a médica e os enfermeiros.”</i> <i>“Quando lá vou tenho sempre de estar muito tempo à espera.”</i>
C	<i>“No Hospital não é preciso marcar consulta e fazemos logo os exames.”</i>
D	<i>“Não gosto de ir ao Hospital, é muito confuso, há sempre muita gente...”</i> <i>“O Centro de Saúde é mais perto e conheço as pessoas e a casa.”</i>
E	<i>“Raramente vou ao Centro de Saúde, no Hospital fazem-me os exames e venho-me logo embora.”</i>
F	<i>“Gosto de vir ao Hospital, venho a qualquer hora e fico despachada.”</i>

	A	B	C	D	E	F
ALTO GRAU DE SATISFAÇÃO	X		X		X	X
BAIXO GRAU DE SATISFAÇÃO		X		X		

BAIXO GRAU DE SATISFAÇÃO	2
ALTO GRAU DE SATISFAÇÃO	4

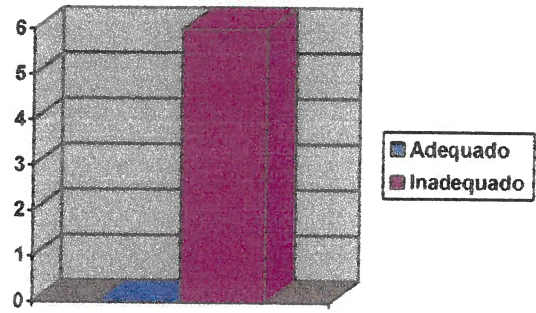


*** O ESPAÇO FÍSICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CIGANO (E)**

CIGANO	OE – OPINIÃO SOBRE O ESPAÇO FÍSICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
A	<i>“Há sempre muita gente, não temos espaço nenhum...”</i>
B	<i>“A sala de espera é pequena, é tudo ao monte.”</i> <i>“Lá dentro os doentes estão tão juntos que nem podem ter acompanhantes.”</i> <i>“O doente do lado percebe sempre o que nós temos e nós até conseguimos sentir o cheiro dele, não devia ser assim.”</i>
C	<i>“É bom, mas às vezes é muito confuso, nunca sabemos onde ir ou onde esperar.”</i> <i>“Ninguém diz como devemos fazer, onde ir primeiro (...) deveriam de existir setas a indicar.”</i>
D	<i>“É muito confuso, perdemo-nos.”</i>
E	<i>“É pequeno e grande ao mesmo tempo (...) não deixam entrar os acompanhantes porque não cabemos mas depois lá dentro nunca encontramos nada...”</i> <i>“Deviam de haver salas de espera e quartos muito maiores para os doentes que estão nas camas.”</i>
F	<i>“Parece-me que devia ser maior, temos de entrar sempre sozinhos porque dizem que não há espaço.”</i>

	A	B	C	D	E	F
ADEQUADO						
INADEQUADO	X	X	X	X	X	X

ADEQUADO	0
INADEQUADO	6

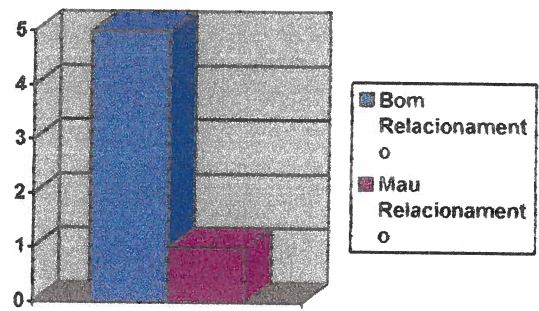


*** INTERACÇÃO COM O ENFERMEIRO (I)**

CIGANO	RE – RELACIONAMENTO COM O ENFERMEIRO
A	<i>“Dou-me bem com eles.”</i> <i>“Às vezes não nos deixam entrar como acompanhantes.”</i>
B	<i>“A minha relação com o senhor enfermeiro é sempre boa, entendemo-nos normalmente (...) eles são simpáticos.”</i>
C	<i>“Nunca é muito boa, eles deveriam falar com a gente e explicar melhor as coisas.”</i> <i>“Eles falam quase sempre mal para nós (...) às vezes nem falam, fazem de conta que não estamos ali.”</i>
D	<i>“É boa mas às vezes têm pouco tempo para falar com os doentes e com a família.”</i>
E	<i>“A relação é mais ou menos boa.”</i> <i>“Às vezes é pior porque não nos deixam ver os doentes e dão-nos pouca informação...”</i>
F	<i>“A relação é boa, desde que não nos chateiem, corre sempre tudo bem.”</i>

	A	B	C	D	E	F
BOM RELACIONAMENTO	X	X		X	X	X
MAU RELACIONAMENTO			X			

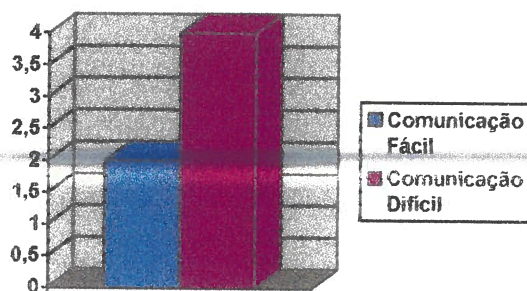
BOM RELACIONAMENTO	5
MAU RELACIONAMENTO	1



CIGANO	CE – COMUNICAÇÃO COM O ENFERMEIRO
A	<i>"Eles não falam para nós, temos de estar sempre a perguntar"</i>
B	<i>"A comunicação é sempre normal."</i>
C	<i>"Às vezes temo-nos de zangar para nos deixarem entrar e saber o que se passa senão nunca falam para nós (...) talvez seja por sermos ciganos, não sei."</i>
D	<i>"A comunicação é boa."</i>
E	<i>"Os enfermeiros falam pouco e quando perguntamos explicam as coisas sempre de uma forma que não percebemos muito bem (...) nós não sabemos o que eles sabem."</i>
F	<i>"Eles não sabem ou não querem explicar as coisas, às vezes parece que não querem que a gente saiba o que se passa e o que vão fazer."</i>

	A	B	C	D	E	F
COMUNICAÇÃO FÁCIL		X		X		
COMUNICAÇÃO DIFÍCIL	X		X		X	X

COMUNICAÇÃO FÁCIL	2
COMUNICAÇÃO DIFÍCIL	4



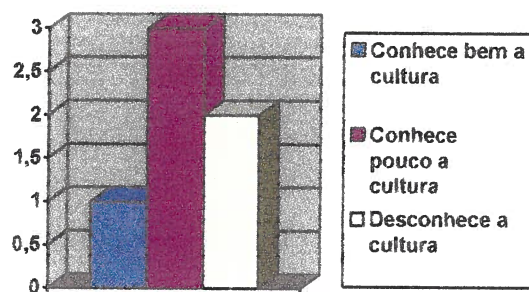
Matriz de Análise das Entrevistas aos Enfermeiros

* CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A ETNIA CIGANA (C)

ENFºS	CE – CULTURA DO ENFERMEIRO
A	<i>“Obtive conhecimentos desta cultura por formação externa numa actividade como animador de um grupo de jovens.”</i>
B	<i>“Não possuo formação porque não existe disponível (...) mas também não estou minimamente interessado, não gosto deles.”</i>
C	<i>“O que conheço acerca dos ciganos é aqui do serviço, da convivência que tenho tido com eles.”</i>
D	<i>“Sim, possuo alguma.”</i> <i>“Ao longo da vida fui adquirindo alguns conhecimentos (...) fiz estágio num bairro da cidade, onde existem muitos, pelo que tive oportunidade de me relacionar bastante com eles.”</i>
E	<i>“Apenas conheço a sua cultura basicamente, e o que conheço tem sido através do relacionamento directo com eles aqui no serviço (...) praticamente nada.”</i>
F	<i>“Não conheço nada da sua cultura e penso que nem tenho de conhecer, eles têm de aceitar ser tratados como as outras pessoas, nem mais nem menos.”</i>

	A	B	C	D	E	F
CONHECE BEM A CULTURA	X					
CONHECE POUCO A CULTURA			X	X	X	
DESCONHECE A CULTURA		X				X

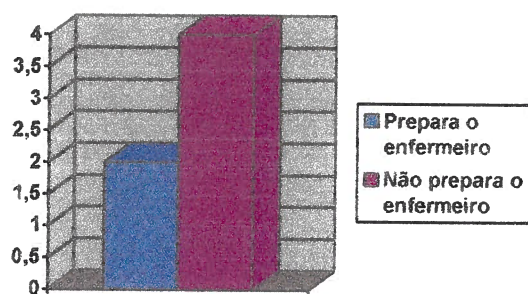
CONHECE BEM A CULTURA	1
CONHECE POUCO A CULTURA	3
DESCONHECE A CULTURA	2



ENF ^{os}	FB – FORMAÇÃO BÁSICA EM ENFERMAGEM SOBRE A ETNIA CIGANA
A	<i>“Ensinarão-me o princípio básico: respeitar o ser como um todo de acordo com a sua cultura e forma de encarar a doença.”</i> <i>“Sobre a etnia cigana propriamente dita nunca me lembro de falarmos (...) e era com toda a certeza muito importante porque estes recorrem muito ao hospital e quase sempre demonstram ser diferentes...”</i>
B	<i>“Tive alguma formação durante o curso, mas nada especificamente.”</i>
C	<i>“Penso que me foi dada formação na escola, são pessoas como outras quaisquer.”</i>
D	<i>“A escola prepara-nos para encarar a pessoa como um todo, mas nós não conhecemos o todo que lhe pertence!”</i> <i>“Sobre o cigano especificamente não nos foi transmitido nada.”</i>
E	<i>“Na escola ensina-nos que devemos respeitá-los, tal como aos outros.”</i>
F	<i>“Não recebi formação nenhuma. Eu tenho de prestar cuidados à pessoa e pronto, seja ela cigana ou não.”</i>

	A	B	C	D	E	F
PREPARA O ENFERMEIRO			X		X	
NÃO PREPARA O ENFERMEIRO	X	X		X		X

PREPARA O ENFERMEIRO	2
NÃO PREPARA O ENFERMEIRO	4

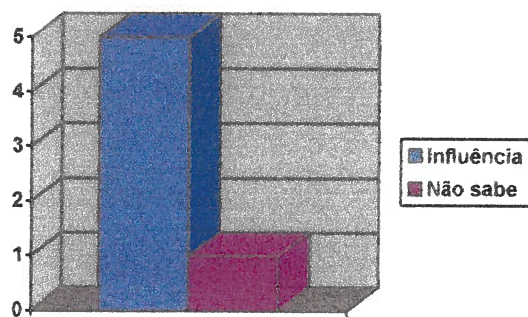


*** ESPAÇO FÍSICO HOSPITALAR**

ENF ^{OS}	IC – INFLUÊNCIA DA CULTURA DO CIGANO NA SUA FORMA DE OCUPAÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR SEGUNDO O ENFERMEIRO
A	<i>“Influência muito mas negativamente.”</i> <i>“São famílias muito unidas que ficam muito stressados quando são afastados do membro doente (...) mas tem de ser assim porque o espaço é muito pouco.”</i>
B	<i>“Não sei.”</i>
C	<i>“São uma comunidade muito fechada, gostando de andar sempre juntos (...) o espaço curto e sempre cheio de pessoas, mobiliário e material do serviço é então na minha opinião o maior problema para eles, uma vez que não os podemos deixar entrar todos...”</i>
D	<i>“Influência muito, temos um espaço muito fechado.”</i> <i>“Por vezes sinto que se sentem muito confusos nos percursos interiores, que os assusta, o que os leva ainda mais a necessitar de pessoas do mesmo grupo junto deles, na intenção de encontrar maior segurança num espaço que lhe é desconhecido.”</i>
E	<i>“Se pudessem tinham uma enfermaria só para eles (...) talvez o maior problema neste aspecto seja mesmo a falta de espaço e privacidade.”</i>
F	<i>“Influência muito, eles chegam aqui e acham que todos os que cá estão têm de agir da forma como eles pensam, raramente aceitam bem as nossas indicações no que diz respeito à ocupação do espaço.”</i>

	A	B	C	D	E	F
INFLUÊNCIA	X		X	X	X	X
NÃO SABE		X				

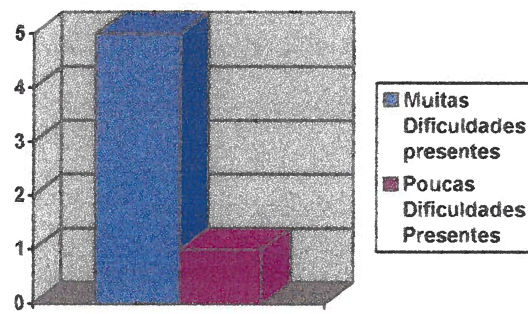
INFLUÊNCIA	5
NÃO SABE	1



ENF ^{OS}	DE – DIFICULDADES DO ENFERMEIRO EM LIDAR COM O CIGANO NESTE ESPAÇO
A	<i>“Cospem no chão, fazem muito barulho, invadem as zonas não permitidas, não respeitam o número de acompanhantes.”</i> <i>“Parece que fazem de propósito para mostrar a revolta.”</i> <i>“São muito destabilizadores dos outros doentes e acompanhantes porque tentam sempre desrespeitar as regras.”</i> <i>“Seria importante um aumento do espaço físico com criação de um espaço específico para falar com todo o grupo de acompanhantes (...) e talvez deixa-los acompanhar mais o elemento da sua comunidade, mantendo-os informados e consequentemente mais calmos.”</i>
B	<i>“São infinitas as dificuldades (...) não sabem nem querem ouvir, não respeitam as outras pessoas, ameaçam-nos por vezes quando querem impor a sua vontade.”</i> <i>“Não respeitam o espaço dos outros doentes, por eles entravam todos os elementos do grupo e ocupavam o espaço do cigano doente e dos outros doentes.”</i>
C	<i>“São agressivos (...) Deveria de existir qualquer espécie de segurança capaz de os impedir de entrar e permanecer cá dentro.”</i>
D	<i>“Temos muita falta de espaço para todos os doentes em geral, principalmente para os ciganos, que demonstra ser um povo que necessita de se manter unido, talvez por serem muito desconfiados sentindo-se inseguros quando afastados do grupo.”</i>
E	<i>“Penso que não existem dificuldades.”</i> <i>“Causam alguma desordem e confusão quando ocupam o espaço que necessitamos para trabalhar, mas nada de especial.”</i>
F	<i>“É muito difícil lidar com eles, faze-los entender que são iguais aos outros, que não podem ter mais benefícios. Eles não aceitam isso e valem-se muitas vezes da intimidação para conseguir o que querem.”</i> <i>“Chegam a ocupar toda a sala de espera com família e restantes membros pertencentes ao grupo. Sentem-se como os mais doentes, todos os outros utentes não interessam, não os respeitam.”</i>

	A	B	C	D	E	F
MUITAS DIFICULDADES PRESENTES	X	X	X	X		X
POUCAS DIFICULDADES PRESENTES					X	

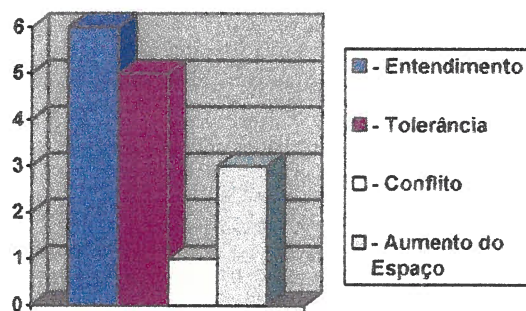
MUITAS DIFICULDADES PRESENTES	5
POUCAS DIFICULDADES PRESENTES	1



ENFºS	ER – ESTRATÉGIAS DE ATENUAÇÃO/RESOLUÇÃO DE DIFICULDADES
A	<i>“Entendimento, tolerância, um espaço maior.”</i> <i>“É importante conhecer o chefe de família porque é este que domina o grupo.”</i> <i>“Tento dialogar, tento adoptar uma linguagem mais simples e directa para que possam compreender a mensagem.”</i>
B	<i>“Ficava tudo resolvido se eles não aparecessem cá.”</i> <i>“Às vezes tento falar calmamente com eles mas só até determinado ponto.”</i>
C	<i>“Seria importante educa-los, integra-los em escolas e obriga-los a frequenta-la, obriga-los a trabalhar honestamente e a pagar impostos tal como os outros cidadãos (...) eles têm de agir como as outras pessoas e não ser privilegiados quando não fazem nada.”</i> <i>“Tento-lhes explicar o funcionamento do serviço, é o que temos!! Às vezes é difícil, eles até ouvem e penso que entendem mas não ligam...”</i>
D	<i>“Deveríamos proporcionar um espaço maior mas, no exterior, para que possam estar todos reunidos.”</i> <i>“Habitualmente explico calmamente o funcionamento do serviço e a situação do doente ao próprio doente e aos acompanhantes.”</i>
E	<i>“Tento contornar a situação, resolvendo-a de forma menos problemática possível, mas este é também o procedimento normal com os não ciganos.”</i> <i>“Quando causam muitos problemas peço-lhe para saírem do serviço.”</i>
F	<i>“O melhor talvez seria ignorar as suas atitudes, mas não pode ser porque prejudicam os outros utentes. Penso que o mais sensato embora normalmente não resulte, é tentar falar com eles, explicar-lhe o que está bem e o que não está, de forma a que consigamos algum comportamento dentro das normas da nossa sociedade e consequentemente espaço hospitalar.”</i> <i>“O ideal seria termos um espaço maior para que eles pudessem estar todos, talvez se sentissem mais protegidos e não exigissem um atendimento tão rápido.”</i>

ESTRATÉGIAS:	A	B	C	D	E	F
- ENTENDIMENTO	X	X	X	X	X	X
- TOLERÂNCIA	X		X	X	X	X
- CONFLITO		X				
- AUMENTO DO ESPAÇO	X			X		X

- ENTENDIMENTO	6
- TOLERÂNCIA	5
- CONFLITO	1
- AUMENTO DO ESPAÇO	3

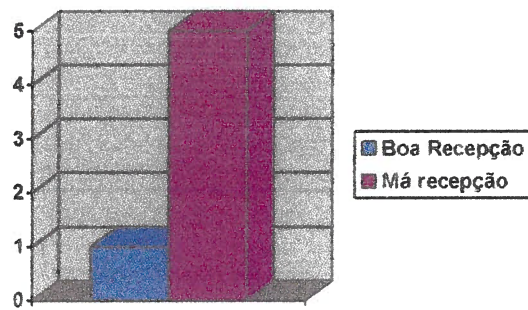


*** RELAÇÃO COM O CIGANO (R)**

ENFºS	RC – RECEPÇÃO PELOS CIGANOS
A	<i>“Já fui muito bem recebido pelos utentes e família e também já fui mal tratado.”</i> <i>“Já fui ameaçado de morte.”</i>
B	<i>“Mal recebido sempre.”</i> <i>“São mal educados, ameaçam-nos, tratam-nos mal (...) têm tudo de mau.”</i>
C	<i>“Depende, normalmente mal, eles aproximam-se logo à defesa, são agressivos verbalmente.”</i>
D	<i>“Nunca tive grandes problemas directos com os ciganos.”</i>
E	<i>“Penso que existe sempre uma segunda intenção na conversa do cigano. Pretendem sempre saber algo.”</i>
F	<i>“A recepção só é boa se os deixarmos fazer o que eles querem, como isso não é possível, mais tarde ou mais cedo ocorrem problemas. O melhor é termos sempre um pé atrás com eles e não lhe dar muita confiança senão eles abusam. Se somos simpáticos, eles pensam logo que conseguem fazer tudo de nós.”</i>

	A	B	C	D	E	F
BOA RECEPÇÃO				X		
MÁ RECEPÇÃO	X	X	X		X	X

BOA RECEPÇÃO	1
MÁ RECEPÇÃO	5



ENFºS	CC – COMUNICAÇÃO COM O CIGANO
A	<i>“A comunicação é sempre melindrosa, nunca sabemos o que nos vão dizer, como e com que intenção.”</i> <i>“Tento sempre comunicar com eles calmamente, se não consigo quebra-se o diálogo para evitar problemas maiores.”</i>
B	<i>“É sempre muito má, mas é da parte deles.”</i>
C	<i>“Normalmente bem, acho eu (...) às vezes parecem-me um pouco confusos.”</i>
D	<i>“Fácil mas esforço-me para comunicar adequadamente com eles.”</i>
E	<i>“Tento sempre colocar-me do lado deles e ver se entendi.”</i> <i>“Eles necessitam que se utilize uma linguagem mais simples (...) têm muito pouca formação.”</i>
F	<i>“É muito difícil. Eles não ligam ao que dizemos, pensam sempre que a ideia deles é que tem de prevalecer. Nunca vi nenhum cigano concordar com o que dizemos.”</i>

	A	B	C	D	E	F
FÁCIL COMUNICAÇÃO			X	X	X	
DIFÍCIL COMUNICAÇÃO	X	X				X

FÁCIL COMUNICAÇÃO	3
DIFÍCIL COMUNICAÇÃO	3

