



EXPECTATIVAS DE FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA RELATIVAS AO CUIDAR DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Manuela Andreia Corga Estanqueiro



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SECRETÁRIA DE ESTADO
PARA A INTEGRAÇÃO E AS MIGRAÇÕES



ACM
ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES

Expetativas de famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do enfermeiro de família

MANUELA ANDREIA CORGA ESTANQUEIRO

Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Universidade de Aveiro

Orientadora: Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

Coorientadora: Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo

COM O APOIO DE



ESTANQUEIRO, Manuela Andreia Corga
Expetativas de famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do enfermeiro de família
Manuela Andreia Corga Estanqueiro – 1ª ed. – (Olhares, 13)
ISBN 978-989-685-076-0
CDU 316

TÍTULO

**EXPETATIVAS DE FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA RELATIVAS
AO CUIDAR DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

AUTORA

MANUELA ANDREIA CORGA ESTANQUEIRO

PROMOTOR

**OBSERVATÓRIO DAS COMUNIDADES CIGANAS / HTTP://
WWW.OBCIG.ACM.GOV.PT/**

EDIÇÃO

ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES (ACM, I.P.)

R. ÁLVARO COUTINHO, 14 – 1150-025 LISBOA
TELEFONE: (00351) 21 810 61 00 • FAX: (00351) 21 810 61 17 •
E-MAIL: ACM@ACM.GOV.P

EXECUÇÃO GRÁFICA

CMVA print

PRIMEIRA EDIÇÃO

300 EXEMPLARES

ISBN

978-989-685-076-0

DEPÓSITO LEGAL

478 472/20

LISBOA, DEZEMBRO 2020

Expetativas de famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do enfermeiro de família
Manuela Andreia Corga Estanqueiro

Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Universidade de Aveiro

Orientadora: Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

Coorientadora: Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	14
FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA: OLHARES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	14
1. A USF COMO CONTEXTO PARA A INVESTIGAÇÃO	14
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	18
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
3.1. Enfermeiro de Família – um imperativo social	25
3.2. Famílias de etnia cigana como foco de cuidados do Enfermeiro de Família	27
3.3. Do Enfermeiro de Família culturalmente competente às expectativas das Famílias de etnia cigana	33
CAPÍTULO II	40
ESTUDO EMPÍRICO	40
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	40
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
2.1. Tipo de estudo	42
2.2. População e participantes	44
2.3. Problemática e objetivos	45
2.4. Instrumento de recolha de dados	45
2.5. Procedimentos formais para recolha de dados e considerações éticas	46
2.6. Procedimentos de análise dos dados	48
3. APRESENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	51
3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	51
3.2. Os temas em estudo: Ser Cigano; Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família e Expectativas do Cuidar do Enfermeiro de Família	54
3.2.1. Ser Cigano	55
3.2.2. Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família	60
3.2.3. Expectativas do Cuidar do Enfermeiro de Família	63
DISCUSSÃO	68

CONCLUSÕES	81
Limitações do estudo	83
Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais	84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
-----------------------------------	----

ANEXOS	97
ANEXO I – Escala de Graffar Adaptada	97

APÊNDICES	99
APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfica e Socioeconómica dos Participantes	99
APÊNDICE II – Guião da Entrevista	100
APÊNDICE III – Glossário de termos significativos para as famílias de etnia cigana	105
APÊNDICE IV – Famílias de etnia cigana da USF como foco de cuidados: competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar	108

Lista de Figuras	
Figura 1- Pirâmide etária da USF4	15
Figura 2- Índice de dependência da USF	16
Figura 3- Fluxograma de seleção dos participantes	45
Figura 4- Esquematização dos Temas e Categorias Emergentes	54
Figura 5- Mapa de Códigos	55
Figura 6- Tema Ser Cigano e respetivas Categorias e Subcategorias	56
Figura 7- Tema Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família e respetivas Categorias e Subcategorias	60
Figura 8- Tema Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família e respetivas Categorias e Subcategorias	63

Lista de Tabelas	
Tabela 1- Distribuição das famílias de etnia cigana inscritas na USF, por ficheiro de Enfermeiro de Família	16
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo	52
Tabela 3- Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar	53

Abreviaturas e/ou siglas	
ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde	
AMUCIP – Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas	
ARS – Administração Regional de Saúde	
CS – Centro de Saúde	
CSP – Cuidados de Saúde Primários	
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar	
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro	
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar	

EF – Enfermeiro de Família
ENICC – Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas
DGS – Direção-Geral da Saúde
IPB – Instituto Politécnico de Bragança
MDAIF – Modelo Dinâmico de Intervenção e Avaliação Familiar
MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PLS – Plano Local de Saúde
PNV – Programa Nacional de Vacinação
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
VD – Visitação Domiciliária
webQDA – web Qualitative Data Analysis

Dedico este trabalho aos meus filhos, pois são os que mais sentiram a minha ausência,
bem como a todas as minorias étnicas, especialmente à etnia cigana,
para que a Enfermagem de Saúde Familiar seja um recurso integrador no acesso
ao seu direito à saúde e correspondendo às suas expectativas.

*Podemos ser quem quisermos,
sem deixar de ser quem somos,
sem abdicarmos da nossa cultura.
Este é o desafio.*

Olga Mariano

(Fundadora e Presidente da Associação para o
Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas)

AGRADECIMENTOS

Dedico os meus especiais agradecimentos às orientadoras deste trabalho, professoras Helena Maria Almeida Macedo Loureiro e Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo pela confiança, apoio e orientação prestados ao longo deste percurso.

A toda a equipa de saúde familiar onde decorreu a investigação e que permitiu a operacionalização deste estudo.

Às famílias que aceitaram participar no estudo, pela sua colaboração e disponibilidade demonstrada, por ter sido tão bem recebida nos seus domicílios para a coleta de dados e com quem aprendi novos olhares.

Aos diversos investigadores e suas equipas, nomeadamente aos peritos portugueses que se têm dedicado ao conhecimento da cultura cigana, facilitando o enquadramento deste estudo, bem como a confrontação das suas evidências.

Por fim, e mais importante, agradeço a Deus pelo recurso espiritual e à família pelo apoio, transmissão de valores e resiliência.

A todos, muito obrigada.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação foi realizado no âmbito de um mestrado e desenvolvido em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF), de acordo com a legislação em vigor relativa às USF (Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho, 2017). Esta USF pertencia ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga, Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e permitiu simultaneamente a operacionalização do estudo “Expetativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família”.

No âmbito daquela que é a sua competência cultural, o Enfermeiro de Família (EF) deve estar especialmente atento às famílias provenientes de outros contextos socioculturais e/ou que se constituem como uma minoria étnica, que as torna particularmente vulneráveis em saúde, como é o caso das famílias de etnia cigana, as quais estão reconhecidas pelos estados-membros europeus como pertencentes a comunidades marginalizadas. Face a esta conjuntura, o governo português aprovou, em 2013 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 25, 2013), a Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas (ENICC), tendo esta sido revista em 2018 e alargada até 2022 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018).

No âmbito da ENICC, a Saúde constitui um dos seus eixos estruturais, a par com a Educação, o Trabalho e a Habitação e um eixo transversal no campo da Discriminação, que cobre todos os outros eixos dado a situação de marginalização vivida pela população cigana se encontrar intimamente relacionada com processos de discriminação.

Esta dissertação enquadra-se, por isso, nos eixos estruturais da ENICC, com ênfase no papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) na relação com as famílias de etnia cigana.

O EEESF deve considerar a cultura das famílias que suporta a sua prática em modelos específicos como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto modelo sistemático e colaborativo na aplicação da sua matriz operativa (Figueiredo, 2013). Importa realçar que o respeito pelas diferenças entre o EF e a pessoa de etnia cigana é fundamental, colocando de parte uma postura etnocêntrica. O enfermeiro deve dispor-se a aprender e a partilhar valores, a ter um tipo de comunicação adequada, pelas diferenças de linguagem, a fim de estabelecer um entendimento eficaz (M. F. R. Correia, 2011). O EF foca-se na família como um todo e nos seus membros individualmente considerados em todas as suas transições, pelo que quando um elemento da família experimenta uma situação, essa situação também afeta a família do indivíduo.

A saúde das famílias de etnia cigana também se relaciona com a cultura na medida em que estabelece uma representação própria do corpo, da saúde e da doença, efetivando uma perceção característica do processo de doença como biológico e cultural (M. F. R. Correia, 2011; Leininger, 1998). As carências ao nível

da habitação, educação e emprego influenciam a saúde enquanto fatores determinantes para o bem-estar e qualidade de vida desta população, pelo que os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam características que os tornam mais suscetíveis a uma saúde deficitária (REAPN, 2007). Neste sentido, a saúde é um indicador importante de desigualdades nas comunidades ciganas, cujas dificuldades de acesso ao emprego, consequentes condições de carência socioeconómica, reduzidos níveis de escolaridade e de cuidados de saúde, são elementos que situam os indivíduos desta etnia entre os grupos mais vulneráveis da União Europeia (*idem*).

A reflexão que tem acompanhado a minha prática, enquanto enfermeira de família, impeliu-me ao questionamento sobre os cuidados que tenho desenvolvido, bem como se tenho conseguido ir ao encontro das expectativas das famílias na multiplicidade de respostas que tenho procurado oferecer, principalmente às famílias mais vulneráveis e onde os determinantes em saúde podem ter mais impacto, como são exemplo as famílias de etnia cigana.

Procurar conhecer (efetivamente) uma Família envolve indagar as implicações culturais nos membros da família. A etnia cigana possui a sua própria cultura, pelo que o EF, ao especializar-se em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), deverá adotar uma abordagem transcultural na perspetiva de melhor compreender as dinâmicas familiares que lhe são específicas. Madeleine Leininger (1925-2012), enfermeira e mentora da Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (Teoria transcultural), constituiu-se como a teórica de referência do percurso de aprendizagem desenvolvido nesta investigação realizada com uma comunidade cigana específica.

Através da revisão da literatura, constatou-se a escassez de estudos cuja população alvo pertencesse à etnia cigana, confirmado este facto pelo Observatório das Comunidades Ciganas (S. Pereira & Casa-Nova, 2020). Contudo, existem em Portugal alguns peritos na investigação desta etnia, ainda que se centrem mais no domínio da sociologia. Os estudos que relacionam a etnia cigana com a saúde, nomeadamente com a enfermagem, são ainda reduzidos, pelo que se considerou pertinente avançar para este estudo visando contributos para a teoria e prática da Enfermagem de Família, com famílias de etnia cigana enquanto foco de cuidados.

Neste sentido, o estudo empírico apresentado na presente publicação teve como objetivo explorar, com base numa metodologia qualitativa de carácter fenomenológico e descritivo, as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do EF, naquele que é o seu contexto ecológico de desenvolvimento.

Relativamente à estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em dois grandes capítulos. No primeiro capítulo, é dado enfoque aos novos olhares construídos através do desenvolvimento de competências em ESF tendo como foco de cuidados as famílias de etnia cigana, que engloba a descrição da dinâmica da USF como contexto para esta investigação; a reflexão crítica do desenvolvimento de competências requeridas para o EEESF, contextualizada naquelas que foram as

experiências e oportunidades proporcionadas pela instituição onde foi realizada a investigação e ainda o enquadramento teórico. No segundo capítulo, referente ao estudo empírico, é apresentada a contextualização do estudo; descrito e justificado o enquadramento metodológico, que integra as fases do desenvolvimento do estudo qualitativo proposto, com a apresentação das evidências e discussão das mesmas, considerando o objetivo norteador deste estudo. No final, são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, bem como as implicações e propostas de intervenção para as boas práticas do EEESF.

A presente investigação permitiu desenvolver competências especializadas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), na área de ESF com as famílias em geral e, em particular, com as famílias de etnia cigana. Sendo os Enfermeiros os profissionais de saúde com maior proximidade relativamente a estas famílias, constituindo este estudo uma oportunidade para estudar as Expetativas das Famílias de Etnia Cigana relativas ao Cuidar do EF, espera-se que as evidências encontradas sejam suporte para análise e reflexão visando a melhoria contínua da prática de cuidados.

CAPÍTULO I

FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA: OLHARES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1. A USF COMO CONTEXTO PARA A INVESTIGAÇÃO

Pertencente ao distrito de Aveiro, a área geográfica de abrangência da USF onde o trabalho de campo foi realizado, inclui 11 freguesias num total de 335,3 Km² tendo, no entanto, utentes inscritos residentes fora dessa área, que já anteriormente faziam parte da lista de utentes dos médicos que integram a equipa.

A USF iniciou atividade em 24 de setembro de 2013, funcionando em modelo A, e recentemente preparando candidatura para modelo B. Integrada num ACeS pertencente à ARS do Centro, a atividade da USF desenvolvia-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, numa lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde (CS) (Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho, 2017). A missão da USF tem-se pautado por prestar cuidados de saúde personalizados, globais, contínuos e de qualidade aos seus utentes, ao longo do seu ciclo vital, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância e seguimento de situações de doença do indivíduo, integrado na sua família e comunidade (SNS, 2020).

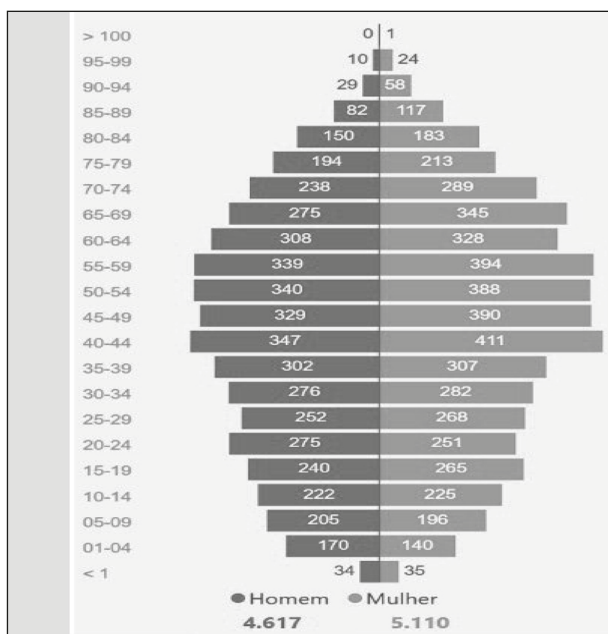
A USF era composta por uma equipa multiprofissional constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 5 assistentes técnicas, contando ainda com o apoio da equipa de assistentes operacionais adstrita ao CS. Estes profissionais estavam organizados por equipas de saúde em três módulos sediados no CS, pelo que era uma unidade monopolar. Em cada módulo desempenhavam funções 2 equipas de saúde familiar (cada uma constituída por 1 médico, 1 enfermeira, coadjuvados por 1 elemento administrativo) que prestavam cuidados de saúde personalizados e de proximidade. Com um horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 20:00h e um horário de atendimento das 08:00h às 19:40h, esta USF garantia a acessibilidade a consultas médicas, cuidados de enfermagem, Visitação Domiciliária (VD) (com recurso a táxi), através de consultas programadas e atendimento de situações de doença aguda, bem como de secretariado clínico. Fora deste horário os utentes podiam aceder à linha de saúde 24 e ao Serviço de Urgência do Hospital com atendimento 24h/dia que distava apenas 1,2 Km. Esta informação e outras relacionadas com a assistência da USF eram disponibilizadas a todos os utentes, através do folheto “Guia de Acolhimento da USF” (USF, 2017).

Nesta USF, a prestação de cuidados de enfermagem incluía as consultas de enfermagem à família ao longo do seu ciclo vital, nos três níveis de prevenção, numa lógica de articulação com a equipa de saúde e os recursos ao nível institucional e da comunidade, na perspetiva de alcançar o máximo bem-estar físico, mental e psicossocial para os utentes e suas famílias. No âmbito dos programas de saúde,

nomeadamente nos grupos vulneráveis (Planeamento Familiar; Saúde Materna; Saúde Infantil e Juvenil; Rastreio Oncológico; Diabetes *Mellitus*; Hipertensão Arterial), vacinação e tratamento de feridas, a USF garantia uma resposta assistencial a 183 famílias, num total de 9727 utentes, correspondendo a 12732 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o disposto no n.º 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, sendo que apenas 5 utentes (0,05%) se encontravam sem médico por opção.

Relativamente às características da população inscrita na USF e decorrente da análise da sua pirâmide etária (Figura 1), verificou-se que a proporção de utentes de ambos os sexos, era semelhante: 4617 (47,47%) correspondiam ao sexo masculino e 5110 (52,53%) ao sexo feminino. Apesar da distribuição idêntica dos dois sexos pelas diversas faixas etárias, na população com idade igual ou superior a 85 anos identificava-se quase o dobro de pessoas do sexo feminino (200) relativamente ao masculino (128).

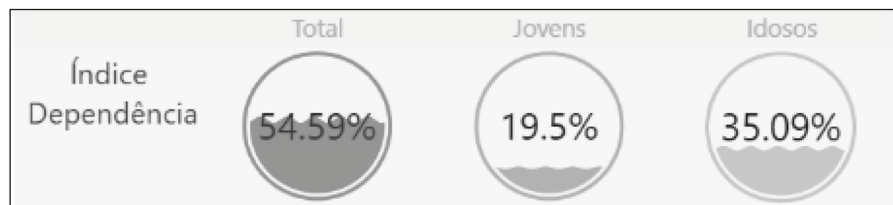
Figura 1 - Pirâmide etária da USF



De realçar, ainda, o alargamento da zona central da pirâmide com estreitamento na base e topo, com predomínio dos indivíduos em idade ativa, típica dos países desenvolvidos e indo ao encontro da tendência nacional de envelhecimento populacional. A faixa etária com maior número de utentes é a dos 40-44 anos, com 347 utentes do sexo masculino e 411 do sexo feminino. Analisando a população inscrita e considerando os grupos etários, de acordo com o Decreto-Lei 298/2007, o grupo dos 7 aos 64 anos de idade era o que apresentava maior número de inscritos:

6986 e que correspondia às mesmas unidades ponderadas. Contudo, os restantes grupos etários, ainda que com apenas 2741 inscritos, tinham 5746 unidades ponderadas, correspondendo por isso a uma população com maior necessidade de utilização dos serviços de saúde pela sua idade e vulnerabilidade. Este facto era corroborado pelo índice de dependência de 54.59%, determinado para esta mesma USF (Figura 2).

Figura 2 - Índice de dependência da USF



No que se refere às famílias de etnia cigana, ao analisar as listagens de famílias por EF, constatou-se que o número de famílias inscritas não correspondia à realidade encontrada no terreno, aquando da intervenção de VD¹ (Tabela 1). Os EF tinham conhecimento da situação, contudo referiram que, face à burocracia, era complexa a atualização destas famílias, pois seriam necessários documentos comprovativos de residência, dos quais estes cidadãos nem sempre seriam detentores.

Assim, a partir das 18 famílias de etnia cigana inscritas, aquando da VD foram, efetivamente, identificadas 22 famílias, correspondendo a aproximadamente 12,0% do total de famílias inscritas na USF. Considerando o número efetivo de famílias (22), é de notar que, em 6 EF, um detinha quase $\frac{3}{4}$ do total de famílias de etnia cigana (cerca de 72,7%) (Tabela 1). Este EF prestava cuidados no módulo onde decorreu a pesquisa e intervenção de terreno, tendo, também por isso, sido uma mais-valia para o desenvolvimento deste estudo. Contudo, de forma a atingir o objetivo do estudo, foi necessário contactar as famílias de etnia cigana inscritas nos ficheiros dos outros EF.

Tabela 1 - Distribuição das famílias de etnia cigana inscritas na USF, por ficheiro de EF
(Fonte: SClínico; 01.10.2019)

Ficheiro	Famílias inscritas (n.º)	Famílias de etnia cigana inscritas n.º (%)	Utentes de etnia cigana inscritos (n.º)	Famílias de etnia cigana identificadas após VD (n.º)
1	26	0 (0,00%)	0	0
2	23	1 (0,55%)	1	0
3	31	0 (0,00%)	0	0
4	35	1 (0,55%)	4	1
5	40	5 (2,73%)	19	5
6	28	11 (6,01%)	67	16
TOTAL	183	18 (9,84%)	92	22

.....
1 Visita Domiciliária

De acordo com os dados disponibilizados pela Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura - Subcomissão para a Igualdade de Oportunidades e Família (2008), o concelho desta USF, pertencente ao distrito de Aveiro, encontra-se identificado a nível nacional como sendo acolhedor de um significativo número de famílias de etnia cigana residente, identificação essa que não tem sido possível de realizar em outras regiões do país. As estatísticas mais recentes apontam para cerca de 2654 pessoas de etnia cigana no distrito de Aveiro (C. Sousa & Moreira, 2017) sendo que os 92 utentes ciganos inscritos representam cerca de 38,7% do total da população de etnia cigana residente no concelho estudado.

Na equipa de saúde familiar em que tive a oportunidade de me integrar, a enfermeira supervisora apresentava um ficheiro de utentes inscritos que comportava 35 famílias, com um total de 1515 utentes, correspondente a 2043 unidades ponderadas, com diversos programas de saúde ativos e respetivos utentes codificados no SClínico (dados consultados a 6 de janeiro de 2020). Dos programas de saúde ativos, destaco aqueles que possuíam maior número de utentes codificados: Saúde de Adultos (367); Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar (294); Programa Nacional de Pessoas Idosas (258); Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Grupo de Risco Hipertensão Arterial (199); Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Saúde Infantil (168); Programa Nacional de Diabetes (136). Ainda que houvesse um número reduzido codificado, não poderia deixar de me reportar à Saúde da Família, na qual se encontram apenas 4 famílias codificadas ($\pm 11,4\%$), do total de 35, sendo apontada a escassez de tempo como a principal limitação para a codificação de um maior número de famílias.

No âmbito daquele que era o seu ficheiro de utentes inscritos, o EF realizava consultas e atos de enfermagem, incluindo VD em situação de doença e vigilância de saúde, nomeadamente a visita à puérpera e recém-nascido, bem como a todos os utentes dependentes. Relativamente aos dependentes, pelo menos uma vez por semestre, o EF realizava consultas de enfermagem no âmbito da diabetologia e da hipertensão arterial e, ainda, vigilância do bem-estar dos demais dependentes e seus cuidadores informais, para além das habituais VD durante a semana a utentes com problemas de saúde ativos. Este EF desempenhava ainda funções acrescidas ao nível da USF, uma vez que era uma enfermeira pertencente ao Conselho Técnico.

A contextualização acima descrita enquadra esta USF como um campo de intervenção privilegiado, pela sua missão; valores; organização e por ser uma unidade monopolar para a realização deste trabalho. Estas vantagens facilitaram a concretização dos objetivos e desenvolvimento das competências propostas. Deste modo, a pesquisa e intervenção foram desenvolvidas considerando os seguintes objetivos: cuidar da família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família (prevenção primária, secundária e terciária); mobilizar recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando-a de acordo com as exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde familiar

e colaborar na gestão, promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

No sentido de alcançar estes objetivos, foram realizados procedimentos e consultas de enfermagem, onde foram aperfeiçoadas as competências e sobre as quais farei uma reflexão crítica detalhada no ponto seguinte desta publicação.

Com a colaboração da equipa multidisciplinar e a mobilização dos conhecimentos teóricos, técnico-científicos adquiridos na parte curricular do mestrado, em conjunto com a supervisão do EF e orientação docente, todos os atores intervenientes neste processo teórico-prático de aprendizagem revelaram-se fundamentais para alcançar os objetivos e competências propostos para este trabalho. Foi nestes alicerces que se concretizou o estudo de investigação, culminando na construção das competências específicas do EEESF.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo serão descritas algumas das atividades realizadas para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito da ESF, definidas no guia orientador de estágio (ESSUA, UTAD, 2019) e baseadas no regulamento de competências para o EEESF da OE relativo a 2011 (2011b), bem como apresentada uma autorreflexão sobre as mesmas, não deixando de mencionar que esse regulamento foi atualizado em 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O facto de ter desenvolvido a minha aprendizagem num módulo da USF em que a minha supervisora e a colega com quem trabalha mais diretamente são especializadas, permitiu observar uma abordagem especializada aos indivíduos e suas famílias. Contudo, algumas vezes, havia dificuldade em registar todas as avaliações e intervenções no programa da Saúde da Família, dada a identificação de lacunas no aplicativo informático SClínico.

Ainda que tenha cuidado de diversas famílias da USF, irei focar-me essencialmente nas famílias de etnia cigana, ao descrever a construção de competências, incidindo sobre situações/atividades desenvolvidas com estas famílias, devido a ser este o tipo de família alvo do estudo. Realizaremos também uma tentativa de descrição das unidades de competência em separado, reconhecendo que todas se encontram intimamente relacionadas, coexistindo em simultâneo nas intervenções realizadas ao longo da pesquisa e intervenção no terreno.

Relativamente à competência **Cuidar da família como unidade de cuidados**, durante a realização do trabalho **reconheci a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização estrutural específica**. Foi possível identificar a família como um sistema social que interage com o seu contexto e que se influenciam mutuamente. Numa perspetiva de ESF, foi possível reconhecer a unicidade do sistema familiar, com uma identidade própria, sendo que nas famílias de etnia cigana, em função da comunidade específica em que se inseriam, também a sua

identidade, modo de vida, crenças e valores diferiam. A maioria das famílias de etnia cigana tinha todos os elementos em idade ativa a dependerem do Rendimento Social de Inserção (RSI), referindo sentirem discriminação no acesso ao mercado de trabalho. A família foi perspectivada num contexto desenvolvimental ecossistémico, sendo que vários elementos se mantinham na procura de emprego e a iniciarem formações facilitadoras da integração social. Sendo a família um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de suprassistemas mais amplos (Figueiredo, 2013), foi também possível encontrar recursos para otimizar as forças e responder às suas próprias necessidades. A unidade familiar incorpora múltiplas formas de organização familiar, sendo que as famílias de etnia cigana estão organizadas por comunidades e em cada comunidade há uma pessoa mais velha (em linguagem caló, pessoa de respeito ou *Tio*), que é consultada para tomar decisões (REAPN, 2007) e à qual me dirigi, por vezes, para facilitar a adesão familiar às intervenções propostas. Essa pessoa de respeito integra o “tribunal” cigano (ou Kris Romani, em caló), um “tribunal que dá opiniões” (Pires, 2013) constituído por pessoas profundamente conhecedoras da tradição cigana, que procuram resolver conflitos que vão surgindo. Este facto foi também observado por Leininger (1995) e referido pelas famílias de etnia cigana ao reportarem-se a situações de infidelidade conjugal ocorridas. Dentro do seio familiar da etnia cigana, normalmente o responsável pela família é uma figura masculina, no entanto pode ser também a feminina, em função daquele que é o reconhecido dentro da dinâmica familiar como o mais capaz de gerir as decisões familiares, conforme foi verbalizado pelas famílias ciganas inscritas na USF.

Concebi a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital, sendo que durante as consultas de enfermagem e VD foi possível identificar o ciclo vital familiar enquanto percurso transversal e previsível a todas as famílias. Foi também importante perceber a coesão familiar característica nestas famílias, com impacto na vivência das suas transições, nomeadamente nos processos de saúde/doença, respeitando a sua necessidade de terem várias pessoas a acompanhar a recuperação daquele que está doente. Contudo, em algumas situações, o processo evolutivo do ciclo vital familiar nem sempre foi aceite da melhor forma, como foi exemplo uma gravidez não planeada, mas que acabou posteriormente por ser desejada mediante intervenção de enfermagem adequada. Constatou-se que os fatores de stresse familiar que implicam transições situacionais, bem como de saúde/doença, ao afetarem um membro da família, também a sua família era afetada, sendo determinante a relação que existia entre os níveis de saúde individual e familiar. Assim, houve famílias cujo investimento em intervenções foi superior relativamente a outras mais resilientes face às suas transições, encontrando com maior facilidade as suas forças para vivenciarem essas transições de forma saudável e evolutiva. A transição, que se define como a passagem de uma fase para outra (Meleis, Sawyer, & Schumacher, 2010), é um conceito fundamental na prática de enfermagem, associado à origem das modificações de vida, de saúde, re-

lações e ambiente das pessoas e famílias, nas quais os enfermeiros devem assumir um Cuidar orientado para o acompanhamento da entrada, passagem e saída destas fases. Este conceito e pressupostos em que o mesmo se sustenta estiveram sempre presentes no planeamento de toda a intervenção que foi desenvolvida em famílias de etnia, ao longo do estágio realizado.

Desenvolvi o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo. Para tal, foram identificadas as forças e os recursos da unidade familiar de uma forma sistematizada, baseada em modelos conceptuais que orientaram a colheita de dados e o planeamento das intervenções, nomeadamente o MDAIF, modelo que permite identificar diagnósticos de enfermagem utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, sendo facilitador de uma abordagem colaborativa com a família (Figueiredo, 2013). A sua matriz operativa auxiliou-me na validação das tomadas de decisão com a família e incentivar os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudanças, sendo os baixos níveis de literacia dificultadores, nomeadamente no caso das famílias de etnia cigana. A revisão de literatura que empreendi para realizar este estudo, auxiliou-me no aprofundamento da compreensão da história, valores, crenças e cultura cigana, bem como a sua conceção de saúde-doença, tornando-se esses conhecimentos veículo para conseguir produzir mudanças atinentes ao cuidar da saúde. Independentemente dos seus baixos níveis de literacia, é sempre possível potenciar forças e recursos familiares para responder às suas necessidades. A título de exemplo, a esposa de um utente dependente, com diabetes insulino-tratado e com úlcera neuropática, foi estimulada a participar na realização dos tratamentos que eram diários na fase inicial do tratamento e necessitava de tratamento inclusive durante o fim de semana. A úlcera evoluiu até à completa cicatrização e a esposa revelou um sentido de maior satisfação por ter sido incluída nos cuidados, pois envolver a família no processo cicatricial, quando acompanhada e orientada de forma eficiente pelo enfermeiro, otimiza os resultados (Baranoski & Ayello, 2006). O sucesso desta intervenção durante um processo de transição saúde/doença poderá estar relacionado com o facto de as intervenções propostas pela enfermeira valorizarem o saber da esposa para cuidar da ferida, capacitando-a tanto na dimensão instrumental (técnica de cuidar da ferida do seu familiar) como na dimensão psicoemocional (percepção de autoeficácia no seu ato de cuidar). De acordo com o preconizado por Leininger (1995), que observou nestas famílias um cuidado praticado essencialmente pelas mulheres de etnia cigana nas suas famílias, foi oferecido um cuidado congruente com os padrões culturais desta família, concorrendo para o sucesso observado na cicatrização, bem como para a verbalização do sentimento de enorme satisfação desta família por se ter sentido parte do processo, conforme estão habituados na sua cultura. Na medida em que procurei compreender a sua cultura, percebi como a sua inclusão nos cuidados foi significativa na adesão aos mesmos. Assim, as diferenças culturais e os baixos níveis de literacia que encontrei nestas

famílias, constituíram-se em limitações iniciais, que foram ultrapassadas pela literatura consultada e pelos contactos sucessivos estabelecidos com estas famílias.

Relativamente à competência **Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, procurei realizar avaliação, qualquer que fosse o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional.** Foi avaliado o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos membros da família com recurso ao MDAIF (Figueiredo, 2013), facilitando assim a avaliação da funcionalidade familiar. Para tal, foi considerada a perspectiva de todos os membros, valores, crenças e as preocupações da família relacionadas com a saúde, os seus pontos fortes e limitações, reconhecendo o impacto que estes podem assumir na vivência dos seus processos de transição. Durante a avaliação familiar recorri aos instrumentos preconizados no MDAIF: escala de readaptação social de Holmes e Rahe; notação social da família (escala de Graffar adaptada por Amaro em 2001), APGAR (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*) Familiar de Smilkstein; escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar – FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*); ciclo vital familiar de Relvas; genograma e ecomapa. O genograma revelou-se imprescindível face às relações de consanguinidade entre alguns cônjuges, sendo visível que estas famílias sabiam que algumas das suas doenças eram devidas a esta consanguinidade. No entanto, por razões que se prendem com o seu universo cultural, acabam por vezes em relações conjugais de consanguinidade. Os dados colhidos através dos referidos instrumentos permitiram a sistematização da avaliação familiar, facilitando a identificação do estadio do ciclo vital que mais se adequava à família nos seus processos de transição. Dos estadios em que a família se encontrava, era dado maior enfoque àquele que no momento representava maiores desafios para a família, conforme preconizado por Figueiredo (2013) e Wright e Leahey (2011). A colheita de dados em contexto domiciliário foi uma das estratégias à qual recorri e que se revelou uma mais-valia na avaliação da unidade familiar, sendo facilitadora na integração de uma perspectiva dinâmica, ecológica e sistémica da família no seu contexto de desenvolvimento. A análise dos dados colhidos de forma sistematizada e a reflexão sobre os mesmos permitiram uma prestação de cuidados mais indicados e seguros à família.

Gostaria, no entanto, de referir que face à quantidade de respostas que a USF oferecia para dar cumprimento aos diversos programas, nem sempre foi fácil disponibilizar tempo para o processo moroso de aplicação do MDAIF, mas extremamente enriquecedor pelo conhecimento familiar e antecipação de diagnósticos pela sistematização da informação. Uma estratégia encontrada foi a realização desta avaliação em contexto domiciliário, pois permitia a observação direta, diminuindo a subjetividade dos dados recolhidos (sem necessidade de questões cujas respostas eram diretamente observáveis), bem como a possibilidade de intervenção em tempo real.

Ao fator limitador do tempo, acresce que o volume de trabalho implicado ainda não consegue ser plenamente traduzido pelos registos no SClínico, nomeadamente não ser possível elaborar um genograma nem um ecomapa no sistema informático. Outra limitação prende-se com as etapas do ciclo vital, cujo SClínico se baseia na classificação de Duvall & Miller (1985) e o MDAIF (Figueiredo, 2013) na classificação proposta por Relvas (2000). Urge por isso a simbiose do SClínico à matriz operativa do MDAIF, com benefícios para os EF que estariam mais motivados para aplicação do modelo; também para o sistema de saúde, pois poderia avaliar-se a evolução dos diagnósticos e perceber-se o impacto nos ganhos em saúde, valorizando as competências do EEESF, concorrendo ambos para beneficiar o principal destinatário: a família como foco de cuidados.

A minha prática clínica também suscitou um questionamento sobre o motivo do Programa Nacional de Vacinação não existir na listagem de programas do SClínico, pois poderiam ser codificados utentes também neste programa. De lamentar, também, não existir o Programa Nacional de Tratamento de Úlceras e Feridas para efetiva codificação, sendo o código apenas “Tratamento de Úlceras e Feridas”. Considerando este programa altamente relacionado com a gestão de consumíveis, tempo e recursos humanos, a uniformização de conhecimentos e o veicular dos procedimentos através de um documento transversal e acessível a todos, atualizado pelas habituais normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), construídas por peritos na abordagem multifatorial de feridas complexas, poderia contribuir com melhoria de gestão dos recursos de saúde. Também não posso deixar de referir que apenas é possível codificar “Saúde da Família”, não existindo efetivamente um “Programa de Saúde Familiar”.

Reconheci situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar, cuja compreensão da sua cultura foi facilitadora, formulando respostas antecipatórias culturalmente congruentes. Contudo, por vezes, foi difícil reconhecer situações complexas nas famílias de etnia cigana, relacionadas com relações conjugais de consanguinidade. Este foi um tipo de situação na qual mais determinante se revelou o MDAIF, tendo sido possível explorar vários aspetos que, se não fossem levantados de uma forma sistematizada e orientada para resultados, não seria possível identificar novos focos de atenção, principalmente nos primeiros contactos estabelecidos. Por exemplo, numa família de etnia cigana, após a aplicação do MDAIF, descobriu-se que o padrão de comunicação estava alterado, com insatisfação por parte da esposa. Reconhecendo a maior submissão da mulher de etnia cigana na relação conjugal (Leininger, 1995), o EEESF poderá estar especialmente atento a diagnósticos potencialmente ocultos, mas com implicações na satisfação da díade conjugal ou de um dos elementos. A descoberta desse novo foco de atenção (padrão de comunicação alterado) permitiu intervenções antecipatórias, mobilizando conhecimentos da conferência familiar (enfermeira e casal), que é facilitadora do padrão de comunicação (Barbosa & Neto, 2006; Neto, 2003). Deste modo,

foram diagnosticadas as necessidades específicas da família, cujas intervenções antecipatórias sobre o padrão de comunicação alterado, com insatisfação sentida por um dos membros, assumiram especial importância uma vez que poderiam vir a interferir negativamente na funcionalidade familiar. Ao elaborar o genograma das famílias de etnia cigana, foi possível colher dados relativos às relações de consanguinidade em diversos agregados familiares, bem como problemas de saúde específicos transversais a diferentes membros de várias famílias, como hipertensão arterial. A concepção de saúde/doença destas famílias, em que os cuidados preventivos são subvalorizados, concorrem para a instalação de doenças cardiovasculares, obesidade, entre outras, conforme observado por Leininger (1995) nesta etnia. Partindo deste conhecimento, além dos ensinamentos realizados aquando da colheita destes dados, foi posteriormente desenvolvido um folheto sobre o controlo da hipertensão arterial de apoio à consulta para todos os hipertensos da USF, concorrendo simultaneamente para um dos objetivos inscritos na carta de compromisso da USF, que era a melhoria dos indicadores relativos à hipertensão arterial. Este folheto apresentava a particularidade de ter imagens ilustrativas dos órgãos-alvo afetados por mau controlo da hipertensão arterial, bem como sobre estratégias a adotar pelo hipertenso para o controlo da doença, cujas imagens servem o propósito de captar a atenção e a facilidade de interpretação dos que têm menos literacia, como acontecia nas famílias que fizeram parte desta pesquisa e intervenção e foi evidenciado por Leininger (1995).

Realizei e avaliei intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar, tendo sido identificados os diagnósticos e validados, priorizando-os com a família, numa estratégia colaborativa para auxiliar a família a enfrentar alterações da sua saúde. Esta abordagem, com a participação da família de acordo com os recursos internos e externos, foi facilitadora do comprometimento familiar nos objetivos estabelecidos. Figueiredo (2013, p. 135) refere que “face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percebida como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano”. Também de acordo com a perspetiva de Leininger (1995), ao considerar a visão familiar que se contextualiza na sua cultura, enraizada em crenças, valores e tradições, e prestando um cuidar baseado nessa contextualização (cuidado-cultura), a adesão familiar ao regime terapêutico poderá ter mais sucesso.

Foram mobilizados, com as famílias, diversos recursos para a maximização do seu potencial de saúde, enfatizando aqui dois recursos institucionais. Sendo a USF parceira de um Projeto relacionado com a saúde infantil, e sendo eu também interlocutora deste projeto na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde exerço funções, procurei, durante as consultas de Saúde Materna e de Saúde Infantil, mobilizar as famílias para a participação nesse projeto, cujo objetivo é promover a saúde mental na gravidez e primeira infância até aos 3 anos

de vida. As famílias foram também mobilizadas para participarem num Projeto relacionado com a parentalidade, onde as enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica realizam diversas atividades formativas com as famílias, entre as quais a preparação psicoprofilática para o parto, que foi sendo referida pelas famílias como uma mais-valia.

Ao longo da realização deste trabalho mantive a atualização contínua de conhecimentos, baseada em evidência científica, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas conforme preconizado no artigo 88.º da Excelência do exercício inscrito no Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), um dos motivos pelos quais sou membro da ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas. Assim, nesta procura constante e na possibilidade de contacto com especialistas, peritos e pioneiros em diversas áreas das ciências humanas, participei no 2.º Congresso Internacional de Saúde Familiar, bem como no Congresso APTFeridas. Esta participação possibilitou um maior conhecimento e reflexão, fundamentais ao bom exercício profissional.

Na USF transmiti novas abordagens terapêuticas e incentivei a realização de uma formação na USF sobre tratamentos inovadores na área das feridas, baseados em evidências científicas. Neste sentido, foi extremamente enriquecedora a partilha recíproca de experiências anteriores com as colegas da USF e com as novas famílias que conheci, as quais também me ensinaram através dos seus relatos de experiências vividas. Neste sentido, demostrei também compreensão e disposição para incorporar nos cuidados as práticas curativas tradicionais valorizadas por Leininger (1995), através do cuidado-cultura, que adquire especial relevância nas famílias de etnia cigana pela sua prática doméstica de cuidados. Contudo, foi premissa fundamental que estes cuidados respeitassem a qualidade e a segurança, integrando respostas afetivas e cognitivas, na medida em que recorri a métodos participativos que interessassem e promovessem o desenvolvimento de capacidades dentro da família.

O/A enfermeiro/a, na medida em que é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 97). Muitas vezes a minha escuta ativa é o método mais eficaz para a introspeção dos membros da família, da influência de cada um no seio familiar, bem como a influência da família em cada um. Nesta lógica, enquanto EF, procuro identificar como posso corresponder e suprir as necessidades das pessoas e suas famílias no âmbito dos seus processos de transição saúde-doença e desenvolvimentais, conforme enunciado por Meleis, Sawyer e Shumacher (2010).

Na consecução do desenvolvimento das competências preconizadas para este estágio científico, prestei cuidados, tendo a família como foco, refleti e aperfeiçoei as minhas competências da prática clínica. O facto de possuir experiência profissional há 14 anos em Cuidados de Saúde Primários (CSP), dos quais 10

especificamente em UCSP, podendo prestar cuidados pelo método de EF, permitiu uma maior autonomia e facilidade de integração. Contudo, houve um conjunto de conhecimentos teóricos que me eram desconhecidos, quer pela formação anterior da licenciatura, quer pela prática diária, como os Modelos e alguns Instrumentos de Avaliação e Intervenção Familiar, que se revelaram de grande relevância no decurso deste trabalho, bem como para a minha prática profissional.

Este percurso construtivo de conhecimentos constituiu-se uma mais-valia na compreensão das famílias, no qual o MESF se revelou basilar enquanto suporte teórico indispensável para uma melhor fundamentação e sistematização do que já era a minha prática com famílias.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO²

A ESF implica a prestação de cuidados às famílias ao longo do seu ciclo vital nas suas transições, considerando os seus projetos de saúde, necessidades e competências, assumindo o EF o papel de educador, conselheiro, consultor, coordenador, investigador, modelo, entre outros (Freitas, 2011). Nas famílias de etnia cigana, o papel do EEESF reveste-se de valor fundamental na sociedade atual, ao procurar responder aos desafios em saúde individual e familiar, considerando as expetativas destas famílias, baseadas num cuidar culturalmente competente.

3.1. Enfermeiro de Família – um imperativo social

O século XX foi palco de profundas transformações, nomeadamente ao nível da saúde. Com a Declaração de Alma-Ata, em 1978, ficou evidenciado o princípio da saúde para todos, destacando o importante papel dos CSP, enquanto cuidados essenciais em saúde. Como primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os cuidados de saúde são próximos aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978). Um ano depois, foi implementado o SNS, tendo sido organizada, em 1983, com base nos princípios dos CSP: “uma rede de centros de saúde, com médicos de família e enfermeiros, que progressivamente abrangeu todo o país” (OMS, 2008, p. 3).

No virar do século, a segunda Conferência Interministerial de Enfermagem elabora a Declaração de Munique, em 2000, reafirmando a necessidade dos cuidados centrados na família com alusão à figura do EF como principal promotor deste processo. Na sequência da referida Declaração, a OE considera a família como centro dos cuidados de saúde e, em 2011, define o perfil de competências do EF (Ordem dos Enfermeiros, 2011b), que atualiza em 2018. Neste último documento a OE (2018, p. 19357) define que o EEESF “cuida a família, enquanto unidade de

.....

2 A preocupação fundamental deste estudo foi produzir conhecimento empírico possibilitador (e sustentador) de melhores práticas de enfermagem junto de famílias ciganas. Neste sentido, o enquadramento teórico do mesmo, muito mais do que pretender ser exaustivo, visa enquadrar minimamente o objeto de estudo construído, informando o trabalho de campo e a prática profissional de enfermagem.

cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e também “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde família” (*idem*, p.19358). A família, como célula básica da sociedade, torna-se o foco dos cuidados de saúde, onde se evidencia o EF enquanto pivô de referência para a família, bem como elo de ligação entre a família e a restante equipa multiprofissional.

Em 2014, o Programa do XIX Governo Constitucional reforçou o papel das entidades integrantes da Rede dos CSP (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, 2014), contribuindo para a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e criando mecanismos de reavaliação do papel dos enfermeiros. Em Portugal, reiterava-se, então, que os CSP passavam a constituir a base de acesso ao SNS, configurando-se como parte integrante da arquitetura do sistema de saúde português, da qual resultaria maior equidade e melhores níveis de saúde e de satisfação das populações.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012/2016 e extensão a 2020 (DGS, 2015b), a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas USF e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida. Neste contexto, evidencia-se o papel do EF integrado nas diferentes unidades funcionais dos CSP e direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. O Decreto-Lei que assume as premissas supracitadas (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto, 2014) estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do EF no âmbito das unidades funcionais de prestação dos CSP, nomeadamente nas USF e UCSP.

A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias, permite a efetivação de uma prática de Enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades. A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP em Portugal coloca novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pela sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar. Esta consciencialização conduz à necessidade atual de que o enfermeiro se especialize em ESF, cujas competências específicas são validadas pelo atual governo legislativo como um imperativo social, considerando o reconhecimento da ESF e do valor acrescido da intervenção dos EEESF nas equipas de saúde.

Na abertura do Congresso Internacional de ESF, em Lisboa, no dia 16 de outubro de 2019, a Sr.ª Ministra da Saúde, Dr.ª Marta Temido, anunciou que o XXII Governo Constitucional pretendia atribuir, nos quatro anos seguintes, uma equipa de saúde familiar a todos os portugueses, que incluía um EEESF. Fez ainda referência ao Decreto-Lei n.º 73/2017 (que veio alterar o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde, 2007), o qual estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, passando a incluir o Regime transitório,

ou seja, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de EEESF, as USF integram enfermeiros detentores dos títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista nos vários domínios de especialização (Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho, 2017). Assim, passa a existir uma determinação legal de que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de EEESF.

Aliada a esta determinação legal, o perfil de competências do EEESF torna-o um elemento chave na avaliação e intervenção familiares em contexto de USF, cujos cuidados antecipatórios concorrem para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias em geral e nas famílias mais vulneráveis, em particular, nas quais se englobam as famílias que fizeram parte deste trabalho.

3.2. Famílias de etnia cigana como foco de cuidados do Enfermeiro de Família

O EF deve estar particularmente atento às famílias mais vulneráveis como as famílias de etnia cigana que, sendo uma minoria étnica, estão reconhecidas pelos estados-membros da União Europeia como pertencentes a comunidades marginalizadas. Vários estudos identificaram estas situações de discriminação (entre outros, ver Medinas, 2019; Sousa, 2018; Vicente, 2009; Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018; Magano, 2010; Castro, 2013, Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Neves, Correia, & Allen, 2016; Pires, 2013; REAPN, 2007; A. Santos, Silva, & Murta, 2016; I. Pereira, 2016; Valente, 2014; F. Fernandes, 2015; Vilaverde, 2016; C. Santos & Moreira, 2017; M. F. R. Correia, 2011; Caré, 2010; Montenegro, 2012; Júnior, 2018; Casa-Nova, 2009a, 2013). Os contextos onde esta discriminação se revela mais comum são supermercados/lojas; serviços de segurança social e finanças; entrevistas de emprego; restaurantes/cafés; centros de saúde/hospitais e escolas/contextos de formação (Mendes, Magano, & Candeias, 2014).

No sentido de explorar as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do EF e sabendo que o que se projeta no futuro se relaciona com vivências passadas, importa conhecer a génese das dificuldades de que esta minoria étnica tem sido vítima ao longo do tempo e a uma escala mundial. Assim, será apresentada uma breve contextualização histórica relativa à migração da população cigana.

Considerando os dados da União Romani Internacional, Magano (2010) refere que os ciganos terão vindo do norte da Índia (tendo portanto origem hindu), após o Islão ter atacado essa região no século IX, conduzindo as populações residentes a abandonarem os seus territórios, iniciando uma migração em larga escala para Oeste. As famílias ciganas terão permanecido no Próximo Oriente, Turquia e Grécia entre os séculos X e XV, tendo chegado à Europa por volta dos séculos XIV e XV (REAPN, 2007). Algumas famílias ciganas terão chegado pelo norte da África à Península Ibérica através do estreito de Gibraltar, estando em Portugal há mais de meio século. Essas famílias foram conotadas desde a sua chegada como

invasoras, parasitas, delinquentes que se vestiam de forma estranha e falavam uma língua diferente (*idem*).

De acordo com os dados do Observatório das Comunidades Ciganas relativos a 2016, estimam-se em cerca de 37 mil ciganos residentes em Portugal, correspondente a 0,4% da população (C. Santos & Moreira, 2017; Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018), sendo que mais de 2 mil residem no distrito de Aveiro, um dos principais distritos onde estas famílias se vieram instalando (C. Santos & Moreira, 2017; Mendes, Magano, & Candeias, 2014).

Relativamente ao domínio demográfico, as comunidades ciganas apresentam algumas características específicas como uma pirâmide de base larga e estreita no topo, evidenciando uma elevada taxa de natalidade e uma baixa presença de pessoas mais idosas, devido à menor longevidade destas comunidades (Vicente, 2009). Esta baixa longevidade poderá estar associada, entre outros determinantes, às condições habitacionais precárias (Leininger, 1995; Vicente, 2009, Castro, 2013).

Apesar da evolução sentida nos últimos anos, registam-se ainda elevados níveis de discriminação, pobreza e exclusão social de muitas famílias ciganas, conforme sublinham diversos estudos identificados no início deste subcapítulo. Em Portugal persistem ainda vulnerabilidades acrescidas das pessoas ciganas no que diz respeito ao exercício de vários direitos fundamentais, com discriminação ao nível da educação, no abandono precoce do ensino, no acesso ao emprego e à habitação (Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Caré, 2010) sendo que cerca de 97% se encontrava abaixo do limiar de pobreza (REAPN, 2007), tornando o RSI como a principal fonte de rendimentos na maioria das famílias ciganas (Mendes, Magano, & Candeias, 2014).

A discriminação da sociedade maioritária tem inviabilizado o acesso ao emprego das pessoas ciganas: quando conseguem uma oportunidade de emprego, acabam quase sempre dispensados após a tomada de conhecimento da sua etnia por parte da entidade empregadora (Magano, 2010). Por outro lado, ao nível das formações, a possibilidade de haver ciganos formandos contribui para as pessoas não ciganas deixarem de se candidatar (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). A responsabilidade pelo desemprego nas pessoas ciganas recai quase sempre sobre elas, contudo I. Pereira (2016) conclui que ninguém dá trabalho aos ciganos. Surgem mais frequentemente situações económicas desfavorecidas nesta minoria étnica, consequência de uma situação laboral instável e precária, cuja continuidade de situações de desemprego conduzem a suspeitas de fontes de rendimento ilícitas, como tráfico de armas e drogas, facilmente generalizadas (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). Prevalece a habitação com deficientes condições, isolamento social resultante do afastamento e rutura das relações sociais, choque de culturas e estilos de vida, dificuldades linguísticas, com impacto negativo na saúde desta minoria (Leininger, 1995; Observatório das Migrações, 2018).

Em matéria de saúde, de acordo com o Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas (Mendes, Magano, & Candeias, 2014), mais de metade das pessoas

ciganas não utiliza nenhum método anticoncepcional e teve o primeiro filho aos 20 anos, contudo começa a verificar-se maior sensibilização das mulheres mais jovens para as consultas de planeamento familiar. Não obstante, persistem ainda em algumas comunidades ciganas pressões para uma maternidade precoce relacionada com os princípios da etnia cigana (Neves, Correia, & Allen, 2016; Caré, 2010) bem como famílias alargadas coexistindo na mesma habitação (Leininger, 1995; Vicente, 2009). Todavia, as estatísticas mais recentes indicam que, nesta etnia, começam a prevalecer as famílias nucleares (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). Começa também a registar-se uma melhoria ao nível da vacinação, com maior cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (*idem*). A relação das famílias de etnia cigana com a prática de vacinação foi verificada por L. Silva (2005), sendo de distanciamento/evitamento, principalmente entre os homens, mas já com melhorias da cobertura vacinal em idade pediátrica.

No contacto estabelecido entre profissionais e as famílias ciganas, importa conhecer o conceito de saúde destas famílias, que remete para a ausência de doença, sendo que esta representa uma situação de incapacidade relacionada com a morte (Leininger, 1995; Oliveira, 2018; M. F. R. Correia, 2011; Vicente, 2009; REAPN, 2007; Montenegro, 2012; Casa-Nova, 2009a). Assim, a necessidade de curar a doença rapidamente está associada à forte relação que estas famílias reconhecem entre a doença e a morte, daí que o recurso aos serviços de saúde se verifique em caso de extrema necessidade, para ser tratado e com sentimento de urgência (Nunes, 2014; Vicente, 2009), não existindo normalmente preocupação pela prevenção das doenças, como também se verifica nas famílias não ciganas de escassos recursos financeiros. Segundo Mendes, Magano, & Candeias (2014), as famílias de etnia cigana recorriam à farmácia como o principal serviço de saúde, seguida do centro de saúde e do hospital, apontando para um imediatismo associado à rápida resolução de problemas. Se os sintomas desaparecem devido ao tratamento, a terapêutica é abandonada, pois acreditam que estão saudáveis, orientando-se por vários modelos médicos: tradicional (métodos populares de cura, tratando também o “mau-olhado” e a “inveja”); evangélico (tratamento de doenças terminais ou outras incuráveis pela fé) e científico, que é representado pelos profissionais de saúde, pois “os ciganos recorrem ao médico quando se trata de doenças não muito graves e quando são problemas mais fortes recorrem aos serviços de urgências” (REAPN, 2007, p. 24). Quando a morte acontece, o luto é vivenciado de forma intensa pelos familiares mais próximos, variando o tempo e o rigor de luto de acordo com o grau de parentesco, “podendo ir desde toda a vida pelo marido ou por um filho, até dois anos por um pai, uma mãe ou um irmão, até aos três meses por um avô ou um tio” (Casa-Nova, 2009a, p. 146).

Este conceito de saúde ligado à sua cultura, mas também relacionado com baixos níveis de literacia em saúde, constitui um fator de vulnerabilidade nestas famílias, aos quais o EF não pode deixar de estar atento. Também a migração pode implicar um afastamento e rutura dos laços familiares e das relações sociais, conduzindo a

uma diminuição do apoio social e emocional dos indivíduos, com repercussão no estado de saúde destas populações (Observatório das Migrações, 2018). Este contexto pode ainda perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer a adoção de práticas prejudiciais à saúde, pelo que as condições de vida das comunidades ciganas (habitacionais; educação; económicas) poderão influenciar o seu processo de saúde e consequentemente a sua qualidade de vida (M. F. R. Correia, 2011; Leininger, 1995).

São vários os fatores implicados na utilização e no acesso aos cuidados de saúde: os fatores relacionados com a pessoa abrangem as características sociodemográficas, atitudes e crenças face à saúde/doença, aos profissionais e serviços de saúde, bem como o conhecimento sobre o direito ao acesso aos serviços e o seu funcionamento. Também noutros países as famílias ciganas sentem dificuldades no acesso aos serviços de saúde, nomeadamente pela falta de transporte e mau atendimento (Brandão, 2018: Resolução do Conselho de Ministros n.º 25, 2013). Verifica-se uma menor utilização dos serviços de saúde nas minorias étnicas face à restante população tendendo a uma prestação tardia dos cuidados de saúde (Leininger, 1995; Oliveira, 2018) com potencial impacto na eficácia dos tratamentos realizados, nos custos dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes.

Assim, se é fundamental o conhecimento do EF sobre os determinantes em saúde com impacto nas famílias em geral, mais urge em determinadas minorias étnicas. Partindo desta conceção, o EF deve avaliar nestas famílias os determinantes biológicos, relacionados com a suscetibilidade para certas doenças; doenças com componente familiar de base genética ou relacionadas com padrões de estilo de vida adotado (Leininger, 1995; Stanhope & Lancaster, 2011). Face à existência de consanguinidade nas famílias de etnia cigana, este determinante em saúde adquire especial impacto na saúde familiar, pelos problemas encontrados nestas famílias (Vicente, 2009).

Relativamente aos determinantes ambientais sociais deve ser considerada a possibilidade das famílias poderem viver em comunidades com ambientes geradores de stresse na família, bem como não dispor de recursos de saúde adequados (Stanhope & Lancaster, 2011). No caso de algumas famílias de etnia cigana, as desigualdades surgem pelas variáveis socioeconómicas e pelo acesso aos serviços de saúde e à utilização efetiva dos mesmos por falta de adaptação ou de inclusão (M. F. R. Correia, 2011; Vicente, 2009). Com efeito, os determinantes ambientais económicos prendem-se com a relação existente entre os recursos financeiros da família e as suas necessidades, podendo a família não ser capaz de assegurar os produtos necessários relacionados com a sua saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). O Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas (Mendes, Magano, & Candeias, 2014) revelou que quase metade das famílias ciganas portuguesas já tinha passado por uma situação de fome e cerca de 16% ficava muitas vezes com fome (situação mais frequente nos menos escolarizados), recorrendo ao apoio familiar e a vizinhos para situações de privação alimentar.

Relativamente aos determinantes comportamentais, estes englobam os estilos de vida: o padrão de hábitos pessoais de saúde define o estilo de vida de risco

individual e familiar, sendo que a família é a unidade básica dentro da qual os comportamentos de saúde, incluindo os valores relativos à saúde, os hábitos de saúde e as percepções de risco de saúde, são desenvolvidos, organizados e mantidos (Stanhope & Lancaster, 2011). Nas famílias de etnia cigana, as crianças têm um elevado consumo de doces e higiene oral deficitária (Vicente, 2009; S. Santos, 2016) e os adultos apresentam um baixo consumo de vegetais, legumes e peixe que poderá relacionar-se com a prevalência de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, mantendo-se um desconhecimento sobre alimentação saudável com consumo excessivo de sal (Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Neves, Correia, & Allen, 2016). Neste sentido, salienta-se a importância e a necessidade de se desenvolverem projetos com estas famílias visando uma melhoria nos estilos de vida e hábitos comportamentais das crianças e principalmente dos pais e das mães, enquanto agentes primários de socialização, que habitam e crescem em bairros sociais (A. C. Monteiro, 2019). Estas famílias possuem também baixa escolaridade e analfabetismo, nomeadamente entre as gerações mais velhas, principalmente mulheres (Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Sousa, 2018), bem como o insucesso e abandono escolares, com impacto nos estilos de vida, ocorrendo gravidezes precoces. A escola tende a ser percebida como um espaço de tensões e conflitos com a maioria étnica (Neves, Correia, & Allen, 2016), com receio, pelas comunidades ciganas, que o convívio escolar entre raparigas e rapazes de outras etnias, após o 1.º ciclo, possa diminuir a possibilidade da manutenção da virgindade até ao casamento, conforme valorizado pela cultura cigana.

A ida ao culto nas igrejas evangélicas, religião predominante nas famílias ciganas (Casa-Nova, 2009a; Mendes, Magano, & Candeias, 2014), tem vindo a constituir-se como um espaço alternativo para o apoio e resolução de conflitos, contribuindo inclusive para a saúde. Nesta perspetiva, praticar o culto poderá constituir um fator de proteção para algumas pessoas e famílias ciganas, sendo a igreja um espaço de transmissão de normas e de condutas relacionadas com o cuidado da saúde, assumindo, por vezes, uma função reabilitadora e assistencial no tratamento das toxicodependências e na prevenção do consumo de tabaco e de álcool (REAPN, 2007).

Os determinantes comportamentais engobam ainda os eventos de vida que implicam as transições, que podem originar momentos de risco potencial para a família. Prevalecem as depressões nas mulheres ciganas muitas vezes associadas ao desconhecimento das alterações que derivam da menopausa (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). Estes determinantes estão intimamente ligados à cultura das famílias, em que a cultura cigana assume características específicas relacionadas com os estilos e eventos de vida, cabendo ao EF avaliação sistematizada, dinâmica e colaborativa com a família no sentido de reconhecer estratégias de intervenção eficazes para o alcance do máximo bem-estar familiar (Stanhope & Lancaster, 2011).

Reconhecendo esta realidade, torna-se fundamental garantir condições efetivas de ganhos em saúde ao longo do ciclo vital familiar nesta minoria étnica,

promovendo condições de acesso aos serviços de saúde conforme proposto pela ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018). A ENICC engloba um conjunto de estratégias para a integração destas comunidades, que respondam a situações de exclusão e que não são compatíveis com os valores sociais ou com o modelo económico europeu (Resolução do Conselho de Ministros n.º 25, 2013). É necessário ultrapassar o sentimento de desconfiança mútua por parte da maioria, o respeito pelas tradições e valores das minorias ciganas e estas, por sua vez, aceitarem os princípios e deveres essenciais do Estado de Direito (*idem*).

Demonstrativo do exemplo de intervenção junto das comunidades ciganas tem sido o trabalho do Alto Comissariado para as Migrações, que tem proporcionado formação e colocado mediadores ciganos em vários municípios do país. A ENICC, ao enquadrar a Administração Pública e os diferentes ministérios, em colaboração com as sensibilidades dos ciganos portugueses e das organizações da sociedade civil que trabalham com estas comunidades em Portugal, pode construir um caminho empático e assertivo na integração desta minoria. Deste modo, o governo português sublinha a efetiva integração das comunidades ciganas, com respeito pelas suas tradições e pela sua cultura, até 2022, em quatro eixos fundamentais: educação; habitação; emprego e saúde. Esta integração, para ser efetiva, terá de ser mútua, em que as etnias minoritárias, bem como a etnia majoritária constroem um processo “recíproco e horizontal (...) gradativo, complexo e multi-dimensional” (Casa-Nova, 2013, p. 217), numa aprendizagem construtiva de compreensão e valorização das diferentes características culturais.

As famílias ciganas, ao serem reconhecidas como vulneráveis pelo Governo, antevê-se o papel do EF como elemento de proximidade nas comunidades que pode ir ao encontro das famílias nos seus contextos, no seu ambiente familiar, auxiliando no processo de integração. Este ir “ao encontro” assenta na procura da compreensão das suas necessidades e expectativas em saúde familiar, antecipar, avaliar e intervir colaborativamente nos cuidados que se preconizam holísticos, considerando a pessoa como ser bio-psico-sociocultural e espiritual. De acordo com Wright e Lealhey (2009), quando se pretende avaliar as necessidades das famílias para intervir de maneira adequada, são os EF que atuam nas “linhas da frente”. As competências inerentes ao EEESF capacitam-no enquanto recurso para a saúde e bem-estar familiar ao longo de todo o ciclo vital, nos seus processos transacionais, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, facilitando o processo de integração. Neste sentido, convém realçar o eixo da saúde, que integra os objetivos de garantir condições efetivas de ganhos em saúde ao longo dos ciclos de vida de pessoas ciganas, nomeadamente promover condições de acesso de pessoas ciganas aos serviços de saúde e capacitar profissionais de saúde dos CSP e dos cuidados hospitalares (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018).

O EF deve considerar a cultura das famílias e, sendo um elemento de proximidade e recurso para a saúde e máximo bem-estar familiar (Decreto-Lei n.º

118/2014 de 5 de Agosto, 2014; Leininger, 1995), estar particularmente atento às famílias em maior risco de exclusão, bem como ao cumprimento das estratégias nacionais para responder às necessidades emergentes. No que concerne às famílias de etnia cigana, os enfermeiros são muitas vezes os profissionais pivô enquanto tradutores de mensagens e de sistemas de valores de um grupo para o outro (M. F. R. Correia, 2011). Neste sentido, ao ser especialista em ESF, o EF pode ser um parceiro com as famílias de etnia cigana para alcançar o preconizado na ENICC, indo ao encontro de cada contexto onde vive e coevolui cada família, para perceber daquilo que é preconizado pela ENICC, em particular no eixo da saúde, quais as ações que vão efetivamente ao encontro das suas expetativas, pois a motivação é essencial à aprendizagem, à interiorização e transformação de comportamentos, à mudança de segunda ordem.

Para cuidados de saúde culturalmente adequados às famílias ciganas, deve ser reconhecida e respeitada a sua identidade cultural, desmontando ideias pré-concebidas que possam influenciar negativamente a intervenção com estas famílias (Leininger, 1995). Neste sentido, considerou-se pertinente abordar no próximo ponto a importância do EEESF ser culturalmente competente para responder, mais eficazmente, às expetativas das famílias de etnia cigana.

3.3. Do Enfermeiro de Família culturalmente competente às expetativas das Famílias de etnia cigana

Cada cultura é singular nas crenças, valores, expetativas face ao corpo, conceitos e comportamentos dos indivíduos, pelo que os enfermeiros devem desenvolver competências que lhes permitam cuidar de pessoas em contexto de diferença cultural (Pires, 2013). Neste sentido, os atores envolvidos no processo de cuidar, enfermeiro/alvo de cuidados, possuem quadros de valores, crenças e expetativas individuais, emergentes das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). De acordo com Collière (1999, p. 21), “os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter Universal e Multidimensional, singularizando-se em cada cultura”. Neste contexto, importa conhecer alguns aspetos da etnia cigana para um cuidar holístico.

A etnia refere-se a um grupo de pessoas que partilham uma identidade coletiva e um passado em comum, que inclui “uma história; um conjunto de costumes; normas; crenças e tradições específicas” (REAPN, 2007, p. 49). Muitos enfermeiros contactam com famílias de etnia cigana, mas são poucos os que verdadeiramente consideram a importância de procurar compreendê-los na sua cultura (Leininger, 1995), modo de viver, necessidades e expetativas. Os enfermeiros precisam de adquirir conhecimentos sobre a cultura cigana, respeitando-a e compreendendo as necessidades identificadas pelas pessoas ciganas (M. F. R. Correia, 2011; Carneiro, 2018; REAPN, 2007). Diversos ciganos envolvidos no presente trabalho afirmaram confiar nas práticas do enfermeiro, contudo, outros não sentem que estes têm

conhecimento sobre a sua cultura, não confiando, por conseguinte, no enfermeiro. Considerar a cultura no processo de cuidar é fundamental, pois nas situações de saúde e doença as pessoas expressam-se de acordo com as suas crenças, valores e costumes (Teixeira & Ferreira, 2010). Assim, qualquer intervenção com as famílias ciganas deve atender às suas especificidades culturais, sociais e económicas, visando um conhecimento aprofundado sobre estas famílias e, consequentemente, uma intervenção mais eficaz (Vicente, 2009). A resolução dos problemas de saúde está além do campo biológico, incluindo o político, sociológico, económico e cultural das pessoas e das suas relações (Rodrigues, Pereira, & Amendoeira, 2015). Não se poderá delinear uma estratégia de intervenção eficaz se não se procurar compreender *a priori* o seu *modus operandi*, uma vez que os aspetos mais relevantes da sua cultura de pertença vão influenciar de forma decisiva o processo terapêutico (REAPN, 2007). Também S. Fernandes (2002) refere que os enfermeiros, ao serem os profissionais de saúde que mais contacto estabelecem com as famílias de etnia cigana durante episódios de doença, necessitam de conhecer o conceito de cultura e a sua relação com a saúde e a doença, no sentido de uma abordagem intercultural.

A cultura cigana é uma cultura tradicionalmente ágrafa, transmitida oralmente no seio familiar durante a socialização primária, aquela que mais se projeta em todo o ciclo vital do indivíduo, coexistindo comunidades ciganas com modos de estar distintos entre si (S. Fernandes, 2002; Neves, Correia, & Allen, 2016; A. Santos, Silva, & Murta, 2016; Valente, 2014; Pires, 2013; Mendes, Magano, & Candeias, 2014; REAPN, 2007). Independentemente das diferenças observadas entre as várias comunidades, de um modo geral todas as pessoas ciganas se orgulham em serem ciganas e da sua cultura (Leininger, 1995; REAPN, 2007), esperando que esta seja valorizada pela sociedade maioritária (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). As famílias ciganas têm uma identidade pessoal, familiar e da comunidade a que pertencem, construindo estratégias de resistência à influência da sociedade maioritária que lhe tem sido hostil (Medinas, 2019), criando, por isso, a identidade cultural, o sentimento de orgulho e a autoestima comunitária, como fatores de proteção a serem valorizados na intervenção do EF. Reconhecendo esta realidade, será importante reportar aos valores humanos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro, o qual refere que o enfermeiro assume o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 82).

Compreender a pessoa e a sua família à luz da sua cultura é uma preocupação da enfermagem enquanto ciência. Atenta a este aspeto, Leininger (1994; 1995; 1998; 2001a; 2001b) direciona a enfermagem para um cuidar transcultural, em que a cultura representa as crenças, valores, normas e modos de vida de um determinado grupo apreendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam o seu pensamento, as suas ações e suas decisões de um modo padronizado. A cultura familiar engloba as crenças e práticas de saúde, determinadas pelos valores familiares, que influenciam o impacto das situações de stresse em cada um dos

domínios referidos, assim como estratégias utilizadas pela família para se adaptar a alterações internas e/ou externas (Figueiredo, 2013).

Também Brofenbrenner (2002, p. 6) revela que o comportamento e desenvolvimento humano estão diretamente relacionados com o modo como o ambiente é “percebido e não conforme ele poderia existir na realidade «objetiva»”. Reconhecendo estes princípios, preconiza-se um cuidado-cultura proposto por Leininger (1995), visando o Cuidar culturalmente competente. De acordo com Leininger (1994; 2001a) e Meleis, Sawyer, & Schumacher (2010), o potencial evolutivo dos enfermeiros no cuidar de famílias de etnia cigana registra-se ao nível da construção das suas competências culturais, cujos esforços criativos na procura ativa de estratégias facilitadoras dos processos de adaptação nas suas transições conduzirá à promoção da coerência cultural na prática clínica.

Os principais objetivos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1994; 1995; 1998; 2001a; 2001b), considerando o seu metaparadigma no Modelo *Sunrise*, centram-se em documentar; saber; prever; e explicar aquilo que é diferente e o que é universal acerca do cuidado popular e profissional das culturas estudadas. Neste sentido, a autora considera que existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar que importa conhecer e compreender, para que a enfermagem possa cuidar o utente de maneira satisfatória e humanística. A sua teoria procura identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas, considerando a sua cultura. A perspetiva holística da enfermagem transcultural pode facilitar a avaliação e intervenção nos seus processos de transição, aproximando os atores intervenientes durante o processo de Cuidar: enfermeiro/alvo de cuidados.

Leininger (1995) define três modos essenciais de decisão na implementação de cuidados culturalmente congruentes: de preservação ou manutenção; de acomodação ou negociação e de repadronização ou reestruturação, numa perspetiva gradiente de complexificação dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Os cuidados de preservação/manutenção são referentes ao suporte, contribuindo para a preservação e manutenção de crenças culturais de que beneficiam as pessoas cuidadas em situação de doença/ preparação da morte. Os cuidados de acomodação/negociação reportam-se à capacidade criativa de quem cuida, na tomada de decisões que auxiliem as pessoas e suas famílias culturalmente distintas a adaptarem-se e/ou a negociarem as que são efetivamente seguras e culturalmente congruentes com a sua cultura. Os cuidados de (re)padronização/reestruturação consistem na implementação de ações profissionais de facilitação e de decisão colaborativa entre quem cuida e quem é cuidado, que auxiliam as pessoas a reorganizar, modificar ou reestruturar os estilos de vida para benefício dos seus padrões, práticas e resultados em saúde. Os cuidados de (re)padronização/reestruturação requerem uma maior abertura e comprometimento da díade de cuidados, respeitando os valores culturais dominantes na etnia cigana (modo de vida eventualmente itinerante que possa

ainda persistir em algumas famílias; desconfiança nos não ciganos; familiares de respeito reconhecido e solidariedade de grupo; significados sagrados e profanos; confiar na cultura/cuidado tradicional; uso de recursos ambientais), e respeitando o seu significado nos cuidados e ações dominantes (cuidados de proteção em grupo; vigiar e proteger; respeitar os valores ciganos, crenças e modos de vida; acreditar no bem-estar; proporcionar presença cigana quando familiar doente).

Outro contributo importante para a compreensão do fenómeno em estudo é o de Meleis, pela Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis, Sawyer, & Shumacher, 2010). Esta teoria conceptualiza a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta subjacentes às transições desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais. Para compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições, é necessário conhecer os condicionantes pessoais, familiares e sociais, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável. Os condicionantes pessoais incluem os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais quando o estigma está ligado a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o estatuto socioeconómico, que quanto mais baixo, mais a pessoa se torna vulnerável a sintomas psicológicos; bem como a falta de preparação e de conhecimento que são inibidores para a adaptação à transição (*idem*). Compreender as especificidades da cultura cigana e as condicionantes contextuais, permitirá antecipar necessidades e forças familiares, em determinados eventos do ciclo vital familiar, no sentido de proporcionar transições saudáveis.

Neste sentido, também Teixeira e Ferreira (2010) e S. Fernandes (2002) referem que conhecer a cultura das pessoas, interpretando o significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos, é imprescindível à prática, encurtando distâncias entre o EF e as famílias, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais. Para compreender diversos comportamentos das famílias de etnia cigana, importa conhecer quais os valores fundamentais na sua cultura, em que o Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas (2014) demonstrou que a maioria das comunidades valoriza o respeito pelos mais velhos; a pureza da mulher e o casamento de acordo com a lei cigana como os costumes e tradições a manter.

As características mais relevantes destas famílias na sua relação com a saúde e a doença incluem uma organização social baseada na família extensa, daí que perante a doença de um familiar todos os membros se unem para acompanhar as pessoas que estão doentes (Casa-Nova, 2009a); prevalência do grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa; a representatividade das pessoas mais idosas na comunidade (REAPN, 2007). Outras características importantes reportam-se à sua fé implícita nas suas crenças: o impacto do luto, condicionando atividades sociais e laborais, bem como a estética pessoal (visível no vestuário completamente negro) pelo desgosto profundo; cada igreja e cada pastor têm uma influência diferente entre os crentes; as mulheres sintetizam os saberes e os tratamentos relacionados

com as doenças; preparação precoce das meninas para o matrimónio e funções reprodutivas, e conseqüente abandono escolar, sendo ainda o sexo um elemento tabu, mantendo o sexo feminino submissão na díade conjugal (*idem*).

Os valores culturais orientam a tomada de decisão dos membros de um determinado universo cultural, pelo que considerar a cultura de saberes e práticas no cuidado é fundamental, uma vez que nas situações de saúde/doença as pessoas expressam-se segundo as suas crenças, valores e costumes. Considerando esta perspetiva, a multiculturalidade nos cuidados deverá representar uma constante perante a prestação de cuidados a todas as pessoas e famílias ciganas alinhada com o cuidado geral inerente à enfermagem (M. F. R. Correia, 2011). Uma intervenção adequada pressupõe a identificação das dificuldades existentes à inserção social das famílias ciganas nas áreas da educação; emprego; habitação e saúde (REAPN, 2007). Neste sentido, não se podem esperar melhorias nos estilos de vida se outros determinantes sociais continuam a manter o seu impacto negativo.

Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2009) identificam a associação entre as características ético-humanitárias pessoais e profissionais, a habilidade cultural com foco na comunicação e o conhecimento cultural como as principais características para o enfermeiro culturalmente competente, que, sendo EF, deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na sua relação com as famílias de etnia cigana nos serviços de saúde, os profissionais de saúde apontam lacunas ao nível do seu conhecimento sobre os determinantes culturais que influenciam as práticas de saúde dos utentes, das dificuldades linguísticas, representações face à saúde/doença e a ausência de competências culturais na prestação de cuidados de saúde (Observatório das Migrações, 2018; Carneiro, 2018; REAPN, 2007). Ainda que vários enfermeiros tenham diversos contactos com as famílias de etnia cigana, poucos são os enfermeiros que efetivamente conhecem a cultura desta etnia, assumindo representações sociais de que “são barulhentos, desconfiados, negociantes, vingativos e tradicionalistas” (S. Fernandes, 2002, p. 113), experimentando sentimentos, no contacto com estes utentes, como a desconfiança e ansiedade, mas também de curiosidade, compreensão, solidariedade e empatia (*ibidem*).

Estes constrangimentos sentidos pelos profissionais de saúde podem ser colmatados pela mediação. A lei n.º 105/2001 de 31 de agosto estabelece o estatuto do mediador sociocultural, definindo que este deve promover o diálogo intercultural, estimular a coesão social, o respeito e melhorar o conhecimento da diversidade cultural, sendo uma das suas competências definidas a facilitação da comunicação entre profissionais e utentes de origem cultural diferente. Neste sentido, o mediador deve ser considerado um recurso para estabelecer a comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias de etnia cigana (Mendes, Magano, & Candeias, 2014; REAPN, 2007; S. Fernandes, 2002; Carneiro, 2018; Casa-Nova, 2009b; Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018), no sentido de “fomen-

tar a qualidade das intervenções nos serviços de saúde, visto que as suas técnicas e metodologias de trabalho servem para garantir o sucesso das intervenções terapêuticas quando se trata de pessoas ciganas” (REAPN, 2007, p. 53). Incluir a mediação intercultural nas USF permitirá trabalhar com a população cigana aspetos relacionados com a educação para a saúde e o uso adequado dos serviços de saúde, melhorando as relações entre os profissionais de saúde e as famílias de etnia cigana e prevenindo o surgimento de possíveis conflitos. A premissa de que o EF reconhece o estatuto do mediador de etnia cigana deverá, assim, constituir uma mais-valia para o Cuidar culturalmente competente para responder às reais expectativas das famílias de etnia cigana.

Ao nível dos profissionais de saúde, os benefícios da mediação intercultural traduzem-se em: favorece as relações interpessoais reduzindo as barreiras de comunicação, bem como a obtenção de melhores resultados nos tratamentos e prescrições médicas; permite decifrar e compreender aspetos culturais; promove programas preventivos e de promoção de saúde eficazes. Relativamente às famílias de etnia cigana, a mediação permite uma melhor compreensão dos diagnósticos e tratamentos terapêuticos aumentando o sucesso na “cura” das doenças; melhor compreensão das normas de funcionamento do sistema de saúde; um sentimento de maior segurança e confiança perante as instituições e profissionais de saúde que no seu conjunto concorrem para a normalização do uso dos serviços de saúde (REAPN, 2007).

Para a igualdade na saúde o Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007) e Vicente (2009) destacam algumas estratégias entre as quais a inclusão das famílias ciganas nos projetos; promoção da mediação intercultural; formação dos profissionais de saúde sobre diversidade cultural; identificação de profissionais de referência, campanhas de informação/sensibilização que incluam folhetos informativos complementados por outros meios, uma vez que estamos perante famílias com baixo nível de escolaridade. Destacam também o facultar de informações sobre doenças, tratamentos e práticas preventivas; funcionamento dos serviços de saúde, evitando a linguagem técnica; realização de sessões de educação para a saúde sobre higiene oral e corporal, hábitos alimentares, prevenção de acidentes e adoção de estilos de vida saudáveis, com colaboração das famílias ciganas. Enfatiza-se também o trabalhar “com” e não o trabalhar “para”, tal como preconizado pelo MDAIF (Figueiredo, 2013).

Com maior receptividade às mudanças em geral e na saúde em particular, as mulheres ciganas desempenham um papel-chave nas suas comunidades (Brandão, 2018) sendo educadoras e responsáveis pelos filhos, transmitem as normas e os valores da cultura cigana (REAPN, 2007; Sousa, 2018). Com baixo nível de literacia em saúde, sendo as pessoas mais velhas consideradas as “mulheres e homens de respeito” (pessoas ciganas a quem recorrem para se esclarecer melhor e tomar decisões) e reconhecendo a sua conceção cultural de saúde-doença, quando surge uma situação de doença, compreendem-se as suas atitudes de desvalorizar

a prevenção, cumprir regras de horário e de comparência às consultas, preferindo recorrer ao serviço de urgência (Vicente, 2009).

Desta forma, continuam a persistir múltiplas dificuldades no acesso à saúde pelas famílias ciganas. Sendo a comunicação um dos principais obstáculos (Mendes, Magano, & Candeias, 2014), o enfermeiro culturalmente competente deve ser a ponte neste processo, procurando compreender de forma contextualizada as suas expetativas, e nessa medida corresponder não só às suas necessidades, mas também ganhar a sua confiança e respeito, que são valores fundamentais nesta cultura. Será na base desta relação de empatia que se poderá construir uma relação terapêutica com maior potencial para a obtenção de ganhos em saúde. A enfermagem culturalmente competente aumenta a acessibilidade dos serviços de saúde (Nunes, 2014; Reis, 2014; Pires, 2013; Moita & Silva, 2016; Medeiros, 2011).

Neste contexto, importa saber como ir ao encontro das expetativas das famílias de etnia cigana em matéria de saúde, particularmente nas áreas em que o EF intervém, procurando compreender as suas necessidades e dar-lhes resposta, assegurando ganhos em saúde. Partindo desta motivação foi desenvolvido o presente estudo, apresentando-se seguidamente a sua contextualização e respetivo enquadramento metodológico.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação baseia-se e emerge pela prática profissional e na percepção/reflexão das necessidades identificadas. Em Enfermagem, as questões formuladas no processo de investigação deverão ser capazes de trazer novas respostas, levando ao aprofundamento de conhecimentos, o que deverá traduzir-se na melhoria dos cuidados prestados e consequentes ganhos em saúde para as pessoas.

As comunidades ciganas representam a minoria étnica mais numerosa da União Europeia, vivenciando situações de pobreza e de exclusão social. Reconhecer estes factos, promover a sua cultura, perceber a discriminação e a imagem social negativa de que são alvo, bem como a escassa sensibilização do conjunto da sociedade, torna-se fundamental (Vicente, 2009).

Reconhecendo esta realidade, o estudo empírico que se passa a descrever, desenvolvido numa USF do ACeS Baixo Vouga da ARS Centro, no período de 23 de setembro de 2019 e 29 de janeiro de 2020, sustentou-se numa preocupação pessoal e profissional que me acompanha desde que iniciei funções em CSP num CS. Deparei-me com a precariedade e vulnerabilidade das famílias de etnia cigana, preocupando-me com a sua saúde, tornando-se motor para o estudo *“Expetativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família”*.

Assim, a motivação para este estudo remonta há 14 anos atrás, em que tive necessidade de realizar diversas visitas domiciliárias para garantir a acessibilidade das famílias desta etnia aos CSP, dado que, nos seus contextos de vida, a maioria não possuía meios de comunicação, de transporte e/ou qualquer interesse pela procura de cuidados de saúde curativos e de caráter preventivo. Nessa época, observei em diversas famílias de etnia cigana algum receio face à maioria étnica e, reciprocamente, idêntica atitude também se verificava por parte dos profissionais. Alguns enfermeiros nunca tinham realizado qualquer tipo de intervenção com as famílias de etnia cigana inscritas nos seus ficheiros, sendo que na época não se trabalhava pelo método de EF, não as convocavam ou realizavam visita domiciliária para as captar para os cuidados de saúde, referindo receio.

Os enfermeiros não recorriam a qualquer instrumento de avaliação de saúde familiar para conhecerem as famílias inscritas nos seus ficheiros, o que dificultava o reconhecimento e a identificação de diversas pessoas de etnia cigana. Apesar de já existir a Lei do RSI que implicava, por parte dos beneficiários, o acordo para o cumprimento do PNV, do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, etc., eram muitas as crianças com o seu esquema vacinal em atraso. Não estavam, por exemplo, vacinadas contra o sarampo, o que podia configurar um problema de saúde pública, apresentando também uma baixa adesão às consultas de vigilância de saúde.

Em 2009, esta realidade do CS era já mais animadora, à semelhança do que se verificava a nível nacional. Um diagnóstico de situação intitulado “As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional” revelou que 96% das crianças cumpriam a vacinação (Vicente, 2009). Contudo, estes valores significativos podiam estar associados à existência de um número elevado de famílias que dispunham de apoios sociais e o facto da saúde ser uma das principais áreas de intervenção presentes no acordo de inserção (*idem*).

A VD permitia a aproximação e o conhecimento da sua cultura, para os incentivar a aderir à vacinação e consultas de vigilância. Contudo, ainda hoje uma parte significativa das famílias não se encontram reciprocamente integradas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018), pelo que este estudo vai também ao encontro das linhas orientadoras da ENICC (*idem*). No que se refere ao eixo da saúde são propostos na ENICC objetivos para garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde das pessoas ciganas. A saúde é uma das principais necessidades sociais básicas, um dos direitos fundamentais, com um papel central nos processos de exclusão/inclusão social (Vicente, 2009).

O EEESF, ao reconhecer a complexidade do sistema familiar, integra a família numa abordagem colaborativa enquanto unidade de cuidados no seu processo coevolutivo, tornando-se um elemento-chave pela proximidade com a família e seus contextos.

Um estudo sobre as perceções de mulheres ciganas face à sua integração social (Sousa, 2018) concluiu que as intervenções devem estar ligadas às necessidades expressas e sentidas pela população cigana, pelo que compreender as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do EF permitirá que os cuidados de enfermagem correspondam mais efetivamente às suas necessidades em saúde, proporcionando ganhos em saúde e satisfação destas famílias.

Neste contexto, foi definida a presente investigação que teve subjacentes as seguintes questões de partida:

- Que significados atribuem as famílias de etnia cigana ao Cuidar do Enfermeiro de Família?
- Como esperam as famílias de etnia cigana ser correspondidas nas suas necessidades no âmbito daquele que é o Cuidar, por parte do seu Enfermeiro de Família?

As evidências deste estudo permitiram responder a estas questões, enfatizando o potencial do EEESF enquanto profissional de saúde de proximidade e com competências para Cuidar das famílias de etnia cigana

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia científica permite, através da sistematização dos processos desenvolvidos no decurso do estudo de investigação, produzir conhecimento, pelo que descrevem os métodos e instrumentos utilizados para a pesquisa científica (Fortin, 2009).

Neste capítulo apresenta-se uma descrição detalhada sobre a forma como a investigação foi conduzida, abordando-se os seus aspetos metodológicos, nomeadamente: tipo de estudo, população e participantes, problemática e objetivos, instrumento de recolha de dados, procedimentos formais para recolha de dados e considerações éticas, bem como os procedimentos de análise dos dados.

2.1. Tipo de estudo

O estudo inseriu-se num paradigma compreensivo e interpretativo, assumindo-se ainda como contendo uma base fenomenológica. Segundo Streubert & Carpenter (2013, p. 22) a “finalidade da investigação qualitativa é proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores”, pelo que a escolha de uma abordagem qualitativa está relacionada com o facto de se pretender explorar a perceção e as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do EF. A investigação qualitativa baseia-se numa visão holística da realidade a investigar, sem a isolar do seu contexto histórico, socioeconómico e cultural em que se desenvolve, visando a sua compreensão através da indução (Amado, 2014). Casa-Nova (2009a) considera que realizar investigação quantitativa com pessoas ciganas sem primeiramente usar uma abordagem qualitativa, pode levar a uma recolha de dados que não corresponda efetivamente ao conhecimento da realidade dado o conhecimento qualitativo ser fundamental para uma interrogação adequada ao nível da construção de questionários. Também Vilaverde (2016) concluiu, no seu estudo quantitativo, que uma abordagem qualitativa dirigida a pessoas de etnia cigana, para captar os sentimentos e perceções, deveria ser considerada em investigações futuras.

A fenomenologia, enquanto método de investigação, concede à enfermagem “a oportunidade para descrever e clarificar fenómenos importantes para a prática, a formação e a investigação” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 94). De acordo com Fortin (2009, p. 292), este método “considera as experiências humanas tal como são descritas pelos participantes”, assim, procura-se a “compreensão das intenções e significações – crenças, opiniões, perceções, representações, perspetivas, conceções, etc. – que os seres humanos colocam nas suas ações em relação com os outros e com os contextos” (Amado, 2014, pp. 40-41).

Elegeu-se a fenomenologia descritiva como referencial metodológico, uma vez que se pretende desvelar o velado e as perceções dos sujeitos participantes na investigação, bem como o significado que é atribuído pelas famílias participantes a fenómenos do quotidiano, através de explorações diretas, análise do fenómeno e descrição do mesmo, sendo adotado para este estudo a perspetiva do filósofo Spiegelberg. Este refere que “o método fenomenológico investiga fenómenos subjetivos, na crença de que verdades essenciais acerca da realidade estão alicerçadas na experiência vivida” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 88) permitindo o acesso a evidências que podem estar por explorar essenciais à prática de enfermagem. Esta clarificação é importante, uma vez que Streubert & Carpenter (2013) conside-

ram que um erro comum durante o percurso metodológico de uma investigação, é não clarificarem na fase inicial a corrente filosófica subjacente ao tipo de fenomenologia adotado. De acordo com Spiegelberg (*idem*), a fenomenologia descritiva processa-se em três etapas: intuição; análise e descrição. A primeira etapa exige a imersão do investigador no fenómeno em estudo, tornando-se o próprio investigador o próprio instrumento de colheita de dados pela sua intuição durante o processo da entrevista. Durante a análise fenomenológica, ao escutar as descrições, o investigador começa a fazer emergir os temas comuns passando depois à descrição fenomenológica, descrevendo os elementos distintos e críticos do fenómeno (*idem*), desvendando focos de atenção encobertos com interesse para a enfermagem.

A presente investigação é de âmbito exploratório devido a ser uma temática escassamente abordada na área da saúde em geral e da enfermagem em particular, pelo que a descrição permitirá a posterior exploração do fenómeno baseado numa abordagem qualitativa.

Importa aqui realçar que apesar de se considerar neste estudo a etnia como critério de seleção, este não se centra numa abordagem etnográfica, pois pretende-se a exploração das expetativas das famílias de etnia cigana e nos estudos fenomenológicos “as questões dizem respeito a uma experiência de vida em particular” (Fortin, 2009, p. 297). A investigação etnográfica tem um carácter mais amplo que a fenomenológica pois, de acordo Leininger (*as cited in* Fortin, 2009), é um processo sistemático que consiste em observar, descrever e analisar os modos de vida de uma cultura ou subcultura, implicando normalmente uma dimensão temporal maior do que a investigação fenomenológica. Neste estudo, a cultura dos membros de etnia cigana é importante, mas o que nele se pretende explorar são as suas expetativas, salientando que as bases da fenomenologia e etnografia diferem no conhecimento a que pretendem aceder, pois a investigação etnográfica é decorrente da antropologia e a investigação fenomenológica decorre da filosofia (Fortin, 2009). A opção pela fenomenologia foi considerada também a mais pertinente uma vez que a investigadora já conhecia estas famílias, pela experiência anterior de prestação de cuidados de enfermagem à população em estudo, bem como pela limitação do tempo para a concretização desta investigação. Além destes aspetos será também pertinente referir que das seis características fundamentais da etnografia, apenas três poderiam ser reclamadas por outros métodos qualitativos como a fenomenologia: o investigador como instrumento; o trabalho de campo e o ciclo natural de colheita e análise de dados (Streubert & Carpenter, 2013). As outras três características poder-se-iam afirmar como exclusivos da etnografia: o foco na cultura; a imersão cultural e a tensão entre o investigador enquanto investigador e o investigador enquanto membro da cultura (esforço entre ser o investigador e tornar-se um membro da cultura), também designado por reflexividade (*idem*). Estas três últimas características, consideradas fundamentais na investigação etnográfica, não estiveram presentes na investigação realizada, sendo a opção pela fenomenologia a que se considerou mais pertinente.

Na investigação qualitativa cada realidade é fundamentada nas percepções dos indivíduos e todas as pesquisas tendem a fazer ressaltar o significado que o fenómeno estudado implica no ciclo de vida dos indivíduos (Fortin, 2009). Assim, o acesso aos dados empíricos sobre as percepções e as expectativas das famílias de etnia cigana face à sua saúde pretende contribuir para desenvolver um conhecimento em enfermagem empiricamente sustentado durante o estágio profissional. Neste sentido, é considerado um estudo transversal, pois fornece informação num momento temporal específico, aquele em que a intervenção ocorreu (*idem*).

2.2. População e participantes

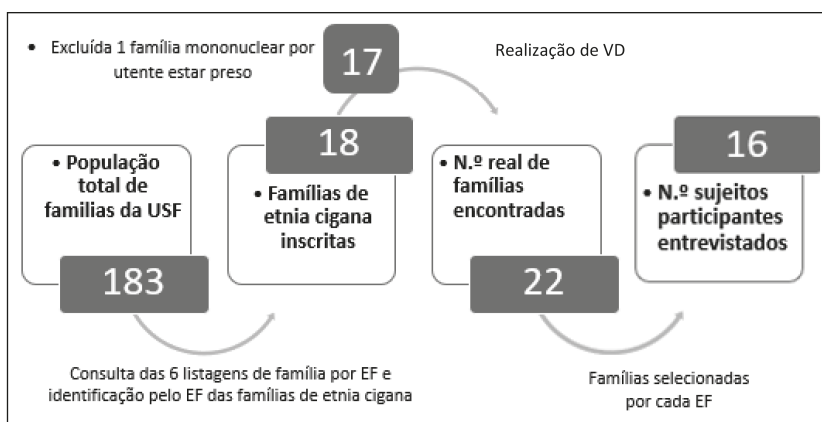
Pretendendo responder à questão de investigação: “Quais as Expectativas das Famílias de Etnia Cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família?”, a população alvo foi necessariamente a que correspondia às famílias de etnia cigana inscritas na USF. Há ainda a referir que no âmbito da investigação qualitativa os participantes são selecionados com intencionalidade, pois devem ser identificados os informantes-chave a fim de contribuírem com a sua experiência pessoal para o melhor conhecimento possível do fenómeno em estudo, pelo que a amostra aleatória não se coaduna com os objetivos de um estudo qualitativo fenomenológico (Streubert & Carpenter, 2013).

Decorrente do deferimento favorável da Comissão de Ética da ARS Centro e da obtenção do parecer positivo da coordenadora da USF, foi realizada uma amostragem do tipo não probabilístico por conveniência, que segundo Fortin (2009) é constituída por indivíduos que são facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão pré-estabelecidos e precisos. No presente estudo, de acordo com as indicações de acessibilidade apresentadas pelos respetivos EF, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser membro de família inscrita na USF; ser membro integrante e responsável pelo agregado familiar de etnia cigana; residir na área geográfica de abrangência da USF e ser adicto ao EF pelo menos há 1 ano. Como critérios de exclusão: ser elemento de família de etnia cigana com idade inferior a 18 anos; ser elemento de uma família sem EF atribuído.

Conforme sintetizado pelo fluxograma apresentado (Figura 3), a população de famílias da USF correspondia a 183 famílias. Consultando as listagens cedidas pelos 6 EF relativas às famílias por EF através do SClínico, foram identificadas 18 famílias de etnia cigana e excluída uma família constituída por um único elemento e que se encontrava encarcerado, pelo que, após a aplicação dos critérios supracitados, e decorrente dos contactos com as famílias que foram efetuados pelos EF para a identificação/seleção inicial dos participantes, a população ficou reduzida a 17 famílias. Contudo, como o contexto selecionado para a realização das entrevistas foi o domiciliário, e vivendo estas famílias em comunidades, verificou-se que diversos membros já não partilhavam o mesmo

domicílio. Deste modo, as famílias alargadas observadas no SClínico corresponderiam, na verdade, a famílias nucleares com outro domicílio, o que revelou um total de 22 famílias, cujos elementos foram sendo indicados e contactados pelo respetivo EF. Destas 22 famílias, foram entrevistados 16 participantes, por se ter considerado que este número de participantes determinou a saturação dos dados (Fortin, 2009), ou seja, por se estar perante uma colheita de dados satisfatória, quando se verificou repetição de informação e confirmação de dados já recolhidos (Streubert & Carpenter, 2013).

Figura 3 - Fluxograma de seleção dos participantes



2.3. Problemática e objetivos

A investigação teve como ponto de partida uma motivação do investigador relativa a uma situação considerada problemática que exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 2009). De acordo com o quadro conceptual enunciado e associado à problemática em estudo sobre as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do EF, emergiram as seguintes **questões de investigação**:

- Que significados atribuem as famílias de etnia cigana ao Cuidar do Enfermeiro de Família?

- Como esperam as famílias de etnia cigana ser correspondidas nas suas necessidades no âmbito daquele que é o Cuidar do Enfermeiro de Família?

Partindo destas questões de investigação definiu-se como **objetivo geral**:

- Conhecer, compreender e explorar as perceções e expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família.

2.4. Instrumento de recolha de dados

Definido o tipo de estudo e o objeto de estudo, selecionou-se a entrevista semiestruturada como instrumento de colheita de dados para os membros das fa-

mílias de etnia cigana, por ser o mais adequado quando a análise implica a subjetividade dos dados do sujeito, uma vez que se trata de um estudo de natureza qualitativa. A entrevista semiestruturada é um instrumento muito utilizado nos estudos exploratórios, em que o objetivo é compreender o significado atribuído a um acontecimento ou fenómeno na perspetiva dos participantes (Fortin, 2009; Bogdan & Biklen, 2010; Amado, 2014; Streubert & Carpenter, 2013).

De acordo com Amado (2014, p. 214), a entrevista deve ser “estruturada em termos de blocos temáticos e de objetivos, constituindo esse ‘instrumento’ o que passamos a designar por guião de entrevista”. O guião de entrevista (Apêndice II) foi elaborado com base na revisão da literatura e no objeto de estudo, tendo sido efetuado, em outubro de 2019, um pré-teste para a sua aferição, a uma família que preenchesse os mesmos critérios de inclusão e exclusão da amostra, mas não incluída no estudo. O pré-teste permitiu avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, a sua extensão, a compreensão semântica das questões (Streubert & Carpenter, 2013), bem como o tempo necessário à sua realização.

Desta forma, o guião encontra-se dividido em duas partes: a primeira destinou-se à caracterização sociodemográfica (idade; sexo; estado civil; tipo de família; número de elementos do agregado familiar; número de anos com a atribuição do atual EF) e socioeconómica dos participantes através da escala de Graffar adaptada para a população portuguesa por Amaro em 2001 (Anexo I). Esta escala permite prever as situações de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2013). O baixo estatuto socioeconómico está associado a dificuldades diversas, relacionadas com limitações de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos (Hanson, 2005), pelo que face à revisão da literatura, considerando os diversos estudos que denunciam as carências e a exclusão social nas famílias de etnia cigana, a escala de Graffar tornou-se um instrumento imprescindível. Avalia cinco critérios: profissão; instrução; origem do rendimento familiar; tipo de habitação e local de residência, permitindo classificar as famílias nas classes sociais: alta; média alta; média; média baixa; baixa. Os cálculos foram realizados de acordo com a indicação da escala, tendo sido considerado o elemento do agregado familiar que auferia maior rendimento e com nível de instrução superior.

A segunda parte destinou-se à aplicação do guião de entrevista semiestruturada que procurou conhecer os significados que as famílias de etnia cigana atribuem ao EF, relativas ao seu processo de Cuidar e ainda como esperam ser correspondidas nas suas expectativas, com o objetivo de responder ao objetivo geral deste estudo: conhecer, compreender e explorar as perceções e expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família.

2.5. Procedimentos formais para recolha de dados e considerações éticas

Previamente ao início do estudo foi solicitado o Parecer, por escrito, da coordenadora da USF; a Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da

Universidade de Aveiro (ESSUA), bem como o Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro, com posterior deferimento favorável.

Todas as famílias de etnia cigana foram identificadas pelas respetivas EF, através da consulta da listagem de famílias por EF no *software* SClínico. Posteriormente, cada EF considerou os critérios de inclusão e exclusão, bem como as famílias com maior acessibilidade. As famílias de etnia cigana foram então contactadas pelo respetivo EF e foi agendada VD, em função da sua disponibilidade para colaborar com o estudo.

A colheita de dados realizou-se de outubro a novembro de 2019, em contexto domiciliário, pois pretendia-se que esta ocorresse naquele que era o meio ecológico de desenvolvimento das famílias participantes no estudo, conforme se prevê em estudos de natureza fenomenológica (Fortin, 2009), sendo de realçar que foi também esse o desejo de todos os participantes, preferindo ser entrevistados no contexto onde viviam, principalmente os que não dispunham de meio de transporte.

Depois de contactados telefonicamente pelo respetivo EF e agendada a VD, a investigadora teve então acesso aos participantes, tendo sido necessário estabelecer uma ligação com cada um, transmitindo-lhe interesse e consideração. Estes aspetos são defendidos por Streubert e Carpenter (2013), a fim de obter a confiança dos participantes antes de se sentirem confortáveis para partilharem a informação, pelo que neste processo foi fundamental o esclarecimento sobre o livre consentimento informado, explicando o objetivo do estudo e a importância da contribuição de cada um/a. Esta premissa adquire ainda maior relevância na medida em que a revisão da literatura aponta para a importância do respeito enquanto valor inspirador de confiança para as famílias de etnia cigana, referindo que o profissional de saúde deve procurar cativar a pessoa de etnia cigana do ponto de vista afetivo, mostrando disponibilidade para escutar o que dizem, pensam e sentem (REAPN, 2007).

Numa investigação, é obrigatório o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, assegurando o consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2009). Ao longo de todo o processo de investigação foi respeitada a confidencialidade dos dados, sendo estes exclusivamente usados para os fins da investigação, garantindo o tratamento de toda a informação recolhida de forma rigorosamente confidencial e que os participantes tinham o direito de abandonar o estudo em qualquer fase da investigação. Estes princípios estão de acordo com a norma da DGS n.º 015/2013, atualizada em 2015, relativa ao Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito (DGS, 2015a); também estão em conformidade com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Neste sentido, antes de se proceder à entrevista e à sua gravação em áudio, foi solicitado o respetivo Termo de Consentimento aos sujeitos participantes, construído com base nos documentos previamente mencionados. A continuidade do estudo

foi conduzida preservando os princípios bioéticos da beneficência, autonomia e justiça.

Vale, contudo, realçar que o compromisso e pretensão para garantir o anonimato dos participantes, é possível face ao exterior. Mas enquanto investigadora conhecedora das fontes, tornou-se possível ligá-las às expressões do *corpus* documental, devido ao facto de serem entrevistas individuais num número suficientemente reduzido para serem identificadas pela memória afetiva e visual. Streubert e Carpenter (2013, p. 65) afirmam esta consciencialização de que a “própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível”. Neste caso, face à investigadora e não face à divulgação dos dados recolhidos, que foram anonimizados.

Denote-se que um estudo qualitativo é mais permeável a questões éticas relativamente a um estudo quantitativo. Será ético que o investigador clarifique os seus pensamentos, ideias, suposições ou pressupostos sobre o assunto, bem como vieses pessoais (*idem*, p. 27), pelo que no 2.º capítulo, aquando da contextualização do estudo, foram referidos pensamentos e ideias da investigadora. Neste sentido, a investigadora assume que partiu para este estudo com pressupostos de que estas famílias seriam, na sua maioria, alargadas, com dificuldades económicas e sanitárias, vítimas de receio e discriminação, com potencial impacto negativo sobre a sua saúde familiar e que os EF podem ainda não ter explorado as expectativas destas famílias para conhecerem as suas necessidades de forma metódica e sistematizada baseada em investigação. A imperatividade ética conduziu a identificar esta consciencialização da posição da investigadora *a priori*, alertada para as crenças pessoais, procurando evitar potenciais julgamentos baseados nessas crenças e assim produzir efetivo conhecimento empírico, sustentador de uma prática profissional específica.

Sublinhe-se que a seleção dos participantes para este estudo qualitativo também obedeceu a aspetos éticos, tal como refere Robley “uma base ética de seleção implicará atenção à inclusão das vozes que necessitam de ser ouvidas: mulheres, minorias, crianças, analfabetos e os que têm estatuto pessoal ou profissional mais baixos. A responsabilidade social exige atenção à diversidade” (*as cited in* Streubert e Carpenter, 2013, p. 66). Este estudo incluiu a voz de todos estes atores sociais, exceto das crianças. Wright e Leahey (2009) incentivam os enfermeiros a estarem atentos a estes aspetos na prática de enfermagem de família. Em boa verdade, o investigador não deve esquecer a sua responsabilidade social (Costa *et al.*, 2015).

2.6. Procedimentos de análise dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas do formato áudio para o programa Microsoft Office® formato Word®, com o intuito de diminuir a perda de informação, preservando os momentos de pausas, risos, bem como as anotações dos acenos de cabeça ou encolhimento de ombros, enquanto lingua-

gem não verbal significativa. As entrevistas foram codificadas com a letra *E* de entrevista seguida de um número, do 1 ao 16. Assim a entrevista E1 corresponde à entrevista número 1, garantindo a confidencialidade dos participantes. As narrativas foram revistas com a finalidade de assegurar o anonimato dos serviços e/ou profissionais de saúde que pudessem ter sido mencionados pelos entrevistados.

A análise dos dados qualitativos foi realizada através da análise de conteúdo, por ser a mais adequada para estudar opiniões, valores e motivações, tendo subjacente as perspectivas de Amado (2014) e Streubert e Carpenter (2013). A análise de conteúdo fornece informações complementares de uma mensagem ao leitor crítico que deseja distanciar-se da sua leitura “aderente”, visando aprofundar o conhecimento do texto sobre o qual se debruça o seu estudo através da organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações e as inferências (Bardin, 2018). As leituras inicialmente “flutuantes”, ou seja, em que o investigador hesita entre muitas possibilidades, mas seleciona em função do quadro de referência, tornam-se cada vez mais seguras, minuciosas e decisivas (Amado, 2014).

Este processo de análise de conteúdo assentou num movimento de vai-vém, que se construiu essencialmente do empírico para o teórico, num raciocínio mais indutivo, elaborando a maioria das categorias *a posteriori* a partir da leitura do *corpus* documental. Procurou-se codificar o *corpus* documental considerando a exaustividade; exclusividade; homogeneidade; pertinência; objetividade e produtividade das categorias, através das leituras sucessivas (Costa & Amado, 2018; Amado, 2014). Estas leituras permitiram a diferenciação vertical através do recorte de unidades de significação, nas respostas a cada pergunta, documento a documento, no sentido de serem reagrupadas num sistema de categorias de conteúdo semelhante que traduzissem as ideias-chave (Amado, 2014). Deste modo, durante o processo de codificação, foram selecionados recortes correspondendo a unidades de significação posteriormente agrupadas em diferentes subcategorias, pertencentes às categorias organizadas pelos temas fundamentais. Neste processo, os dados foram confrontados sistematicamente até alcançar uma matriz categorial satisfatória, para responder aos objetivos do estudo, recorrendo a investigadora a juízes especialistas, nas pessoas da orientadora e coorientadora, que procederam à validação das categorias apuradas, conforme preconizado por Amado (2014).

As entrevistas foram codificadas com recurso ao webQDA (*web Qualitative Data Analysis*), enquanto *software* destinado à investigação qualitativa que permite codificar e questionar os dados com o objetivo de responder às questões de investigação (Amado, 2014; Souza, Costa, & Moreira, 2014; Costa *et al.*, 2016).

Constituíram-se os Códigos Árvore (Souza, Costa, & Moreira, 2014), isto é, a codificação em árvore cujos “ramos” incluem os temas, categorias e subcategorias de acordo com a taxonomia adotada por Streubert e Carpenter (2013) e

Amado (2014). As descrições dos conceitos adotados, enquanto códigos referentes aos temas, categorias e subcategorias, encontram-se definidas no item “Detalhes” do webQDA, associando cada definição de conceito ao respetivo código para as diversas unidades de recorte do *corpus* documental. O *software* possibilitou, assim, a indexação dos ficheiros das entrevistas, visando a seleção de partes do texto para respetiva codificação coerente com os objetivos previamente delineados (Costa & Amado, 2018), sendo identificadas as unidades de recorte com respetiva fonte, conforme anteriormente enunciado (E1; E2; etc.) ao longo do subcapítulo da apresentação das evidências a fim de as fundamentar nas descrições dos participantes.

Toda esta descrição pretende contribuir para a explicitação e rigor na concretização deste estudo, sendo que a “finalidade do rigor na investigação qualitativa é representar rigorosamente as experiências dos participantes” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 49), na tentativa de evidenciar a confiabilidade deste estudo “de modo a que outro investigador possa seguir o mesmo percurso” (*idem*, p. 50). Procurou-se, assim, no decurso deste estudo, conferir-lhe credibilidade (Streubert e Carpenter, 2013), tendo verificado que os achados refletiam a visão dos participantes. Para tal, ainda que não tivesse sido possível aceder a todos os participantes entrevistados devido a restrições relacionadas com a pandemia por Covid-19, as evidências do estudo foram apresentadas ao mediador cultural de etnia cigana (mantendo a confidencialidade das fontes). Recorreu-se ao mediador cultural sustentando-nos no facto de que o mediador cultural é conhecedor das situações e preocupações das comunidades ciganas e reconhecido pela Lei n.º 105/2001 de 31 de agosto que estabelece o estatuto legal do mediador sociocultural, tornando-se um representante das vozes das famílias de etnia cigana das diversas comunidades da sua região. Este mediador também foi um dos participantes desta investigação, estando mais contextualizado com o próprio estudo. Este mediador cultural de etnia cigana reconheceu todas as evidências do presente estudo como verdadeiras e tradutoras da realidade das famílias de etnia cigana pertencentes à USF. Neste sentido, este processo de triangulação contribuiu para a fiabilidade e credibilidade dos dados.

Relativamente à transferibilidade dos achados, que implica a probabilidade de estes terem significado para contextos semelhantes, convém ressaltar que, no âmbito da investigação qualitativa, a determinação das evidências serem transferíveis será dos potenciais utilizadores dessas evidências e não do investigador (Streubert e Carpenter, 2013). Assim, procurando conferir confiabilidade aos achados desta investigação através do que foi referido anteriormente, não se pode deixar de mencionar que o caráter qualitativo desta investigação deixa de parte uma perspetiva positivista, sendo passível de outras interpretações, pois o investigador torna-se instrumento na procura do conhecimento, tendo sempre inerentes as suas características individuais (*idem*).

A técnica de análise de conteúdo assumiu-se como fundamental na compreensão da temática em estudo, sendo que, ao tratar dados empíricos que refle-

tem as vivências e necessidades das pessoas, é também produtora de resultados sensíveis ao cuidar em enfermagem, traduzindo-se em excelência no exercício da profissão, pois procurar-se-á adequar os cuidados à luz da interpretação dos dados analisados.

3. APRESENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

Neste capítulo são apresentadas as evidências obtidas no presente estudo. Inicialmente serão descritas as características sociodemográficas dos participantes. Posteriormente, serão apresentados os achados decorrentes da codificação do corpus documental, através da análise de conteúdo, com recurso ao webQDA.

3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica e à notação social, segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar, referentes a cada participante, encontram-se expressos no Apêndice I.

A maioria das famílias entrevistadas tinham o mesmo EF há 9 anos (62,4%), sendo que todas tinham interação com o EF entre 7 e 10 anos, o que facilitou o conhecimento mútuo e a aceitação de participação neste estudo.

Dos representantes de cada família que foram entrevistados, a maioria era do sexo masculino (68,8%), com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, correspondendo a uma média de idades de 39 anos.

A faixa etária com maior representatividade foi a dos 20 aos 29 anos, correspondendo a 37,5% dos participantes, sendo que a maioria dos elementos da amostra (62,5%) foi constituída por indivíduos entre os 20 e os 39 anos.

Constatou-se que todos os elementos tinham idade inferior a 65 anos, o que, na comunidade estudada, evidencia uma esperança média de vida inferior à esperança média de vida da população portuguesa maioritária.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos entrevistados encontrava-se casada pela Lei Cigana (62,4%), quanto à tipologia de família apenas 6,3% correspondia a uma família alargada, tendo 93,7% dos participantes famílias nucleares. Considerando o número de elementos do agregado familiar, 50% dos mesmos era composto por 5 elementos (casal e três filhos). Estes dados, referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo (n=16)

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
20 a 29	6 (37,5)
30 a 39	4 (25,0)
40 a 49	2 (12,5)
50 a 59	2 (12,5)
60 a 64	2 (12,5)
Sexo	
Masculino	11 (68,8)
Feminino	5 (31,2)
Estado Civil	
Casado	5 (31,3)
Viúvo	1 (6,3)
União de facto	10 (62,4)
Agregado familiar (n.º elementos)	
2	2 (12,4)
3	3 (18,8)
4	3 (18,8)
5	8 (50,0)
Tipo de família	
Alargada	1 (6,3)
Nuclear	15 (93,7)
CSIGraffar	
Classe IV	8 (50,0)
Classe V	8 (50,0)
Situação Profissional	
Empregado	2 (12,5)
Desempregado	14 (87,5)
Fonte de rendimento	
Salário Mínimo	2 (12,5)
A receber RSI	14 (87,5)
Família pertencente ao mesmo EF (anos)	
7	1 (6,3)
9	10 (62,4)
10	5 (31,3)

No que se refere à profissão, a maioria encontrava-se desempregada (87,5%), sendo o RSI a origem do seu rendimento familiar. Apenas 12,5% dos entrevistados tinha emprego, recebendo o salário mínimo, correspondendo a operário fabril e a mediador cultural; a maioria dos entrevistados referiu que o cônjuge também estava desempregado.

Conforme se pode observar pelos resultados obtidos através da Escala de Graffar (Tabela 3), a generalidade das famílias reside num bairro social (75%), sendo de salientar que 25% das famílias residia ainda num bairro de lata. Do total de famílias incluídas neste estudo, a maioria residia numa habitação de Grau III

(56,3%), sendo que 18,7% residia numa habitação de Grau V, denunciando a precariedade habitacional das famílias de etnia cigana.

No que respeita às habilitações literárias, realça-se que as mulheres que se encontravam na faixa etária dos 60 aos 64 anos eram analfabetas, correspondendo a 12,5% do total de participantes e, das que possuíam algum nível de instrução, nenhuma possuía grau superior ao 4.º ano. Uma grande parte dos entrevistados detinha apenas o 4.º ano de escolaridade (43,7%), constatando-se que apenas 1 (6,3%) possuía habilitações referentes ao 3.º ciclo e que ninguém tinha o ensino secundário. Ao considerar o nível de instrução de todos os participantes, verificou-se que 81,3% se situava no Grau IV da Escala de Graffar, não tendo, por isso, ido além do 2.º ciclo.

De acordo com a Escala, metade (50%) das famílias dos entrevistados pertencia à Classe Baixa e a outra metade (50%) à Classe Média Baixa.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=16)

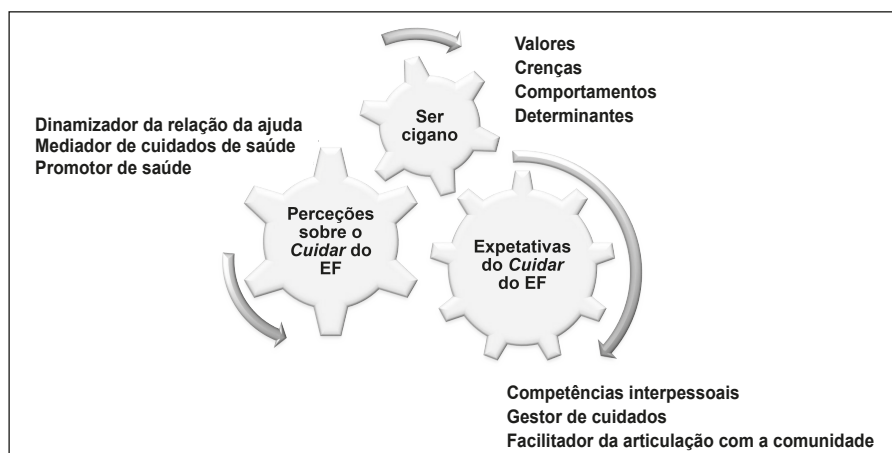
Variáveis	n (%)
Graffar – Profissão	
1.º Grau	0 (0,0)
2.º Grau	0 (0,0)
3.º Grau	0 (0,0)
4.º Grau	0 (0,0)
5.º Grau	2 (12,5)
Não aplicável	14 (87,5)
Graffar – Nível de instrução	
1.º Grau	0 (0,0)
2.º Grau	0 (0,0)
3.º Grau	1 (6,3)
4.º Grau	13 (81,3)
5.º Grau	2 (12,4)
Graffar – Rendimento familiar	
1.º Grau	0 (0,0)
2.º Grau	0 (0,0)
3.º Grau	0 (0,0)
4.º Grau	2 (12,5)
5.º Grau	14 (87,5)
Graffar – Aspeto local de residência	
1.º Grau	0 (0,0)
2.º Grau	0 (0,0)
3.º Grau	0 (0,0)
4.º Grau	12 (75,0)
5.º Grau	4 (25,0)
Graffar – Tipo de habitação (conforto)	
1.º Grau	0 (0,0)
2.º Grau	0 (0,0)
3.º Grau	9 (56,3)
4.º Grau	4 (25,0)
5.º Grau	3 (18,7)

3.2. Os temas em estudo: Ser Cigano; Percepções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família e Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família

No decurso das entrevistas, os participantes manifestaram a sua opinião contextualizando as suas percepções e expetativas relativas ao Cuidar do EF, enquanto pertencentes a famílias de etnia cigana, tendo emergido os temas: **Ser Cigano**, **Percepções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família** e **Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família**. Neste sentido, ao procurar explorar as expetativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do EF, perseguiu-se um conhecimento baseado na dinâmica destes três temas que se influenciam mutuamente. Esta linha de pensamento traduz-se numa abordagem Transcultural do Cuidar, preconizada por Leininger (2001b), por se ter considerado a abordagem mais adequada, tendo em vista o estado da arte alcançado pela revisão da literatura, bem como os objetivos delineados para este estudo. Leininger (*idem*) conceptualiza que a função do enfermeiro é prestar um cuidado de enfermagem terapêutico, tendo conhecimento dos valores culturais, crenças e práticas dos alvos de cuidados.

Pelo reconhecimento da influência mútua e dinâmica de cada tema deste estudo e visando “proporcionar um cuidado de Enfermagem culturalmente sensível, congruente com os fatores que influenciam a saúde/bem-estar” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 11), os temas e respetivas categorias são representados numa esquematização relacional (Figura 5), pois “num estudo fenomenológico, o investigador relacionará os temas uns com os outros para desenvolver uma descrição exaustiva da experiência investigada” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 48).

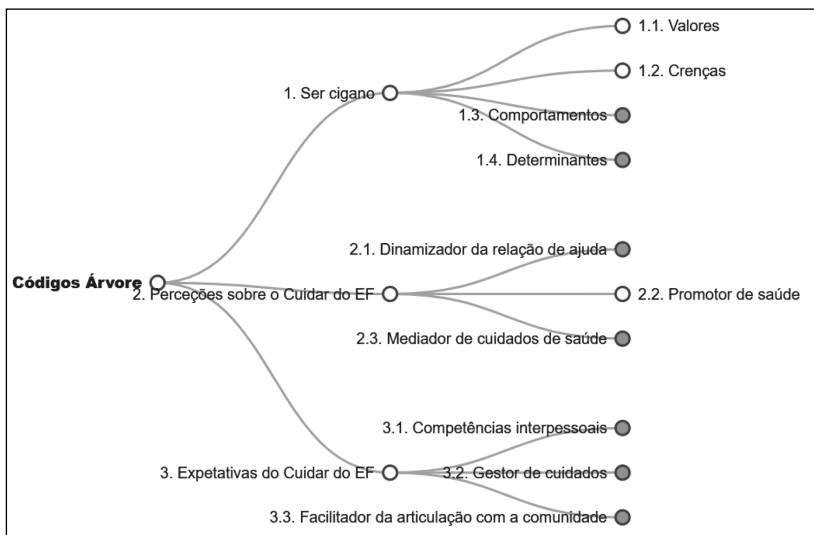
Figura 4 - Esquematização dos Temas e Categorias emergentes



O Mapa de códigos (Figura 5) gerado e exportado a partir do webQDA, considerando a codificação proposta, apresenta os temas **Ser Cigano**, **Percepções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família** e **Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família** e respetivas categorias, sendo apresentados apenas alguns recortes do total

das unidades de significação, enquanto descrições empíricas para a fundamentação dos achados. Ressalva para a necessidade de se terem colocado números nos códigos, uma vez que o webQDA possui ainda a lacuna de organizar os códigos propostos pelo investigador de acordo com a ordem alfabética e não consoante a lógica do discurso que se pretende encadeado e conforme preconizado por Amado (2014).

Figura 5 - Mapa de Códigos



3.2.1. Ser Cigano

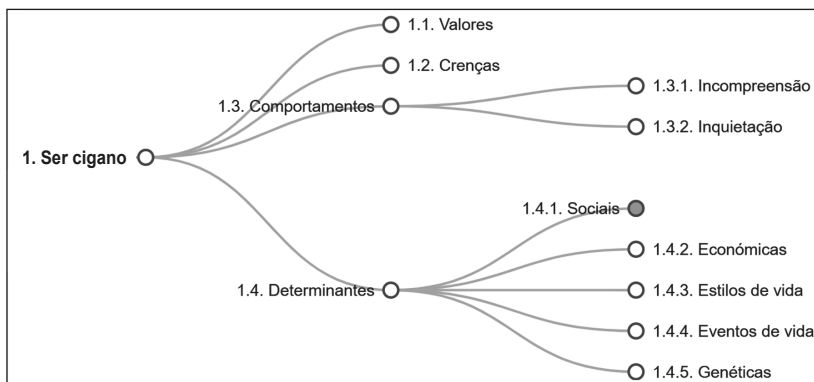
A partir da análise das narrativas, verificaram-se várias expressões relativas ao tema **Ser Cigano** nas quais basearam as suas perceções e expetativas relativas ao cuidar do EF. Neste sentido, os participantes remeteram para os valores; crenças; comportamentos e determinantes de **Ser Cigano** (Figura 7), tendo estes conceitos emergido e permitido uma compreensão holística das suas perceções e expetativas relativas ao Cuidar do EF.

Os **Valores** referem-se aos princípios morais passíveis de orientar a ação humana, neste caso em particular, no modo de ser e estar na vida, enquanto cigano. Pertencer a uma família de etnia cigana é reconhecer os seus valores e orientar a sua vida de acordo com eles, tendo sido referido o respeito pelos mais velhos para resolver os problemas, recorrendo até a um julgamento entre ciganos. Houve ainda referência à submissão da mulher relativamente ao homem, em matéria de dinâmica conjugal.

Para os ciganos a mulher não se pode portar mal, não se pode meter com outro, mas os homens já sim, para os homens é normal, para muitos não. (E3)

(...) temos o julgamento entre velhos... há uma imoralidade, uma mulher ou um homem que se porta mal, os velhos vão aconselhar, se ele não aceita é excluído da família. (E2)

Figura 6 - Tema Ser Cigano e respetivas Categorias e Subcategorias



As **Crenças** emergiram considerando as opiniões adotadas com fé e convicção, intrínsecas a ser cigano e intimamente relacionadas com os valores. As crenças envolvem aquelas que são as suas conceções sobre a saúde e a forma mais célere de a preservar, razão pela qual em situação de doença alguns entrevistados recorrem, em primeiro lugar, à farmácia ou ao hospital na expectativa de alcançar uma rápida cura. Reconheceram que pode estar relacionado com a sua falta de conhecimento, considerando correr risco de vida e que o hospital estará mais preparado para os salvar. Esta falta de conhecimento pode ainda estar na base de insucessos terapêuticos, subsistindo, ainda, famílias que encaram a saúde sem valorizar a sua prevenção. Referem também a religião Evangélica como o culto praticado pelas famílias de etnia cigana, que tem auxiliado alguns ciganos a abandonar as dependências.

Não tenho problemas, o meu filho está com febre, a gente vai ao hospital e tira as dúvidas lá. (E11)

Eu, por exemplo, vou à farmácia e peço, para a gripe, ou assim, há muitos que não, que correm logo ao centro de saúde. (Pausa) (E8)

Por exemplo, quando o meu pai tinha diabetes, a precisar de insulina, o meu pai tinha muito medo de levar a insulina... (pausa) e diz que era pior... (E11)

Eu antes bebia, depois tornei-me pastor, agora não toco em álcool, um bom evangélico não bebe. (E4)

No decorrer das suas narrativas os participantes caracterizaram a sua própria resposta comportamental, bem como a de outros elementos da sua etnia, em resposta a determinadas situações e/ou conjunto de estímulos, construindo a categoria **Comportamentos**, na qual se destacaram a **Incompreensão** e a **Inquietação** das famílias de etnia cigana.

Foram diversas as incompreensões descritas, em resultado da incapacidade manifesta para a interpretação de diversas situações com as quais se deparavam no seu quotidiano, revelando dificuldades em perceber o que é dito e em fazer-se

entender. Relacionaram essas dificuldades com o seu baixo nível de escolaridade e dificuldade de percepção linguística. Têm sentido também *Incompreensão* em alguns aspetos do seu modo de viver, exemplificando com o facto de algumas vezes sentirem necessidade de se fazerem acompanhar por alguém mais velho. No entanto, têm sentido que os profissionais não compreendem esta sua necessidade. As incompreensões podem ser de tal ordem que tenham impacto na compreensão e consequente adesão ao regime terapêutico.

Às vezes quando o enfermeiro de família está a explicar para prevenir contra as doenças ou infeções, às vezes a família pode ter menos estudos, pode compreender menos aquilo que o enfermeiro está a dizer. (E15)

(...) às vezes o cigano não consegue interpretar a língua portuguesa mesmo, não é?

(...) Eu vejo que às vezes as pessoas não entendem, deixam às vezes os medicamentos lá por não entender as coisas. (E11)

Na nossa tradição em que as pessoas mais velhas são muito respeitadas e eu penso que quando alguém tem necessidade tem de ir ao centro de saúde, alguns não entendem... os ciganos... (E4)

Relativamente à *Inquietação*, as famílias de etnia cigana consideraram-se muito preocupadas, principalmente quando desconhecem a resolução do problema, levando-as a ficarem nervosas e até “explosivas”. Em algumas situações, para manifestarem as suas preocupações, toda a família acorre em sinal de apoio, mostrando uma inquietação geral, originando discussões com os profissionais de saúde.

(...) o cigano é muito nervoso, muito explosivo... (...) vai para o centro de saúde e vai a família e não sei quê e há um sarrabulho (...) o cigano é muito preocupado (...) (E4)

(...) comecei a mandar vir, comecei a mandar vir e disse palavrões, palavrões não muito feios, não é? Têm que atender o meu neto como deve ser porque aquilo não era vida, alguma coisa tinha que ter na perna (...) (E2)

Durante as narrativas constataram-se expressões que aludiam a várias situações da vida da família cigana, causadas ou motivadas por aspetos distintos com impacto na vida e saúde familiares, sobressaindo a categoria **Determinantes**. Nesta categoria foram identificadas cinco subcategorias que evidenciam o seu impacto em diversas áreas do ciclo vital das famílias de etnia cigana: *Sociais; Económicas; Estilos de vida; Eventos de vida; Genéticas*.

As narrativas alusivas à subcategoria de determinantes Sociais estão relacionadas com a organização e satisfação das necessidades destas famílias na sociedade, salientando quer a Discriminação étnico-racial, quer a Integração das suas famílias e os seus Recursos.

Alguns participantes consideraram a influência do passado histórico da sua etnia na sociedade atual, sentindo Discriminação em diversas vivências da sua vida quotidiana, como são exemplo a obtenção do emprego e na sociedade em geral.

A... as redes sociais somos muito discriminados. "Morte aos ciganos!" (E3)

Dizem que é por causa da escolaridade, mas não. É mais por racismo! Em xxxxxx há muito racismo! (...) nós queremos nos entregar à sociedade e muitos... não... olhe, por exemplo, como no trabalho que nós vamos pedir, eles não dão trabalho... falam mal. (E12)

Relativamente à sua Integração na sociedade, destacaram que existem famílias de etnia cigana melhor integradas do que outras, sendo, na perspectiva dos participantes, as melhor integradas aquelas que compreendem a importância da escola e dos cuidados de saúde nas suas vidas.

A diferença é que por exemplo... estão mais integrados ou percebem bem a importância da escola, outros não, outros não, não é? (E15)

(...) agora há uns, nem todos, alguns ciganos estão, como é que hei de explicar... estão integrados na sociedade... Agora há outros que não, há outros que estão um bocadinho ainda mais atrasados, está-me a entender? Atrasados em questão... estão mais atrasados há vinte anos atrás, está-me a entender? Uns estão assim, outros não! (E16)

Para ultrapassarem as suas dificuldades, as famílias de etnia cigana contam com alguns Recursos, como o familiar (rede primária) e a comunidade (rede secundária), numa perspectiva de suportes para o seu bem-estar individual e familiar, aludindo ao apoio da sua família nuclear e alargada. As famílias de etnia cigana são solidárias umas com as outras, referindo que chegam a fazer ajuntamentos quando alguém está internado num hospital devido à preocupação que lhes assiste. Também quando os pais envelhecem e necessitam de apoio, os filhos costumam estar atentos, disponibilizando-se a ajudar, descobrindo muitas vezes, estas famílias por si, as suas fraquezas e as suas forças, respondendo com a entajada. O mediador cultural de etnia cigana tem sido também um recurso para estas famílias enquanto elemento dialogante com os profissionais de saúde, com o objetivo de ser um facilitador do processo. A maioria destas famílias vivia em situação de desemprego, recorrendo ao RSI, recebendo, por um lado, o apoio financeiro, mas, por outro, tendo de cumprir as condições do contrato, nomeadamente com todas as solicitações que lhe forem feitas no âmbito da saúde.

(...) eu já vi 40, 50, 60 pessoas numa porta de um hospital a chover (...) (E1)

(...) há pessoas... no meio está um, são mediadores, mediadores, não são registados e diz "aí vocês têm que ir ao centro de saúde porque a... porque senão acontece isto e aquilo e o outro". (E1)

(...) se nos os chama é porque o RSI assim o quer. (E1)

No que se refere à subcategoria *Económicas*, queixaram-se das suas dificuldades de aquisição de bens e serviços, do desemprego e desse impacto na sua vida em sociedade e na manutenção da sua saúde individual e familiar, seja para

se deslocarem à unidade de saúde ou para comprarem medicamentos. Aludiram ainda às suas condições habitacionais, com caráter precário para alojar todos os elementos do agregado familiar e sem condições de privacidade.

(...) por exemplo, eu não tenho carro. Eu para ir ao centro de saúde com essa chuva como é que fazia? (pausa) perdia uma consulta que são dois ou três meses. (E1)
Tenho é o rapaz e a rapariga a dormirem juntos e ele dorme no colchão, no chão que só tenho uma cama (...) (E14)

Na etnia cigana há muitas famílias, vivem em condições precárias (...) (E15)
Não temos remédios, não temos isto, não temos aquilo, não é? (E9)

A subcategoria *Estilos de vida* sobressaiu a partir de descrições sobre o modo de viver das famílias ciganas, as quais se caracterizaram como desleixadas em relação à manutenção da saúde e prevenção das doenças, nomeadamente no que se refere à alimentação e ao exercício físico, tendo reconhecido que existem famílias mais cuidadosas do que outras, mais preocupadas com escola, vacinação e consultas. Sublinharam que cada comunidade tem um modo de viver, sendo que as famílias que compõem essa comunidade adotaram um determinado estilo de vida.

Os ciganos têm uma maneira, não é? Uma cultura, uma vida diferente, um bocadinho mais deixados não é, na vida assim de ir ao médico, um bocadinho mais desleixados. (E8)

A... por exemplo, já uns têm mais cuidado em termos de se preocupar que os filhos vão à escola, outros já não. Alguns, por exemplo, também têm mais cuidado com a higiene, outros não, a... ir ao médico, vacinas, tudo isso. Agora outros não têm essa noção. (E15)

Vamos pôr assim: o branco vai muito à ginástica para prevenir a saúde, não é? Mas nós não, para não ter problemas, mas nós “Ah, está bem!” (encolheu os ombros mimetizando não querer saber). (E11)

Relativamente aos *Eventos de vida*, os entrevistados relataram determinados acontecimentos e experiências durante o seu ciclo vital familiar, nomeadamente os relativos às transições familiares relacionadas com o processo saúde/doença.

(...) eu desmaiei, fui para o hospital, tinha tensão muito alta, tinha vinte e um, daí começou a me tratar a tensão. (E9)

Eu estudei até ao quarto ano bem. Depois fui para o 5.º, no 5.º as más companhias estragaram-me muito e eu deixei de ter interesse por estudar e tudo. (E10)

Cortaram um dedo no pé, foi um calçado fez-me aqui um arranhão, mal se via e cresceu aquilo, cortaram-me o dedo. (E7)

Foram descritas situações de base genética com impacto na saúde individual e familiar, tendo sido agrupadas as unidades de significação na subcategoria *Genéticas*, conceito relativo aos fatores que determinam o aparecimento de fenómenos específicos relacionados com a genética. Ao descreverem alguns problemas

de saúde, os entrevistados reconheceram que estes surgem mais frequentemente em filhos provenientes de relações conjugais com um certo grau de consanguinidade. Os problemas acabam por ser transversais a quase toda a família, começando os entrevistados a ficarem atentos ao impacto dos casamentos entre familiares na saúde das gerações futuras. A maioria dos problemas de saúde descritos relacionou-se com o sistema cardiovascular.

Espere aí, um, dois, por cima três, quatro, cinco irmãs e tudo, para aí uns cinco ou seis pessoas, já leva o CDI. Chamada pilha no coração, neste caso mais avançado que é um Pacemaker (...) Então a... eles provam que... e provam que eu venho é genético, já se descobriu, várias... muitas pessoas chegadas, irmãos, irmãs (...) (E1) (...) casar com família que não é bom, principalmente por causa das doenças, mas mesmo assim, depois os primos sabem o problema, mas se casam. (E1)

O meu filho, ele tinha, é do coração, é o mesmo problema dos familiares. (E13)

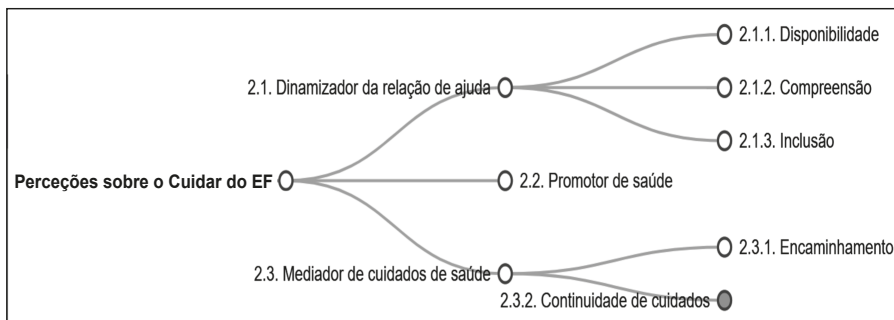
Após este conhecimento do que é Ser Cigano, reconhecendo os valores, as crenças, os comportamentos e as determinantes das famílias de etnia cigana, pudemos compreender de forma mais adequada os temas: Perceções sobre o Cuidar do EF e Expetativas do Cuidar do EF.

Na perspetiva da teoria holística de Leininger, os enfermeiros precisam de considerar dimensões como: fatores de enquadramento social; visão do mundo; estado biofísico; crenças e valores culturais; contexto ambiental; expressões da linguagem e orientação religiosa ou espiritual (Leininger, 2001b).

3.2.2. Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família

Considerando o tema **Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família**, ao descreverem os significados relativos ao seu EF, reportaram-se a este profissional de saúde como **Dinamizador da Relação de ajuda**, **Promotor de saúde** e **Mediador de cuidados de saúde**, cujas unidades de significação foram codificadas nestas categorias, bem como as respetivas subcategorias (Figura 7).

Figura 7 - Tema Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família e respetivas Categorias e Subcategorias



As unidades de significação relativas ao EF enquanto **Dinamizador da relação de ajuda** foram agrupadas nas subcategorias *Disponibilidade, Compreensão e Inclusão*.

Os participantes descreveram a *Disponibilidade* com que eram abordados pelo EF para responder às suas necessidades de saúde individuais e familiares, exemplificando com a resolução de problemas em situação de transição saúde/doença, referindo que, sempre que necessitaram do EF, este mostrou-se disponível, atendendo-os sempre.

(...) enfermeiras sempre, sempre atendem (...) (E4)

Sempre que eu precisei delas, fui sempre bem recebido, vou lá e elas vêm cá, quando tinha ferida, às vezes vinham aqui fazer um curativo (...) vieram cá de propósito, a [EF X], ela tocou na porta, ela já conhece a minha casa, entrou e deu-me a vacina. (E7)

Ao perceberem a *Compreensão* por parte do EF ao Cuidar das suas famílias, reportaram-se ao facto de terem o mesmo EF há vários anos, sentindo que este conhece bem as suas características, respetivos hábitos individuais e familiares, cujo tempo de relação terapêutica já permitiu a partilha de histórias e de eventos de vida decorrentes do seu ciclo vital familiar.

A enfermeira que está atualmente já nos conhece, que antes quando mudavam e nós íamos lá e já não era a mesma e a pessoa fica assim, não nos conhecia, não sabia o nosso nome, pronto. E agora como já temos uma enfermeira já algum tempo e então notamos a diferença, não é? Para melhor, claro (...) (E4)

Já nos conhece há muitos anos, acho que já sabe os nossos hábitos, conhece os nossos hábitos (...) (E5)

Enquanto **Dinamizador da relação de ajuda**, o EF tem tido uma atitude de *Inclusão* com as famílias de etnia cigana, as quais percebem o EF como um profissional que cuida das suas famílias sem as discriminar pela sua etnia. Estas famílias sentem orgulho na sua etnia e quem as respeita merece o seu reconhecimento, valorizando o Cuidar inclusivo do EF, que não as distingue no sentido pejorativo de outras etnias, sentindo-se também respeitadas no seu modo de viver, ainda que por vezes vivenciem situações de exclusão na sociedade.

Está tudo bem, não há racismo (risos), não há nada, ela é impecável. (E6)

Às vezes quando vou lá a enfermeira X fala comigo como uma pessoa normal. Não vê assim “Ah! Está aqui a cigana!” Não! (E15)

Diversas expressões reportaram-se ao Cuidar do EF, enquanto **Promotor de saúde**, na medida em que procura capacitar a pessoa e as famílias em diversas áreas, explicando diversas situações e esclarecendo dúvidas. Exemplificaram com situações de adaptação à gravidez; ao papel parental e ao papel do prestador de cuidados (o EF

explicou à esposa como cuidar da ferida do seu marido que era dependente). Percecionaram as explicações do EF como fundamentais para desenvolverem conhecimento e comportamentos de adesão nos cuidados à ferida, visando a capacitação para a recuperação e manutenção da saúde individual e familiar. O EF tem procurado explicar e envolver a família nos cuidados, escrevendo por vezes num papel para evitar que esqueçam, enquanto recurso estratégico. Também presencialmente ou por telefone, o EF tem cuidado destas famílias aconselhando-as, tendo exemplificado com diversos conselhos de ensinamentos dirigidos às suas necessidades, sobre diversas áreas, como a alimentação equilibrada, cuidados de higiene, vestuário e calçado adequado.

(...) depois para o fim ela explicava para não ir lá tanto tempo, ela explicava à minha mulher e ela fazia tudo o que a enfermeira explicava, ela [a esposa] fazia tudo, foi a ver estava curado e elas todas contentes! (E7)

(...) a... cada vez que eu telefono para lá me dá uns conselhos da maneira que eu tenho que fazer, o que não tenho que fazer. (...) Da alimentação por causa do bebé, a gente, ela aconselha a dar os alimentos, por exemplo, os melhores... nada de comeres muito sal, muitos açúcares, muitas coisas assim que traga colesterol, essas coisas assim. (E14)

Ela sempre fala como, como se deve educar a... na questão das birras, até, até, até isso ela já aconselhou, na questão de comer, como se deve vestir, na questão de vestir muita roupa ou pouca roupa, essas coisas, o necessário. (E10)

Nas narrativas houve ainda alusão a diversas situações, em que o EF, enquanto **Mediador de cuidados de saúde**, proporcionou o devido *Encaminhamento* para outros profissionais, contribuindo para o bem-estar da saúde familiar, tendo as famílias de etnia cigana valorizado este Cuidar do EF.

Uma vez precisava de consulta com a médica e não havia, então fui falar com a enfermeira [nome da enfermeira] e ela foi lá, viu-me e resolveu a coisa e disse “Marcas consulta que é para a doutora receitar-te um medicamento”. (E15)

“Primeiro não. Primeiro resolvem isto, tem que trazer aqui uns papéis da escola da psicóloga e depois é que marca consulta” (...) a enfermeira é que disse, é que deu a ideia para pedirmos primeiro relatório e quando tivermos o relatório depois marcar. (E11)

Relativamente à *Continuidade de cuidados*, a maioria dos entrevistados descreveu um sentimento de Satisfação que tem reconhecido o Cuidar do EF como um recurso de saúde individual e familiar, que lhes tem prestado apoio ao longo do seu ciclo vital familiar nas suas transições familiares.

Tudo o que a gente precisa, seja o que for, por exemplo, a... sei lá, uma situação qualquer, a gente vamos, por exemplo, apareceu umas borbulhas, por exemplo, nos nossos filhos, vamos lá e falamos com a enfermeira (...). (E4)

(...) cada vez que eu preciso dela eu ligo, alguma opinião, uma ajuda, eu ligo para lá, eu tento falar com a enfermeira (...). (E14)

Poucos participantes (2) têm percebido o Cuidar do seu EF com Insatisfação, perante um cuidado que tem sido insuficiente em algumas situações dos seus processos saúde/doença e ao longo do ciclo vital familiar. Revelaram a falta de apoio do EF, sentindo que não se preocupava com as suas famílias, não parecendo haver momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados.

Não, eu é que tenho de fazer (pausa). (...) Ela nunca explicou (...) Nunca tive apoio até hoje (...) nunca perguntou “Oh [nome da entrevistada], precisa de alguma coisa?” Não, nunca, não. (E9)

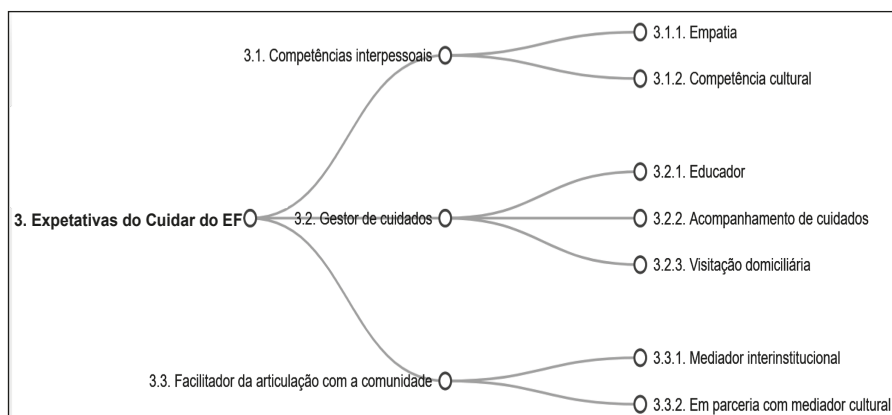
Elas não querem saber de nada, se preocupam por nós? (...) Só o pezinho, fizeram e foram-se embora. (...) Elas não explicam nada, elas só querem que esteja a... Como se chamam... as consultas em dia e as vacinas em dia, mais nada. Elas não dizem mais nada. (E13)

A forma como têm percebido o Cuidar do EF em relação às suas famílias, os significados que lhe atribuem estão intimamente ligados ao que esperam dos cuidados por ele prestados, pelo que importa conhecer as expectativas das famílias relativas a este Cuidar.

3.2.3. Expectativas do Cuidar do Enfermeiro de Família

No que respeita ao tema **Expectativas do Cuidar do Enfermeiro de Família**, as famílias de etnia cigana esperavam como **Competências interpessoais** do EF que seja **Gestor de cuidados** (dirigidos à pessoa e à família) e **Facilitador da articulação com a comunidade**, cujas unidades de significação foram codificadas nestas três categorias, bem como as respetivas subcategorias (Figura 8).

Figura 8 - Tema Expectativas do Cuidar do Enfermeiro de Família e respetivas Categorias e Subcategorias



As famílias de etnia cigana esperam um Cuidar veiculado pelas **Competências interpessoais** do EF, que tenha uma relação de ajuda capaz de estabelecer *Empatia* com as suas famílias e que também demonstre *Competência cultural* aquando da sua prestação de cuidados.

Relativamente à *Empatia*, esta emergiu de unidades de significação que se reportaram ao dever do EF estar atento às particularidades de cada família e a cada elemento no seu núcleo familiar, procurando compreendê-los emocionalmente. Referiram ser fundamental que o EF considere o nível de escolaridade dos diversos elementos que compõem o agregado familiar, evitando uma linguagem tecnicista e observando a expressividade da pessoa, que pode não se sentir esclarecida e, por timidez, menos à vontade para expressar a sua incompreensão. Consideraram que o seu baixo nível de escolaridade tem limitado por um lado a sua compreensão e por outro tem sentido vergonha em manifestar essas dificuldades, esperando, por isso, que o EF esteja também atento à comunicação não-verbal, desvendando sentimentos ocultos, potencialmente inibidores da relação terapêutica, facilitando a comunicação.

(...) basta a enfermeira... explicar o mais simples possível, não é? Assim não muita política, que senão eles não... têm medo. O cigano às vezes pode ter vergonha de dizer que não percebeu. (E11)

Quando é pessoas assim eles também têm que ver, não é? Quando é pessoas assim... um bocadinho mais... vamos pôr assim, mais atrasados, não têm estudos nenhuns, não é? Estar mais atentos. (E11)

Eu não pergunto nada, tenho vergonha. (E13)

Alguns participantes apresentaram expressões reveladoras de expectativas de que o EF possuísse *Competência cultural*, que facilitasse a resolução de determinados problemas com aptidão considerando a cultura destas famílias. Referiram sentir que o EF desconhecia os costumes, as tradições próprias das famílias de etnia cigana, cuidando das suas famílias e simultaneamente descuidando o seu contexto cultural. Pelas suas descrições, o EF deve identificar as crenças e cultura familiar, para compreender o respetivo impacto na saúde e em futuras decisões em diversas situações. Sugeriram que se o EF for conhecedor da sua cultura poderá prestar cuidados mais adequados, pois o *Cuidar* pode ser sentido como menos satisfatório enquanto o novo EF não compreender a cultura das famílias de etnia cigana.

(...) nós temos algumas tradições muito próprias que os enfermeiros não sabem e depois resolvem e tratam consoante o que eles sabem e podem, não é? Eu penso que se soubessem mais da nossa cultura que podiam até ajudar mais. (E4)

Eles têm que se acostumar a isso, à cultura, se vier uma nova já é mais complicado. (E8)

Também é bom conhecer a nossa cultura. (E3)

Relativamente à categoria **Gestor de cuidados** (dirigidos à pessoa e à famí-

lia), foram codificadas expetativas nas subcategorias: *Educador*; *Acompanhamento de cuidados* e *VD*.

Foram evidentes as expetativas de que o EF seja um *Educador*, que oriente as suas famílias; as instrua e as capacite, tendo referido que o EF pode recorrer a diversas estratégias adequando-as em função de cada família em particular. Exemplificaram com o recurso à técnica do desenho; entrega de folhetos a quem saiba ler e que o EF considere oportuno para lembrar os ensinamentos ministrados, devendo recorrer aos filhos (adultos jovens) por poderem saber ler e serem, também, facilitadores no processo terapêutico quando os pais e mães demonstrem teimosia no cumprimento dos ensinamentos. Consideraram que as sessões de educação para a saúde, na comunidade onde residam várias famílias de etnia cigana, poderão contribuir para estas aprenderem em simultâneo, devendo o EF excluir destas sessões as famílias mais fechadas à aprendizagem. Para essas, esperam que o EF desenvolva primeiro um clima de abertura ao ensino para a mudança, criado no espaço privado das consultas de enfermagem, devido à timidez comum nestas famílias no que se refere ao esclarecimento de dúvidas, tendo reforçado que, para educar, o EF deverá explicar com linguagem simples, sem recurso a tecnicismos.

Porque é assim, se nós nas consultas como somos só umas pessoas ficam mais atentas, agora como estão muitos há várias pessoas que ficam desatentos e depois não vão ligar nada! (...) A pessoa às vezes não sabe vai pedir ajuda a uma pessoa mais velha neste caso e se tiver esse folheto ou papel o que for... (E12)

Há certos ciganos que deviam ter esse apoio, que não sabem para que é uma vacina, não sabem o que têm de tomar, não sabem qual é a higiene que devem ter. Há muitos ciganos assim, há pessoas que são fechadas, não entendem o que é isso. (E15)

Tem que explicar de maneira simples, há muita política a falar (...) Ou explicar aos filhos quando é uma pessoa de certa idade, mais teimosa, explicar aos filhos para os filhos estar mais atentos (pausa) (...) às vezes está a fazer um desenho "Olhe é o rim, tem que pôr aqui um jota." Que há certas pessoas que não percebem. (E11)

Considerando as expetativas das famílias de etnia cigana relativamente ao EF ser *Gestor de cuidados*, foi descrita a importância do *Acompanhamento de cuidados*, tendo os participantes alertado para a importância do EF promover o acompanhamento contínuo numa fase inicial de um processo de doença, para verificar se os ensinamentos foram apreendidos e se estão no caminho certo para alcançarem os objetivos propostos. Neste sentido, foi exemplificada a importância do EF avaliar com periodicidade adequada cada situação, se o regime terapêutico, nomeadamente o medicamentoso, terá sido efetivamente compreendido e cumprido. Reportaram-se também ao facto de ainda coexistirem comunidades mais abertas ao diálogo e à aprendizagem e outras fechadas em si mesmas, esperando que o EF intervenha sobre estas, cujo acompanhamento poderá ser ainda mais

pertinente nas famílias itinerantes que forem chegando ao concelho e sejam inscritas na USF.

É preciso mudar mentalidades. Há comunidades diferentes, a mentalidade da comunidade A é diferente da comunidade B. Existem os ciganos da terra e os que continuam a vir para aqui de paraquedas. Vem mais uma família ou duas e tem que se trabalhar com essas famílias. (E15)

Tem que puxar por ele... (risos) Por exemplo, ao fim de uma semana chamá-lo para ver... (...) ao fim de uma semana ou duas fazer uma avaliação a ver como ele está, não é? (Pausa) (E11)

(...) devia haver, depois vir alguém, estar por perto “Como estão as coisas?” explicar. Uma pessoa, acho que tinha trinta e cinco anos, dava uns comprimidos e ele não tomava, chegou a ir duas ou três vezes ao hospital, mas aqui ninguém sabia de nada disso e iam-lhe a dar os comprimidos, ele virava a cara e botava fora. (E11)

Os participantes evidenciaram expectativas que o EF realize VD, a qual se refere à necessidade de assistência de pessoas nos locais onde elas se encontram, tendo emergido este conceito a partir da valorização do cuidar da família de etnia cigana no seu contexto domiciliário. Algumas famílias de etnia cigana não possuíam meio de transporte, dependendo do apoio de outros para se deslocarem à USF, pelo que cuidar destas famílias no seu contexto poderá ser, por vezes, a única forma de garantir a sua acessibilidade aos cuidados de saúde.

Há pessoas que se calhar não conseguem deslocar-se ao posto médico, que não têm carro e acho que aí seria... seria importante ir a casa tratar das feridas, coisas assim. (E15)

Era bom, era bom que quando uma pessoa não tinha carro... (E1)

Relativamente à categoria **Facilitador da articulação com a comunidade**, foram codificadas expectativas nas subcategorias: *Mediador interinstitucional* e *Em parceria com o mediador cultural*, tendo reconhecido o potencial do EF para encadear diferentes elementos com vista ao eficaz funcionamento de um sistema, no caso o sistema familiar no seu contexto biopsicossocial.

Enquanto *Mediador institucional*, foram evidenciadas expectativas de que o EF seja capaz de reconhecer que, algumas vezes, o cumprimento de determinados ensinamentos depende das condições familiares, que podem ser precárias. Sentindo que essas condições têm tido impacto na saúde e bem-estar individual e familiar e vendo no EF um profissional capaz de reconhecer esse impacto, esperam que possa dar voz à situação em que vivem ainda algumas famílias de etnia cigana, junto de entidades que possam resolver as necessidades familiares relacionadas com a saúde e direitos da família.

Que adianta ter um diálogo a enfermeira com as famílias se eles não têm as mínimas condições?! Que é que adianta? Não adianta! É necessário haver uma intervenção de uma entidade que também possa resolver essa área. (E15)

Derivado às condições precárias, causa doenças, infecções e os enfermeiros podiam trabalhar essa área, porque passar a informação e eles não terem condições para poder ter uma boa saúde para a família, pais, filhos, não é? (E15)

O concelho desta USF tem uma equipa de 3 mediadores culturais, composta por uma assistente social de etnia caucasiana e 2 mediadores de etnia cigana, enquanto pessoas que detêm formação suficiente para servir de intermediários, promovendo o acordo, pelo diálogo, entre partes de culturas diferentes, que podem ou não estar em conflito, em conformidade com o seu estatuto estabelecido em 2001. Foram evidenciadas expetativas que o EF seja **Facilitador da articulação com a comunidade** *Em parceria com o mediador cultural*, referindo a importância do EF dever ser parceiro do mediador de etnia cigana, enquanto elemento conhecedor das características específicas da sua cultura e que possam ter impacto nos padrões de resposta subjacentes às transições desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais.

O trabalho é que algumas famílias, agora existem algumas famílias que não vão, não têm o mesmo cuidado que nós temos, não têm o cuidado de chegar lá e ir ao médico, a... as vacinas, por aí fora. Mas isto é um trabalho que precisa de ser feito, o mediador mais enfermeira. (E15)

É tudo um processo. O mediador tem o trabalho de dizer “Hoje é necessário...”, por exemplo, “ir a um enfermeiro ou ao médico” e aquela família ainda não tem noção e vai-se aos poucos, vai-se partindo pedra (risos). (E15)

A ordem pela qual as evidências da presente investigação foram anteriormente descritas servirá de fio condutor para a discussão das mesmas no próximo subcapítulo.

DISCUSSÃO

Neste subcapítulo serão discutidos os achados anteriormente apresentados, considerando os temas emergentes e respetiva categorização, bem como a confrontação com os achados de outros investigadores, relacionando as evidências desse confronto com referenciais para o cuidar em enfermagem e legislação em vigor.

Dentro da população que cumpria os critérios de inclusão e disponível para participar neste estudo, optou-se por selecionar os participantes considerando também a maior amplitude de idades possível, visando a obtenção de diferentes vivências, perceções, necessidades e expetativas. Neste sentido, foram entrevistados desde o mais jovem (20 anos) ao mais velho (64 anos), não existindo membros no agregado familiar na faixa etária dos idosos. Estes dados são apoiados por estudos de Vicente (2009) e Mendes, Magano e Candeias (2014) que apontaram uma baixa presença de pessoas mais idosas nas famílias de etnia cigana, que poderá estar associada, entre outros determinantes, às condições habitacionais precárias, as quais foram citadas durante as entrevistas. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 154 (2018); o Observatório das Migrações (2018); a Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura - Subcomissão para a Igualdade de Oportunidades e Família (2008); Medeiros (2011) apontam o impacto negativo da precariedade habitacional na saúde das famílias de etnia cigana.

Não se verificou um número superior a 5 elementos do agregado familiar a residir na mesma habitação, sendo que dos 16 participantes apenas 1 família era alargada. Segundo o estudo de Vicente (2009) verifica-se que em Portugal o tipo de família de etnia cigana dominante era a alargada, contudo 5 anos depois Mendes, Magano, & Candeias (2014) encontram a família nuclear como a mais prevalente em Portugal, tal como corroborado neste estudo.

Ser Cigano

Os entrevistados manifestaram as suas perceções e expetativas relativas ao Cuidar do EF, enquanto pertencentes à etnia cigana, contextualizando-as nos seus valores; crenças; comportamentos (muitas vezes relacionados com as suas inquietações e incompreensões) e nas suas determinantes (sociais; económicas; estilos de vida; eventos de vida e genéticas), tendo emergido o tema Ser cigano. Também Goldfarb, Leandro e Dias (2012) verificaram no seu estudo características específicas nas pessoas de etnia cigana. De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Joaquim, 1999, p. 10) “tudo o que somos é devido a outros que se debruçaram sobre nós e nos transmitiram uma língua, uma cultura, uma série de tradições e princípios”, pelo que o reconhecimento desta conceção é fundamental na compreensão fenomenológica das famílias de etnia cigana. Também por se tratar de um estudo fenomenológico não foi realizada uma revisão inicial extensa da literatura para não conduzir a investigadora a pressupostos ou vieses, pois, de acordo com Streubert e Carpenter (2013), ao não desenvolver

ideias pré-concebidas, será menos provável conduzir os participantes na direção das crenças do investigador durante a entrevista. Assim, na medida em que não detém estas crenças antes da revisão, mas a seguir à mesma, evita que o investigador tenha informação que afete o modo como colhe e analisa os dados, pelo que o uso moderado inicial da revisão da literatura estará em conformidade com o desenho indutivo da fenomenologia (*idem*). Este rigor metodológico justifica o facto de que além dos temas Perceções sobre o Cuidar do EF e Expetativas do Cuidar do EF, relacionados com os objetivos e blocos temáticos do guião de entrevista, tenha emergido o tema Ser cigano, baseado na riqueza das narrativas relativas ao que é efetivamente ser-se cigano na perspetiva dos entrevistados e do valioso contributo que acabou por proporcionar para uma melhor compreensão das perceções e expectativas destas famílias relativamente ao Cuidar do EF.

Sendo o objetivo geral deste estudo explorar as perceções e expectativas das Famílias de etnia Cigana relativas ao *Cuidar* do Enfermeiro de Família, o tema Ser cigano que emergiu servirá para uma melhor compreensão do *Cuidar*, naquela que é a dimensão do exercício de Enfermagem culturalmente competente. Este tipo de abordagem para compreender as famílias de etnia cigana é considerado fundamental por Leininger (1995), no sentido de um cuidar transcultural, em que os padrões de cuidado fundamentados nos valores, crenças culturais específicas da cultura e formas de vida culturais ciganas fornecem a base de conhecimento epistémica e ontológica para ações e decisões criativas de enfermagem.

Conhecer os valores destas famílias pode ser relevante para o EF estar atento às relações familiares e dinâmica familiar, tendo havido referência, pelos entrevistados, à submissão da mulher relativamente ao homem em matéria conjugal, o que também está descrito pelos dados da REAPN (2007); Sousa (2018); Caré (2010); Casa-Nova (2009), embora esta autora apresente uma complexificação das relações de género enquanto relações de poder. Recorrendo ao MDAIF (Figueiredo, 2013), o EF ao procurar capacitar-se em ESF, compreendendo estes aspetos, poderá, mais facilmente, identificar situações culturalmente aceites, mas com insatisfação por algum elemento do agregado familiar, nas dimensões familiares de desenvolvimento e funcional. Importa aqui sublinhar que a ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018) determina, entre diversas áreas prioritárias de intervenção, a igualdade entre mulheres e homens de etnia cigana.

Foi evidente a valorização dos mais velhos, pelos participantes, por serem reconhecidos como tendo mais conhecimento, uma vez que a sabedoria é acumulada pela experiência de vida, conforme verificado por Casa-Nova (2009b); REAPN (2007); Vicente (2009); Valente (2014); Montenegro (2012); Mendes, Magano, & Candeias (2014) e M. F. R. Correia (2011). Os entrevistados referiram também o recurso aos mais velhos para resolverem conflitos no “tribunal cigano”, conforme também constatado por Casa-Nova (2009b); REAPN (2007) e Pires (2013), exemplificando com situações conjugais. No entanto, têm-se sentido por vezes incompreendidos pelo EF quando necessitaram do acompanhamento

dos mais velhos durante as consultas, também constatado por M. F. R. Correia (2011), relativamente à incompreensão ou aceitação por parte de alguns profissionais da cultura e dos valores apresentados pelos elementos das comunidades ciganas. Leininger (1998) verificou que o facto destas famílias procurarem resolver os seus problemas de saúde por si mesmas e sem recorrerem aos enfermeiros, levou a que os enfermeiros também tenham tido menos contacto com esta minoria étnica e, portanto, maior dificuldade em compreender alguns valores específicos da sua cultura. Na medida em que o EF se especialize em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018) deve conhecer as crenças e a cultura familiar (cigana) para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões, bem como identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida, nomeadamente a valorização dos mais velhos, enquanto representantes do conhecimento na cultura cigana

Relativamente às crenças, foi perceptível que praticar o culto da fé evangélica norteia as atitudes das famílias de etnia cigana para melhorarem comportamentos, nomeadamente, o abandono de comportamentos aditivos, tendo um participante exemplificado como abandonou o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, por se ter tornado pastor. Estes dados são verificados também pela REAPN (2007) que identifica o culto como fator de proteção para a saúde da população cigana, com função reabilitadora e preventiva do consumo de tabaco e de álcool. Neste sentido, o EF deve reconhecer a influência positiva desta crença para a mudança de atitudes face a uma maior motivação para a adoção de estilos de vida saudáveis. Mendes e Magano e Candeias (2014) também verificaram que as famílias de etnia cigana não evangélicas estão mais propensas a comportamentos desviantes.

Considerando o impacto das suas crenças no binómio saúde/doença, persiste ainda em algumas famílias de etnia cigana uma conceção da saúde ligada à ausência de doença, em que esta tem uma relação próxima com a morte, evidências estas também encontradas nos estudos de M. C. Oliveira (2018); M. F. R. Correia (2011); Vicente (2009); REAPN (2007); Pires (2013) e Nunes (2014). Contudo, a noção de bem-estar surge fortemente associada à saúde familiar (A. P. Monteiro, Francisco, Antunes, & Pereira, 2013). Neste sentido, espera-se que o EF, ao estar munido das competências em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358), deve analisar “como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família” de etnia cigana.

Alguns participantes, mesmo em situações com potencial para serem resolvidas nos CSP, como pequenos cortes, gripe, febre, recorrem ainda ao hospital ou à farmácia em primeiro lugar. Contudo, também foi descrito que outros preferem contactar o seu EF. Também Mendes, Magano e Candeias (2014) constataram a preferência pelo recurso a cuidados e aconselhamento de saúde em farmácia por parte destas famílias. Outros participantes identificaram a falta de conhecimentos sobre as doenças para justificar essa atitude, conforme demonstrado nos estudos de Vicente (2009) e Nunes (2014). Também reconheceram como a falta de conhe-

cimentos e de compreensão tem repercussões na adesão ao regime terapêutico, o que é apontado por S. Santos (2016), sendo o analfabetismo e o baixo nível de literacia fatores que interferem nas suas crenças em saúde. Considerando as crenças descritas pelos participantes, denota-se a sua influência na saúde familiar e como reconhecer estas crenças pode ser estratégico na gestão da saúde familiar pelo EF, conforme preconiza Figueiredo (2009).

Neste sentido, o EF deve cuidar das famílias de etnia cigana compreendendo que os comportamentos destas famílias podem ser motivados por incompreensão e inquietação, conforme descrito pelos participantes, que afirmaram estes comportamentos como característicos em ser-se cigano, o que é corroborado por S. Santos (2016). Revelaram inquietação durante a descrição de determinadas situações normalmente relacionadas com transições saúde/doença. Consideram-se ansiosos, nervosos e explosivos porque são muito preocupados quando ficam doentes, o que traz consigo repercussões, nomeadamente a inquietação destas famílias, facto explicado pelo pensamento que estabelecem da relação da doença com a morte, o que é descrito por vários autores (M. C. Oliveira, 2018; M. F. R. Correia, 2011; Vicente, 2009; REAPN, 2007; Montenegro, 2012; Casa-Nova, 2009a; Nunes, 2014; Vicente, 2009). A este respeito a OE sublinha que o “ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (2011a, p. 10), sendo que, na prática dos cuidados, o EF necessita focalizar a sua intervenção na complexa interdependência entre a pessoa e o seu contexto de desenvolvimento.

Nas narrativas, verificou-se a descrição da influência das determinantes em pertencer a famílias de etnia cigana: sociais; económicas; estilos de vida; eventos de vida e genéticas.

Considerando as determinantes sociais descritas pelos participantes, salientaram a discriminação étnico-racial, que vivenciam em sociedade, o que também é verificado nos estudos de diversos autores (Medinas, 2019; Sousa, 2018; Casa-Nova, 2009a; Vicente, 2009; Magano, 2010; Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Neves, Correia, & Allen, 2016; Pires, 2013; REAPN, 2007; A. Santos, Silva, & Murta, 2016; I. Pereira, 2016; Valente, 2014; F. Fernandes, 2015; Vilaverde, 2016; C. Santos & Moreira, 2017; M. F. R. Correia, 2011; Caré, 2010; Montenegro, 2012).

Entre algumas prioridades da ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.o 154, 2018) estão a melhoria das condições de vida, das condições de habitação das pessoas ciganas, da integração profissional, sendo que também houve referências nas entrevistas aos processos de integração e aos recursos facilitadores dessa integração. Para ultrapassarem as suas dificuldades, as famílias dos entrevistados têm contado com recursos como o apoio familiar, pela sua demarcada coesão, o que é corroborado por Brito (2016); REAPN (2007) e Casa-Nova (2009a), e com o apoio comunitário, destacando a importância do RSI, para fazer face à sua situa-

ção de desemprego, como é sustentado por Mendes, Magano, & Candeias (2014), Vicente (2009) e Casa-Nova (2009a).

Alguns participantes fizeram referência às suas dificuldades económicas, sendo que a maioria das famílias entrevistadas estavam desempregadas e dependiam do RSI. Também Mendes, Magano, & Candeias (2014) constataram uma elevada taxa de desemprego em famílias ciganas, tornando o RSI como a principal fonte de rendimentos na maioria das famílias de etnia cigana.

Foi descrito o estilo de vida culturalmente comum nas famílias de etnia cigana, considerando-se famílias que, de um modo geral, não se preocupam com a manutenção da saúde e a prevenção da doença, assumindo estilos de vida que classificaram como menos cuidados, conforme se verificou nos achados de Leininger (1995). Neste sentido, o EF deve reconhecer também a importância da família, cuja socialização primária adquire especial impacto na construção dos estilos de vida adotados. Perseguindo os padrões de qualidade propostos pela OE, as “intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (2011a, p. 11).

Considerando os eventos de vida referidos pelos entrevistados, foi perceptível o impacto das transições vivenciadas inerente aos processos de desenvolvimento do ciclo vital familiar, identificando fatores facilitadores e dificultadores na vivência dessas transições, tal como conceptualizado por Meleis, Sawyer e Shumacher (2010).

Relativamente às determinantes genéticas, os participantes destacaram ainda alguns problemas de saúde decorrentes da consanguinidade familiar, tendo os participantes descrito doenças principalmente relacionadas com o sistema cardiovascular.

Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família

Ao descreverem os significados sobre o Cuidar do seu EF, a maioria das famílias de etnia cigana percecionam-no como dinamizador da relação de ajuda, valorizando a sua disponibilidade. Esta é, na verdade, uma estratégia recomendada pelo Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007). De acordo com os resultados do estudo de Brandão (2018), verificou-se nos utentes ciganos entrevistados a valorização da acessibilidade proporcionada pelos enfermeiros. Também no estudo de M. F. R. Correia (2011) a maioria dos utentes ciganos revelou sentimentos relativos ao cuidar do enfermeiro como a simpatia, a compreensão e a ajuda. O EF ao estar especializado em ESF deve estabelecer “uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”, abordando a família de etnia cigana com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357). A disponibilidade do EF torna o seu Cuidar

acessível, sendo um recurso para a saúde individual e familiar dos entrevistados, por telefone ou presencialmente, que confiam na competência do seu EF, conforme demonstrou M. F. R. Correia (2011), ao verificar um sentimento de confiança pelos utentes ciganos no enfermeiro.

As famílias dos participantes estavam atribuídas há vários anos ao mesmo EF, as quais valorizaram a compreensão por parte deste, relatando que o EF os compreendia ao ser conhecedor da história individual e familiar e respetivos hábitos, considerando a construção desta relação fundamental na proximidade com as famílias de etnia cigana. Este resultado é sustentado pelo estudo desenvolvido por Teixeira e Ferreira (2010). A OE também enfatiza este aspeto ao considerar que o EEESF deve encorajar a família a partilhar a sua história, colhendo dados pertinentes para o estado de saúde da família e solicitando o seu histórico familiar e hereditário, para identificar a “estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde” (2018, p. 19357).

Os relatos dos participantes valorizaram a atitude de inclusão do EF ao Cuidar das suas famílias, recebendo-as sempre bem quando o procuravam, sem denotarem uma atitude discriminatória, conforme preconizado nas estratégias do Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007). Contrariamente a esta perceção dos participantes, Brito (2016) verifica na sua investigação que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, ainda têm preconceitos e estereótipos em relação às famílias de etnia cigana. Também S. Fernandes (2002) concluiu que os enfermeiros possuem estereótipos antes da sua entrada na vida profissional relativamente a esta etnia, mas que se vão atenuando na medida em que vão conhecendo melhor a cultura cigana e realizando formação profissional. O código deontológico do enfermeiro no Artigo 81.º (2015a, p. 59), referente aos valores humanos, afirma que o enfermeiro assume o dever de “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”, abstenendo-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida.

O Cuidar do EF tem sido percecionado como promotor da saúde, o qual tem procurado capacitar as famílias de etnia cigana através de ensinamentos dirigidos às suas necessidades, nomeadamente em áreas como: a alimentação equilibrada, cuidados de higiene e vestuário adequado, desenvolvimento infantil, explicando diversas situações e esclarecendo, por vezes com recurso a informação escrita para posterior leitura, o que vai ao encontro das estratégias propostas pela REAPN (2007). O EF deve desenvolver a sua prática baseada na evidência científica, sendo que ao tornar-se EEESF será efetivamente competente para capacitar a família na definição de objetivos e expectativas promotores da sua saúde, co-desenvolvendo um plano de cuidados com a família para a obtenção dos resultados desejados pela mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Os participantes referiram, como exemplo, o acontecimento de situações da dimensão familiar de desenvolvimento, nomeadamente de adaptação à gravidez e ao papel parental, bem como da dimen-

são familiar funcional, reportando-se ao papel do prestador de cuidados. O EEESF deve considerar “a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas” (*idem*, p. 19357).

Nas narrativas houve ainda alusão a diversas situações, em que o EF, enquanto mediador de cuidados de saúde, proporcionou o devido encaminhamento para outros profissionais, contribuindo para o bem-estar da saúde familiar, tendo as famílias de etnia cigana valorizado este Cuidar do EF. Esta percepção vai ao encontro das competências preconizadas para o EEESF, pois este deve promover “a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358). Contudo, uma minoria dos entrevistados considerou que a continuidade de cuidados do EF, enquanto mediador de cuidados de saúde, tem sido insatisfatória, não tendo o cuidado de explicar determinados ensinamentos, nem de estar atento às suas necessidades, esquecendo o acompanhamento na continuidade de cuidados. Ter encontrado argumentos contraditórios entre as fontes neste estudo concorre para a riqueza dos achados da investigação (Amado, 2014). A insatisfação descrita também foi verificada no estudo de M. F. R. Correia (2011), constatando que, independentemente das pessoas de etnia cigana confiarem no enfermeiro, também sentem alguma insatisfação, essencialmente relativa a lacunas ao nível da comunicação. O EEESF deve criar “momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358).

Dos 16 participantes, apenas 2 percecionaram o cuidar do seu EF com insatisfação, os quais estavam adictos ao único EF que detinha apenas a licenciatura, em contrapartida aos seus colegas que possuem especialização no âmbito da saúde familiar. Freitas (2011) concluiu no seu estudo que a formação especializada dos EF obteve evidência estatisticamente significativa de que estes enfermeiros atribuíam maior importância à enfermagem com famílias comparativamente aos enfermeiros que só tinham a licenciatura. Ainda que este estudo, pelo seu cariz qualitativo, não permita fazer uma inferência passível de ser validada relativamente à relação existente entre a percepção de cuidar insatisfatório do EF pelas famílias de etnia cigana e a especialização familiar do EF, não deixa de ser importante que nas únicas famílias que percecionam um *Cuidar* insatisfatório pelo seu EF, este não seja EEESF. Outros fatores poderão estar subjacentes a estes achados, contudo, parece fazer sentido que as competências do enfermeiro especialista em saúde familiar possam ter influência numa posição mais positiva por parte das famílias ciganas relativa ao cuidar do seu EF. Este sentido que aqui é inferido baseia-se na distinção do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais e do EEESF, cujas competências especializadas para cuidar não só dos indivíduos, mas da família enquanto foco de cuidados devem conduzir a um cuidar mais satisfatório para as famílias. As competências em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018) conduzem o EF a envolver-se de forma ativa e intencional na prática de ESF, aperfeiçoando-a, promovendo o seu desenvolvimento pes-

soal e profissional contínuo, refletindo sobre as interações que estabelece com a família e avaliando a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados.

A OE (2011a, p. 13) preconiza que os enfermeiros se regulem pelos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões, devendo os enfermeiros reconhecer que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, pelo que o seu exercício profissional “requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”. Esta consciencialização deve levar o EF a avaliar a perceção do seu alvo de cuidados sobre o seu Cuidar, bem como o que esse alvo espera desse Cuidar, o que, sendo o alvo de cuidados a família para o EEESF, torna essa avaliação mais complexa, mas imperativa para um Cuidar congruente.

Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família

Os entrevistados referiram Expetativas do Cuidar do EF relativamente às Competências interpessoais e do EF enquanto Gestor de cuidados (dirigidos à pessoa e à família).

Os participantes revelaram que se o EF procurar estabelecer uma relação de Empatia e compreender as tradições próprias das famílias de etnia cigana, poderá desenvolver um Cuidar mais adequado às suas necessidades, correspondendo mais efetivamente às suas expetativas, ou seja, esperam que o seu EF tenha Competência cultural. Tal perspetiva vai ao encontro das estratégias referidas pela REAPN (2007).

Sentem que por vezes os enfermeiros não compreendem os seus valores e poderiam ajudar mais se efetivamente tivessem esse nível de conhecimento, conforme apontam estudos de Leininger (1995); S. Fernandes (2002); Rodrigues, Pereira, & Amendoeira (2015); Carneiro (2018); Brito (2016); M. F. R. Correia (2011); Teixeira e Ferreira (2010), que consideram fundamental que o enfermeiro se torne culturalmente competente no cuidar de famílias de etnia cigana. Mesmo outros investigadores que não operam no eixo da saúde referem a importância da competência cultural no contacto com as famílias de etnia cigana como Casa-Nova (2009b), Observatório das Migrações (2018); Vicente (2009); Mendes, Magano e Candeias (2014).

A competência cultural adquire também relevância ao constatar nos dados dos entrevistados a influência que os mais velhos podem exercer sobre as gerações mais novas, conforme demonstram os estudos de Casa-Nova (2009b); REAPN (2007); Vicente (2009); Valente (2014); Montenegro (2012); Mendes, Magano e Candeias (2014) e M. F. R. Correia (2011), pelo que deveriam ser encarados pelo EF como potenciais promotores dos objetivos dos cuidados de enfermagem nas gerações descendentes. Recorrer aos mais velhos como estratégia de saúde para influenciar os mais novos é apontado por Medeiros (2011) e Brito (2016). O EF ao reconhecer o papel dos mais velhos na família de etnia cigana deve delinear estratégias para otimizar o sucesso quer da relação terapêutica, quer do regime terapêutico, o que vai ao encontro da perspetiva de M. F. R. Correia (2011).

Ao explorar as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do EF, constatou-se a importância de que este seja um Gestor de cuidados, dirigidos à pessoa e à família, esperando que o EF seja um Educador, sendo que algumas famílias consideram ficar mais atentas aos ensinamentos realizados no âmbito de uma consulta. Outras valorizam as sessões de educação para a saúde na comunidade cigana, como forma de chegar às comunidades mais fechadas, com falta de informação em saúde, referindo nomeadamente, o desconhecimento da importância da higiene, de uma alimentação adequada e da adesão à vacinação, também verificado por L. Silva (2005). A este propósito A. C. Monteiro (2019) concluiu importância da educação para a saúde em educação alimentar, sono, higiene e consumo de tabaco em crianças e jovens adolescentes de etnia cigana residentes num meio social desfavorecido. Também A. F. F. Silva (2011) verificou que a maioria das crianças de etnia participantes no seu estudo aumentou os seus conhecimentos sobre alimentação saudável e higiene. A ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018) relativamente ao eixo da saúde, entre outras estratégias, recomenda sessões de educação para a saúde, também referidas noutros estudos, nomeadamente, no estudo do Observatório da Migrações (2018); REAPN (2007); Mendes, Magano e Candeias (2014). Também Nunes (2014) acrescenta o sucesso das sessões desenvolvidas na comunidade, como o dos programas para vacinação na comunidade onde vivem as famílias de etnia cigana. Os participantes esperam também que o EF seja um Educador recorrendo ao desenho para facilitar a compreensão do ensino. M. F. R. Correia (2011) também constatou a pertinência do recurso a imagens, enquanto estratégia privilegiada, dadas as barreiras linguísticas percebidas pelas famílias de etnia cigana. Referiram ainda que um folheto informativo poderá ser útil no caso da família ter facilidade na leitura, o que vai ao encontro do preconizado pela ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018) para a promoção da literacia em pessoas ciganas. Enquanto Educador, esperam que o EF, ao contactar com um elemento cigano mais velho, eventualmente renitente à adesão ao regime terapêutico, contacte com os filhos para que estes possam colaborar, influenciando positivamente o autocuidado. Os entrevistados com idades compreendidas entre os 20 e os 42 anos (todos com pelo menos o 4.º ano) foram aqueles que apresentaram expectativas relativamente ao EF como educador, parecendo evidenciar que os mais velhos são detentores do conhecimento e mais confiantes. O EF, estando em posição privilegiada para interagir com os diferentes elementos da família, ao proporcionar cuidados de saúde, deverá identificar e analisar, na dinâmica familiar “o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358).

Nas suas expectativas, valorizaram ensinamentos veiculados por uma linguagem acessível, o que está em conformidade com as estratégias do Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007), caso contrário poderão não compreender e não verbalizar as incompreensões por timi-

dez, não aderindo, conseqüentemente, ao regime terapêutico principalmente ao medicamentoso. Diversos estudos, nomeadamente, Brito (2016); Mendes, Magano e Candeias (2014); Observatório das Migrações (2018), apontam que as barreiras linguísticas podem implicar um impacto negativo na saúde das famílias de etnia cigana, comprometendo a adesão ao regime terapêutico. A este respeito, os participantes alertaram que, relativamente às opções estratégicas do EF, enquanto Educador, este deve perceber qual o método que mais se adequa a cada família. O EF, ao especializar-se em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018), procurando facilitar a resposta familiar em situação de transição complexa, recorre a estratégias na interação com a família (de etnia cigana) para explorar e identificar como melhorar a dinâmica familiar na perspectiva de alcançar os objetivos.

Estas famílias esperam que o EF, enquanto Gestor de cuidados, desenvolva também um Acompanhamento de cuidados, com periodicidade adequada, nomeadamente na fase inicial de um processo de doença, para verificar se os ensinamentos foram apreendidos. Estas expectativas vão ao encontro do preconizado pelas competências do EEESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018), que deve discutir regularmente (recorrendo à linguagem simples com a família de etnia cigana) “o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar”.

Enquanto Gestor de cuidados, esperam também que o EF realize VD para cuidar das suas famílias, considerando-a uma mais-valia para responder às suas necessidades, sempre que tenham dificuldade em deslocar-se à USF por falta de transporte, mantendo assim a acessibilidade destas famílias aos cuidados de saúde. Este resultado é reforçado por Brandão (2018), Mendes, Magano e Candeias (2014), que identificaram a falta de transporte como um dos fatores limitadores da acessibilidade das famílias de etnia cigana aos cuidados de saúde.

Os entrevistados demonstraram ter expectativas de que o EF seja um Facilitador da articulação com a comunidade, sendo que estes participantes pertenciam à classe baixa, parecendo que a sua posição social necessita mais de beneficiar das vantagens da mediação. Tinham apenas o 4.º ano e com idades compreendidas entre os 20 e os 36 anos, supondo-se que a sua baixa escolaridade e idade jovem e ativa possa requerer uma intervenção que potencie a integração destas famílias nos seus diversos contextos de desenvolvimento.

Necessitando que o EF seja um Facilitador da articulação com a comunidade, as famílias de etnia cigana esperam que possa ser um Mediador interinstitucional, estabelecendo também Parceria com o mediador cultural de etnia cigana. Enquanto Mediador interinstitucional, foi verbalizado que, por vezes, os ensinamentos do EF não podem ser postos em prática pelas famílias de etnia cigana por estas não terem condições para tal. O EF deve analisar com a família de etnia cigana os recursos necessários para responder às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos, cuja especialização em ESF o poderá capacitar a participar

“no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359), procurando diminuir fatores de risco ambientais. É, pois, imperativo que o EF promova o respeito pela dignidade humana, enquanto nó fulcral da definição dos Direitos Humanos (1948) e da sua salvaguarda, preconizando uma ética social, que, no âmbito da bioética, se atualiza “no acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada para todos, respeitando a sua dignidade” (Joaquim, 1999, p. 7).

As expectativas das famílias de etnia cigana que fizeram alusão ao EF enquanto Mediador interinstitucional vão também ao encontro do preconizado pelo Observatório das Migrações (2018), o qual reconhece a necessidade dos profissionais das várias áreas poderem cooperar para os diferentes eixos da ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018), pelo que o EF pode contribuir para o eixo da saúde. O EF pode colaborar, nomeadamente nos Planos Locais para a Integração de Comunidades Ciganas, propostos no Guia para a Conceção de Planos Locais para a Integração de Comunidades Ciganas (ACM, I.P., 2019). O potencial da mediação do EF centra-se na perspetiva de que um “maior conhecimento na área pode auxiliar os decisores políticos na identificação de necessidades e no desenvolvimento de políticas e estratégias orientadas para a promoção do acesso e utilização dos serviços e a adequação da prestação de cuidados de saúde” às famílias mais vulneráveis, levando a efetivos ganhos em saúde (Observatório das Migrações, 2018, p. 24).

Para facilitar a compreensão sobre a forma como estas famílias vivenciam as suas transições saúde/doença, em algumas situações pode ser útil a articulação do EF em parceria com o mediador cultural, nomeadamente em situações de dificuldade em prestar cuidados de enfermagem a determinadas famílias por estas serem ainda “fechadas”, assumindo que umas famílias estão mais integradas do que outras e encaram a saúde com uma atitude mais preventiva, tal como a sociedade maioritária. Esta parceria do EF com o mediador cultural é também defendida pela REAPN (2007).

Alertaram para a necessidade do EF ajudar famílias com perspetivas diferentes face à importância que estas atribuem aos cuidados de saúde, isto é, que seja capaz de trabalhar mentalidades distintas. Vários investigadores tais como: Rodrigues, Pereira, & Amendoeira, (2015); Pires (2013); Valente (2014); Neves, Correia, & Allen (2016); A. Santos, Silva, & Murta, (2016); Mendes, Magano e Candeias (2014), a REAPN (2007); S. Fernandes (2002) e a Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas (AMUCIP) (2020), fazem referência a várias comunidades distintas no seu modo de vida e de abertura ao conhecimento. O EF pode articular-se com o mediador cultural também para ultrapassar barreiras linguísticas, por serem baseadas num código cultural, contribuindo para um cuidar holístico, o que é corroborado por Pires (2013); S. Fernandes (2002); por Reis (2014) relativamente às minorias étnicas; pelo Roma Civil Monitor (2020)

Uma das prioridades assumidas pela ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018) é o reforço da intervenção em mediação cultural. Conforme referiu Casa-Nova, dentro de sistemas culturais, quando duas pessoas estão em diálogo, ambas são portadoras de esquemas de perceção da sociedade, que “são diferenciados devido à estruturação mental em valores e normas condicionadores da acção, maioritariamente incorporados nos processos de socialização nos diferentes grupos de pertença” (2009b, p. 2). Esta conceção concorre para os padrões de qualidade preconizados pela OE (2011a), que considera que a pessoa desenvolve processos intencionais baseados nos valores; crenças; expetativas e desejos de natureza individual. A expetativa de que o EF seja um facilitador da articulação com a comunidade em parceria com o mediador cultural vai ao encontro do preconizado pela OE para o EEESF, pois este deve desenvolver com a família (de etnia cigana) “formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar” (2018, p. 19358), cuja capacidade de negociação emergente nos enfermeiros, como refere Leininger (2001a), pode ser essencial.

Ao longo desta discussão, foram confrontados os dados colhidos com estudos de investigadores individuais e de grupos de investigadores, nomeadamente os que mais têm contribuído ao longo dos últimos anos para um conhecimento mais aprofundado nas famílias de etnia cigana, enquanto peritos de referência. Foi possível verificar que os achados encontrados em estudos produzidos há mais de 10 anos, bem como noutros estudos mais recentes, ainda se mantêm atuais em relação às evidências encontradas neste estudo, verificando-se ao longo desta discussão a forma como essas evidências se encaixam nos achados de outros estudos, tal como convém na discussão de estudos qualitativos, não sendo o seu propósito corroborar ou não resultados de outros estudos como é o caso dos estudos de natureza quantitativa, conforme defendido por Streubert e Carpenter (2013).

De salientar que diversas expetativas descritas pelos participantes se encaixam nas estratégias preconizadas no Guia para Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007), bem como nas estratégias da ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018).

Ao longo deste estudo, foram produzidas evidências de que as expetativas das famílias de etnia cigana verbalizadas estão em consonância com o preconizado pelas competências do EEESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018), tornando a especialização de ESF num imperativo para que o Cuidar do EF se oriente pela excelência do exercício profissional.

Neste confronto, constatou-se que os três temas: **Ser Cigano; Perceções sobre o Cuidar do Enfermeiro de Família e Expetativas do Cuidar do Enfermeiro de Família** se encontram intimamente ligados, perseguindo a teoria holística de Leininger, em que os significados, expressões e padrões de cuidado da cultura cigana são claramente incorporados e confirmados nos valores da visão do mundo social, do passado histórico, da política, do direito, da religião, do pa-

rentesco, da cultura e em relação aos usos especiais da linguagem. Ser-se cigano influencia as suas percepções e expectativas relativamente ao Cuidar do EF, devendo o EF EEESF e culturalmente competente reconhecer estas relações ao Cuidar de famílias de etnia cigana.

O Cuidar, sendo a essência de enfermagem, será mais efetivo se for culturalmente congruente, pelo que a visão holística do Cuidar, numa abordagem transcultural, é uma premissa fundamental para que o EEESF corresponda adequadamente às reais expectativas identificadas pelas famílias de etnia cigana da USF no presente estudo de investigação.

Neste sentido, ao considerar-se que a experiência humana se tornou o princípio central e que o que dirige a investigação fenomenológica é a forma como as pessoas experimentam os fenómenos importantes para a prática de enfermagem, conforme preconizado por Streubert e Carpenter (2013), reportando-se à perspetiva de Spielberg. Considera-se ainda que o referencial metodológico adotado serviu o propósito deste estudo, alcançando os objetivos geral, na medida em que se explorou as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao Cuidar do EF, com implicações importantes para a prática clínica do EF.

CONCLUSÕES

Após o percurso decorrido durante o desenvolvimento deste estudo, torna-se fundamental expor uma reflexão por forma a responder ao objetivo delineado de conhecer, compreender e explorar as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do enfermeiro de família, bem como refletir sobre as limitações inerentes e as implicações para a prática de enfermagem em saúde familiar e para outros estudos de investigação.

Este estudo permitiu aprofundar conhecimentos na perspectiva de um Cuidar congruente com o Ser cigano, compreendendo as suas perceções sobre o Cuidar do EF e as suas expectativas relativas a esse Cuidar. Considerando as evidências emergentes a partir da análise e discussão realizada, são de seguida explanadas as conclusões mais relevantes.

Relativamente ao tema Ser cigano os participantes revelaram valores, nomeadamente o respeito e confiança nos mais velhos pela experiência de vida acumulada, fazendo também referência ao “tribunal cigano” onde os mais velhos resolvem conflitos, ligados por vezes a problemas conjugais. Foi também referida a sujeição da mulher na relação conjugal, culturalmente instituída e potencialmente oculta para o EF, devendo estar atento às relações na dinâmica familiar, com potencial impacto negativo na saúde familiar. Aludiram também às suas crenças, em que persiste ainda, em algumas famílias, uma conceção da saúde ligada à ausência de doença, não adotando medidas preventivas para a manutenção da saúde. Descreveram a sua inquietação, tendo-se considerado ansiosos, nervosos e explosivos porque são muito preocupados quando ficam doentes ansiando pela rápida resolução do problema, motivados por incompreensão relacionada com a sua iliteracia e as suas crenças em saúde, algumas vezes com repercussões negativas para a adesão ao regime terapêutico. Contudo, a prática do culto da fé evangélica parece ter tido um efeito protetor e reabilitador na saúde familiar, abandonando comportamentos nocivos à sua saúde.

As famílias de etnia cigana eram jovens, sem elementos na faixa etária dos idosos, podendo este facto estar associado a diversas determinantes, as quais devem ser valorizadas pelo EF, na medida em que influenciam os seus processos de saúde/doença, conforme afirma Briz (2012) e Medeiros (2011), e as suas necessidades e expectativas. Considerando as suas determinantes sociais, foi enunciada a precariedade habitacional, a baixa escolaridade ou analfabetismo, nomeadamente entre as mulheres mais velhas. Também foi descrita, por um lado, a discriminação étnico-racial no emprego e pela sociedade maioritária em diversas situações, mas nunca pelo seu EF. Contudo, por outro lado, também referiram contar com o apoio de diversos recursos, como a família e o RSI. As determinantes económicas pareceram ter um impacto negativo na sua saúde pois verificou-se uma maioria de famílias no desemprego e conseqüente dependência do RSI, pertencendo todas as famílias do estudo à classe social baixa ou classe social média baixa.

Relativamente aos estilos de vida, nalgumas famílias de etnia cigana persistiam hábitos alimentares desadequados, embora noutras já se tenha começado a praticar um estilo de vida saudável a par com outras medidas preventivas, nas quais a maioria referenciou o seu EF como fundamental para a saúde familiar, destacando eventos de vida onde o cuidar deste profissional foi determinante. Relativamente às determinantes genéticas, reconheceram o impacto do seu modo de vida ao realizarem casamentos com certo grau de parentesco, cujos filhos têm nascido com alguns problemas de saúde decorrentes da consanguinidade familiar. Recentemente têm procurado evitar esses casamentos, face à existência de vários elementos na família nuclear e extensa com problemas cardíacos, mesmo os mais jovens, estando confirmada a sua natureza de base genética relacionada com a consanguinidade. Estas situações têm determinado, assim, o seu impacto negativo na saúde.

No que se refere às perceções sobre o Cuidar do EF, consideraram-no dinamizador da relação de ajuda, respondendo com disponibilidade, compreensão por conhecer os seus hábitos familiares e uma atitude inclusiva ao Cuidar das suas famílias. Este Cuidar, também percecionado como mediador de cuidados de saúde, tem proporcionado o devido encaminhamento dentro da equipa multidisciplinar visando o máximo bem-estar familiar. Ao nível da continuidade de cuidados, a maioria das famílias percecionou um Cuidar do EF satisfatório, nomeadamente na adaptação à gravidez; ao papel parental e ao papel do prestador de cuidados. As poucas famílias que percecionaram um Cuidar insatisfatório relativamente à sua saúde familiar não o relacionaram com uma atitude discriminatória, mas com a falta da continuidade no acompanhamento de alguns processos de transição saúde/doença. As famílias de etnia cigana confiam na competência do seu EF, percecionando-o como promotor de saúde que tem capacitado as famílias de etnia cigana em áreas como a alimentação equilibrada, os cuidados de higiene e vestuário adequado e o desenvolvimento infantil.

As famílias estudadas apresentaram expectativas relativas ao Cuidar do EF, nomeadamente de competências interpessoais, como a empatia e a competência cultural. Ainda que tenham percecionado o seu EF como conhecedor de alguns dos seus costumes, esperam que se o EF compreender melhor a cultura das famílias de etnia cigana poderá desenvolver um cuidar mais ajustado às suas necessidades, correspondendo mais efetivamente às suas expectativas. Sendo os mais velhos muito respeitados na sua cultura, o EF deve considerar a sua influência nos mais novos.

Estas famílias referiram também expectativas de que o EF seja um gestor de cuidados (dirigidos à pessoa e à família), nomeadamente como educador, através de ensinamentos no âmbito de uma consulta; sessões de educação para a saúde nas comunidades ciganas; fornecer folhetos explicativos e recorrer ao desenho, devendo o EF adequar as estratégias. Esperam que recorra fundamentalmente a uma linguagem simples, contornando as incompreensões, estando especialmente atento

aos menos escolarizados e ao facto de normalmente a pessoa cigana ter vergonha de verbalizar que não entendeu. Enquanto gestor de cuidados, as famílias participantes neste estudo demonstraram também expectativas de um acompanhamento adequado, por parte do EF, às necessidades identificadas e validadas. Também referiram expectativas de VD, esperando que o EF se possa deslocar ao domicílio das suas famílias para lhes prestar cuidados sempre que não tiverem forma de se deslocarem, nomeadamente por falta de transporte, caso contrário os cuidados de saúde poderão ficar inacessíveis.

Verbalizaram expectativas sobre o EF ser um facilitador da articulação com a comunidade, sendo, nomeadamente, um mediador interinstitucional, referindo que em algumas situações não têm condições para colocar os ensinamentos em prática, esperando que o seu EF participe em políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos das suas famílias. Foi também descrita a expectativa de que o EF possa ser um facilitador da articulação com a comunidade em parceria com o mediador cultural, coadjuvando nos processos saúde/doença, principalmente com as mentalidades mais fechadas, permitindo, simultaneamente, ultrapassar códigos culturais de linguagem.

Os temas Ser Cigano; Percepções sobre o *Cuidar* do EF e Expectativas relativas ao *Cuidar* do EF, dinâmicos entre si, foram considerados na perspetiva de uma abordagem holística, influenciada pela abordagem transcultural de Leininger, para uma melhor compreensão do cuidar especializado em ESF que se preconiza. O enfermeiro deve proporcionar um Cuidar culturalmente coerente e responsável que seja adequado às necessidades da cultura, valores, crenças e modo de vida das pessoas e suas famílias.

Face ao exposto, considerou-se que as questões de partida, enquanto motores deste estudo de investigação, foram respondidas, tendo sido alcançado o objetivo geral delineado e que se prendia com o conhecimento, a compreensão e a exploração das expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do EF. Um Cuidar congruente com a sua cultura e as suas expectativas deve emergir no enfermeiro que procure descobrir as perspetivas culturais das pessoas e suas famílias sobre o Cuidar e recorrer a esse conhecimento para orientar a sua prática.

Limitações do estudo

Ao finalizar este estudo, torna-se pertinente enunciar algumas limitações que estiveram inerentes ao seu desenvolvimento, nomeadamente algumas dificuldades de compreensão linguística que surgiram no decurso das entrevistas, apesar da experiência prévia da investigadora na interação com famílias de etnia cigana.

Também o estatuto socioeconómico, a baixa escolaridade ou analfabetismo dos sujeitos participantes, constituíram-se em dificuldades, quer no expressar as suas vivências, quer no expressar as suas percepções e expectativas relativas ao cuidar do EF.

A escassa bibliografia sobre a população cigana, nomeadamente na área de enfermagem, dificultou quer um maior conhecimento prévio sobre estas famílias, quer o posterior confronto desta investigação com outros estudos.

A inexperiência enquanto investigadora, que foi sendo colmatada com a revisão da literatura, participação em debates *on-line* e formação em webQDA, bem com a imprescindível orientação das docentes, mas que mesmo assim não permitiu a exploração de todas as dimensões necessárias a um estudo mais fundamentado e rico.

Também as limitações inerentes a uma dissertação de mestrado, em termos temporais e de investigação.

Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais

As evidências deste estudo traduziram as percepções e as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidar do EF, sendo que neste percurso de descobertas essas expectativas se encontraram intimamente ligadas à cultura e às determinantes destas famílias em particular.

Os achados obtidos permitiram inferir algumas implicações para a prática profissional, nomeadamente a necessidade de os enfermeiros:

- desenvolverem competências culturais para a melhor compreensão das comunidades ciganas;
- valorizarem a influência das pessoas de respeito/pessoas mais velhas nas gerações mais jovens;
- desenvolverem mais acompanhamento de cuidados junto destas famílias;
- se munirem de estratégias comunicacionais mais efetivas (com linguagem adequada, exemplos práticos, demonstrações *in loco*); realizarem VD mais frequente;
- procurarem ir ao encontro das reais necessidades das famílias ciganas;
- desenvolverem maior articulação com a rede social e com o mediador cultural de etnia cigana.

Neste percurso académico que desenvolvi, no sentido de adquirir competências enquanto EEESF, não poderia deixar de valorizar todos os conhecimentos adquiridos para a excelência da prática de saúde familiar. Apesar do conhecimento empírico enquanto EF há 14 anos, o manancial de aprendizagens passou a valorizar muito mais a minha prática de enfermagem tendo a família como foco de cuidados, numa perspetiva de abordagem sistémica, holística e sistematizada, nomeadamente através do MDAIF e, numa perspetiva transcultural do *Cuidar*, através do referencial teórico de Leininger.

O percurso enquanto EF que conduziu à motivação para o presente estudo de investigação, 2 anos de mestranda em ESF, o culminar de todas as vivências e aprendizagens partilhadas entre utentes, tutora e colegas, professores, orientadora, coorientadora e entrevistados traduz-se no sentimento recompensador do ponto de viragem: de EF a mestre e EEESF. Ao procurar munir-me das competências do EEESF, escolhi a família de etnia cigana como foco de cuidados fazendo emergir,

através deste estudo, evidências significativas relativas às expectativas destas famílias contribuindo para um cuidar mais especializado.

Espera-se que as evidências deste estudo, emergente de uma grande motivação, conduzido e concluído com uma satisfação muito significativa pela proximidade e afetividade com as famílias de etnia cigana e que explorou as suas percepções e expectativas relativas ao Cuidar do EF, possam conduzir a um cuidar de proximidade nas famílias de etnia cigana da USF. Também no atual contexto de pandemia, a vulnerabilidade da etnia cigana vê o seu impacto negativo na saúde familiar, reforçando a pertinência deste estudo.

Apesar de vários esforços a nível europeu e nacional, nomeadamente através da ENICC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, 2018) reconhecerem a persistência da discriminação, a exclusão social e precariedade de muitas destas famílias, a pandemia que se vivencia atualmente veio exacerbar as desigualdades preexistentes, afetando todos, mas particularmente os mais excluídos e vulneráveis, tendo sido defendido um confinamento especial para as famílias de etnia cigana, contextualizado numa atitude racista, tendo os ciganos portugueses sentido a sua dignidade violentada mais uma vez (Mendes, 2020). Nesta linha de pensamento, o EF, enquanto EEESF e culturalmente competente com famílias de etnia cigana, reconhecendo-lhes também as suas expectativas, poderá ser um pivô na otimização de resultados em saúde familiar, principalmente num contexto excepcional como aquele que se vivencia.

É imperativo o papel do EEESF, que cuida de todas as famílias nos seus contextos de desenvolvimento, numa relação de proximidade, conhecendo as dimensões familiares estrutural, de desenvolvimento e funcional, com competências específicas para alcançar a excelência do cuidar, principalmente nas famílias mais vulneráveis como as de etnia cigana. Conhecer as suas expectativas concorre assim para a excelência desse cuidar, pelo que as expectativas descritas, bem como a explicitação da sua emergência a partir das narrativas, disponibilizaram um conhecimento que pode contribuir para ganhos em saúde.

Considerando-se a incompreensão descrita na relação do EF com as famílias de etnia cigana, com base nas diferenças de diversos códigos culturais inerentes à linguagem específica da cultura do EF e da cultura das famílias de etnia cigana, considerou-se pertinente a elaboração de um glossário com termos significativos para as famílias de etnia cigana (Apêndice III). Espera-se que, através deste glossário, o EF, ao socorrer-se desses códigos de linguagem, possa ser ajudado a estabelecer uma comunicação culturalmente mais competente.

Neste sentido, tornou-se também pertinente enquadrar os conhecimentos e evidências alcançados com a presente investigação no perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF, que pretende apenas acrescentar aspetos (que se encontram sublinhados) relevantes na abordagem da família de etnia cigana no caso particular da USF (Apêndice IV). Ressalva para o seu cariz temporal e sem qualquer pretensão de constituir um documento regulador ao perfil de competências elaborado pela OE.

Além das implicações para a prática, considera-se, também, a pertinência deste estudo para a investigação em enfermagem, devido aos estudos que envolvem as famílias de etnia cigana serem escassos em diversas áreas, nomeadamente em enfermagem.

Seria importante um estudo de cariz etnográfico nesta população para um conhecimento mais aprofundado da cultura cigana, procurando conhecer as suas implicações nos cuidados de enfermagem. Também seria pertinente, num estudo posterior, perceber se, após as evidências desta investigação serem incorporadas na boa prática dos EF da USF, as famílias de etnia cigana se sentiriam correspondidas nas suas expetativas relativas ao Cuidar do seu EF. Também um estudo quantitativo a nível do ACeS Baixo Vouga, ARS Centro ou nacional, que aplicasse a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)” face às famílias de etnia cigana, pois a aplicação da escala nos diversos contextos dos CSP permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem, potenciando a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar (P. Oliveira, Barbieri, Martins, Henriqueta *et al.*, 2011).

O estudo desenvolvido, tendo sido realizado no âmbito de um mestrado, com pesquisa de terreno numa USF, não possibilitou esta abrangência populacional de enfermeiros para serem inquiridos.

As evidências desta investigação, sustentadas também por estudos anteriores, fizeram emergir necessidades que as famílias de etnia cigana precisam de ver colmatadas através duma abordagem intersectorial e que encontra também o seu enquadramento legal a nível nacional e mais concretamente a nível distrital e concelhio. Neste sentido, importa referenciar o Plano Local de Saúde do ACeS do Baixo Vouga 2016-2020 que se constitui como orientação para a política de saúde local, reforçando o Plano Nacional de Saúde, através do seu alinhamento com os objetivos nacionais e regionais. O Plano Local de Saúde pretende a construção da visão estratégica do ACeS, baseada na participação da comunidade, onde todos devem cooperar em perspetiva intersectorial de compromisso, visando a melhoria do estado de saúde da população da área de influência do ACeS do Baixo Vouga. Este Plano inclui diversos objetivos na sua missão, entre os quais “promover uma maior participação e capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu capital individual e social de saúde, na coprodução de políticas de saúde; servir de guia para a operacionalização das estratégias nacionais, regionais e locais propostas” (Câmara Municipal de Aveiro, 2019, p. 59). Neste sentido, ao pretender assegurar a adequação do planeamento e tomada de decisão em relação às necessidades de saúde específicas da população, os enfermeiros têm, através deste Plano, uma base para alertar para novos olhares sobre as famílias de etnia cigana, enquanto etnia vulnerável na proteção da sua saúde, tal como expressos pelas expetativas dos participantes deste estudo que pretendem enfermeiros que participem nas políticas locais com impacto na saúde das famílias.

A ENICC não é ainda do amplo conhecimento quer por parte dos atores intervenientes nos diversos eixos estratégicos, quer pela população portuguesa globalmente considerada, sendo fundamental a continuada divulgação da mesma.

Cabe também aos enfermeiros, enquanto detentores de competências para tal, fazer cumprir a ENICC no eixo da saúde captando as forças políticas locais para o sucesso na efetiva integração desta minoria perseguindo ganhos em saúde que consequentemente se vão refletir na melhoria do acesso à educação; emprego e habitação, produzindo assim novos Olhares sobre e com esta minoria, cuja sociedade maioritária persiste em ir marginalizando. Novos Olhares surgirão se todos os intervenientes passarem das palavras escritas em documentos legislativos à sua implementação, pois enquanto sociedade maioritária devemos perguntar-nos sobre o que temos feito para pôr em prática esses documentos.

Partindo desta premissa, e porque enquanto enfermeira tenho constatado na minha prática clínica que as famílias de etnia cigana, diversos profissionais e até agentes políticos locais desconhecem a ENICC, será fundamental perceber como podem efetivamente ser colocadas em prática as medidas preconizadas para promover condições de acesso de pessoas ciganas aos serviços de saúde e capacitar os profissionais de saúde dos CSP, enquanto objetivos específicos do Eixo da Saúde. Neste âmbito, não fará sentido esperar-se que cada um cumpra por si indicadores para atingir estes objetivos, mas que entre todos se elaborem estratégias locais, a nível concelhio, para juntos construírem Olhares comprometidos com esta minoria que depende em grande medida da sociedade maioritária para uma efetiva integração numa perspetiva de coesão social. Diversos profissionais, de áreas como a enfermagem, medicina; psicologia; educação; serviço social; mediação cultural e política, estão a ser captados para uma reunião de trabalho ao nível concelhio da USF que serviu de contexto a esta investigação. Sublinho a importância da presença do mediador de etnia cigana, pois como refere Júnior (2018) é o direito à comunicação que converte o ator social em ator político para agir e transformar o mundo. O Guia para a Conceção de Planos Locais para a Integração de Comunidades Ciganas (ACM, I.P., 2019) é também um documento prático e relevante a ser considerado nesta congregação de esforços, e que aponta para a importância de uma plataforma que deverá ser sempre coordenada por um decisor político, uma vez que a sustentabilidade das políticas locais reside nas Câmaras Municipais. Este Guia, além de esquematizar três modelos para se selecionar o que melhor se coaduna com o diagnóstico local, indica uma lista de boas práticas que se destacaram em alguns municípios para a implementação dos respetivos Planos Locais.

Esta investigação ao colocar em evidência as expectativas e necessidades da etnia cigana a nível concelhio, reforçadas por estudos científicos anteriores, servirá como ponto de partida (salvaguardando sempre o anonimato dos participantes no estudo) para o desvelar da realidade porventura conhecida, mas simultaneamente esquecida, esperando-se novos Olhares para a ENICC, ou seja, com ela efetivamente comprometidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACM, I.P. (2019). *Guia para a conceção de planos locais para a integração das comunidades ciganas*. Alto Comissariado para as Migrações I. P. Retrieved from <https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202673/Guia+para+a+Conce%C3%A7%C3%A3o+de+Planos+Locais+para+a+Integra%C3%A7%C3%A3o+das+Comunidades+Ciganas/1e5e80ec-4292-420f-b339-b99c526968c9>

Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2.^a Edição). Imprensa da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>

Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas (2020). *Pandemia e comunidades ciganas*. Retrieved June 14, 2020, from http://sites.ecclesia.pt/onpc/index.php?view=article&catid=45%3Adestaque&i-d=1557%3Apandemia-e-comunidades-ciganas&format=pdf&option=com_content&Itemid=5

Baranoski, S., & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas - Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.

Barbosa, A., & Neto, I. G. (2006). *Manual de cuidados paliativos* (1.^a Edição). Lisboa.

Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (Edição revista e atualizada de 2009). Lisboa: Edições 70.

Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Brandão, F. M. R. (2018). *População cigana e o acesso aos serviços de saúde*. Centro Universitário de Brasília. Retrieved from uri: [%09https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13008](https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13008)

Brito, L. E. F. (2016). *Competência cultural nos profissionais de saúde - Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Ciências e Tecnologias). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/34031>

Briz, T. (2012). *Saúde, saúde pública e os determinantes em saúde - no fio do tempo*. Edições Colibri, Câmara Municipal de Torres Vedras - Instituto Alexandre Herculano, 165-178. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-saude-publica-e-os-determinantes-em-saude-no-fio-do-tempo-jpg.aspx>

Brofenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Câmara Municipal de Aveiro. *Diagnóstico social e plano de desenvolvimento social do município de Aveiro 2019-2021*. Retrieved from https://www.cm-aveiro.pt/cmaveiro/uploads/writer_file/document/540/dsepsd_2019_2021.pdf

Caré, M. J. G. H. (2010). *Ciganos em Portugal: Educação e género*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2554/1/ulfp037384_tm.pdf

Carneiro, S. I. G. (2018). *Despertar para um cuidar culturalmente competente: Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/24724>

Casa-Nova, M. J. (2009a). *Etnografia e produção de conhecimento. Reflexões críticas a partir de uma investigação com ciganos*. Lisboa: ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. Retrieved from <https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/Olhares+n.%C2%BA+8+MJC-N/2f20566f-82d2-474a-ac68-40a1870a909d>

Casa-Nova, M. J. (2009b). *A mediação intercultural e a construção de diálogos entre diferentes : notas soltas para reflexão* (pp. 61-68). Atas do Seminário Mediação Socioeducativa: contextos e atores. Instituto de Educação da Universidade do Minho. Retrieved from https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIP-SE/contributos_de_maria_jose_casa_nova.pdf

Casa-Nova, M. J. (2013). Os ciganos é que não querem integrar-se?, in J. Soeiro, M. Cardina & N. Serra, *Não acredite em tudo o que pensa*. Lisboa: Ed. Tinta da China.

Castro, A. (2013). *Na luta pelos bons lugares: Ciganos, visibilidade social e controvérsias espaciais*. (Tese de Doutoramento, ISCTE).

Collière, M. (1999). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, Edições Técnicas.

Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura - Subcomissão para a Igualdade de Oportunidades e Família (2008). *Relatório das audições efectuadas sobre Portugueses Ciganos no âmbito do Ano Europeu para o Diálogo Intercultural*. Assembleia Da República. Retrieved from <https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202605/Prof.+Doutora+Maria+do+Ros+rio+Carneiro+Comissao+Parlamentar+de+etica%2C+Sociedade+e+Cultura.pdf/940010e4-87dd-4327-98bb-8c73e27a9166>

Correia, C., & Sequeira, J. (2011, March). A rede social das famílias multi-problemáticas ou multidesafiadas. Estudo exploratório com famílias rurais. *INFAD Revista de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology. Desafíos y Perspectivas Actuales de La Psicología En El Mundo de La Adolescencia*, 2(1), 483-492. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832329048.pdf>

Correia, M. F. R. (2011). *Cultura cigana e a sua relação com a saúde*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10506/1/ultima_correccao_V17_FINAL.pdf

Costa, A., & Amado, J. (2018). *Análise de conteúdo suportada por software* (2ª Edição). Oliveira de Azeméis: Ludomédia.

Costa, A., Coutinho, C., Sánchez, C., Souza, D. N. de, Egry, E., Souza, F. N. de, ... Fonseca, R. M. G. S. da. (2015). *Investigação qualitativa: Inovação, dilemas e desafios*. (Volume 2). (1.ª Edição). Oliveira de Azeméis: Ludomédia. Retrieved from https://www.ludomedia.pt/prod_details.php?id=137

Costa, A., Souza, D., Souza, F., Brzezinski, I., Alarcão, I., Amado, J., & Oliveira, M. (2016). *Investigação qualitativa: Inovação, dilemas e desafios*. (Volume 1). Oliveira de Azeméis: (Edição digital) Ludomédia. Retrieved from https://www.ludomedia.pt/prod_details.php?id=138&catId=15&offset=0

Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 118 (2017). Accessed Feb, 14, 2020 Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/107541409>

Decreto-Lei N.º 118/2014 de 5 de agosto, Diário da República: I série, N.º 149, (2014). Accessed April, 18, 2020. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia_DecLei_118_2014.pdf

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde, Pub. L. N.º. Diário da República: I série, n.º 161 (2007). Accessed April, 11, 2020 Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/legislacaoconsolidada/lc/107546128/view?q=-decreto+lei+298%2F2007>

DGS. (2015a). *Norma n.º 015/2013 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

DGS. (2015b). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Portugal. Retrieved from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Duvall, E., & Miller, R. (1985). *Marriage and family development* (6.ª Edição). New York: Harper & Row, Publishers.

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2019). *Guia Orientador de Estágio*.

Fernandes, F. (2015). *Desafios de uma comunidade minoritária – os apoios sociais na comunidade cigana de Barcelos*. (Dissertação de Mestrado: Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/40854>

Fernandes, S. (2002). *O doente de etnia cigana*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-4-5

Figueiredo, M. H. de J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento: Universidade do Porto). Retrieved from https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem_de_Familia_Um_Contexto_do_CuidarMaria_Henriqueta_Figueiredo.pdf

Figueiredo, M. H. de J. S. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, A. (2011). *Enfermagem com famílias - Perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Mestrado: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamiliasAlexandraFreitas.pdf>

Goldfarb, M. P. L., Leandro, S. S., & Dias, M. D. (2012, December). O “cuidar” entre as calin Concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 851–877. Retrieved from <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PatriciaDos.pdf>

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Camarate: Lusociência.

Joaquim, T. (1999). *Reflexão ética sobre a dignidade humana (26/CNE-CV/99)* (No. 26). Lisboa. Retrieved from <https://www.cnecev.pt/pt/pareceres/reflexao-etica-sobre-a-dignidade-humana-26-cnecev-99>

Júnior, A. (2018). *Produção social dos sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal*. (Pós-graduação em Informação e Comunicação da Saúde: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz) Retrieved from <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33131>

Lei n.º 105/2001 de 31 de agosto da Assembleia da República Diário da República, Pub. L. n.º 202 (2001), Série I-A de 2001-08-31. *Estatuto do mediador socio-cultural*. Accessed April, 11, 2020 Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/lei/105/2001/08/31/p/dre/pt/html>

Leininger, M. (1994). *Nursing and antropology: Two worlds to blend*. Ohio, USA: Greyden Press.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices* (Second Ed.). United States of America: Jan Scipio.

Leininger, M. (1998). *Transcultural nursing: Concepts, theories and practices* (2.ª Edição). New York, USA: McGraw Hill.

Leininger, M. (2001a). *A mini journey into transcultural nursing with its founder*. 32 (4). Nebraska Nurse.

Leininger, M. (2001b). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Boston: Jones and Barlett Pubs.

Magano, O. (2010). “Tracejar vidas normais” - *Estudo qualitativo sobre a integração social de indivíduos de origem cigana na sociedade portuguesa*. (Tese de Doutoramento: Universidade Aberta do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/1750>

Medeiros, C. M. (2011). *Influência no processo de saúde e adoecimento: contribuições para a estratégia saúde da família*. Universidade Federal de Minas Gerais. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/5906>

Medinas, C. B. (2019). *Ciganos e literacia digital: Um estudo de caso no distrito de Évora* (1.ª Ed. (Ol)). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.). Retrieved from https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/COLECAO_OLHARES_10_Ciganos+e+Literacia+Digital.pdf/f219ad51-b-878-4daa-afce-95cfb329fc74

Meleis, A., Sawyer, L., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: Emerging middle-range theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, M. M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo nacional sobre as comunidades ciganas* (1.ª Edição). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/313090372%0AEstudo>

Mendes, M. M. (2020). Anticiganismo em contexto de pandemia. *Público*. Accessed June, 4, 2020 Retrieved from <https://www.publico.pt/2020/05/12/opiniao/opiniao/anticiganismo-contexto-pandemia-1916051>

Moita, M., & Silva, A. (2016). Modelos de competência cultural: Uma análise crítica. *Pensar Enfermagem*, N.º 2, 20, 72–88. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf

Monteiro, A. C. (2019). *Educação para a saúde na melhoria de estilos de vida de crianças e jovens ciganas que frequentam um projeto de inclusão social*. (Relatório de Estágio Mestrado em Educação: Instituto de Educação da Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/61967>

Monteiro, A. P., Francisco, I., Antunes, C., & Pereira, R. (2013, June). Saúde mental em grupos étnicos minoritários: Representações sobre saúde mental em adultos e crianças de comunidades ciganas residentes na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9(9), 36–40.

Montenegro, M. (2012). *Aprender a ser cigano, hoje: empurrando e puxando fronteiras*. (Tese de Doutoramento: Universidade de Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7994/1/ulsd064915_td_Mirna_Paiva.pdf

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 68–74.

Neves, S., Correia, A., & Allen, P. (2016, December). Reflexões sobre a implementação de um programa de intervenção psicoeducativa com mulheres ciganas portuguesas. *Configurações*, 122–136. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/configuracoes.3695>

Nunes, L. A. (2014). *Promoção da saúde da criança/do jovem e família de cultura cigana*. (Dissertação de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/16225>

Observatório das Migrações. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, Doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes* (1.ª Edição). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.). Retrieved from <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb-667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>

Oliveira, P.; Barbieri, M. C.; Martins, M. M.; Henriqueta, F. M.; Martinho, M. J.; Andrade, L.; Fernandes, H.; Vilar, A.; Santos, M. R.; Carvalho, J. C. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista Escola de Enfermagem USP*, (May 2014), 1331–1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

Oliveira, M. C. (2018). *Particularidades de intervenção social com as famílias ciganas nas áreas da saúde, educação e emprego*. (Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra). Retrieved from [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/85641/1/Teses__Meraldina Costa Oliveira.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/85641/1/Teses__Meraldina%20Costa%20Oliveira.pdf)

OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

OMS. (2008). *Relatório Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais Que Nunca*. Retrieved from https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros, Suplemento Da Revista* (26), 9–23.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (Divulgar). Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*, 8660–8661. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Pub. L. No. 2.ª série-N.º 135-16 de julho. Regulamento n.º 428, *Diário da República* 19354 (2018). Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (Eds.). (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (Eds.). (2015b). *REPE - Estatuto Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.

Pereira, I. (2016). *Ninguém dá trabalho aos ciganos!* (Dissertação de Mestrado: Universidade Aberta de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/5224>

Pereira, S., & Casa-Nova, M. (2020). *Edital de 2020: Edição de dissertações de mestrado, teses de doutoramento e projetos de investigação*. Retrieved from <https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/209362/Edital+para+publicações+2020.pdf/5295bdc8-6364-4c5c-8889-d0b355d94a7e>

Pires, A. C. S. (2013). *Interculturalidade no serviço de urgência: Cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana no serviço de urgência do hospital X*. (Trabalho de Projeto: Instituto Politécnico de Setúbal). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/5906>

REAPN. (2007). *Guia para a intervenção com a comunidade cigana nos serviços de saúde*. Porto: REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. Retrieved from <https://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Portugues.pdf>

Reis, A. M. S. C. (2014). *Da multiculturalidade em cuidados à produção de competências nos enfermeiros*. (Tese de Doutoramento: Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84696/2/31836.pdf>

Relvas, A. (2000). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316.1/2508>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 154, Pub. L. No. N.º 230, 5450 (2018). Accessed April, 11, 2019. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/resolcons-min/154/2018/11/29/p/dre/pt/html>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 25. Estratégia Nacional Para a Integração das Comunidades Ciganas 2013-2020 (2013). Retrieved from https://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/enicc_ACM.pdf/42f8ef57-8cd7-4118-9170-9fcd9bc53ec2

Rodrigues, F., Amendoeira, J., & Pereira, M. (2009). *Competência cultural: Análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant*. Retrieved March 5, 2020, from <http://hdl.handle.net/10400.22/1715>

Rodrigues, F., Pereira, M., & Amendoeira, J. (2015). *A transição paradigmática da saúde e as suas reflexões na enfermagem como disciplina*. Retrieved March 5, 2020, from <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2516/1281>

Roma Civil Monitor. (2020). *A synthesis of civil society's reports on the implementation of national roma integration strategies in the European Union*. Retrieved June 7, 2020, from <https://www.eapn.pt/documento/667/roma-civil-monitor-a-synthesis-of-civil-societys-reports-on-the-implementation-of-national-roma-integration-strategies-in-the-european-union>

Santos, A., Silva, Á., & Murta, J. (2016). A invisibilidade cigana no Brasil: que ações podem ser desenvolvidas pelo profissional de serviço social? *MILL-CAYAC - Revista Digital de Ciências Sociais*, III(5), 205–226. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5665458>

Santos, C., & Moreira, L. (2017, Jan). Aprofundamento do estudo sobre as comunidades ciganas. *ACM - N.º 5 - Especial Comunidades Ciganas*, 35-40.

Santos, S. (2016). *A inclusão da comunidade cigana: Um projeto de saúde escolar no concelho do Seixal*. (Relatório de Estágio: Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora). Retrieved from [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18616/1/Relatório Susana Final.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18616/1/Relatório%20Susana%20Final.pdf)

Silva, A. F. F. (2011). *Supervisão em educação para a saúde num contexto não-formal: Percursos de uma prática reflexiva com crianças carenciadas*. (Relatório de Estágio Mestrado em Educação: Instituto de Educação da Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/19187>

Silva, L. (2005). *Saúde/Doença é questão de cultura – Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal*. Olhares n.º 2. Porto: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. Retrieved from https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares2_editado.pdf/31ee87d-8-98b9-4dba-a013-3d3840304950

SNS. (2020). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. Retrieved February 12, 2020, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010191/Pages/default.aspx>

Sousa, A. M. A. (2018). *À procura da chave de um sonho... Perceções das mulheres da comunidade cigana do bairro social do Cabeço sobre a sua integração social*. (Monografia de Estágio: Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/85462>

Souza, F., Costa, A., & Moreira, A. (2014, November). *webQDA: Software de apoio à análise qualitativa*. CIDTFF - Centro de Investigação Didáctica e Tecnologia Na Formação de Formadores Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população (7.ª)*. Lisboa: Lusodidacta.

Streubert, Helen J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5.ª). Loures: Lusodidacta.

Teixeira, M. L. de O., & Ferreira, M. de A. (2010, July). Pesquisa do cuidado de enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire. *Revista de Enfermagem Referência III - n.º 1*, 93–100.

The General Assembly. Universal Declaration of Human Rights, Pub. L. No. 217 (III) International Bill of Human Rights, 71 (1948). Paris. Retrieved from [https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217\(III\)&Lang=E](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217(III)&Lang=E)

USF Águeda + Saúde. (2017). *Plano de ação 2017 - USF Águeda Mais Saúde*. Águeda.

Valente, S. C. S. (2014). *Políticas de integração social cigana em Coimbra - A importância da mulher cigana*. (Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra - Faculdade de Ciências e Tecnologia). Retrieved from uri: [%09https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13008](https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13008)

Vicente, M. J. (2009). *As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional* (1.^a). Porto: REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. Retrieved from <http://www.gitanos.org/upload/89/59/PORTUGUES-final-baja.pdf>

Vilaverde, A. V. V. P. (2016). *As políticas sociais RSI e o PER, como instrumento de integração social das famílias ciganas - Estudo de caso no distrito de Vila Real*. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.). Retrieved from https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/COLECAO_OLHARES_12_Políticas+ Sociais+e+RSI.pdf/489ebef9-b549-4272-876e-c9b-1c434ecf3

Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família* (4.^a). São Paulo: ROCA.

Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias*. (Roca, Ed.) (5.^a). S. Paulo.

Sites consultados:

Observatório da Comunidades Ciganas:

▪ www.obcig.acm.gov.pt

Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas:
<https://amucip.weebly.com/>

Obra Nacional Pastoral dos Ciganos: <http://sites.ecclesia.pt/onpc/>

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Graffar Adaptada

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	Pontuação			Posição social
						C/5 itens	C/4 itens	C/3 itens	
1.º	-Gr. Industrias e Comerciantes - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	Licenciatura Mestrado Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 . . . 9	4 . . . 7	3	I Classe Alta _/_/_
2.º	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 . . . 13	8 . . . 10	4 . . . 6	II Classe Média Alta _/_/_
3.º	- Peq. Industrias e Comerciantes - Quadros médios: Chefes de Seção - Emp. Escritório - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12.º ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 . . . 17	11 . . . 13	7 . . . 9	III Classe Média _/_/_

4.º	- Peq. Agricultores/ Rendeiros - Emp. Escritório - Operários semi- -qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militari- zados de nível	- Escolarida- de ≥ 4 anos 2 <anos	- Remunera- ção ≤ ao salá- rio mínimo nacional - Pensionistas e reformados - Vencimen- tos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodo- mésticos de menor nível	- Bairro social/ operário - Zona antiga	18 21	14 16	10 12	IV Classe Mé- dia Baixa _/_/_
5.º	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não clas- sificados nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever Escolarida- de < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RGM	- Im- próprio (barraca, andar ou outro) - Coabi- tação de várias famílias em situa- ção de promis- cuidade	- Bairro de lata ou equiva- lente	22 25	17 20	13 15	V Classe Baixa _/_/_

Adaptado de: Mendes, Magano, & Candeias, 2014; Dias, Alves, & Valente, 2006; e Magano, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfica e Socioeconómica dos Participantes

N.º da entrevista	Idade	Sexo	Tipo de Família	N.º elem. agregado familiar	Estado civil	Classificação de Grafiar				Tipo de habitação	Posição Social: Tipo de Classe	Adicto ao EF
						Profissão	Origem do rendimento familiar	Habilitações literárias	Local de residência			
E1	54	M	nuclear	3	casado	D	b RSI	6.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E2	64	F	alargada	4	viúva	D	b RSI	0	Bairro lata	Grau V	Baixa	9 A
E3	24	M	nuclear	4	União de facto	Operário fabril	Salário mínimo	4.º	Bairro lata	Grau V	Baixa	7 A
E4	35	M	nuclear	5	casado	Mediador cultural	Salário mínimo	9.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	10 A
E5	45	M	nuclear	5	casado	D	b RSI	6.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E6	29	M	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	8.º	Bairro lata	Grau IV	Baixa	9 A
E7	63	M	nuclear	2	casado	D	b RSI	4.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E8	29	M	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	4.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E9	58	F	nuclear	2	casada	D	b RSI	0	Bairro social	Grau IV	Baixa	10 A
E10	27	M	nuclear	4	União de facto	D	b RSI	6.º	Bairro social	Grau IV	Baixa	9 A
E11	42	M	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	6.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E12	26	M	nuclear	3	União de facto	D	b RSI	6.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	9 A
E13	34	F	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	4.º	Bairro social	Grau III	Média Baixa	10 A
E14	39	F	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	4.º	Bairro lata	Grau V	Baixa	9 A
E15	36	F	nuclear	5	União de facto	D	b RSI	4.º	Bairro social	Grau III	Baixa	10 A
E16	20	M	nuclear	3	União de facto	D	b RSI	4.º	Bairro social	Grau IV	Baixa	10 A

Legenda: M – Masculino; F – Feminino; D - Desempregado; b RSI – beneficiário de Rendimento Social de Inserção; EF – Enfermeira de Família; A – Anos

APÊNDICE II – Guião da Entrevista



V Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

GUIÃO DE ENTREVISTA

Expetativas das Famílias de Etnia Cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família

Junho, 2019



Expetativas das Famílias de Etnia Cigana relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família

Introdução da Entrevista

Objetivos Específicos: Legitimar a entrevista
Motivar o entrevistado

Esta entrevista é dirigida por mim, Manuela Estanqueiro, para a qual peço a sua autorização para a gravação do som.

Tem como objetivo explorar as expetativas das famílias de etnia cigana relativas ao cuidado do enfermeiro de família

Estou interessada em explorar as suas expetativas relativamente ao cuidado que o enfermeiro de família para transmitir os resultados deste estudo às enfermeiras da sua unidade de saúde, para que possam corresponder o melhor possível às suas expetativas, pelo que o seu contributo é muito importante.

A sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento do estudo, estando salvaguardado o anonimato, uma vez que as entrevistas serão identificadas apenas pelas iniciais do seu nome.

Todos os dados são confidenciais destinando-se exclusivamente a este estudo, sendo a gravação destruída cinco anos após a conclusão deste estudo.

Este estudo de investigação está integrado no Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar tendo obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Para analisar esta entrevista irei necessitar de transcrever o seu discurso, autoriza-me que o cite total ou parcialmente?

Código da entrevista

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Data: ___/___/_____ Hora de início: __h__m/ Hora de terminus: __h__m

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Número de elementos do agregado familiar: _____

Tipo de Família: _____ Família adita à EF: _____ anos

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (Escala de Graffar adaptada por Amaro, 2001)

PROFISSÃO

1. Grandes Industriais e Comerciantes; Gestores de topo do setor público ou privado; Professores Universitários (com Doutoramento); Brigadeiro/General/Marechal; Profissões liberais de topo

2. Médios Industriais e Comerciantes; Dirigentes de médias empresas; Agricultores/Proprietários Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; Oficiais das Forças Armadas; Profissões Liberais; Professores Ensino Básico; Professores Ensino Secundário; Professores Universitários (sem Doutoramento)

3. Pequenas Indústrias e Comerciantes; quadros médios: Chefes de Secção; Empregados de Escritório; Médios agricultores; sargentos e equiparados

4. Pequenos Agricultores/Rendeiros; Empregados de Escritório; Operários semiqualeificados; Funcionários públicos e membros das Forças Armadas

5. Assalariados agrícolas; trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores

INSTRUÇÃO

1. Licenciatura; Mestrado; Doutoramento

2. Bacharelato ou Curso Superior com duração ≤ 3 anos

3. 12.º ano; 9 ou mais anos de escolaridade

4. Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos

5. Não sabe ler ou escrever; escolaridade < 4 anos

ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR

- 1. Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível
- 2. Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)
- 3. Vencimentos certos
- 4. Remuneração \leq ao salário mínimo nacional; Pensionistas e reformados; Vencimentos incertos
- 5. Assistência (subsídios); Rendimento Social de Inserção

TIPO DE HABITAÇÃO

- 1. Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto
- 2. Casa ou andar bastante espaçoso e confortável
- 3. Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais
- 4. Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível
- 5. Impróprio (barraca, andar ou outro); Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade


LOCAL DE RESIDÊNCIA

- 1. Zona residencial elegante
- 2. Bom local
- 3. Zona intermédia
- 4. Bairro social/ operário; zona antiga
- 5. Bairro de lata ou equivalente

PARTE II
GUIÃO DE ENTREVISTA

Bloco Temático	Objetivos específicos	Questões
<p style="text-align: center;">I Perceção sobre o papel do Enfermeiro(a) de Família</p>	<p>Conhecer a perceção das famílias de etnia cigana sobre o papel do(a) Enfermeiro(a) de Família</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que o(a) Enfermeiro(a) de Família tem respondido às necessidades da sua família? 2. Como considera que o(a) seu(sua) Enfermeiro(a) de Família o envolve nos cuidados de saúde a ter com a sua família?
<p style="text-align: center;">II Expetativas</p>	<p>Compreender as expetativas da Família de etnia cigana relativas ao Cuidar do (a) Enfermeiro (a) de Família</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. O que espera dos(as) Enfermeiros(as) de Família? 4. O que pensa sobre os vossos costumes, crenças e tradições se relacionar com o que esperam do(a) Enfermeiro(a) de Família? 5. Como é acha que poderia ser melhorada a sua interação com os(as) Enfermeiros(as) de Família?
<p style="text-align: center;">III Conclusão da entrevista</p>	<p>Aprofundar temas que o entrevistado considere relevante e pertinente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Existe mais algum aspeto importante para este estudo sobre as expetativas da sua família relativas ao Cuidar do(a) Enfermeiro(a) de Família que queira acrescentar? <p>Agradeço a sua disponibilidade e colaboração, pois são fundamentais para a realização deste estudo de investigação.</p>

APÊNDICE III – Glossário de termos significativos para as famílias de etnia cigana

LETRA	TERMO	DEFINIÇÃO
		(¹ Termos em uso pelos ciganos da USF referidos nos contactos com as suas famílias durante o estágio e no decurso das entrevistas); (² https://caminhosciganos.com/a-bandeira-cigana/); (³ Coelho <i>as cited in</i> Pires, 2013); (⁴ REAPN, 2007); (⁵ Pires, 2013); (⁶ Miguel C. M. <i>as cited in</i> Pires, 2013); (⁷ Lei n.º 105/2001 de 31 de Agosto); (⁸ https://pt.wikipedia.org/wiki/Maria_Severa); (⁹ Nunes <i>as cited in</i> Pires, 2013)
A		
B	Branco(s)	¹ Termo em português para designar indivíduo(s) não cigano(s).
	Bandeira Cigana 	² Instituída em 1971 como símbolo internacional de todos os ciganos no mundo. A roda vermelha no centro simboliza a vida, representa o caminho a percorrer e o já percorrido, a tradição como continuidade eterna, se sobrepõe ao azul e ao verde com os seus aros representam a força do fogo, da transformação e movimento. O azul representa os valores espirituais, a paz, a ligação do consciente com os mundos superiores, significando a libertação e a liberdade. O verde representa a mãe Natureza, a Terra, o Mundo Orgânico (subterrâneo). A força e a luz do crescimento vinculado com as matas, com os caminhos desbravados pelos ciganos; sentimento de gratidão e respeito pela terra e o que ela oferece constituindo uma obrigação a sua preservação.
C	Caló	³ Caló ou Romanó é o termo pelo qual os ciganos de Portugal designam a sua língua que corresponde ao “Espanhol influenciado pelo Português”. Embora existam variações linguísticas entre os vários grupos de ciganos, constata-se que todos falam um idioma que tem a mesma origem histórica que é o Romanó.
	Chaboto	¹ Termo pejorativo entre ciganos para designar ciganos de baixo nível, sinónimo de ciganos da Beira Baixa, mas este termo é menos pejorativo.
	Chavorrilho	⁴ Rapaz cigano.
	Ciganos da Beira Baixa	¹ Aqueles que estão em carrinhas a vender cestos, andam de porta-a-porta, de cidade em cidade
	Cultura Ágrafa	⁴ A população cigana rege-se por um conjunto de normas e costumes que tradicionalmente determinam o comportamento da comunidade cigana, estas embora não estejam escritas são conhecidas por todos os membros da comunidade e são transmitidas oralmente de geração em geração.
D	Doença	⁴ Incapacitante, uma imagem, uma crença.
	Donos das suas aldeias	⁵ Cada comunidade, muitas vezes constituída por uma família alargada, dispõe de um território para a sua instalação. Nenhum membro de outra comunidade se instalará de forma definitiva neste território, salvo no caso de união matrimonial.
E	Etnia	⁴ (Grupo étnico, minoria étnica) grupo de pessoas que partilham uma identidade coletiva e história em comum, partilhando um conjunto de padrões culturais semelhantes como valores, crenças, costumes, comportamentos e tradições específicas.

F	Fatigas	¹ Ciganos quando ficam muito preocupados com as doenças e querem rapidamente resolver os problemas dizem que têm fadigas
	Fugimento	⁴ Muitos ciganos fogem para longe da família para antecipar a data do casamento, geralmente quando a escolha é da iniciativa da jovem cigana ou quando os pais discordam das escolhas dos filhos, principalmente se relacionadas com indivíduos “estranhos” ao grupo étnico cigano.
G	Gadjó	⁶ Termo em romanó/caló para designar indivíduo não cigano, sem sentido pejorativo.
H	Homem/Mulher de Respeito	⁴ Expressão para referir-se às pessoas adultas ciganas que pela sua trajetória de vida adquiriram o respeito e a confiança da sua comunidade. As suas opiniões assumem um papel decisivo na resolução de problemas. Termo preferencial em vez de patriarca ou matriarca, que são termos não ciganos, mas aceitável entre a população cigana.
I	Igreja Evangélica de Filadélfia	⁴ Religião praticada pela maioria das pessoas de etnia cigana, o culto pode e deve ser prestado diariamente, mas deve ser pelo menos semanal. O culto torna-se fator de proteção para as famílias ciganas: para se ser um bom evangélico deve deixar de ingerir bebidas alcoólicas, cessar hábitos tabágicos e de toxicodependência. Alguns ciganos adotam a religião do país em que vivem. Creem num Deus único, bom e poderoso, esta fé em Deus para o cigano é algo absoluto.
J		
K	Kris Romani	⁵ Tribunal cigano. Recorre-se à intervenção de um “tribunal que dá opiniões”, constituído por elementos de linhagens distintas e conhecedores da tradição cigana, com o objetivo de avaliar discórdias que vão surgindo, regularizar assuntos de casamentos, de infidelidade conjugal, etc..
L	Labuta	¹ Briga.
	Lei Cigana	⁶ Código moral com normas culturais e de caráter religioso e que garante a estabilidade, infidelidade conjugal, etc. Integra valores fundamentais para as famílias ciganos como: respeito pelos mais velhos; a pureza da mulher e casamento de acordo com a lei cigana; solidariedade, apoio no luto. A lei cigana é aplicada através de um mecanismo semelhante à figura do tribunal arbitral, existindo um conflito é chamado um Homem de Respeito que não seja familiar dos oponentes e seja aceite pelas partes envolvidas.
M	Mediador Cultural	⁷ Elemento que, sendo de etnia cigana, conhece a sua língua, cultura e valores, possuindo formação específica para fazer a ponte entre os profissionais e as famílias ciganas.
	Medicina Popular	⁴ Com base em vegetais ou minerais acompanhados de palavras, rituais e feitiços
	Moça	⁴ Expressão utilizada para se referirem a raparigas solteiras, este termo é utilizado a partir dos 12 anos
	Morte	⁶ Para a população cigana, existe um reino dos mortos. Um cigano não deve morrer sozinho. O morto nunca fica só e é velado dia e noite durante três dias conforme lei cigana.
N	Namoro	⁴ Quando começam a namorar os ciganos não podem falar um com o outro, mandam recados por outra pessoa. Os homens ciganos não podem recusar um compromisso de casamento/namoro, enquanto as mulheres podem recusar “dando cabaças”

O	Os contrários	⁶ Uma das regras fundamentais nas comunidades ciganas é a lei dos contrários, que rege as relações entre famílias em conflito. Após uma labuta, reúne-se o tribunal cigano, que decidirá as consequências para os diferentes indivíduos envolvidos. As famílias envolvidas são então decretadas como contrárias, não se podendo juntar sem correr o risco de se repetir e alargar o conflito em causa.
P	Payo/a	⁴ Payo – homem não cigano. Paya – mulher não cigana. Não tem sentido pejorativo.
	Pedimento	⁴ Cerimónia para conceder a mulher cigana em casamento. Os noivos apresentam as suas famílias e cria-se um compromisso formal entre ambos, implicando que a família aceita o relacionamento dos filhos, a expressão é “estar pedida”.
	Povo Cigano	⁴ As expressões “povo cigano” ou “povo Roma” são formas coloquiais de se referir ao conjunto de ciganos de todo o mundo.
	Primo /Prima	⁴ Termo que utilizam as pessoas ciganas para referir-se entre eles/elas. Não está relacionado com nenhuma relação de parentesco, mas sim com a pertença ao mesmo grupo étnico.
Q		
R	Roma (Rom/Romí)	⁴ A tradução de cigano em romanó é “roma”, rom (masculino) e romi (feminino). “Roma” significa “cigano” e identifica todas as pessoas ciganas do mundo, no entanto os ciganos podem ser reconhecidos por outros termos consoante as regiões e os países: ciganos; tsiganes; gysies; gitanos; gypsies.
S	Sarrabulho	¹ Confusão, armar discussão, conflitos
	Sastipen	⁴ Saúde em Romanó. Saúde para os ciganos é entendida como ausência de doença, pelo que se não se está doente não é necessário tratar-se nem se prevenir.
	Severa	⁸ A cigana Maria Severa Onofriana é considerada a mãe do Fado Português. Nasce em 26 de julho de 1820 e morre aos 26 anos por tuberculose.
	Símbolos Gitanos	⁴ Os mais referidos são a bandeira, os símbolos da Roda de Carro e a Fogueira. Como festas de celebração têm: o dia 8 de abril (Dia Internacional dos Ciganos) e o dia 24 de junho (Noite de São João) Como expressões significativas: “sastipen” (saúde); o “sasti-pen ta lí”, o “sastipen thaj mesticen” (saúde e liberdade).
T	Tio	⁴ Homem mais velho e/ou mais respeitado da comunidade a quem são pedidos conselhos e orientações para resolver problemas.
U		
V	Virgindade	⁴ A virgindade da mulher antes do casamento é um dos costumes e de identidade mais importantes da cultura cigana. As meninas ciganas saem da escola mais cedo para não conviverem com rapazes.
	Viúva	⁹ É comum a viúva rapar o cabelo e vestir-se de preto para toda a vida, usando lenço na cabeça. Cobrem tudo o que possuem de mais importante em casa com um pano preto e visitam o cemitério quase diariamente levando flores e velas. Antigamente não tomavam banho e não podiam voltar a casar. Para a maioria, a mulher nova que volte a casar deixa de ser “mulher séria e de respeito”. Os ciganos consideram a viúva que conserva “a recordação do marido” de grande prestígio e influência.
X		
Z		

**APÊNCICE IV – Famílias de etnia cigana da USF como foco de cuidados:
competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar**



**Das Expetativas das Famílias de Etnia
Cigana ao Cuidar do Enfermeiro de Família**



**Competências específicas
do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem Comunitária
na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Cuidar de Famílias de Etnia Cigana

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar: as Famílias de Etnia Cigana da USF como Foco de Cuidados

De acordo com as evidências obtidas neste estudo que permitiu explorar as expectativas das famílias de etnia cigana relativas ao *Cuidar* do Enfermeiro de Família, foi adaptado o perfil de competências definido pela OE (2018) com a introdução dos termos a sublinhado “de etnia cigana” ao conceito família e acrescentadas também a sublinhado essas expectativas nas diversas competências do EF. Este documento tem como objetivo ser um auxiliar do cuidar holístico às famílias de etnia cigana da USF, com cariz temporal e sem qualquer pretensão de constituir um documento regulador ao perfil de competências elaborado pela OE.

1 - Cuida a família de etnia cigana, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Descritivo: Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Estabelece uma relação com a família <u>de etnia cigana</u> para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	1.1.1 — Aborda a família <u>de etnia cigana</u> com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. 1.1.2 — Estimula a família <u>de etnia cigana</u> na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma, <u>identificando o(s) membro(s) que pode(m) ser facilitadores desse processo (o mais velho da família por ser a pessoa de respeito; aquele com maior literacia; o Tio; o mediador cultural).</u> 1.1.3 — Estabelece o diálogo familiar, <u>com linguagem simples, sem tecnicismos, conhecendo alguns termos romani, enquanto códigos de linguagem</u> , para definir futuros objetivos de saúde. 1.1.4 — Reforça os pontos fortes da família de etnia cigana no âmbito da saúde, <u>considerando o seu sistema de valores (o respeito pelos mais velhos; coesão familiar; castidade; solidariedade; importância do luto).</u> 1.1.5 — Concebe um plano de ação com a família <u>de etnia cigana</u> , com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma, <u>compreendendo a forma como a família de etnia cigana se posiciona no binómio saúde/doença.</u>

<p>1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família <u>de etnia cigana</u></p>	<p>1.2.1 — Solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e <u>determinantes em saúde (sociais; económicos; genéticos/situações de consanguinidade; estilos de vida e eventos de vida)</u>, enquanto fatores que possam afetar o estado de saúde.</p> <p>1.2.2 — Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal.</p> <p>1.2.3 — Utiliza instrumentos de avaliação familiar, <u>com recurso a questões simples.</u></p> <p>1.2.4 — Identifica as crenças e cultura familiar <u>cigana</u> para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões, <u>visando a competência cultural. (a etnia cigana poderá ainda ter uma organização social baseada na família extensa, daí que perante a doença de um familiar todos os membros se unem para acompanhar as pessoas que estão doentes; prevalência do grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa; a representatividade das pessoas mais idosas na comunidade; o impacto do luto, condicionando atividades sociais e laborais, bem como a estética pessoal (vestimenta negra em mulheres, barba nos homens) pelo desgosto profundo; cada igreja e cada pastor têm uma influência diferente entre os crentes; as mulheres sintetizam os saberes e os tratamentos relacionados com as doenças; preparação precoce das meninas para o matrimónio e funções reprodutivas, e consequente abandono escolar, sendo ainda o sexo um elemento tabu, mantendo o sexo feminino submissão conjugal.)</u></p> <p>1.2.5 — Avalia a capacidade da família <u>de etnia cigana</u> para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente.</p> <p>1.2.6 — Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida, reconhecendo o <u>impacto emocional da morte e luto com as crenças e tradições associadas, mas também a forte coesão familiar.</u></p>
<p>1.3 — Monitoriza as respostas, <u>com competência cultural</u>, a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.</p>	<p>1.3.1 — Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, <u>baseada na sua competência cultural.</u></p> <p>1.3.2 — Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas, <u>considerando a cultura da família de etnia cigana.</u></p> <p>1.3.3 — Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas <u>(cuja baixa literacia influencia a crença da saúde enquanto ausência de doença, em que o aparecimento de sintomas é rapidamente associado com a morte, recorrendo aos serviços de saúde com forte preocupação e necessidade de rápido atendimento.</u></p> <p>1.3.4 — Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família <u>de etnia cigana</u>, a sua saúde e o meio ambiente, <u>considerando a possibilidade de sujeição da mulher na relação conjugal.</u></p>
<p>1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.</p>	<p>1.4.1 — Capacita a família na definição de metas e expetativas promotoras da sua saúde, <u>mantendo uma relação de ajuda com acompanhamento periódico adequado à monitorização do alcance das metas e expetativas definidas, sendo um educador para a saúde que recorre a diversas estratégias.</u></p> <p>1.4.2 — Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, <u>validando com a família de etnia cigana quem são as pessoas mais facilitadoras dessa discussão (família restrita; tio; mediador cultural...).</u></p> <p>1.4.3 — Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família <u>de etnia cigana</u>, quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.4.4 — Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família <u>de etnia cigana.</u></p> <p>1.4.5 — Colabora com a família <u>de etnia cigana</u> no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.</p>

<p>1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família de <u>etnia cigana</u>, em situações complexas.</p>	<p>1.5.1 — Promove o diálogo <u>com uma linguagem simples, objetiva e sem tecnicismos (considerando recurso a imagens ou ao desenho) com a família de etnia cigana</u>, de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos.</p> <p>1.5.2 — Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família <u>de etnia cigana (folhetos informativos de acordo com a literacia da família; linguagem simples; acompanhamento periódico; visitação domiciliária; sessões de educação para a saúde no local de residência; mediação cultural; influência protetora e reabilitadora da fé evangélica cigana; influência dos mais velhos/ Tio...)</u></p> <p>1.5.3 — Codesenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde.</p> <p>1.5.4 — Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais, físicas afetivas, espirituais e cognitivas da família <u>de etnia cigana</u> nas intervenções de enfermagem.</p> <p>1.5.5 — Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar.</p> <p>1.5.6 — Desenvolve com a família <u>de etnia cigana</u> formas de resolver conflitos (<u>equacionando recurso ao tio; mais velhos; mediador cultural</u>), lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar.</p> <p>1.5.7 — Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.</p> <p>1.5.8 — Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde.</p>
<p>1.6 — Facilita a resposta da família <u>de etnia cigana</u> em situação de transição complexa.</p>	<p>1.6.1 — Encoraja a família <u>de etnia cigana</u> a partilhar a sua história.</p> <p>1.6.2 — Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança.</p> <p>1.6.3 — Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio.</p> <p>1.6.4 — Identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, <u>a família de etnia cigana</u>, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança.</p> <p>1.6.5 — Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família <u>de etnia cigana</u> novas estratégias para alcançar os seus objetivos.</p> <p>1.6.6 — Analisa com a família <u>de etnia cigana</u> os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos.</p> <p>1.6.7 — Dá feedback à família <u>de etnia cigana</u>, <u>com linguagem simples</u>, de forma sistemática, centrando -se nos seus pontos fortes.</p> <p>1.6.8 — Discute regularmente, <u>recorrendo à linguagem simples</u>, com a família <u>de etnia cigana</u> o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar.</p> <p>1.6.9 — Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família <u>de etnia cigana</u> e ambiente.</p>
<p>1.7 — Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.</p>	<p>1.7.1 — Procura orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.7.2 — Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho.</p> <p>1.7.3 — Reflete sobre as interações enfermeiro/família de etnia cigana e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados.</p> <p>1.7.4 — Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados.</p> <p>1.7.5 — Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.</p> <p>1.7.6 — Demonstra competência, <u>nomeadamente competência cultural</u>, na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar.</p> <p>1.7.7 — Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar.</p>
<p>1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família de <u>etnia cigana</u> às intervenções de enfermagem.</p>	<p>1.8.1 — Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família <u>de etnia cigana</u> e dos cuidados prestados, <u>visando uma relação de ajuda baseada na empatia</u>.</p> <p>1.8.2 — Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares, <u>considerando as suas crenças relativas ao binómio saúde/doença</u>.</p> <p>1.8.3 — Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.</p>

2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Descritivo: Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família de <u>etnia cigana</u> .	2.1.1 — Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família <u>de etnia cigana, recorrendo à mediação cultural quando conveniente</u> . 2.1.2 — Referencia a família de <u>etnia cigana</u> para outros profissionais de saúde. 2.1.3 — Orienta a família <u>de etnia cigana</u> para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. 2.1.4 — Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família <u>de etnia cigana</u> . 2.1.5 — Assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família de etnia cigana aos diferentes níveis de prevenção.	2.2.1 — Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar, <u>procurando dar resposta ao preconizado no eixo da saúde pela Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas no horizonte 2018-2022</u> . 2.2.2 — Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família <u>de etnia cigana, considerando a articulação interinstitucional (como a câmara municipal) e os mediadores culturais (mediador cultural de etnia cigana e mediador cultural de assistência social)</u> . 2.2.6 — Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Mediador cultural de etnia cigana:

_____ (nome)/ _____ (contacto)

Mediador cultural assistente social:

_____ (nome)/ _____ (contacto)

Presidente da Associação Cigana do Concelho da USF:

_____ (nome)/ _____ (contacto)

Documentos e *sites* de apoio à compreensão de dimensões culturais das famílias de etnia cigana:

- Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas horizonte 2018-2022 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/ 29 de novembro de 2018 disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/117142874>)

- Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas (2014) disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15587/1/estudonacionalso-breacomunidadesciganas.pdf>
- Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde (REAPN, 2007) disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_pt.pdf
- *Guia para a Conceção de Planos Locais para a Integração das Comunidades Ciganas* (2019). Alto Comissariado para as Migrações I. P.. disponível em: <https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202673/Guia+para+a+Conce%C3%A7%C3%A3o+de+Planos+Locais+para+a+Integra%C3%A7%C3%A3o+das+Comunidades+Ciganas/1e5e80ec-4292-420f-b339-b99c526968c9>
- Câmara Municipal de Aveiro: Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social do Município de Aveiro 2019-2021. Disponível em: https://www.cm-aveiro.pt/cmaveiro/uploads/writer_file/document/540/dseps_2019_2021.pdf
- Site do Observatório da Comunidades Ciganas:
- www.obcig.acm.gov.pt
- Site da Associação para o Desenvolvimento das Mulheres Ciganas Portuguesas: <https://amucip.weebly.com/>
- Site da Obra Nacional Pastoral dos Ciganos: <http://sites.ecclesia.pt/onpc/>

