

MARIA ADELAIDE DUARTE ABREU PEREIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**A COMUNIDADE CHINESA IMIGRANTE EM PORTUGAL
E OS CUIDADOS DE SAÚDE**

Um Estudo na Região de Lisboa



ORIENTADORA:
PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS



LISBOA 2008

Fotografia de capa – Fonte:<http://travel.nationalgeographic.com>, 11/08/2008)

“A natureza dos Homens é a mesma, são os seus hábitos que os mantêm separados.”

(Confúcio)

“A alma não tem segredo que o comportamento não revele”

(Lao-Tsé)

“ Não procuro saber as respostas, procuro compreender as perguntas.”

(Confúcio)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste estudo foi possível contar com o contributo de muitas pessoas, que se revelaram decisivas para a sua concretização e às quais gostaria de manifestar o meu profundo reconhecimento.

Assim, quero começar por agradecer à Professora Doutora Natália Ramos, orientadora da presente Dissertação, pela sua orientação, paciência e motivação constante ao longo deste trabalho e pelo facto de ter acreditado neste projecto.

À Universidade Aberta, por me ter facultado a oportunidade de realizar o Mestrado de Comunicação em Saúde.

Ao meu marido Miguel, pelo constante apoio, encorajamento e afectividade e aos meus filhos Íris e Ismael, pela tolerância da privação dos tempos dedicados a eles.

À minha amiga Dália que me ajudou a continuar quando pensei em desistir.

Ao meu colega de Mestrado João Paulo pela disponibilidade e companheirismo.

À minha chefe de serviço Teresa Candeias e Filomena Martins, aos restantes colegas de serviço, pelo seu encorajamento, disponibilidade e ajuda a ultrapassar as dificuldades de organização de horários que me permitiram frequentar as aulas.

A todos o meu profundo agradecimento

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	04
RESUMO	11
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	16
I PARTE – REVISÃO DA LITERATURA	19
CAPÍTULO 1 – CHINA E A SUA CULTURA	20
1. RELIGIÃO	26
2. MEDICINA. TRADICIONAL. CHINESA.: CONCEITOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	28
3. ALIMENTAÇÃO.....	34
4. A ESCRITA CHINESA	39
CAPÍTULO 2 – MIGRAÇÃO.....	43
1. MULTICULTURALIDADE, ACULTURAÇÃO E MIGRAÇÃO	45
2. IMIGRANTES E CUIDADOS DE SAÚDE.....	47
CAPÍTULO 3 - POPULAÇÃO CHINESA IMIGRANTE EM PORTUGAL	52
CAPÍTULO 4 - COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL E CUIDADOS DE SAÚDE.....	68
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	72
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA.....	73
1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	73
2. LOCAL DO ESTUDO	74
3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	76
4. INSTRUMENTO E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS	77
5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	80
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
1. APRESENTAÇÃO E RESULTADOS DA CONSULTA DOS PROCESSOS CLÍNICOS/ARQUIVOS	90
SÍNTESE	102
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	103

SÍNTESE	118
SINTESE	133
CONCLUSÃO	140
BIBLIOGRAFIA	145

ANEXOS

<u>ANEXO I</u> - LEI ORGÂNICA DO ALTO. COMISSARIADO. PARA EMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL.....	152
<u>ANEXO II</u> - GUIÃO DA ENTREVISTA AOS TÉCNICOS DE SAÚDE	153
<u>ANEXO III</u> - GUIÃO DA ENTREVISTA A FAMÍLIA CHINESA	154
<u>ANEXO IV</u> - GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA TRIAGEM NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA - DIRIGIDO À POPULAÇÃO CHINESA	155
<u>ANEXO V</u> - GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO NA MATERNIDADE - DIRIGIDO À POPULAÇÃO CHINESA	156
<u>ANEXO VI</u> - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO	157
<u>ANEXO VII</u> - DADOS ESTATÍSTICOS DE REGISTO DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA DE 2002 A 2006.....	158
<u>ANEXO VIII</u> - CARTAZES DE SAÚDE PÚBLICA NA CHINA	159

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Número de residentes e titulares de autorização de residência (1997-2003).....	58
Tabela nº 2 – Residentes chineses em Portugal distribuídos por Distritos (1999 - 2003)	59
Tabela nº 3 – Instrumentos de Colheita de dados	78
Tabela nº 4 – Factores investigados	90
Tabela nº 5 – Número de crianças atendidas (2002 a 2006)	90
Tabela nº6 – Relação entre a totalidade das crianças atendidas e as crianças chinesas (2002 a 2006)	91
Tabela nº7 – Patologias mais frequentes das crianças chinesas que recorreram à Urgência (2002 a 2006)	92

Tabela nº8 – Factores limitadores da comunicação.....	93
Tabela nº 9 - Número de mulheres atendidas na Maternidade (2002 a 2006)	96
Tabela nº10 – Relação entre a totalidade das mulheres atendidas na Maternidade e as mulheres chinesas (2002 a 2006)	97
Tabela nº11 – Idade das parturientes (2002 a 2006)	98
Tabela nº12 – Vigilância da gravidez	99
Tabela nº13 – Factores limitadores da comunicação	100
Tabela nº 14 – Constituição da Amostra	103

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Categorias/ Subcategoria/ Unidades temáticas (Pediatria).....	104
Quadro nº2 – Categoria: Prestação de cuidados de saúde a utentes chineses Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital	105
Quadro nº3 – Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital	106
Quadro nº4 – Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital	107
Quadro nº5 – Categoria: Comunicação/ Subcategoria: Dificuldades no atendimento	108
Quadro nº6 – Subcategoria: Estratégias utilizadas na comunicação	111
Quadro nº7 – Categoria: Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde Subcategoria: Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para perceber se foram entendidos e se foram de encontro às necessidades dos utentes	114
Quadro nº8 – Categoria: Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais Subcategoria: Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem	115
Quadro nº9 – Subcategoria: Analisar a interacção estabelecida com a cultura de acolhimento	117

Quadro nº10 – Categoria: Humanização dos cuidados/ Subcategoria: Competências relacionais	120
Quadro nº11 – Categorias/Subcategorias/Unidades Temáticas (Maternidade).....	124
Quadro nº12 – Categoria: Prestação de cuidados de saúde a parturientes chinesa Subcategoria: Conhecimento da população chinesa na maternidade/obstetrícia	125
Quadro nº13 – Categoria: Comunicação/ Subcategoria: Dificuldades no Atendimento	126
Quadro nº14 – Subcategoria: Estratégias utilizadas na comunicação	126
Quadro nº15 – Categoria: Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde Subcategoria: Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para perceber se foram entendidos e se foram de encontro às necessidades dos utentes	127
Quadro nº16 – Categoria: Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais Subcategoria: Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem	128
Quadro nº17 – Subcategoria: Analisar a interação estabelecida com a cultura de acolhimento	132
Quadro nº18 – Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no Centro de Saúde	134
Quadro nº19 – Subcategoria: Dificuldades no atendimento	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Evolução global de residentes estrangeiros em Portugal (1981 – 2007)	53
Gráfico nº 2 – Residentes estrangeiros em Território Nacional por Distritos (2007)....	54
Gráfico nº 3 – Número de crianças atendidas (2002 a 2006).....	91
Gráfico nº 4 – Relação entre a totalidade das crianças atendidas e as crianças chinesas (2002 a 2006)	92

Gráfico nº 5 – Patologias mais frequentes das crianças chinesas que recorreram à Urgência (2002 a 2006)	93
Gráfico nº 6 – Factores limitadores da comunicação	94
Gráfico nº 7 – Número de mulheres atendidas na Maternidade (2002 a 2006)	96
Gráfico nº 8 – Relação entre a totalidade das mulheres atendidas na Maternidade e as mulheres chinesas (2002 a 2006)	97
Gráfico nº 9 – Idade das parturientes (2002 a 2006)	98
Gráfico nº 10 – Vigilância da gravidez	99
Gráfico nº 11 – Factores limitadores da comunicação	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Pagode em Suzhou	15
Figura nº 2 – Pequim	15
Figura nº 3 – Rio na china	19
Figura nº 4 – Mapa da China	20
Figura nº 5 – Escola chinesa de raparigas	25
Figura nº 6 – Homenagear os ancestrais	27
Figura nº 7 – Símbolo de Yin/Yang	30
Figura nº 8 – Diagnóstico dos Pulsos	31
Figura nº 9 – Pontos de acupunctura	31
Figura nº 10 – Figura anatómica esculpida e pintada	32
Figura nº 11 – Objectos chineses utilizados na Medicina Tradicional Chinesa	33
Figura nº 12 – Ingredientes de remédio chinês	33
Figura nº 13 – Apresentação da Alimentação e da Decoração da mesa chinesa	34
Figura nº 14 – Panela chinesa	35
Figura nº 15 – Os cinco elementos	36
Figura nº 16 – Cozinha em Zhejiang	37
Figura nº 17 – Cozinha em Pingyao	37

Figura nº 18 – Jiao-zi	38
Figura nº 19 – Tang-yuan	38
Figura nº 20 – Ano Novo Lunar	38
Figura nº 21 – Estojo de caligrafia chinesa	39
Figura nº 22 – Caligrafia	39
Figura nº 23 – Grupos Etnolinguísticos na China.....	40
Figura nº 24 – Origem dos Ideogramas	41
Figura nº 25 – Emigração chinesa	43
Figura nº 26 – Mapa de Imigração em Portugal	52
Figura nº 27 – Loja Chinesa em Lisboa.....	55
Figura nº 28 – Província de Zhejiang	56
Figura nº 29 – Mapa da China (Província de Zhejiang)	57
Figura nº 30 – Loja Chinesa em lisboa	60
Figura nº 31 – Lanternas da Prosperidade	61
Figura nº 32 – Loja chinesa em Lisboa.....	61
Figura nº 33 – Restaurante Chinês em Almada.....	62
Figura nº 34 – Restaurante Chinês em Almada	63
Figura nº 35 – Dragão chinês.....	72
Figura nº 36 – Hospital de D. Estefânia.....	75
Figura nº 37 – Hospital de D. Estefânia – Claustro.....	75
Figura nº 38 – Acolhimento	83
Figura nº 38a – Acolhimento	84
Figura nº 39 – História da evolução dos sintomas.....	84
Figura nº 40 – Explicação dos procedimentos mais frequentes.....	85
Figura nº 41 – Explicação dos Exames Complementares de Diagnóstico mais frequentes.....	85
Figura nº 42 – Acolhimento.....	86
Figura nº 43 – Preparação do parto	86
Figura nº 44 – Apresentação do serviço e quarto.....	87
Figura nº 45 – Alimentação e higiene do bebé.....	88
Figura nº 46 – Cuidados à puérpera	88
Figura nº 47 – Orientação para a mãe e o bebé após o internamento.....	89

RESUMO

A investigação teve como principal objectivo compreender as dificuldades que os profissionais de saúde encontram no atendimento aos utentes pertencentes à comunidade chinesa. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com recurso a diversos meios de colheita de dados: realização de consulta de arquivos de processos clínicos relativos a cinco anos de atendimento a indivíduos da população chinesa no Hospital D. Estefânia (2002-2006), Hospital Público que acolhe crianças e mães; realização de entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde; uma história de vida de uma mãe chinesa; uma entrevista a uma ama de criança chinesa. Neste estudo é abordado ainda o fenómeno da imigração, nomeadamente da população chinesa imigrante em Portugal e a problemática da comunicação intercultural e os cuidados de saúde. Através dos resultados da pesquisa dos processos clínicos, conclui-se que a população chinesa recorre sobretudo ao Serviço de Urgência, tendo vindo a aumentar esse número ao longo dos cinco anos estudados. Relativamente às crianças, recorrem pelas patologias próprias da idade, em situações que não conseguem resolver em casa, com a particularidade que durante este período, apenas há referência de uma situação de doença grave. A análise destes resultados comprova que os profissionais de saúde têm dificuldades na comunicação com a população chinesa. Estas dificuldades impedem que haja empatia, dificultando o estabelecimento de um clima de confiança na relação terapêutica. Os profissionais de saúde revelam preocupação em se fazerem entender, para o que foi criado um “*Guia de Atendimento em Mandarin*”, no Serviço de Urgência e na Maternidade. Constatou-se que em alguns profissionais de saúde ainda há alguma resistência em aceitar as diferenças culturais existentes na população que ocorre ao hospital, nomeadamente a chinesa. Da análise dos resultados dos processos clínicos e das entrevistas destaca-se que na Maternidade as dificuldades na comunicação têm efeitos negativos mais marcados, havendo registo de dificuldade em conseguir adesão ao plano terapêutico, desencadeando situações de stress e angústia durante e após o parto. Também numa situação de doença grave em que há necessidade de cuidar em parceria com a família, esclarecimento constante da evolução da doença e de consentimento informado para as intervenções terapêuticas frequentes, a dificuldade na comunicação com esta população, desencadeia momentos de grande stress e angústia

por parte do utente/doente/família e nos próprios profissionais de saúde. A análise da entrevista a uma mulher chinesa, reflecte algumas das problemáticas encontradas pelos profissionais de saúde no atendimento a esta população, aponta ainda para os motivos da emigração da população chinesa, o nível de integração na sociedade de acolhimento e as mudanças desencadeadas nos costumes e rituais que mantêm da sua cultura de origem.

Palavras – chave: Cuidados de Saúde; Cultura chinesa; Comunidade chinesa em Portugal; Interculturalidade; Profissionais de Saúde e Utentes chineses; Comunicação em Saúde e Multiculturalidade.

ABSTRACT

The comprehension of the difficulties health care professionals face while placed in attendance of Chinese population is the main objective of this article. All studies used to support the basis of this article are of a qualitative nature, based on consultation of medical records and archives pertaining to attendance and treatment of individuals of the Chinese nationality in Hospital D. Estefânia (2002-2006), a children and mother receiver Public Hospital; analysis of the data resulting from half-structured interviews administered to health care professionals, one Chinese family's history, and an interview with a Chinese child's nanny. In this study migration, immigration, and principally the immigration of Chinese population into Portugal and the problems associated with, and involving communication with these immigrants and the effects on Health care services. Through the analysis of archived medical records, it has been verified that the Chinese population uses the Portuguese Emergency medical attendance, having come to increase the number of cases registered throughout the five year course which was under study. In matter of children, they tend to resort to this sort of medical attendance mainly to deal with pathologies which arise commonly with age and only after the situations could not be treated effectively at home first. It is important to also mention that that during the period under analysis, there is only one reference of serious illness. The examination of these results proves that the health care professionals have difficulty in communicating with the Chinese population. This difficulty hinders the creation of empathy, making it difficult to establish trust in the therapeutically relationship between professionals and the individuals. Health care professionals disclose concern over their inability to properly communicate, as a result a "*Guide of Attendance in Mandarin*" placed in the Emergency medical attendance and the Maternity was created. It is relevant to mention that some professionals still demonstrate some resistance in accepting the existence of cultural differences in the population that need medical help within the hospital. After observing the results of the medical records and the interviews the center most affected is identified as being the Maternity since the difficulties in communication have more of a negative effect on therapy, unchaining situations of stress and distress during and after the childbirth since the plans established for successful recovery and treatment are not well transmitted.

Also in a situation of serious illness where it is necessary to administer care with the aid of the family, constant clarification of the evolution of the illness and consent by the family for the frequent therapeutically interventions, the difficulties in communicating with the population, unchains moments of great stress and anguish in the patient, the family and even, and especially, in the health care professionals. In an interview with a Chinese woman, some of problems health care professionals face in attending to this population are restated, while some of the reasons for the emigration of the Chinese population are put into light, the level of culterization in the shelter society and the changes unchained in the customs and rituals these people bring form their culture of origin while living in Portugal.

Key words: Health care; Chinese culture; Chinese community in Portugal; Intercultural, Professionals of Health and Chinese users; Health communication and Multiculturalism.

Figura nº 1 – Pagode em Suzhou



Fonte: (<http://www-akiwi-or>, 13/08/2006)

Figura nº 2 – Beijing



Fonte: (<http://travel.nationalgeographic.com>, 11/08/2008)

INTRODUÇÃO

Portugal, país tradicional de emigração tem vindo ao longo dos anos a transformar-se num país de imigrantes.

Actualmente recorrem aos serviços de saúde indivíduos oriundos das mais diversas culturas e etnias.

É pertinente alertar que *“as problemáticas da diversidade cultural e da Interculturalidade implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da investigação e da intervenção, nomeadamente no domínio da saúde, vindo colocar novos desafios às estratégias e às políticas do século XXI, no que diz respeito à gestão da comunicação, em particular da comunicação intercultural, das identidades e dos conflitos, bem como à gestão das interacções entre o eu e o outro, entre o universal e singular”* (Ramos 2007:149).

O tema estudado *“A Comunidade Chinesa Imigrante em Portugal e os Cuidados de Saúde”* emergiu do nosso interesse em compreender melhor a cultura da população chinesa, decorrente das dificuldades sentidas em situações que experienciadas no atendimento a crianças chinesas em situações de doença grave, nas quais, a ineficácia da comunicação pelo obstáculo da língua e por falta de conhecimentos dos hábitos e costumes desta população, levou a episódios de ansiedade e angústia tanto da parte dos profissionais de saúde como dos utentes/famílias.

A comunidade chinesa em Portugal é numerosa, 5605 indivíduos, segundo dados da ACIME (2006) e os poucos utentes que recorrem ao hospital sentem-se desintegrados e têm grandes dificuldades na comunicação.

Por vezes o profissional de saúde não consegue compreender outras causas de ansiedade para além da que motiva a situação de doença presente. Quando querem dar esclarecimentos sobre a situação, mesmo chamando um intérprete, fica-se com a sensação que haveriam mais factores importantes, dúvidas que não são transmitidas, motivos e aspectos que não nos ocorrem porque estão relacionados com os seus hábitos e a sua postura perante a saúde, a doença e a morte.

Pestana (1995:52) refere que *“cuidar dos seres humanos é em primeiro lugar estabelecer uma relação humana, o que implica considerar o outro como diferente, com uma carga social, familiar e cultural que lhe é específica, reconhecendo-o na sua dimensão global”*

Para melhor compreendermos as especificidades culturais da comunidade chinesa em relação à cultura ocidental, iniciámos este trabalho por uma abordagem aos aspectos mais característicos da cultura chinesa.

Após uma breve pesquisa sobre este tema, não foram encontrados trabalhos realizados sobre a relação e comunicação entre os profissionais de saúde e esta comunidade. Há referência na Universidade Aberta a um estudo, no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, sobre *“Diáspora e Cultura Empresarial: os empresários da comunidade chinesa em Portugal”*; uma Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais sobre *“Cultura Empresarial na Diáspora, Comunidades chinesas e indianas no comércio e restauração da cidade do Porto”*; Na Universidade Independente de Lisboa há referência a um estudo, no âmbito de Pós-Graduação em Multiculturalismo e Gestão de Relações Interculturais, sobre *“Identidade e Reconhecimento: o outro chinês Contributos para o estudo da Comunidade Chinesa de Portimão”*.

Este estudo é relevante por permitir aumentar o número de trabalhos de investigação na área da cultura chinesa; permitir aumentar conhecimentos ao nível da competência cultural dos técnicos de saúde; ter uma visão geral e conjunta do comportamento cultural da comunidade chinesa; facilitar a comunicação e o estabelecimento de relação de ajuda entre profissionais de saúde e utentes que recorram ao hospital e centros de saúde.

Segundo Ramos (2007:158), *“O acolhimento e a hospitalização do doente originário de outras culturas torna-se mais difícil quando o pessoal de saúde, em vez de adoptar uma atitude de compreensão, impõe ao doente condutas e atitudes, das quais ele não compreende a lógica e o sentido ou que são, por vezes, contraditórias com os seu hábitos e costumes e com as suas crenças. Isto aumenta a ansiedade, os conflitos, originando estas diferenças e a dificuldade em ultrapassá-las, muitos preconceitos, estereótipos e incompreensão, de parte a parte, e dificuldades de comunicação.”*

É na perspectiva da tentativa de conhecimento do “outro” e do que é importante para este, bem como da mudança que os indivíduos e os grupos experimentam quando postos em contacto intenso com outras culturas, usos e costumes, cremos, está a utilidade e relevância desta abordagem ao tema.

É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões. Os profissionais de saúde, para além, da

responsabilidade da atitude técnica e decisões terapêuticas, têm a responsabilidade de criar um clima de confiança com o utente/doente para que haja qualidade e satisfação nos cuidados de saúde. A atitude de nos colocarmos no papel do outro, respeitando as diferenças culturais, os seus hábitos e costumes, abre-nos um mundo de imensas possibilidades para interpretarmos determinadas atitudes que nos parecem desadequadas, levando-nos também a um confronto com nós próprios, num exercício de reflexão pessoal acerca do etnocentrismo, das nossas próprias convicções e preconceitos.

Encontrando-se os profissionais de saúde sensibilizados para esta problemática, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde a utentes com outros costumes e crenças e tendo em conta a frequência do Mestrado de Comunicação em Saúde, pareceu-nos pertinente o estudo da temática da comunidade chinesa e os cuidados de saúde.

Assim, consideramos que é a própria natureza relacional da profissão que justifica uma abordagem qualitativa, permitindo aprofundar e clarificar o conhecimento dos fenómenos inerentes à profissão, recorrendo a diferentes métodos e instrumentos de recolha de dados: à consulta dos processos clínicos de atendimento à população chinesa nos anos de 2002 a 2006; a entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de 18 profissionais de saúde que contactam com esta população; a uma história de vida de uma mãe chinesa; a entrevista a uma ama de criança chinesa.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes, sendo a primeira referente ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica. Na primeira parte, apresentamos uma síntese da literatura sobre os vários conceitos inerentes à temática investigada, dividida em quatro capítulos correspondentes aos âmbitos que considerámos essenciais: China e a sua cultura; Migração; População chinesa imigrante em Portugal; Comunicação intercultural. A segunda parte, dedicada à investigação empírica, foi dividida em três capítulos: Metodologia; Apresentação, Análise e discussão dos resultados; Conclusões. Neste, são apresentadas as considerações finais, as implicações do estudo e as sugestões para estudos futuros.

I PARTE – REVISÃO DA LITERATURA

Figura nº 3 – Rio na China



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

CAPÍTULO 1 – CHINA E A SUA CULTURA

Figura nº 4 – Mapa da China



Fonte: www.maps.com (30/07/2008)

A Ásia oferece geograficamente, demograficamente e culturalmente grandes diferenças em relação ao resto do mundo: caracterizada por vastas extensões territoriais separadas entre si por acidentes geográficos de difícil acesso (Paz, 1994).

A mesma autora refere que a Ásia foi e continua a ser predominantemente povoada por uma população dedicada ao trabalho rural e distanciada em todos os aspectos, das elites dos corpos imperiais e reais dos diversos países, junto dos quais

laboravam os letrados e intelectuais das diferentes épocas, habitando principalmente as cidades. O relativo isolamento em que vastas regiões asiáticas se mantiveram facilitou também a emergência de fenómenos de arcaica permanência de continuidade de usos, costumes e ideias. Por serem poucos os contactos com o mundo exterior e mesmo esses, fazerem-se principalmente pelas franjas fronteiriças, levou a que seja tardio e relativamente fraco o seu impacto em áreas mais populosas do interior. Mao Tse Tung, fundador da República Popular da China, a par da propaganda política, interviu nestas regiões desfavorecidas a nível da saúde, fazendo divulgação de cartazes sobre prevenção e tratamento das doenças, dirigidos à população rural. (Anexo nº VIII).

Na Ásia a coesão cultural dos povos é muito intensa, assim como também a consciência colectiva da identidade dos grupos étnicos que a compreendem. No território chinês, habitado por 53 minorias étnicas, existem mais de 80 dialectos diferentes. A escrita tornou-se um factor de unificação cultural. O Mandarim, a língua da capital (Beijing), tornou-se a língua oficial, passando a ser usada no Ocidente como sinónimo da língua chinesa.

A China teve sempre contactos com o exterior, mas o vasto país a que hoje se chama China, também teve sempre uma robusta noção da sua própria personalidade cultural. Recebeu ideias do exterior, mas adaptou-as e absorveu-as a seu próprio modo (Paz, 1994).

A China é considerada o terceiro maior país do mundo, com uma superfície de 9 700 327Km², com uma população que ascende a 1 bilião 313 milhões de habitantes (Censo 2006). Regista uma taxa de crescimento anual de 1,2% (taxa superior à dos países desenvolvidos que apresentam taxas inferiores a 1%), o que representa 17 milhões de novos cidadãos em cada ano. É de salientar, que estes 17 milhões de pessoas que nascem anualmente, são já objecto da restrita política de controlo de natalidade que a China adoptou, na tentativa de travar o aumento populacional que é actualmente a par com o desemprego, o seu maior problema interno (Carmo, 2001).

A religião também é um componente muito importante e influencia fortemente o comportamento da população chinesa.

O povo chinês encara a saúde como um estado muito positivo que se sente a todo o nível do ser, tanto físico como espiritual.

As teorias básicas da Medicina Tradicional Chinesa têm fundamento na natureza e o grande objectivo é a prevenção, ou seja, evitar os estados de desarmonia no indivíduo e caso não seja possível, há que recuperar rapidamente o equilíbrio.

A alimentação também é usada como tratamento e forma de manter o equilíbrio. Os chineses têm várias regras e costumes associados à alimentação e existem diferenças nas características das refeições entre o Norte e o Sul.

O *Feng Shui*, a arte que estuda o fluxo contínuo da energia no ambiente em que vivemos, a busca de equilíbrio e da harmonia, tem influência na escolha do nome da pessoa, na forma, na localização e no tamanho da casa.

As estratégias políticas são basicamente o estabelecimento de uma idade mínima para casar, entre os 22 e 28 anos para os homens, conforme as regiões e os 20 e 25 anos para as mulheres; o uso obrigatório de contraceptivos (na cidade após o primeiro e único filho permitido por lei, no campo após o segundo filho).

Em Janeiro de 1980, quando a população chinesa já passava de um bilhão, o governo central lançou o "*Documento nº 1*" que tentava planificar os nascimentos com um conjunto de medidas para limitar a um único filho por casal. Havia uma série de vantagens para quem se limitasse a um único filho, de multas e restrições civis para quem tivesse mais de um filho. Esse documento fez baixar a natalidade nas cidades e na zona rural.

Esta política desencadeou conflitos e levou a que houvessem muitos abortos tardios, à existência de crianças ilegais dentro do seu próprio país e à redução do número de crianças do sexo feminino.

Nas chamadas minorias étnicas, que no entanto totalizam 91 milhões, as leis divergem consoante os seus recursos naturais e modos de vida. (www.china.org, de 21/09/2007). Esta política de restrição de número de filhos, leva a que muitas famílias, sobretudo nas zonas rurais, não cumpram a lei e não registem as suas crianças para além do número autorizado. Estas são as "*black children*", crianças ilegais no seu próprio país. Citando Costa (1998), Ramos (2004:30) aponta para o facto de que " (...) *Os indivíduos excluídos encontram-se impedidos do pleno exercício de cidadania que se traduz no acesso aos direitos, tais como, a saúde, a educação, uma vida digna, no acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos em diferentes domínios: económico, social, institucional, territorial, simbólico (...) as situações de pobreza e exclusão apontam para a existência de múltiplos factores de risco que afectam o desenvolvimento e a saúde do indivíduo, particularmente da criança, constituindo o desenvolvimento, a educação/escola e a família suportes básicos contra a exclusão social.*"

Muitas das famílias tornam-se migrantes, já que fora da sua região escapam mais facilmente ao controle da política de natalidade, contribuindo para aumentar o número da população flutuante que em 1990 estava estimada em 70 milhões, o que contribui também para a alta taxa de desemprego existente.

Na China, a preferência dos pais pelo filho de sexo masculino é uma tradição profundamente arraigada, desde a idade feudal. No rapaz concentra-se a responsabilidade de manter os pais quando idosos, de lhes possibilitar um funeral solene, de fazer as oferendas sobre os túmulos deles para as necessidades após a morte, conforme a tradição confuciana. Somente o rapaz é o único herdeiro dos bens da família.

A mulher é vista como um cidadão de segunda classe, subalterna ao homem: antes do casamento obedece ao pai, após o casamento obedece ao marido e se ficar viúva, obedece ao filho mais velho.

Depois de casar, é ao marido e à família deste que a mulher passa a pertencer, sendo principalmente dominada pela sogra. Esta ordem social tem grandes reflexos em toda a estrutura vivencial das raparigas e das mulheres. Logo em crianças, não são tão bem alimentadas nem tão bem vestidas como os rapazes, sendo também menos estimuladas e pressionadas na aprendizagem social e escolar, já que a médio prazo não darão qualquer lucro à sua família de origem.

Com efeito, uma família chinesa é composta pelo casal, filhas solteiras, filhos casados e as suas respectivas mulheres, assim como os filhos destes. Pelo menos o filho mais velho, deverá permanecer em casa após o casamento e é a ele que compete suceder ao pai nos negócios familiares se os houver e sobretudo dar continuidade à linha patriarcal pela qual se rege o sistema chinês, tendo pelo menos um filho varão. Na China, o conceito de família é mais alargado do que no Ocidente, reunindo não apenas o núcleo familiar, mas também diferentes gerações, que podem coabitar. Na perspectiva de Bondo (1995), citado por Pinto (1999), outras das características da família chinesa, que remonta à Antiguidade, é a da estrutura patriarcal, na qual o papel do homem e do chefe do clã é de total supremacia, reunindo em seu torno todos aqueles que partilham o seu apelido (*xing*), partilhado não apenas por aqueles que o possuem por laços de consanguinidade, mas também por laços de gratidão ou de dependência sócio económica. Fortemente influenciada pelo pensamento confucionista e pela sua forte componente moralizadora da família e da sociedade, exige-se total obediência e piedade filial ao patriarca. Transportando para a família o conceito de hierarquização do poder

na sociedade e no governo, a mulher e os filhos estão na plena dependência da autoridade financeira do patriarca, não possuindo qualquer direito sobre a propriedade da família. Actualmente, graças à legitimidade do divórcio, deu-se um aumento do espaço de manobra da mulher no seio da estrutura familiar.

Pinto (1999) cita Chang (1991), referindo que o sólido vínculo de fidelidade, piedade filial e responsabilidade levam a que na sua velhice, os pais possam esperar que os filhos os sustentem, ajudem nas doença e os acompanhem na morte, venerando-os para além dela. O respeito às figuras da família detentoras da autoridade, é indiscutível e quando quebrado é motivo de vergonha para a família.

Estes laços familiares estendem-se, em muitos casos, também a amigos muito próximos, que ocupam uma posição, na prática, semelhante à do irmão mais velho ou do mais novo.

Perante grandes decisões, assumindo responsabilidade, estas cabem à família como um todo, não tendo cabimento a responsabilização individual. Nestes casos convoca-se o conselho familiar, no qual, para além do patriarca, um outro elemento tem grande poder decisório: a sogra (ou mãe do marido). Cabe-lhe em diversas circunstâncias, a decisão final nas situações mais difíceis.

Sendo a família uma das mais importantes instituições na sociedade chinesa, é natural que a concepção de uma criança, se revista de especial importância.

Estudos de Ramos (2004:36) referem que *“Na Ásia do Sul e no Próximo e Médio Oriente, há uma sub mortalidade das meninas com menos de 5 anos, devido também a factores culturais. A preferência dada aos meninos, devido, entre outras, a razões religiosas, económicas e políticas, origina uma insuficiência de cuidados médicos e de cuidados básicos e de alimentação às meninas, cujo estado de saúde se deteriora. Esta negligência e discriminação em relação às meninas verifica-se particularmente na China e na Índia, onde a redução das famílias, associada a uma forte preferência pelos meninos e à possibilidade técnica de conhecer o sexo da criança antes do nascimento, tem aumentado o número de abortos de fetos do sexo feminino.”* Actualmente, quem visitar os orfanatos do governo ou da Igreja patriótica perceberá que lá existem somente raparigas e raríssimos rapazes, estes, geralmente deficientes mentais. Uma denúncia da Comissão dos Direitos Humanos da Ásia, composta por católicos, budistas e islâmicos, registou que, nos anos 80, em regiões rurais e do interior, já faltavam 800 mil mulheres

para casamento. Essa situação tornou-se cada vez mais grave, tanto que as autoridades do Comit  Central do Partido Comunista da China com o Conselho dos Negócios do Estado, em 7 de Maio de 2000, publicou algumas notas, tentando esclarecer certos pontos do Documento n  1, sem negar, porém, a política do filho  nico: "*O governo autoriza uma certa flexibilidade na aplica o da política do filho único*" e o porta-voz do governo da Comissão do planeamento familiar, Chen Shengli, explica que "*o modelo familiar com um único filho jamais foi uma política de planeamento imposta aos casais... mas somente um modelo de uma linha directora de comportamento*" (www.pime.org de 21/07/2007). Actualmente regista-se já uma predominância da popula o masculina relativamente à feminina, segundo os dados relativos ao censo de 1990 em que o número dos homens era de 106,6 para cada 100 mulheres (Carmo, 2001). Para uma mulher chinesa, a concep o é um dever através do qual ela ascende   posi o de mãe e tem a possibilidade de ganhar maior autoridade e importância no seio da família, principalmente, se der à luz filhos varões. Diante da previsão de que, em 2010, a popula o da China vai ultrapassar um bilhão e 400 milhões de habitantes, um estudo atento dos novos documentos revela porém, que a política do filho único será retomada com força, como confessa o mesmo porta-voz, quando afirma que "*este objectivo de manter aquém o número dos habitantes, será conseguido somente com a política do filho único por casal, política que se iniciou em 1980*" (www.pime.org de 21/07/2007).

Figura n  5 – Escola chinesa de raparigas



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

1. RELIGIÃO

No centro do pensamento filosófico da China antiga estão os "*Sábios e as Cem Escolas do Pensamento*". As mais notáveis delas são as escolas de pensamento Confuciano, Taoísta, Maoísta, Dialética e Legalista. Iniciando nas Idades Médias da China (século terceiro ao nono d.C.), apareceram a Escola Metafísica e o Budismo.

A filosofia de uma "*unidade de homem e céu*" passou para a visão da vida chinesa como "*estar contente com a parte determinada pelo céu na vida*". Esta visão dá ao chinês uma habilidade acentuada para estar em comunhão com o mundo natural e gozar mais plenamente da riqueza do sentimento no mundo da ética. Ao mesmo tempo eles têm menos ressentimentos a incomodá-los e têm capacidade de trabalhar muito num emprego com paz na mente. O trabalho do homem, afinal, é o trabalho do céu. Esta visão também oferece um tipo de consolo religioso.

Os chineses colocam uma ênfase especial na virtude da "*piedade filial*". Vista superficialmente, a "*piedade filial*" é uma ética de família vinda de uma sociedade voltada para o clã. O respeito e o amor do homem pela vida são também a principal expressão da sua razão para existir. É apenas através do amor filial e respeito pelos pais e da doçura do amor pelos filhos que alguém consegue estender a experiência de vida do passado ao presente e ao futuro, formando uma inquebrável corrente de vida e expressando a criativa continuidade do universo.

Esta cultura ética chinesa é ainda hoje preservada na República da China em Taiwan. Fundamentais são também as grandes festas do seu calendário, realizadas em todo o país. Um calendário agrícola, de base lunar, ligado às estações, como é próprio de um povo de larga maioria camponesa, e acompanhando os ciclos da vida, desde o nascimento até à morte.

A astrologia chinesa reveste-se de grande importância na vida e no comportamento de centenas de milhões de pessoas na China, Japão, Coreia e no Vietname. Determina entre outras coisas, nascimentos, nomes de crianças e atitudes no quotidiano. O povo chinês encara a vida de uma forma peculiar. Enquanto os ocidentais encaram o Homem vivo como aquele que possui a vida, o sentimento dos chineses é de que o Homem vivo é aquele que é possuído pela vida, dado que a natureza viva não passa de um estado transitório. Existe uma total dependência entre o Céu e a Terra, o Céu é o pai enquanto a Terra é a mãe. Assim sendo, o destino do Homem é determinado pelo Céu, confluindo com a Natureza individual (que vem da Terra Mãe), e que

acontece a todo o instante, permitindo assim a subsistência através de mudanças e transformações. Este tipo de associação não é exclusiva desta sociedade, encontra-se em quase todos os mitos da criação. Importa manter a todo o custo o equilíbrio entre os dois, Terra e Céu, pois formam os componentes da pessoa e mantém o princípio de um “Eu” Universal (<http://mundooriental.vilabol.uol.com> 22/07/2007).

Para os antropólogos e segundo Eliade (1993), a morte não é considerada uma perda ou fim da existência, mas sim a passagem para outro estado. O Homem é uma espécie de poeira cósmica que quando finda a sua existência humana, passa para o outro estado. Existe como que uma passagem, alias os ritos de passagem são frequentemente observados nas cerimónias fúnebres, tentam tirar o máximo partido da vida e levá-lo consigo para o outro estado. Observamos com frequência o defunto acompanhado dos seus pertences e de tudo o que lhe dava prazer em vida, alimentos, riquezas materiais, simbolizadas em papel que são cremadas juntamente com o corpo defunto para o poderem acompanhar na outra existência. Não se culpabilizam por querer os seus bens materiais, mesmo na morte, como sucede com os cristãos que assumem isso como pecado.

Figura nº 6 – Homenagear os ancestrais



Fonte: <http://www-arrakeen-ch-asia>, (13/08/08)

O culto dos mortos ou antepassados é entendido como a forma de poder comunicar com eles na outra vida. É seu objectivo que os antepassados estejam bem, e em casa. Podemos observar este culto num altar em que se queima incenso e onde se oferecem manjares que alegrarão as almas dos deuses e dos antepassados. Existe ainda uma comunicação com o invisível, pois os defuntos vivem com os vivos e são informados dos principais eventos familiares, sendo-lhes prestada homenagem no Ano Novo, apresentada a mulher legítima no dia do casamento, as crianças quando nascem, etc. Este culto que remonta às origens da civilização Chinesa, é uma das bases do Confucionismo na obediência final e mantém-se até hoje presente nas tradições chinesas.

2. A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA: CONCEITOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



"Tao" – O Princípio Único

"O Tao é o início e o fim; a vida e a morte; encontra-se no templo dos Deuses."
(<http://www.agapeholos.org> , 21/07/2007)

De acordo com Hicks (1996), citado por Paz (1994), a ideia de que ser saudável é apenas não sofrer de nenhuma doença, não é partilhada pelo povo chinês. Este encara a saúde como um estado muito positivo, em que a pessoa se sente vibrante, cheio de vitalidade, energia e felicidade por estar viva. A saúde para os chineses sente-se a todo o nível do ser, tanto físico como espiritual.

Para Paz (1994) o entendimento que no Oriente têm os conceitos de *Bem-estar*, *Boa Saúde* e *Longevidade*, fundamentam-se numa óptica mais globalizante e integrada, que inclui sem noção de hierarquia, antes mais como um contínuum sem rupturas nem cortes, o equilíbrio entre corpo, mente e espírito (ânimo). O conceito de *Boa Saúde* para o médico oriental implica expresso *Bem-estar* manifestado pelo doente e observado pelo médico. Não lhe basta a ausência de queixas ou de sintomas.

Para os filósofos chineses, ideia que perdura ainda hoje, os seres estão ligados e interrelacionados em cadeias fechadas que lhes permitem um equilíbrio harmonioso,

alimentado por uma espécie de energia. Este equilíbrio deverá ser mantido a todo o custo sob pena de desencadear o caos. Para Zhong Dazhao (1991), citado por Fernandes (2002), os indivíduos dependem completamente da energia *Qi* 氣 que existe entre o Céu e a Terra e que cresce linearmente com as quatro estações do ano. Assim o Céu daria vida ao Homem através das cinco energias *Qi* e a Terra dar-lhe-ia a comida através dos cinco sabores. Sem as provisões da Natureza as actividades de vida dos indivíduos cessariam.

A vida e as actividades do corpo humano variam de acordo com as mudanças efectivas da Natureza, estações do ano e mesmo as diferentes fases do dia. Quando o organismo é incapaz de se adaptar sozinho às diferentes mudanças, as doenças poderão surgir e segundo os mestres de Medicina Chinesa, o aparecimento da doença depende apenas de dois aspectos; do organismo e da natureza. A energia é considerada fundamental para evitar que a doença se instale.

O *Qi* representa, como disse Zhong Dazhao (1991), citado por Fernandes (2002), o elemento básico que constitui o cosmos produzindo tudo no mundo, o que se move e muda. Na Medicina é entendido como o elemento básico a energia que sustenta de pé o corpo e que suporta todas as suas actividades. A saúde não é entendida apenas como o conjunto das partes boas ou sãs, mas sim, como a harmonia entre as diversas funções orgânicas e destas com o exterior.

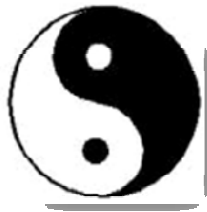
Hiller (1983), citado por Fernandes (2002), refere um outro conceito proveniente da corrente naturalista – o *Dao* ou *Tao*, que significa o caminho que perpetua ou mantém a harmonia do presente com o passado e por outro lado procura contornar os comportamentos da vida terrena às exigências do outro mundo, o principal é evitar o conflito. O *Dao*, tal como o *Yin* e o *Yang*, representam os conceitos fundamentais na medicina chinesa. O *Dao* é o regulador por excelência de todo o universo, representando um código de conduta no qual a saúde e a longevidade dependem do comportamento individual.

A autora aborda o *yin* e o *yang*, que representam, por sua vez, os elementos primogénitos nos quais o Universo está envolto. São na realidade dois conceitos complexos, contudo poderemos entendê-los como se fossem duas forças opostas, que em conjunto mantêm o equilíbrio do Universo. Opostos mas inseparáveis, não devem ser comparados qualitativamente, pois eles complementam-se, não existindo um sem o outro. Assim o *yang* representa: o sol, o céu, dia, fogo, calor, seca, luz e procura sempre expandir-se e fluir para fora e para cima. O *yin* representa: a lua, a terra, noite,

água, frio, humidade, escuridão e tende a contrair-se e fluir para baixo. O céu, *yang*, significa fertilidade pois o sol faz florir a terra; esta relação Céu -Terra é igual à do Homem com a Mulher, o Homem é *yang* e a mulher *yin*. Todas as situações da vida em geral estão condicionadas à interrelação dinâmica destas duas forças cósmicas. Da perfeita harmonia entre elas surge a saúde, por sua vez, a doença ou mesmo a morte. Correspondem ao desequilíbrio, desarmonia ou predomínio de uma. Em toda esta teoria encontram-se implícitas as relações com a natureza e com as fases do dia. O meio-dia representa o *yang* e a meia-noite representa o *yin*, por outro lado as fases da mudança como por exemplo, da tarde para a noite, ou entre as estações do ano, não são uma coisa nem outra, daí que se perceba a interpretação das duas, não existem separadamente.

Pode-se concluir que nesta teoria, o Homem tem uma forte relação com a natureza e o ambiente, pelo que estes afectarão certamente a saúde dos indivíduos.

Figura nº 7 - Símbolo de Yin/Yang



O círculo exterior representa o *Tao*

(<http://www.agapeholos.org> ,21/07/2007)

Zang Fu é no entender de Zhong Dazhao (1983) e de Hicks (1996), citados por Fernandes (2002), o termo utilizado para definir os órgãos internos, sendo as suas funções definidas em cinco tipos. O *Zang* é constituído pelos cinco órgãos sólidos: o coração, baço, fígado, pulmão e rins. Os *Fu* são considerados os órgãos ocos, tais como: a vesícula biliar, estômago, intestinos, bexiga e os *Jiao*, que são três e cuja função é coordenar a transformação e transporte dos fluidos orgânicos do *Qi* e é também responsável pela manutenção da temperatura corporal.

Para Antunes (1998), citado por Fernandes (2002), os canais, também conhecidos como vasos ou meridianos, constituem um sistema bastante complexo cuja função principal consiste em conectar e transportar elementos essenciais como o *Qi* e ainda o sangue por todo o organismo. Os canais têm correspondência com os órgãos

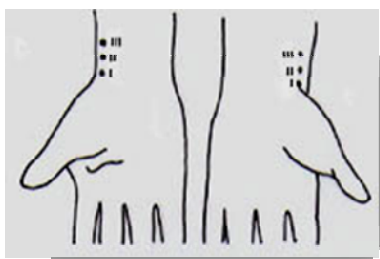
Zang e *Fu* e ainda com o *yin* e o *yang*. Os *Zong* pertencem ao *yin* enquanto os *Fu* pertencem ao *yang*. É neste sistema de meridianos que se baseia o tratamento pela acupuntura.

Como referiu Hiller (1983), citado por Fernandes (2002), o diagnóstico, na medicina tradicional chinesa baseia-se nas relações anatómicas entre os diferentes órgãos.

O estudo da anatomia através da dissecação de tecidos foi pouco explorado na China. Esta relutância deve-se nomeadamente aos princípios da filosofia confucionista muito ligado à integridade física. Por esse motivo surgiu uma certa especulação anatómica na civilização antiga. Apesar disso, os muitos anos dedicados ao estudo das relações humanas e ao diagnóstico, permitiram experiências clínicas e estudos terapêuticos actualmente no Ocidente.

Não é frequente fazer-se um exame físico como na medicina Ocidental em que o doente é observado despido. Esta razão é apresentada por diversos autores como a justificação do desenvolvimento da esfigmologia (Diagnóstico dos Pulsos) na Medicina Tradicional Chinesa. Em todos os métodos de diagnóstico existem sinais e sintomas identificáveis com *yin* e *yang*.

Figura nº 8 - Diagnóstico dos Pulsos



Fonte: <http://www.agapeholos.org> (21/07/2007)

Figura nº 9 - Pontos de acupuntura



Fonte: C. Blunden e M. Elvin (1992)

Para Eei Tsei (1992) citado por Fernandes (2002), os princípios e métodos de tratamento baseiam-se primeiramente na análise geral dos sinais e sintomas, incluindo a causa, natureza e localização da doença. Tem-se também em atenção a condição física do doente, relacionada com as teorias básicas da Medicina Tradicional Chinesa, que têm fundamento na natureza, estação do ano em que surge a doença, local geográfico em que surgiu, entre outras. O grande objectivo na Medicina Tradicional Chinesa, será sempre a prevenção, ou seja o evitar os estados de desarmonia nos indivíduos, caso não seja possível há que recuperar rapidamente o equilíbrio.

Figura nº 10 – Figura anatómica esculpida e pintada, marcada com pontos de acupunctura



Fonte: C. Blunden e M. Elvin, (1992)

Figura nº 11 – Objectos chineses utilizados na Medicina Tradicional Chinesa



Fonte: <http://mundooriental.vilabol.uol.com> (22/07/2007)

Figura nº 12 - Ingredientes de remédio chinês



Fonte: <http://mundooriental.vilabol.uol.com> (22/07/2007)

3. ALIMENTAÇÃO

As forças que regem a Natureza estão presentes em tudo. Em determinadas situações os chineses fazem da alimentação o tratamento e auto medicação com chás, mesinhas e tisanas, como forma de manter o equilíbrio (<http://mundooriental.vilabol.uol.com>, 22/07/2007).

Noutros casos, é frequente encontrar indivíduos que tomam tónicos e revigorantes como medida preventiva para evitar doenças. Exemplo disso são o ginseng e o gengibre que proliferam nas mais diversas formas no mercado.

De acordo com a lenda chinesa, Shen Nung, o pai chinês da agricultura e líder de um antigo clã, testou em si mesmo, uma por uma, centenas de plantas diferentes para descobrir as suas propriedades nutricionais e medicinais. O acumular de experiências fortaleceu o entendimento chinês de fenómenos naturais na medicina chinesa.

Cor, aroma e sabor não são os únicos princípios a serem seguidos na cozinha chinesa, a nutrição vem em primeiro lugar. Uma teoria da “*harmonia dos alimentos*” pode ser atribuída ao intelectual Yi Yin da dinastia Shang (séc. 16 a11 a.C.). Ele relaciona os cinco sabores, doce, azedo, amargo, picante e salgado às necessidades nutricionais dos cinco principais sistemas dos órgãos do corpo (coração, fígado, baço, pâncreas, pulmões e rins) e enfatizou o seu papel na manutenção da boa saúde física.

Figura nº 13 – Apresentação da Alimentação e da Decoração da mesa chinesa



Fonte: <http://mundooriental.vilabol.uol.com> (22/07/2007)

Os chineses têm várias regras e costumes associados à alimentação. Por exemplo, deve-se comer sentado; há uma ordem estabelecida de quem pode sentar-se primeiro entre os homens, mulheres, velhos e jovens; os pratos principais deverão ser consumidos com os palitos e a sopa deverá ser tomada com colher. A mistura de muitos alimentos diferentes numa panela simboliza a unidade da família e a amizade (<http://mundooriental.vilabol.uol.com>, 22/07/2007).

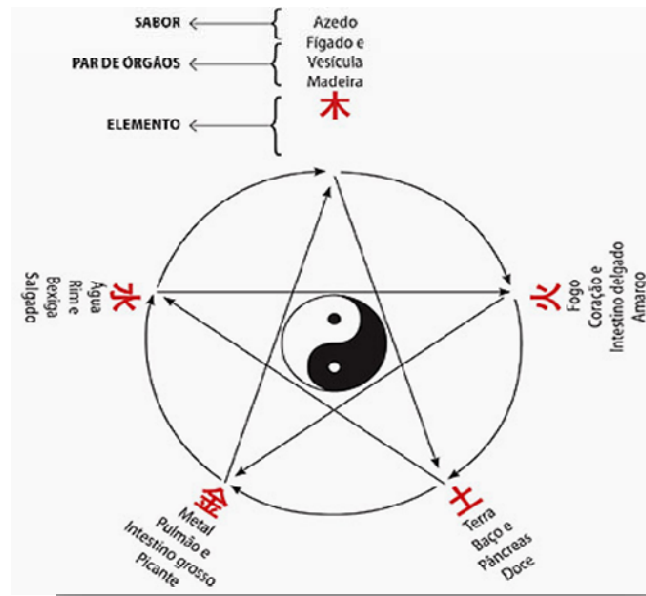
Figura nº 14 – Panela chinesa



Fonte: <http://mundooriental.vilabol.uol.com> (22/07/2007)

A Medicina Chinesa recomenda ajustar a dieta às estações do ano. No Inverno, há aumento de *yin* (frio), que deixa o corpo retraído. Isso corresponde à diminuição do *yang*, ou seja, diminuição da actividade. No Verão a dieta deve ser incrementada com alimentos *yin* e no Inverno com alimentos *yang*. Os alimentos dividem-se conforme as propriedades e encaixam-se nos cinco elementos: madeira, fogo, terra, metal e água. (Webmaster@nippo.com.br, 13/10/2006).

Figura nº 15 – Os cinco elementos



Fonte: Webmaster@nippon.com.br (13/10/2008)

A culinária chinesa tem mais de 4 mil anos de história e pouco perdeu das suas características. Influenciou outras cozinhas. Por exemplo, está na origem da cozinha japonesa e de muitos países do Sudeste asiático.

Para a maioria da população chinesa os principais alimentos básicos são a massa, o arroz, o milho, grão e batata. O arroz é o essencial alimento básico na região Sudeste do país, grande produtora de arroz, com acompanhamento de carne, peixe e legumes, enquanto que no Norte, onde se planta principalmente o trigo, predominam as massas de farinha de trigo. No Norte, a comida é geralmente mais temperada, oleosa e com sabor mais forte.

O arroz pode ser cozido, frito ou cozinhado em forma de sopa, pudim, bolinhos de farinha de arroz, triângulos embrulhados em folha de bambu, etc. com a farinha de trigo são feitos o pão chinês ao vapor, com ou sem recheio, macarrões, pasteis, raviólis e mais uma grande variedade de massas.

Para uma família de três pessoas, há quatro ou cinco pratos, uns de carne ou de peixe, outros feitos de legumes e uma sopa. Tradicionalmente, a grande maioria da população chinesa toma 3 refeições por dia. A refeição da manhã é composta por sopa de arroz acompanhada com algum legume salgado, leite de soja, ovos cozidos, pão chinês, pastel frito e outros tipos de alimentos de farinha, cozidos ou fritos.

O almoço, apesar de ter alimentos nutritivos suficientes é mais simples que o jantar, porque muitas vezes não é tomado em casa. Ao jantar, cozinha-se carne, peixe e legumes.

Figura nº 16 – Cozinha em Zhejiang



Figura nº 17 – Cozinha em Pingyao



Fonte: <http://www-bp3-blogger.com> (13/08/08)

A sopa no Sul é geralmente feita com galinha, costeleta de porco ou de boi, além dos legumes. O cozimento dura várias horas. Entre uma refeição e outra, não existe, regra geral, outra refeição. Quando estão com fome, comem biscoitos ou petiscos com leite, sumo de fruta ou café.

Os chineses têm o costume de sair juntos à noite para comer petiscos, sopas ou massas, sendo uma oportunidade para se reunirem com os amigos. (Webmaster@nippo.com.br, 13/10/2006).

Existem diferenças entre a primeira refeição do dia entre o Norte e o Sul, por exemplo, pela manhã do primeiro dia do Ano Novo Lunar, os chineses do Norte comem “*jiaozi*”, enquanto os do Sul comem “*tangyuan*” (simboliza a paz e a unidade).

A refeição é feita em mesa circular para favorecer o relacionamento e a união dos membros da família.

Figura nº 18 – Jiao-zi



Figura nº 19 - Tang-yuan



Fonte: <http://www-bp3-blogger.com> (13/08/08)

Na China o calendário é baseado no Ciclo Lunar. O primeiro dia do ano, o Ano Novo Chinês, ocorre na primeira Lua Nova do ano.

Figura nº 20 – Ano Novo Lunar



Fonte: Webmaster@nippo.com.br, (13/10/2006)

A cor vermelha, por ser yang e vibrante é a cor predominante durante as comemorações do Ano Novo. Além desta cor, outras cores da sorte são o amarelo e o roxo. O dragão representa o poder, protecção e boa sorte. (<http://pt.shvoong.com>, 26/01/09).

Os chineses referem-se a si próprios como descendentes do Dragão, o símbolo da nação chinesa. Actualmente, o dragão tornou-se um símbolo de poder, (Han e Chay, 2007).

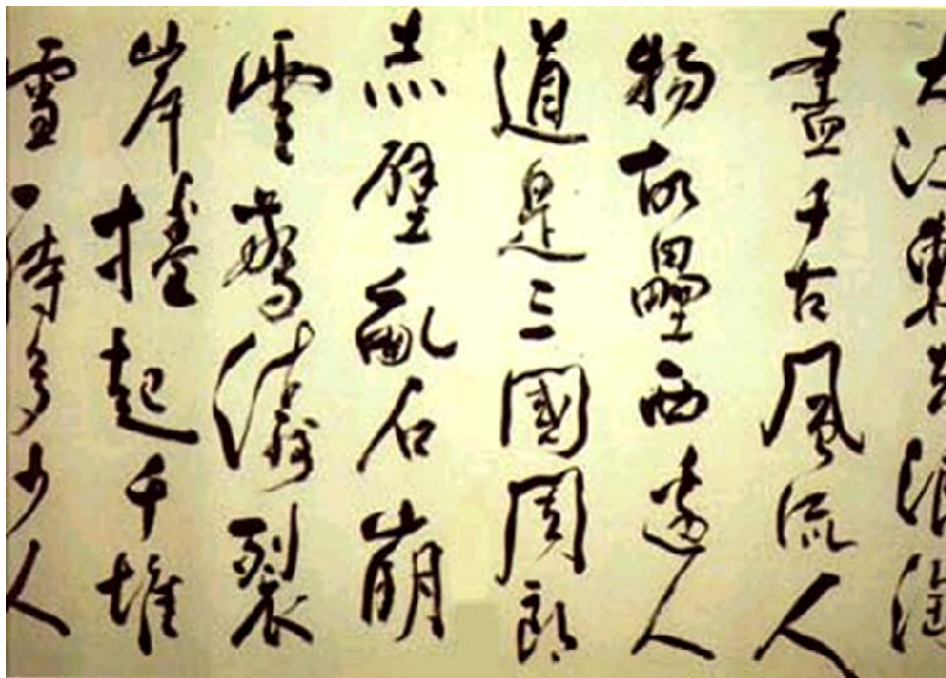
4. A ESCRITA CHINESA

Figura nº 21 – Estojo de caligrafia chinesa



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

Figura nº 22 – Caligrafia



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

No vasto território chinês, habitado por 53 minorias étnicas, contam-se com mais de 80 dialectos. Destes, os principais grupos são os seguintes: Guǎnhuà (Mandarim), em toda a região norte e oeste incluindo Beijing; Wú, em Shanghai e Zhejiang; Yuè (Cantonês), em Guandong (Cantão); Mǐn, em Fujian e Taiwan; Kèjǐā (Hakka), no Sul; Xiāng, em Hunan; Gàn, em Jiangxi.

Figura nº 23 – Grupos Etnolinguísticos na China



Fonte: <http://stoa.usp.br> (27/07/2008)

A escrita chinesa empregada em quase todos os países do leste asiático, é baseada em símbolos gráficos que traduzem uma ideia, chamados ideogramas. A escrita

chinesa adoptada em quase todos os países do leste asiático, é composta por cerca de 15000 ideogramas que compõem o que se pode chamar de conjunto completo. Esses ideogramas podem ser agrupados em torno de 4 conjuntos. Os ideogramas que formam o primeiro conjunto foram os primeiros a serem elaborados. Foram elaborados a partir da observação da natureza.

Figura nº 24 – Origem dos Ideogramas

	山	montanha
	川	rio
	木	árvore
	田	plantação de arroz
	日	sol, dia

Fonte: <http://scholar.google.com.br> (27/07/2008)

Com a chegada dos ocidentais, os chineses depararam-se com uma grande dificuldade para pronunciar as palavras, pois na China não existe o conceito de alfabeto.

Adoptaram a escrita ocidental, chamada romana, para representar o fonema das palavras. O universo de sílabas pronunciáveis é restrito, a entoação é fundamental, esta pode ser : constante, crescente, decrescente. Existem palavras com a mesma pronúncia e com significado totalmente distinto, dependendo da entoação.

Feng Shui

Os orientais acreditam que todas as pessoas possuem uma certa “*função*” na vida. Somente os líderes nascem com “*missões*” que devem realizar. A *função* de uma pessoa é o papel que ela vai desempenhar na vida comunitária. Acreditam que o nome da pessoa deve ser coerente com a *função* que ela vai desempenhar na vida. Após o nascimento da criança, vem à casa do recém-nascido uma pessoa que é respeitada por todos e que com a ajuda dos astros, consulta o oráculo e tenta descobrir a “*função*” daquela criança. De seguida são procurados os ideogramas que representam aquela

função. O nome pode ser composto por um ou mais símbolos, escolhe-se a pronúncia mais adequada.

Também quando se constrói uma casa, estuda-se o seu *Feng Shui*, que decide, em função da localização, a forma e o tamanho adequado da casa. Dentro de cada casa, a disposição das pessoas também é definida em função do *Feng Shui* das pessoas. O *Feng Shui* também determina a disposição dos móveis. Na China entende-se o *Feng Shui* como a arte que estuda o fluxo contínuo do *Qi* nos ambientes onde vivemos, que segundo os mestres ele é “*disperso pelo vento e retido pela água*”, é a busca do equilíbrio e da harmonia.

Existem objectos *Feng Shui*, os quais possuem a propriedade de potenciar ou de absorver as energias. São objectos brilhantes, que produzem luzes, brilhos ou reflexos; seres vivos como plantas e animais; objectos que produzem sons agradáveis e aleatórios; objectos que transmitem a impressão de solidez e estabilidade, como estátuas de pedra, mesas de pedra ou de madeira massiça. Os locais da sala e dos quartos que simbolizam prosperidade, saúde e outras coisas boas, nunca podem ficar sem nada e no escuro. As portas devem ser de material sólido e pesado. De todos os aposentos de uma residência, o mais importante é o quarto de dormir. O formato ideal do quarto seria redondo, para não ter nenhuma dimensão predominante nem cantos vivos. Embora os espelhos devam ser evitados no quarto de dormir, eles são recomendados para a sala de refeições e na copa, pois potenciam as energias dos alimentos (<http://scholar.google.com.br>, retirado em 27/07/2008).

CAPÍTULO 2 – MIGRAÇÃO

Figura nº 25 - Emigração chinesa



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

O mundo é formado por diversas comunidades e muitas línguas distintas. Estas diferenças levam naturalmente a outras diferenças a nível de visão, valores, práticas e expressões, que todas nos merecem respeito e dignidade.

O fenómeno das migrações é universal e desenvolveu-se a partir da segunda metade do século XX. A Europa, cujas populações emigraram no século XIX e início do XX para a América, passou a ser também um continente de imigrações. As pessoas viajam por toda a parte do mundo.

As pessoas emigram por razões económicas, mas também por guerras e violência. Os conflitos tornam-se violentos e há perseguições políticas, étnicas e religiosas. Vários são os tipos de migrações: económicas, políticas, para qualificação profissional, reagrupamento familiar, refugiados forçados (por exemplo devido a catástrofes ambientais).

De acordo com o “ *International Migration Report 2002*” do Departamento das Nações Unidas, o número de migrações duplicou desde os anos de 1970. Cerca de 200 milhões de pessoas residem hoje fora dos seus países de origem (Ramos, 2007).

As diferenças que existem entre a sociedade receptora e as comunidades migrantes verificam-se a vários níveis: no modo de vivência diária dos indivíduos, nas tradições que possuem, na língua que utilizam para comunicarem entre si, nos sistemas de crenças, que são característicos de cada sociedade, de cada cultura e que condicionam quer os seus valores quer os seus comportamentos.

Sousa (2003) refere que imigrar é o produto das fronteiras e dos limites entre territórios, que conferem distinção entre origem e destino. Imigrante é o estrangeiro que vem de fora com a intenção de permanecer no nosso país, estimulado por um qualquer ideal que o faz mover-se de um território para outro.

O processo de globalização, mundialização, facilitou a todos nós a possibilidade de nos dirigirmos a qualquer parte do mundo. O aumento da intensidade do tráfego internacional, nomeadamente os transportes aéreos, permite a troca maciça de pessoas entre países.

Com o desenvolvimento dos meios de comunicação, a mobilidade social tornou-se um facto que ninguém pode ignorar. As distâncias relativizaram-se, deixando-se de falar em distâncias absolutas para se falar em distância tempo e distância virtual. Deste modo as sociedades têm-se tornado cada vez mais heterogéneas devido à diversidade étnica das suas populações, designadas por sociedades multiculturais.

A abertura das fronteiras económicas e financeiras, com as suas necessidades de transpor regiões, as trocas comerciais, o aumento do fluxo de pessoas e materiais, no globo, leva obrigatoriamente à criação de uma nova forma de estar e de ser. As redes de comunicação trouxeram novas formas de vida, novas formas de estar. A evolução da tecnologia encurta o espaço e o tempo, cada vez mais os diferentes aspectos da actividade mundial se relacionam e interpenetram, exigindo cada vez mais serem olhados de uma forma holística e sistémica (Sousa, 2003).

As transformações bio-psico-socio culturais e políticas decorrentes do processo migratório, tornam imperativa a adaptação psicossocial dos indivíduos, o que pode influenciar o nível de saúde e stress psicológico e social dos mesmos. (Ramos, 1993, 2004, 2006). A autora (2008:45) refere ainda que “*as novas problemáticas, individuais e grupais que se têm vindo a registar nas sociedades contemporâneas derivadas da globalização (...) impõem novos modelos conceptuais e novas políticas de prevenção e*

intervenção, baseados numa perspectiva global e multidisciplinar centrada nos indivíduos, nas relações sociais e nos processos ambientais, culturais e políticos, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar a saúde física e psíquica, com as necessidades e com o bem-estar psicológico e social dos indivíduos, das famílias e dos grupos, maioritários ou minoritários, nacionais ou migrantes.”

1. MULTICULTURALIDADE, ACULTURAÇÃO E MIGRAÇÃO

O termo multiculturalismo acentua o carácter heterogéneo e pluricultural das sociedades resultantes da diversidade étnica das populações.

Rebelo, Matias e Monteiro (2002:351), explicam que *“A emergência das sociedades multiculturais entre as quais a portuguesa se inclui, remete-nos inegavelmente para as diversas formas e cenários de convivência e de relacionamento entre culturas e grupos étnicos diferenciados.”*

Também Ramos (2001:161) diz *“a nossa cultura é cada vez mais uma cultura “mestiça”, a heterogeneidade, o outro, o estrangeiro, a diferença, fazem parte do quotidiano, encontrando-nos todos no mundo actual, face a um vasto processo de “mestiçagem.”*

Esta coexistência pressupõe uma comunicação eficaz e que respeite os valores e os ideais de cada grupo de modo a que o conflito e a discriminação não se imponham. Ramos (2001:162) refere ainda que *“É através da influência da cultura que os indivíduos aprendem a comunicar.”* Os países de acolhimento têm o dever e a obrigação de se reestruturarem e criarem espaços para a expressão desses grupos e para a interacção com os grupos do país de acolhimento.

Segundo Ramos (2008:60) *“a migração implica, a adaptação do indivíduo a uma cultura, língua, regras culturais e de funcionamento diferentes, a um novo meio, muitas vezes hostil, tendo o imigrante de desenvolver estratégias de adaptação que lhe permitem resolver as dificuldades relacionadas com a condição de imigrante e de aculturação, ou seja, com as relações culturais entre a sociedade de acolhimento e a sua cultura de origem.”*

Para Neto (1993), citado por Trábulo (1998:114), *“ a aculturação é um processo por que passam as pessoas frequentemente já na idade adulta, em reacção a uma*

mudança de contexto cultural. É uma forma de mudança cultural, suscitada pelo contacto com outras culturas.”

Ramos (1993) define aculturação como um modo de mudança cultural provocada pelo contacto contínuo e directo entre duas ou mais culturas.

A aculturação psicológica ocorre a nível individual, quando o imigrante experiencia mudanças devido ao facto de estar em contacto com outras culturas, e por sua vez, de também ele ser actor do processo de aculturação a que o seu grupo cultural está sujeito.

O migrante transporta para o estrangeiro as suas práticas, as suas tradições procurando manter viva a imagem da sua terra e todos os valores que lhe foram transmitidos e que o formaram como pessoa. Quando chega a uma terra estranha, consciente ou inconscientemente familiariza-se com novos costumes que vão exercer sobre ele a sua influência. Assim, Ramos (2008:72), refere que *“a aculturação implica a aprendizagem de uma nova cultura, assim como escolhas por vezes difíceis entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar dos hábitos e da cultura de origem. Dúvidas e ansiedade podem surgir, encontrando-se o indivíduo dividido entre o desejo de integrar os elementos da cultura do país de acolhimento e o desejo de manter tradições e hábitos de origem profundamente enraizados desde há muito tempo.”*

Segundo estudos recentes sobre o processo de aculturação realizados por Berry (1997), Bourhis et al. (1997), citados por Ramos (2008:61), *“o processo de mudança é mútuo, envolvendo todos os grupos em contacto, conduzindo a mudanças e a necessidades de adaptação nos dois sentidos.”*

A migração origina alterações na estrutura do indivíduo, da sua família ocorrendo muitas vezes a sua desintegração. As suas normas, os seus padrões de referência alteram-se indo contra ao que o indivíduo tinha como certo e originando conflitos. Consequentemente, a sua adaptação pode ser mais ou menos positiva. Existem quatro estratégias de adaptação: a assimilação, a integração, a separação e a marginalização. Estas estratégias relacionam a forma como o indivíduo interage a sua identidade cultural e social com o grupo dominante, assimilando, modificando ou recusando os conceitos e as ideias do novo grupo social (Ramos, 2004).

Investigações realizadas em França, Itália e Portugal por Ramos (1993, 2004, 2006, 2008) assim como outros estudos levados a cabo noutros contextos migratórios, nomeadamente, europeus e norte-americanos, sublinham um complexo e variado

conjunto de factores socioeconómicos, psico-sociais e familiares que afectam a saúde, o nível de stress, o desenvolvimento e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes, sobretudo dos que são provenientes de países em desenvolvimento dos quais se destacam: o baixo nível socio-económico; o analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua do país de acolhimento; factores culturais, como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde ocidentais; as más condições sociais e de alojamento de uma grande parte da população.

2. IMIGRANTES E CUIDADOS DE SAÚDE

Colliére (1989), Stanhope (1999), referem que as práticas dos cuidados de saúde actuais do mundo ocidental são o resultado das práticas dos cuidados ao longo de milhares de anos. Essa construção milenar desemboca nas actuais práticas e representações dos cuidados de saúde.

De uma forma natural, porque necessário, os povos procuravam as causas, os agentes das doenças que os poderiam molestar. Sendo porém, pouco eficaz a sua intervenção, por associarem estes fenómenos a causas sobrenaturais, explicados por sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos.

Os contextos históricos, filosóficos, culturais, económicos, políticos, sociais e científicos, alteram, influenciam e modificam os conceitos de saúde e de doença.

O senso comum está imbuído do discernimento oferecido pela cultura em que está inserido, do que é saudável e do que é doentio. Existem costumes e crenças dissociáveis do contexto cultural onde estão a ser analisados. As pessoas inseridas nesses contextos estão referenciadas por essas crenças às quais atribuem significados com algum valor nos seus processos quer de saúde quer de doença (Ribeiro, 1998, Ramos, 2004).

Mais uma vez se comprova que os conceitos diferem de lugar para lugar, de cultura para cultura, sendo criados e modificados consoante os valores e as prioridades do indivíduo e do grupo onde se insere. O que se considera saudável pode ser razão de doença ou de chamamento de enfermidades, ou maus espíritos.

Segundo Bolander (1998:32,33), *“Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança. Num*

passado ainda recente a doença era frequentemente definida como ausência de saúde, sendo a saúde definida como a ausência de doença (...) Infelizmente, perspectivas redutoras como esta, levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descurar as componentes emocionais e sociais da saúde e da doença. Definições mais flexíveis quer de saúde quer de doença consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos.”

Também Luckmann e Sorensen (1987:35) referem que “ *as atitudes culturais, as crenças e as tradições estão profundamente enraizadas em cada um de nós e afectam todos os aspectos da nossa personalidade e da nossa vida, incluindo as atitudes perante a saúde e a doença.*”

Se nos países do Ocidente o conceito de desenvolvimento está muito ligado à riqueza e à erradicação de doenças, nas culturas primitivas o desenvolvimento está relacionado com a capacidade de sobrevivência, com a luta diária contra a morte, com a capacidade imaginativa e criativa para superar as adversidades provenientes da natureza.

Com efeito, ao longo dos tempos tem-se verificado uma evolução no conceito de saúde e consequentemente no conceito de doença. Esta evolução tem sido influenciada pela cultura e pelo desenvolvimento científico. Segundo Luckmann e Sorensen (1987:22) “*Inicialmente a doença era vista como uma forma de possessão demoníaca. Muitas culturas acreditavam que a doença era um castigo pelos pecados cometidos.*”

Apesar destas crenças ainda subsistirem em algumas culturas, por vezes a par com teorias científicas, na maior parte dos casos, a técnica e a pesquisa científica expandiram-se e impuseram-se originando teorias com bases científicas e racionais para explicar a doença e centrando as suas causas também em factores internos tais como as características do indivíduo, factores psicológicos, entre outros.

Segundo Pestana (1995), quando tentamos definir o conceito de saúde e de doença deveremos inicialmente tentar perceber o que é estar doente e o que é sentir-se doente. Estar doente é um fenómeno objectivo, conduzido por alterações do funcionamento do corpo como organismo biológico, o qual pode ser ou não acompanhado por queixas subjectivas, enquanto que, sentir-se doente é um fenómeno subjectivo, baseado em queixas do indivíduo, a partir do qual este recorre frequentemente à ajuda de familiares, técnicos de saúde e serviços.

As definições dos conceitos de saúde e de doença variam entre os diferentes indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais (Helman, 2003).

A OMS, em 1946, definiu saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*” (citado por Helman, 2003:115). Contudo, é difícil obter uma definição de saúde e doença que seja universalmente aceite visto que estes são estados subjectivos e, consequentemente, difíceis de “*medir*” (Helman, 2003).

O autor (2003:115), refere também que “*em muitas sociedades não industrializadas, a saúde é entendida como uma relação equilibrada entre as pessoas, entre as pessoas e a natureza e entre as pessoas e o mundo sobrenatural. Um distúrbio em qualquer uma dessas relações pode-se manifestar por meio de sintomas físicos ou emocionais. Nas comunidades ocidentais, as definições de saúde tendem a ser menos abrangentes, mas também incluem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais.*”

Ramos (2008:51) reforça estas afirmações referindo que “*a saúde e a doença correspondem a um processo complexo e dinâmico a compreender na globalidade de um indivíduo, nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido, nos seus comportamentos e crenças sobre a saúde, a doença e as modalidades terapêuticas, na acessibilidade aos serviços de saúde e no projecto político vigente na sociedade.*”

A aceitação da doença pelo indivíduo depende não só das experiências pessoais de cada um, dos seus valores e expectativas relativamente aos conceitos de bem-estar mas também nas experiências colectivas e dos valores culturais e sociais quer da família quer do grupo a que pertence. Por estes motivos, os factores sócio-culturais podem originar diferentes respostas à doença, perante problemas idênticos (Pestana, 1995).

“*O processo de adoecer envolve, portanto, as experiências subjectivas de mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por parte de outras pessoas. (...) Para que haja essa confirmação, deve haver um consenso entre todos os envolvidos sobre o que constitui saúde e sobre o que são os sinais e sintomas anormais*” (Helman, 2003:116).

Marcel Mauss citado por Pestana (1995:49) afirma que “*cada sociedade, cada cultura aprende com os seus membros desde a mais tenra idade, os rituais que exprimem o seu corpo. É essencialmente simbólico.*”

Uma componente importante da cultura familiar está relacionada com a sua origem étnica. A família, como unidade social primária, tem uma grande influência no modo como os seus membros percebem os conceitos de saúde e de doença, transmitindo os elementos culturais que intervêm sobre estas crenças através das

relações interpessoais estabelecidas e pelas características sócio-culturais do meio em que está inserida.

Pestana (1995) refere ainda que estudos realizados por Leininger (1978), Helman (1984), Anderson (1986) e Dobson (1988), descrevem como as crenças e os valores culturais influenciam de forma dinâmica as experiências de doença nas pessoas.

Por crença entende-se *“qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos”* (Keisch citado por Ribeiro, 1998:375).

As crenças são afirmações que as pessoas consideram verdadeiras, mas que podem ou não ser baseadas em evidências (Bawers, Anderson citados por Pestana, 1995).

Os valores *“referem-se à atribuição pessoal de valor a determinada acção ou ideia”* (Bolander, 1998:55). Os valores funcionam como um ponto de orientação, influenciando a forma como as pessoas pensam e agem. Estes constituem um comportamento cultural e, por isso mesmo, adquirido, através do processo de socialização, implicando a aquisição de conhecimentos e a interiorização de valores (Pestana, 1995).

Mas, Ramos (2008:51) acrescenta ainda que *“quaisquer que sejam as particularidades dos contextos sociais e culturais, as concepções de saúde e doença e as modalidades de intervenção, alguns princípios éticos deverão estar presentes, tais como: a saúde é um direito de todos; todos os indivíduos têm um valor equivalente e deverão ser respeitados nas suas diferenças; o utente nacional ou migrante é um cidadão que não deverá ser discriminado, seja qual for a sua origem social ou étnica, a natureza da sua doença, a sua esperança de vida ou a sua situação legal.”*

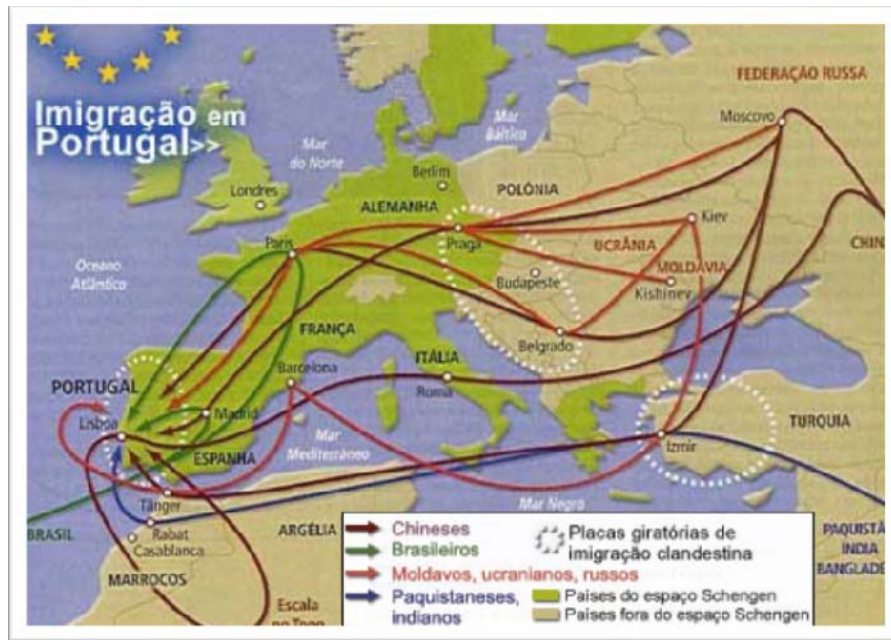
Esta autora (2008:80) refere ainda que *“os migrantes enfrentam mais limitações a serviços e bens que promovem a saúde e previnem a doença, apresentando mais dificuldades de acesso aos serviços nomeadamente de saúde recorrendo, por exemplo, menos aos cuidados pré-natais e aos rastreios de cancro do que os nacionais.”* (...) e que *“os migrantes reúnem um número mais grave de patologias devido ao diagnóstico e tratamento tardios e à carência psicossocial, vindo as situações de clandestinidade e de discriminação agravar o problema.”*

Na sociedade multicultural actual, torna-se fundamental que os técnicos de saúde desenvolvam competências no sentido de conhecerem os diversos esquemas de comportamento cultural, com o objectivo de compreenderem os acontecimentos

relacionados com a vida cotidiana. Em qualquer cultura consideram-se mais significativos os que estão ligados ao nascimento, à morte e à doença e a todas as perturbações de saúde (Pestana, 1995). Complementando esta ideia, Ramos (2008:83) refere que *“é importante a adopção de modelos explicativos multifactoriais e inter accionistas em saúde. Só uma abordagem multidimensional, inter accionista e ecológico-cultural permitirá ter em conta a complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e doença, na diversidade das experiências e vivências psicológicas, culturais e sociais dos indivíduos e dos grupos e na sua adesão aos cuidados de saúde.”*

CAPÍTULO 3 - POPULAÇÃO CHINESA IMIGRANTE EM PORTUGAL

Figura nº 26 – Mapa de Imigração em Portugal



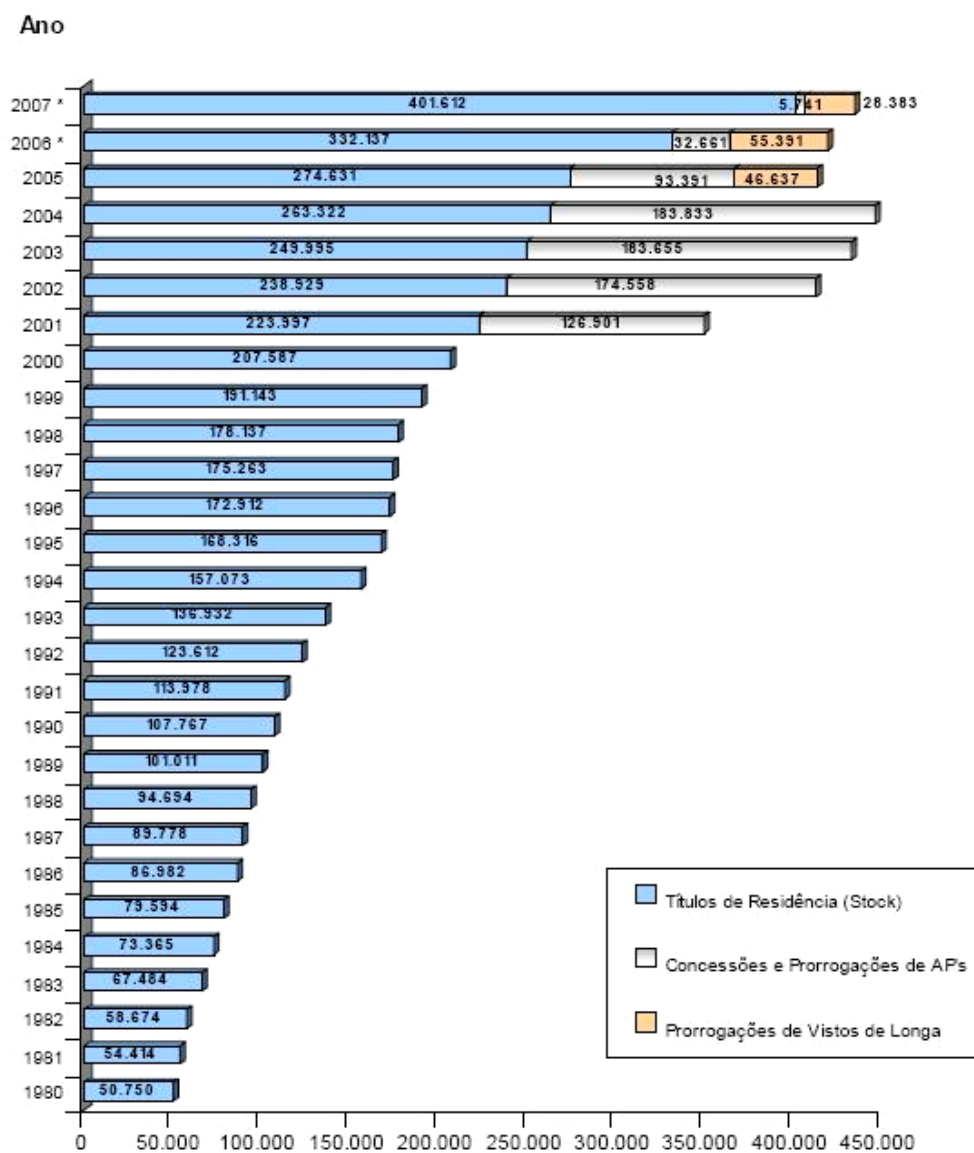
Fonte: www.ieei.pt (22/07/2007)

Regista-se uma assinalável heterogeneidade da população estrangeira entre nós, não só em termos sócio – demográficos, mas também de cariz comportamental.

A pluralidade de origens étnicas e de nacionalidade, em suma, a heterogeneidade da população a residir em Portugal (resultado das vagas de imigrantes e retornados), assume características de Multiculturalidade à semelhança do que ocorre na generalidade dos países da Europa e do mundo.

Com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, verificou-se a chegada de numerosos emigrantes em busca de uma vida com melhores condições que as que tinham nos seus países de origem (Oliveira, 1996).

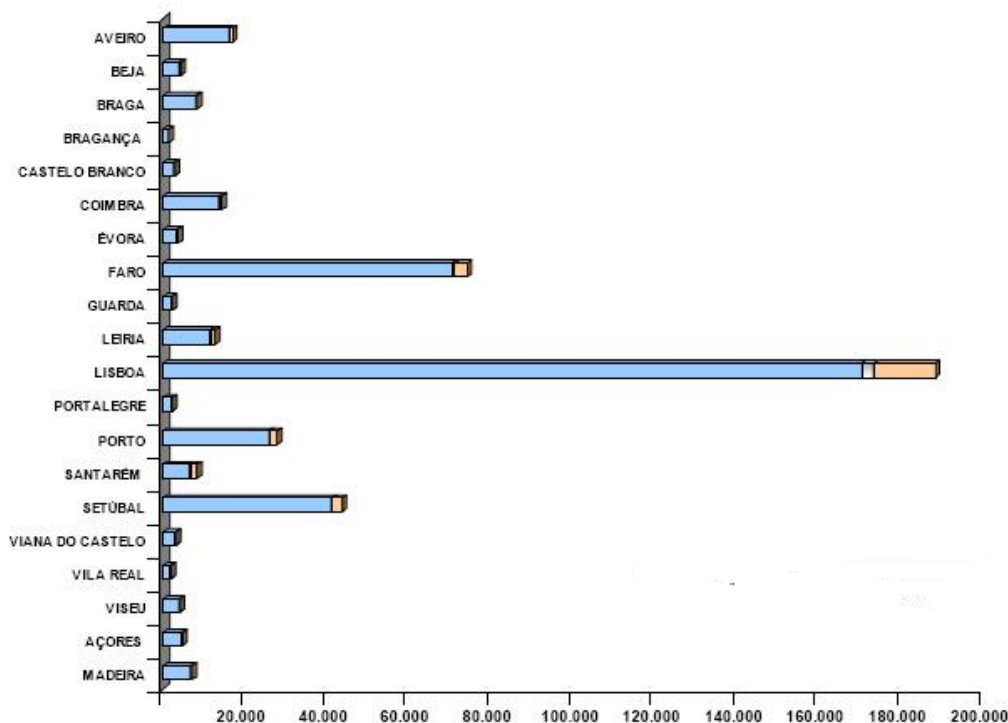
**Gráfico nº 1 - Evolução global de residentes estrangeiros em Portugal
(1981 – 2007)**



Fonte: SEF (2008)

Segundo dados do SEF, em 2007 havia 401 612 residentes estrangeiros em Portugal.

**Gráfico nº 2 - Residentes estrangeiros em Território Nacional por Distritos
(2007)**



Fonte: SEF (2008)

É no Distrito de Lisboa que se encontra a maior concentração de estrangeiros.

Segundo Ramos (2004:247) “os baixos níveis de escolarização e qualificação, a inserção tendencial em sectores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde há um nível mais baixo de remuneração global, onde há um grande peso de integração de clandestinos, desprovidos de qualquer sistema de protecção social, e a precariedade da sua situação social fazem do grupo de imigrantes um grupo particularmente vulnerável.”

A Constituição da Republica Portuguesa, mas também o Dec. Lei nº 167 de 2007 do Diário da República, 1ª série – Nº85 – 3 de Maio de 2007, promove que todos os cidadãos, mesmo estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde e por essa razão, todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na medida das necessidades de cada um e independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais.

Em 1991 foi criado em Portugal um Secretariado Coordenador dos Programas de Educação Multicultural, promovido pelo Ministério da Educação (em 2004 passou para

a tutela do ACIME) tendo como função a preparação da escola para a diversidade da sociedade multicultural (Ramos, 2008).

A imigração chinesa em Portugal enquadra-se nos movimentos migratórios europeus, possuindo, contudo, características muito específicas resultantes do processo histórico português. Não será correcto falar-se de uma comunidade chinesa homogénea em Portugal, uma vez que a realidade demonstra uma evidente heterogeneidade deste grupo cultural radicado no país, distinguindo-se claramente quatro grupos: a) o dos originários da República Popular da China; b) o dos provenientes de Moçambique; c) o dos macaenses; d) o dos estudantes bolseiros.

Rocha-Trindade et al. (2005:14) refere que *“o fenómeno migratório chinês é marcadamente multipolar e global. Apesar do sudeste asiático ser a região onde se fixaram as comunidades chinesas mais expressivas, os chineses não migram para um país ou um pequeno grupo de países em particular. Com efeito, a sua presença faz-se sentir em todos os continentes e num imenso número de países. Não obstante a multipolaridade destes fluxos transnacionais, constata-se que as relações com a China, como país de origem ou de nascimento, permanecem. Quer os antigos quer os novos migrantes mantêm os laços familiares, culturais e económicos com a China.”*

Tomé (1994) citado por Trabulo (1998) refere a presença de imigrantes chineses em Portugal em 1920 (em Lisboa, Porto, Setúbal e Beja). Eram vendedores ambulantes de bijutaria e gravatas, frequentemente fabricadas pelos próprios. Na década de 40 era costume estes comerciantes ambulantes aparecerem em terras do interior (Vila Nova de Foz Côa, por exemplo), com amplos sortidos de gravatas e linda bijutaria.

Figura nº 27 – Loja Chinesa na Baixa de Lisboa



Fonte: foto de Artur Ferreira

Segundo Rocha-Trindade et al. (2005:20), “O número mais importante de migrantes chineses provenientes das áreas tradicionais de origem dos Chinese Overseas é originário de Wenzhou/Qingtian no sul de Zhejiang, com números mais modestos para Fuzhou/Fuqing na província de Fujian. Paralelamente, à renovada emigração a partir das áreas tradicionais dos Chinese Overseas, acrescentam-se novos tipos de migração, provenientes de uma variedade de áreas urbanas, particularmente das províncias do Nordeste (Jiling, Liaoning, Heilongjiang e Hebei), como resultado das reformas económicas empreendidas na República Popular da China, com destaque para o encerramento das empresas estatais não rentáveis.”

Figura nº 28 – Província Zhejiang



Fonte: <http://images.beijing-2008.org> (13/08/08)

Figura nº 29 – Mapa da China (Província de Zhejiang)



Fonte: Rocha-Trindade et al. (2005:14)

As actividades mais frequentes dos imigrantes chineses são nas áreas da hotelaria, restauração e comércio, em que, contrariamente a outros grupos étnicos, se verifica um grande número de trabalhadores por conta própria.

O óbvio sucesso dos empresários de etnia chinesa nos países de acolhimento deve-se a muitos e variados factores, interligados e variando na sua importância relativa de acordo com o tempo e o lugar. A dinâmica do chamado “*milagre asiático*” radica, em boa medida, no fenómeno das comunidades de negócios chinesas da diáspora – os *Chinese Overseas* –, que têm sabido impor-se numa economia internacional cada vez mais global, interdependente e competitiva com enorme mestria. (www.ieei.pt 22/07/2007). Considera-se que o papel dos “*Overseas Chinese*” é essencial para o desenvolvimento das regiões, quer em termos comerciais e de expansão das

exportações, quer em termos de investimento directo estrangeiro, já que os emigrantes desempenham um papel crucial como investidores e como factores de mobilização de investimento estrangeiro não chinês. Neste sentido, as autoridades locais criaram políticas públicas relativamente sofisticadas de apoio que envolve, nomeadamente, formação específica de candidatos à emigração, com cursos de formação na língua e cultura do país de destino bem como na área da gestão e do empreendedorismo. A emigração é claramente encarada como um investimento da região e da própria China, que os vê como instrumento decisivo na atracção de investimento externo e como canal preferencial no escoamento das exportações.

Segundo Rocha-Trindade et al. (2005:29), “*Com a actual lei chinesa de emigração de 1985, a obtenção legal de passaporte está muito facilitada, o que faz aumentar extraordinariamente o potencial da saída legal da China. A saída legal mas entrada ilegal ocorre quando o visto de entrada no país desejado não pode ser obtido mas o indivíduo pode obter o passaporte e a autorização de saída. A entrada pode ocorrer através de diversas vias, sendo as duas principais: i) vistos falsos inseridos num passaporte genuíno; ii) passaporte do país de destino roubado e alterado através da substituição da fotografia e detalhes pessoais do emigrante. A saída e a entrada ilegais podem ser conseguidas através da obtenção de documentos e autorizações fraudulentas para saída da China e entrada do país de destino. Normalmente, este tipo de ilegalidade não envolve documentos de qualquer tipo. Os migrantes deixam a China por mar ou terra, clandestinamente ou depois do suborno das autoridades fronteiriças, ou pelo ar para o país de destino final.*

A maioria move-se através da combinação de diversos meios (mar, terra e ar), voando, regra geral, para um ponto intermédio, a partir do qual continuam a sua viagem por terra ou barco.”

**Tabela nº 1 - Número de residentes e titulares de autorização de residência
(1997-2003)**

(RPC/Hong Kong/Taiwan/Macau)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Autorizações Residência	2708	2776	3062	3582	4254	4771	5123
Autorizações Permanência	---	---	---	---	3354	3895	3936
Total	2708	2776	3062	3582	7608	8666	9059

Fonte: SEF. *in* Rocha-Trindade et al (2005)

A autora refere ainda que “as estimativas não-oficiais apresentadas pelas Associações Chinesas são contudo superiores, tal como noutros países europeus, aos dados oficiais. Foi referenciado que em 1997 a EFCO estimou a existência de 5 000 imigrantes chineses em Portugal quando os números oficiais apontavam para 2 708, ou seja metade daquele número. Mais recentemente, as Associações Chinesas em Portugal estimaram a existência em 1998 de cerca de 10 000 imigrantes chineses em Portugal e de 13 000 em 2003, embora não tenham sido suficientemente explicitados elementos que permitam avaliar do rigor com que foi elaborada esta estimativa. Mais uma vez existe uma discrepância significativa entre os números oficiais fornecidos pelos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras, 9 059 imigrantes chineses com autorização de residência e de permanência, e os números apresentados pelas próprias associações chinesas que apontam para um número cerca de 50% superior.”

**Tabela nº 2 - Residentes chineses em Portugal distribuídos por Distritos
(1999 - 2003)**

1999			2000		2001			2002		2003	
Distrito	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Lisboa	1741	55,9	1917	53,5	2168	51,0	2356	49,4	2503	48,9	
Faro	508	16,6	570	15,9	621	14,6	686	14,4	707	13,9	
Porto	276	9,0	382	10,7	509	12,0	624	12,1	677	13,3	
Setúbal	90	2,9	131	3,7	207	4,9	275	5,8	312	6,1	
Aveiro	130	4,2	157	4,4	176	4,1	194	4,1	211	4,1	
Coimbra	105	3,4	119	3,3	130	3,1	141	3,0	145	2,8	
Braga	79	2,6	94	2,6	122	2,9	132	2,8	137	2,7	
Leiria	23	0,8	48	1,3	74	1,7	78	1,6	81	1,6	
Santarém	15	0,5	25	0,7	44	1,0	59	1,2	69	1,4	
TOTAL	3062	100	3582	100	4254	1,0	4771	100	5123	100	

Fonte: SEF, e Cálculos dos autores (%). 1. Inclui RPC, HK, Macau, Taiwan , *Cit in Rocha-Trindade et al (2005).*

Y Ping Chow, presidente da Liga dos Chineses, refere que nem esta Liga, nem a Embaixada da China, nem o serviço de Estrangeiros e Fronteiras, têm um número exacto da população chinesa residente em Portugal. Esta entidade reconhece que é difícil identificar os clandestinos por usarem os passaportes uns dos outros. Refere ainda que as pessoas emigram por não poderem ter mais do que um filho na China. Lisboa e Vila do Conde têm a maior concentração de estabelecimentos comerciais.

Segundo os Dados Estatísticos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras de 2005 existiam em Portugal 5 530 chineses registados, dos quais 2 799 residiam na região de Lisboa. Em 2007 (segundo a mesma fonte) residem em Portugal 10 448 chineses.

Em termos geográficos, uma das características da comunidade chinesa de Portugal é a sua relativa concentração, sobretudo nos grandes centros. (<http://www.sef.pt>, 19/06/07). Estes novos imigrantes desconhecem a língua portuguesa, constituem um grupo muito fechado, dedicando-se à restauração, comércio de vestuário e importação e venda de produtos chineses. Estes imigrantes têm níveis de instrução baixos. As suas empresas são apoiadas por redes de relações familiares e étnicas, e só muito raramente recorrem a mão-de-obra não-chinesa. Os baixos preços praticados nestes estabelecimentos têm motivado inúmeras queixas dos comerciantes locais. A verdade é que estes estabelecimentos têm permitido animar zonas há muito abandonadas.

Figura nº30 – Loja Chinesa em Lisboa



Fonte: <http://images.google.com>, (25/01/09)

O conhecimento precário da língua traduzido pela mensagem do reclame transmite um fraco domínio da língua portuguesa e do nível de integração na sociedade de acolhimento.

Nesta loja podem-se observar as lanternas da prosperidade como símbolo da cultura chinesa, presente na maioria das lojas e restaurantes chineses em Portugal.

Figura nº 31 – Lanternas da Prosperidade



Fonte: <http://travel.nationalgeographic.com> (11/08/2008)

Na China, cada região possui o seu próprio estilo de lanternas coloridas. As lanternas chinesas constituem motivos de ornamentação, de formas e feitios variados e de muitas cores, em que predomina o vermelho. (<http://www.jtm.com>, 26/01/09).

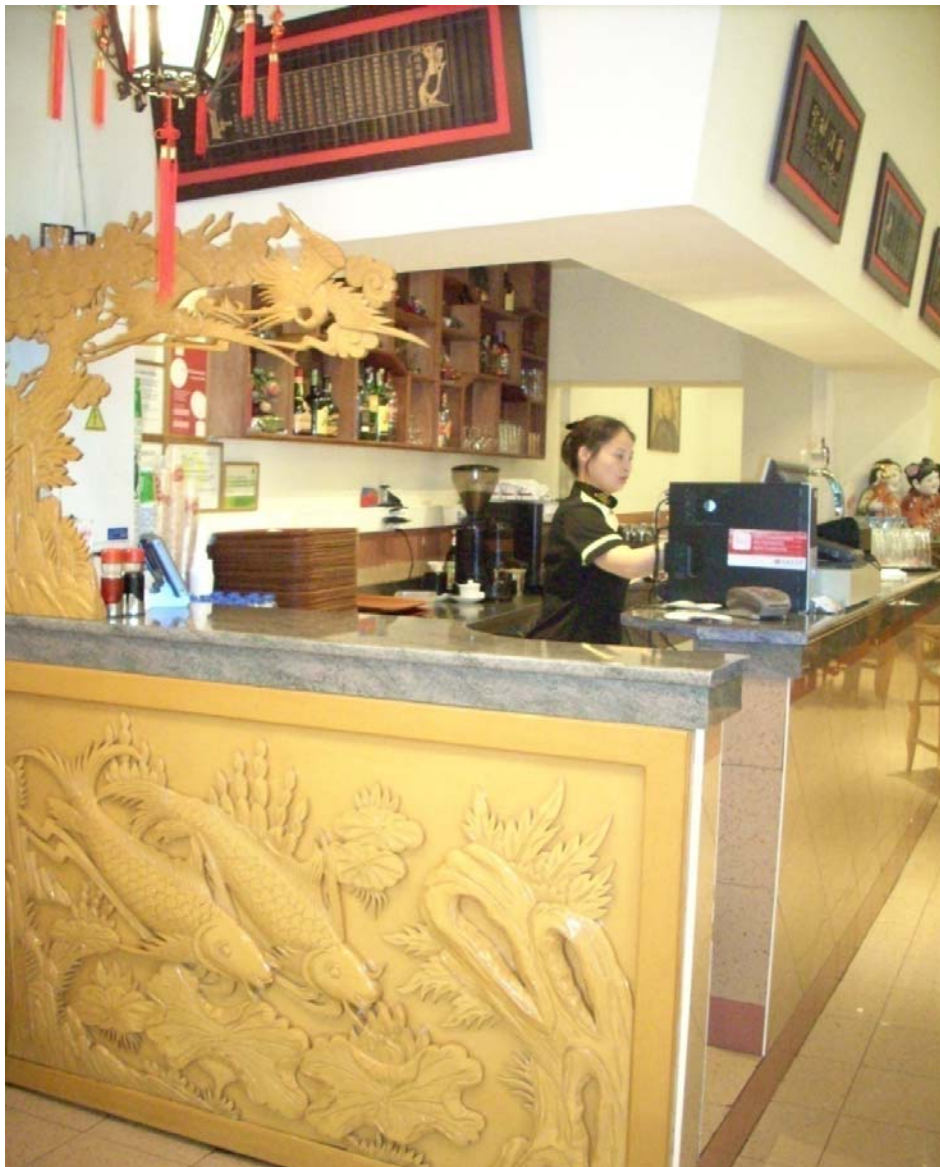
Figura nº32 – Loja Chinesa em Lisboa



Fonte: <http://images.google.com>, (25/01/09)

Mantêm símbolos muito específicos da sua cultura de origem, como por exemplo, as lanternas da prosperidade, o vermelho tradicional chinês, que significam sorte, equilíbrio, esperança e felicidade, introduzindo já na venda, objectos tipicamente portugueses, como a bandeira portuguesa.

Figura nº 33 – Restaurante Chinês em Almada



Fonte: Autora (2008)

Nesta imagem podem-se observar vários símbolos que mantêm da sua cultura de origem. O preto representa a água e a sabedoria; e o vermelho, o fogo e o sucesso.

Também aqui é representada a arte chinesa em painéis de madeira trabalhados. Na arte chinesa, o peixe e a água simbolizam a prosperidade, abundância e boa colheita. (<http://www.terra.com>, 26/01/09).

Figura nº 34 – Restaurante Chinês em Almada



Fonte: Autora (2008)

O painel de entrada do restaurante é um trabalho sobre outro animal mítico da cultura chinesa, a Fénix, a qual simboliza o voo, a transformação e transmutação necessária na direcção dos sonhos. (<http://www.terra.com>, 26/01/09). A Fénix é considerada também um símbolo de benevolência, virtude e paz, (Han e Chay, 2007).

As maiores dificuldades desta população são a nível da saúde. Há muitos imigrantes recentes, que não dominam a língua portuguesa e por isso, não conseguem explicar o “*problema*” que têm. Outra dificuldade é o preço dos tratamentos que em Portugal, mesmo com os vários apoios, são muito mais caros do que na China. Portanto, às vezes, a opção recai pelo regresso à China para efectuarem os tratamentos necessários. É praticada a Massagem Pediátrica Chinesa integrada na filosofia da Medicina Tradicional Chinesa, fundamental para a prevenção e tratamento de inúmeras doenças infantis.

Monteiro (2005:254) refere que “ *o acesso aos cuidados de saúde é uma das preocupações dos migrantes (...) O desconhecido, as práticas diferentes e o recurso à medicina tradicional, a ausência de domínio da língua do país de acolhimento são algumas das razões para os migrantes não recorrerem aos hospitais e centros de saúde. Os conceitos de saúde e doença são representações culturais, pelo que é fundamental conhecer os valores, os hábitos e os costumes do migrante para orientar e ir ao encontro das suas necessidades, numa atitude de parceria e não por imposição que conduz inevitavelmente à ineficácia*”.

A este propósito, Monteiro (2005:82), citando Ramos (1993; 2004) relata que “*Um dos principais problemas que os migrantes encontram ao irem para outro país é o acesso às estruturas sociais básicas, como é o caso da saúde. Ao migrar o indivíduo enfrenta frequentemente alterações a nível da saúde causadas por alterações climáticas, mudanças dos estilos de vida, adaptação a diferentes comidas e hábitos, baixo rendimento, afastamento da família e dos amigos entre outros aspectos.*” A autora refere ainda que “*O aparecimento de sinais e sintomas a nível físico, psíquico e social é frequente, encaminhando o migrante de forma inevitável para a procura de cuidados de saúde e influenciando a sua integração na sociedade de acolhimento. As dificuldades sentidas na área da saúde são entendidas como um sinal de fraqueza, de debilidade, de cobardia por parte do migrante e constituem, para muitos, uma sobrecarga adicional para o país que acolhe os imigrantes. A população que acolhe os imigrantes cria expectativas e constrói modelos dos migrantes, idealizando pessoas com uma boa capacidade física, dispostas a trabalhar arduamente, se necessário, e que não tragam mais encargos e problemas para o país. Se o migrante não vai ao encontro destas expectativas, é visto como um fardo e é olhado com desconfiança. Este fardo é agravado, se aparecem problemas de saúde, que funcionam como um empecilho à rentabilidade que o imigrante poderia ter. De uma forma geral, os migrantes vivem em*

situações de maior risco para a saúde do que a população autóctone. Podem existir variadas explicações, sendo as mais simples e directas relacionadas com o facto dos migrantes pertencerem em geral a classes sociais mais desfavorecidas ou a grupos profissionais discriminados, existir uma insegurança na sua permanência no país ou pelo grau de domínio da língua de que resultam problemas de comunicação, compreensão do papel a desempenhar, valores e religião e também a própria aceitação pelo país de acolhimento.” Gonçalves et al. (2003:56) citado pela autora, reforçam esta ideia ao dizerem “os migrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, estando esta vulnerabilidade associada a diversos factores, entre os quais a situação económica, a falta de conhecimentos sobre a acessibilidade aos serviços sociais e de saúde disponíveis, a situação de legalidade de residência, as barreiras legais aos sistemas prestadores de cuidados, assim como a sua residência geográfica, geralmente em bairros periféricos e habitações ilegais”. A autora afirma que outros autores compartilham este conceito (Ramos, 1993; 2004). “Afastados da medicina em que confiavam, no médico e nos medicamentos que sempre os curaram, o migrante ao não se identificar com os mesmos hábitos de cuidar, tem tendência a distanciar-se cada vez mais e a isolar-se das práticas do sistema de saúde do país de acolhimento. Para além desta situação de não identificação, a incredulidade do país receptor sobre as práticas tradicionais no tratamento e na cura que o migrante traz e nas quais acredita, bem como o desvalorizar dos medicamentos caseiros contribuem para aumentar a desconfiança do migrante em relação ao sistema de saúde. Por desconhecimento, por vergonha ou simplesmente porque as práticas medicinais são muito diferentes, o migrante não recorre aos serviços de saúde com frequência, a não ser em casos pontuais ou de extrema gravidade. As crenças que herdaram dos seus antepassados e os medicamentos tradicionais, que comprovaram através dos tempos os seus efeitos e benefícios são postos em causa no país de acolhimento. A ciência substitui a tradição e o conhecimento empírico, pondo em causa tudo o que o migrante acredita. Se, por um lado a confiança no que lhe foi ensinado prevalece, por outro lado, o alcance dos efeitos rapidamente desejados e oferecidos pela medicina mais moderna sobrepõe-se muitas vezes, manifestando-se mais tardiamente um sentimento de culpa e de desacreditação no seu passado. Aliada a esta insatisfação está também a problemática económica, factor determinante no recurso à medicina convencional. O alto custo dos medicamentos constitui apenas uma das muitas razões para a pouca aderência da população migrante ao sistema de saúde do país de acolhimento.

Efectivamente, adicionando à dificuldade de comunicação e aos valores e à cultura diferentes, o custo elevado dos medicamentos leva a uma fraca aderência às prescrições e à opção por manter os cuidados e as práticas a que estavam acostumados, aumentando cada vez mais a distância do país de acolhimento.”

Rocha-Trindade et al (2005:69) chama a atenção para a *“existência de um pequeno grupo de bolseiros frequentando cursos de bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento e pós-doutoramento em instituições do ensino superior e de investigação em Portugal bem como um núcleo de investigadores chineses frequentando algumas escolas portuguesas do ensino superior com destaque para o Instituto Superior Técnico e a Universidade de Aveiro, ao abrigo de protocolos entre estas instituições e universidades chinesas. Este grupo é transitório e como tal muito fechado, não se integrando nem na sociedade portuguesa nem nas comunidades chinesas (...) Para alguns imigrantes, o primeiro destino não é Portugal, transitando em primeiro lugar por outros países europeus, particularmente por Espanha, França e Holanda. As suas experiências migratórias pela Europa facilitam a entrada em Portugal através das fronteiras terrestres (carro e comboio). Para os que vêm directamente da China e que chegam por via aérea, a entrada é sempre difícil devido ao apertado controlo existente nos aeroportos. Deste modo, estes imigrantes recorrem a diferentes tipos de visto (turismo, negócios), permanecendo em Portugal depois de caducado o tempo de validade do visto, passando a uma situação de ilegalidade ou movimentando-se para outros destinos na Europa. Os principais factores para a escolha de Portugal como país de destino prendem-se com factores económicos e familiares, nomeadamente as oportunidades de mercado face à saturação de outros mercados europeus, o reagrupamento familiar e os períodos de regularização extraordinária.”*

Nos últimos 5 anos não há registo de óbitos de chineses em Portugal. Y Ping Chow, administrador executivo da associação (2006), esclarece que alguns imigrantes que chegaram antes do *“boom”* da década de 90, já possuem jazigos próprios e muitos deles estão naturalizados portugueses. Muitos dos chineses que morrem são cremados e enviados num avião para a China em urnas fechadas. Noutros casos as famílias vêm buscá-los. Por vezes este mecanismo de exportação dos mortos não chega a oficializar o óbito junto das autoridades portuguesas. Por vezes, se o falecido estiver ilegal, a oficialização da morte, poderia levar à descoberta de familiares em situação idêntica. No caso de possuir visto de trabalho ou residência, este pode ser utilizado por outro cidadão

chinês. Refere que a maior parcela da comunidade chinesa é constituída por jovens e é natural que os jovens morram menos.

Y Ping Chow, refere que estão a tentar integrar a nova geração na sociedade portuguesa, mas com a precaução de não a afastar totalmente da cultura chinesa. A Liga dos Chineses em Portugal dinamiza o ensino do chinês em escolas, em Lisboa e no Porto, mas só corresponde às necessidades de 20% da população. O problema da barreira linguística ainda não está resolvido. As crianças não frequentam as escolas portuguesas porque não entendem a língua. O Centro Científico e Cultural de Macau inaugurou um curso de português para chineses.

A comunidade chinesa, ao contrário dos outros imigrantes que vivem em Portugal, não é representada por uma associação com fins sociais. A Liga dos Chineses em Portugal é uma organização comercial e industrial e tem sede no Porto. O papel de Y Ping Chow consiste em apoiar os imigrantes nos negócios que abrem diariamente em Portugal. (<http://imigrantes.no.sapo.pt> 22/07/2007).



Fonte: <http://farm4.static.flickr.com> (11/08/08)

CAPÍTULO 4 – COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL E CUIDADOS DE SAÚDE

Todas as pessoas têm a sua cultura e perante a grande diversidade cultural que vivemos actualmente em Portugal, torna-se necessário que os profissionais de saúde sejam culturalmente competentes para poderem prestar cuidados com qualidade, ou seja, cuidados culturalmente congruentes.

Partilhamos a opinião de Ramos (2007:150) quando refere que *“a relação do indivíduo com a saúde e a doença está dependente de uma variedade de factores bio psicossociais e culturais. Neste âmbito, a abordagem intercultural e os modelos ecológicos e holísticos, são importantes porque têm em consideração a complexidade dos factores intervenientes no domínio da saúde, nomeadamente, os contextos físicos e sócio culturais dos doentes, as suas representações, crenças e práticas sobre a saúde e a doença e os estilos comunicacionais.”*

Os profissionais de saúde deverão então, adoptar estratégias que respondam às necessidades culturais dos utentes.

No contacto com o utente/doente a comunicação é fundamental. O profissional de saúde deve possuir conhecimentos, capacidade de ensino e atitudes específicas para comunicar com estes. Deve conhecer as suas necessidades para assim as poder satisfazer.

Ramos (2004:300) diz que *“a comunicação intercultural envolve os problemas e processos de interação verbais e não verbais entre indivíduos pertencentes a grupos ou subgrupos culturais diferentes em contextos situacionais variados e a variação cultural na percepção dos objectos, dos comportamentos e dos acontecimentos sociais. As variáveis culturais afectam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e ao nível dos processos não verbais.*

Refere ainda que *“...entre os indivíduos que partilham o mesmo universo de significações, de representações, de crenças, o processo de comunicação poderá efectuar-se num clima de relativa compreensão, mas quando este universo de significações, de representações e de crenças não é partilhado, a comunicação estabelece-se com mais dificuldade e poderão colocar-se vários problemas na origem de muita incompreensão, preconceitos e estereótipos.”*

Segundo esta autora (2004:301) citando Samovar et al. (1981) *“...o etnocentrismo, ou seja, a tendência a interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais, pode constituir um obstáculo importante à comunicação intercultural.*

Existem dois tipos de dimensões culturais que afectam a comunicação:

- Os modelos culturais que influenciam a nossa maneira de pensar, de perceber, de codificar, etc.;

- Os modelos culturais que influenciam a maneira de comunicar com as pessoas pertencentes a outras culturas.”

Ramos (2007:160) acrescenta ainda que *“ um princípio fundamental da comunicação intercultural é a consciencialização de que o mundo que percebemos e em relação ao qual comunicamos, poderá não ser o mesmo mundo, vivenciado por uma pessoa de outra cultura e que ela procura exprimir (...) A situação política, legal//ilegal e social do migrante pode também modificar o comportamento do migrante face aos cuidados de saúde e, por vezes, este ser mesmo contraditório, como consequência dos seus medos e expectativas. Por exemplo, o migrante poderá não recorrer aos cuidados de saúde com medo de ser denunciado no caso de estar em*

situação ilegal, minimizar os seus sintomas com medo de perder o emprego ou, ainda, acentuar esses sintomas no desejo de ser reconhecido.”

Assim, e de acordo com Ramos (2004:297) definimos que *“a comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo, irreversível, que se produz num dado contexto físico e social, influenciando o comportamento. A comunicação é um conceito integrador, que permite redimensionar e repensar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade e entre a sociedade e a cultura.”*

Assim, para que sejam praticados cuidados de qualidade torna-se fundamental que os profissionais de saúde respondam de forma flexível e adaptada às necessidades da comunidade. Como tal, *“na comunicação, as manifestações emocionais são importantes e numerosas, tendo como suportes privilegiados a voz, as mímicas faciais, os gestos, as posturas corporais e as manifestações neurovegetativas”* (Ramos, 2007:152).

Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protectoras, sobre as intervenções terapêuticas numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão. Neste sentido, Ramos (2004:297) refere que *“...em contexto multicultural ou não, migrante ou autóctone, a comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados de saúde (...) uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde em geral (...) uma parte das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde, tem a ver com a falta de conhecimentos dos técnicos de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do doente e sobre as relações do indivíduo ao seu mundo social, cultural e comunitário.”*

A reforçar esta ideia, Onga et al. (1995) citados por Ramos (2007:152) *“salientam três objectivos na comunicação médico doente: criar uma boa relação interpessoal; trocar informação clínica; tomar decisões terapêuticas (...) identificam diferentes estilos comunicacionais: um mais de carácter instrumental, orientado para o tratamento e, outro, de carácter afectivo, mais orientado para os cuidados, favorecendo a comunicação, a satisfação, a adesão ao tratamento e a recordação e a compreensão da informação prestada pelo médico.”*

Também (Ramos, 2004) se refere às diferenças entre modelos explicativos e culturais diferentes, da necessidade de entendimento das diferentes concepções de saúde e doença, como forma de diminuir as dificuldade de comunicação com diferentes culturas, tentando entender determinados comportamentos que podem parecer desadequados, mas que muitas vezes têm fundamento no sistema de crenças dessa cultura. A autora diz ainda que (2007:155) *“em contexto de saúde, a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.”*

Importa ainda salientar que *“as investigações realizadas demonstram que a maioria dos doentes deseja ter informação sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, mesmo quando há perspectivas de más notícias, nomeadamente, cancro ou doenças incuráveis”* (Richard e Mcdonald, 1985, Berry et al. 2001, Vessey, 2002, citados por Ramos, 2007:154).

A autora (2008:100) refere ainda que *“os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interação diferem segundo as culturas e sub culturas e, assim, o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos.”*

E assim se compreende que: *“as dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os técnicos de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Também a dificuldade do migrante em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos aumenta os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os técnicos de saúde e a ansiedade e angústia do doente migrante”* (Ramos, 2007:159).

Para podermos compreender melhor a forma como os asiáticos lidam com o quotidiano, é preciso entender uma diferença fundamental entre o modo de vida da civilização ocidental e oriental. Na sociedade ocidental, o consumo e o "ter", possuir, opõem-se à filosofia de algumas culturas orientais mais tradicionais, em que o mais importante é o "ser".

No mundo ocidental o Homem é feito à semelhança de Deus. Nas culturas orientais o Homem faz parte de Deus, é uma parte integrante da natureza e deve cooperar para a harmonia do cosmos. (<http://imigrantes.no.sapo.pt> 22/07/2007).

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Figura nº 35 – Dragão chinês



Fonte: <http://mundooriental.vilabol.uol.com> (22/07/2007)

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

A metodologia é um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para aquisição de informações seguras e organizadas. Para Polit (1995:), “ *a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e o seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controlo impostos ao pesquisador) (...) os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores.*”

Tendo em conta a temática deste estudo e tendo em atenção o indivíduo como ser único com experiências, valores, emoções, crenças e cultura próprias, optámos pela investigação qualitativa, pois pretendemos conhecer as dificuldades sentidas pelos técnicos de saúde no atendimento a uma população com valores culturais tão diferentes como é o caso da população chinesa.

Nas palavras de Lakatos (1995), a pesquisa pode ser vista como um processo reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento.

1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Na sequência das dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação com a população chinesa que é atendida no hospital, tivemos interesse em conhecer esta comunidade, tentar perceber os seus valores e costumes, especialmente porque dado o volume de cidadãos dessa comunidade a residir em território nacional, a sua visibilidade nos serviços de saúde é pouco notada, contrariamente ao que acontece com outras etnias ou proveniências culturais.

A questão principal deste estudo é a de conhecer as dificuldades dos profissionais de saúde no atendimento à população chinesa.

Para isso, o procedimento adoptado baseou-se em definir as seguintes estratégias metodológicas:

-Analisar como os princípios/filosofia de vida da cultura chinesa influenciam os hábitos e costumes desta população.

-Identificar as necessidades destes utentes e em que situações recorrem aos serviços de saúde.

-Analisar as dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação com a comunidade chinesa.

2. LOCAL DO ESTUDO

Grande parte do estudo foi realizado no Hospital de Dona Estefânia (Centro Hospitalar Lisboa Central) situado na Freguesia de São Jorge de Arroios em Lisboa. Construído num local doado pela Casa Real, é um dos primeiros Hospitais Pediátricos na Europa, fundado em 1860 por acção da Rainha Dona Estefânia que se impressionou ao ver crianças tratadas em enfermarias de adultos no antigo Hospital de São José.

O Hospital de Dona Estefânia, actualmente com cerca de 230 camas, é um hospital pediátrico central especializado e de apoio perinatal diferenciado, com um departamento da mulher e da reprodução que inclui uma maternidade de referência – Maternidade Magalhães Coutinho- e dá corpo ao conceito materno-infantil essencial à missão institucional.

Figura nº 36 – Hospital de D. Estefânia



Fonte: <http://www.hdestefania.min-saude.pt>, (22/02/2009)

O edifício original estava dividido em quatro corpos principais, formando cruz e era constituído por dois pisos de enfermarias. A preocupação do rigor e da higiene levou a que o primeiro piso fosse construído na sua totalidade sobre abóbadas, a fim de minimizar a humidade e a possibilidade de infecção a partir do solo.

Figura nº 37 – Hospital de D. Estefânia – Claustro



Fonte: <http://www.hdestefania.min-saude.pt>, (22/02/2009)

No centro da construção havia um espaçoso claustro, rodeado de 29 arcos de cantaria, no qual foi colocada uma fonte, que ainda hoje se pode ver nos jardins do hospital. Na parte interna do piso superior, ladeando todo o claustro corria uma galeria destinada ao passeio dos convalescentes. Por estas e outras razões, Florence Nightingale, à época considerada uma autoridade em construção hospitalar, escreveu: *"If children's hospitals are to be built at all, this is the kind of plan that should be adopted"* (in "Notes on Hospitals"). (<http://www.hdestefania.min-saude.pt>, 22/02/200).

O Hospital de Dona Estefânia dispõe de uma Escola oficial do Ministério da Educação, a Escola nº 94 do 1º Ciclo do Ensino Básico, que tem por objectivo principal apoiar as crianças internadas neste Hospital; Hospital de Dia da Clínica da Juventude, unidade especializada de saúde, prestadora de cuidados terapêuticos para adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 anos e os 18 anos que estejam a viver situações de grande sofrimento emocional. A Fundação Infantil Ronald McDonald construiu uma casa para oferecer alojamento e apoio aos familiares das crianças mais desfavorecidas que se deslocam da sua residência habitual para receber tratamento hospitalar prolongado ou ambulatório no Hospital de D. Estefânia. A Casa está localizada no Paço da Rainha, perto do Hospital, e dispõe de dez quartos individuais, uma cozinha, serviço de lavandaria, sala comum e brinquedos para as crianças.

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo é um estudo exploratório, descritivo e transversal, parecendo ser esta a abordagem mais adequada no contexto em que este estudo é realizado, pelo que se vai recorrer a um processo de pesquisa qualitativa, utilizando para tal instrumentos próprios e progredindo depois para a respectiva análise dos dados obtidos de forma a poder fazer-se uma reflexão de ordem interpretativa.

A colheita de dados para este estudo encontrou muitos obstáculos, revelando-se numa fase inicial mais difícil que o previsto, o que levou à reformulação das questões iniciais de investigação.

Foi imprescindível proceder a uma investigação documental profunda, de forma a adquirir conhecimentos sobre a cultura, valores e práticas religiosas do povo chinês, com o intuito de melhor enquadrar o tema nos seus parâmetros fundamentais.

Assim propusemo-nos estudar: quais as situações de doença e necessidades de cuidados de saúde especializados desta comunidade, que os levam ao Hospital; quais as dificuldades mais comuns dos profissionais de saúde no atendimento a esta população; interacções ocorridas no contacto e cuidados com esta população. Considerámos também fundamental a consulta dos registos de atendimento nos últimos 5 anos (de 2002 a 2006) da população chinesa que recorreu à Urgência Pediátrica e que raramente tem internamentos e o registo de recorrência à Maternidade neste mesmo período com a consulta dos relatórios de internamento das grávidas que recorreram a este serviço no último ano. Considerámos fundamental completar o trabalho de análise de arquivos clínicos com o trabalho de campo, que passou por: entrevistar profissionais de saúde acerca da sua experiência com utentes chineses através de entrevista semi-estruturada (Anexo nº II); entrevistar uma mãe chinesa (Anexo nº III) e uma ama de criança chinesa.

Foram efectuados pedidos de autorização para colheita de dados no Hospital de D. Estefânia, situado em Lisboa (Anexo nº IV), onde foram entrevistados alguns dos profissionais de saúde. O trabalho foi considerado de extrema importância, como contributo para a melhoria do atendimento a este grupo de utentes. Foi feito pedido de autorização na sub-região de Lisboa e Vale Sul do Tejo (Anexo nº V), para colher dados nos Centros de Saúde, do qual ainda não obtivemos resposta.

4. INSTRUMENTO E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS E INSERÇÃO NO TERRENO

Com este sub-capítulo pretende-se definir e justificar a escolha dos instrumentos de colheita de dados e a sua aplicação, tendo em consideração a validade, fidelidade e o respeito pelos sujeitos em estudo, assim como, os princípios éticos.

Monteiro (2005:134) refere que *“o verdadeiro conhecimento de uma realidade só é possível através do conhecimento das pessoas que a vivenciam. Esse conhecimento, longe de se restringir aos actos, deve permitir que os entrevistados falem*

sobre as suas experiências, os seus sentimentos procurando enquadrar as respostas num ambiente mais vasto.”

Fez-nos sentido optar pela escolha de vários instrumentos de colheita de dados.

Tabela nº 3 – Instrumentos de Colheita de Dados

Consulta de Arquivo/Processos clínicos	Atendimento na Urgência de Pediatria entre 2002 - 2006
	Atendimento na Obstetrícia entre 2002 – 2006
Entrevistas aos profissionais de saúde	Enfermeiros do Serviço de Urgência que atenderam crianças/pais chineses
	Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos que experienciaram internamento de crianças/pais chineses
	Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia que atenderam parturientes chinesas
	Enfermeiros de Centro de Saúde
Entrevista a uma mãe chinesa	História de vida
Entrevista a uma ama portuguesa de criança chinesa	Experiência de vida

A consulta dos processos clínicos permitiu uma abrangência das dificuldades encontradas pelos técnicos de saúde no contacto directo em contexto de situações agudas, das necessidades da população chinesa, das patologias mais frequentes.

A observação permitiu-nos fazer um contacto directo com as situações e os indivíduos, observando os contextos em que estes interagem, as relações que se

estabelecem e a compreensão do significado da vivência pelos próprios sujeitos, de modo a conseguir uma análise intensiva e global dos fenómenos em estudo.

A entrevista semi-estruturada é segundo Quivy (1998:192), “ *a mais utilizada em ciências sociais*”.

A primeira parte da entrevista pretendia, através de uma conversa informal, legitimar a entrevista e motivar o entrevistado a colaborar, passando à identificação das dificuldades, estratégias utilizadas, identificação das necessidades, costumes dos utentes.

Procedeu-se a um pré-teste das entrevistas para validar a clareza das questões orientadoras, não tendo havido necessidade de alteração no guião.

Polit (1995:169) diz que todos os instrumentos de colheita de dados necessitam de ser submetidos a um pré-teste e que este “ *constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de uma forma clara, livre das principais tendências e além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja*”.

Para atingir os nossos objectivos, esforçámo-nos por fazer com que as entrevistas se centrassem num conjunto de questões capazes de compreender e dar resposta às questões em estudo, mas deixando aos entrevistados liberdade para se exprimirem. As entrevistas semi-estruturadas decorreram de forma aberta e flexível, tendo-se evitado que as entrevistas fossem demasiado numerosas ou precisas.

Os encontros foram informais e as reservas iniciais dos nossos entrevistados foram-se em geral desvanecendo no decorrer de conversas em que a abertura facilmente aconteceu perante o mútuo interesse dos interlocutores.

O esquema de entrevista elaborado possui uma estrutura flexível, tendo sido utilizado apenas como um “auxiliar de memória” (Anexos nº III e nº IV).

Entrevistámos técnicos de saúde em Centros de Saúde da região de Lisboa, que acompanham as crianças chinesas através do Programa Nacional de Vacinação e adultos através da consulta de rotina; técnicos de saúde em Unidades Hospitalares que atendem a população chinesa em situações de urgência, técnicos que conviveram com uma família durante o único internamento por doença grave que aconteceu neste período.

Pareceu-nos pertinente incluir uma história de vida de uma família chinesa, transmitida por uma mãe chinesa. A abordagem revelou-se uma tarefa difícil.

No hospital não foi possível, durante um contacto curto na urgência de pediatria, habitualmente de horas e mesmo durante o internamento na maternidade que também é curto, habitualmente 48 horas, encontrar indivíduos que se mostrassem disponíveis para participar no estudo, pois quando são abordadas, as pessoas falam pouco, riem-se muito, mas não respondem. Uns não revelaram interesse pelo que se estava a falar, outros referiram mesmo que não estavam interessados.

Durante vários meses foram feitos contactos, através de pessoas que conheciam uma família chinesa. Chegou-se a um contacto com uma família que tinha um restaurante na zona do Chile, Lisboa, que se mostraram muito acolhedores mas por fim referiram delicadamente que não estavam interessados em participar no estudo.

Um outro contacto foi através de um enfermeiro do Centro de Saúde do Banco de Portugal que conhecia um imigrante chinês que dava aulas de *Tai Chi*, o qual através de vários contactos telefónicos sempre se mostrou interessado em participar, foram marcados encontros, os quais não se chegaram a concretizar. Pouco tempo antes da hora marcada telefonava a dizer que afinal não tinha disponibilidade.

Foi através de uma enfermeira de um Centro de Saúde de Lisboa, responsável pela área de vacinação, que tinha um contacto mais continuado com famílias chinesas, que se deslocavam ao Centro de Saúde para vacinar as crianças, que se conseguiu um encontro com uma senhora que falava o português um pouco mais que as outras, ainda que com alguma dificuldade, mas conseguia fazer-se entender. Por ter alguma confiança nos profissionais de saúde desse centro, conseguiu-se uma entrevista, já com conhecimento prévio da finalidade do estudo. Mesmo assim, só aceitou o encontro num café, na zona do Intendente em Lisboa, (junto da casa/loja onde residia com a família), às 21 horas, referindo ser a única hora a que estaria disponível.

5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Segundo Carmo (1998) designa-se por população ou universo, um conjunto de elementos que têm uma ou mais características comuns a todos eles, que os diferenciam de outros conjuntos de elementos.

Seguindo esta definição, este estudo foi dirigido aos técnicos de saúde que têm contacto com a população chinesa residente na área metropolitana de Lisboa.

A delimitação da área metropolitana de Lisboa para o desenvolvimento deste estudo foi determinada por nesta área se encontrar grande percentagem da população chinesa imigrante em Portugal.

Apesar de ser uma comunidade que vive no meio da população portuguesa, em Lisboa frequentemente vemos chineses na rua, nos transportes, no entanto não se misturam com o resto da comunidade. Quando são interpelados, são simpáticos, nos estabelecimentos são disponíveis, sempre com vontade de agradar. Contactá-los para falarem dos seus hábitos, costumes, valores culturais, dificuldades sentidas na sociedade de acolhimento, não constitui tarefa fácil. Há necessidade de uma aproximação através de alguém em quem confiemos.

Constituímos uma amostra diversificada de profissionais de saúde que atendem e convivem durante o internamento com população chinesa. Na constituição da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, sendo os elementos seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Profissionais de saúde que experienciam o contacto com a população chinesa, dos quais se espera obter uma percepção das necessidades destes utentes.

Ruquoy (1997:103) refere “ *Nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade no sentido estatístico do termo, não se coloca. O critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objectivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida.*”

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciaremos este capítulo pela apresentação e análise dos resultados provenientes da consulta dos processos clínicos dos utentes de origem chinesa que recorreram ao Hospital entre 2002 e 2006 e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos técnicos de saúde, entre Maio e Setembro de 2007, a uma família chinesa e a uma ama de criança chinesa.

“A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo, segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis” (Fortin, 1999:42).

O modelo de análise de conteúdo utilizado foi o de análise temática, isolando um texto em várias categorias temáticas, que reduzidas a proporções utilizáveis, permitem comparar e interpretar os resultados obtidos. Bardin (1997:119) refere que *“...o sistema de categorias não é fornecido, antes resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos. Este é o procedimento por “milha”. O título conceptual de cada categoria, somente é definido no final da operação...”*

A primeira fase para o tratamento dos dados consistiu na transcrição das entrevistas realizadas. As transcrições integrais das entrevistas estabeleceram os documentos de análise, isto é, as entrevistas são o *corpus* de análise. Segundo Carmo (1998) nesta fase ocorre a constituição de um *corpus*, onde o investigador irá proceder à escolha dos documentos que vão ser sujeitos à análise de conteúdo.

Como método de colheita de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada, que nos permitiu dados de tipo verbal e não verbal. Recorremos à gravação áudio em todas as entrevistas com o objectivo de não existirem perdas de dados.

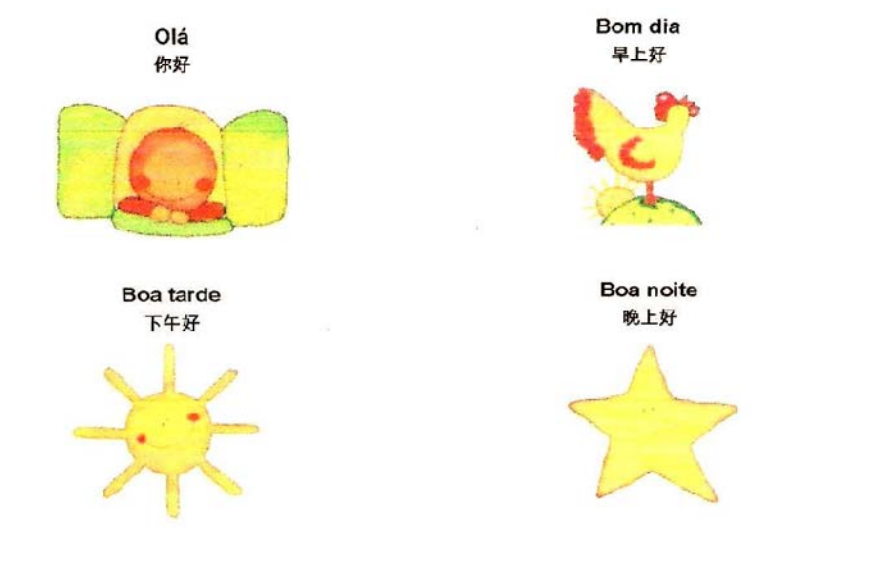
Com este capítulo pretende-se apresentar os dados colhidos através das entrevistas e analisadas à luz da análise de conteúdo de Bardin e interpretá-los tendo em consideração as questões de investigação colocadas e os objectivos da investigação, não descurando o quadro de referência e a revisão da literatura.

De salientar que nos temas referentes à consulta dos processos clínicos, os dados foram quantificados e analisados recorrendo ao programa Microsoft Excel a partir do qual foram também elaborados os gráficos.

No Serviço de Urgência de Pediatria e da Maternidade do Hospital de D. Estefânia (Maternidade Magalhães Coutinho), onde decorreram a maior parte das entrevistas, existe um Guia de Atendimento em Mandarim para facilitar a comunicação, quando um utente da comunidade chinesa se dirige ao Hospital. Ainda que nem todos falem Mandarim, esta língua é utilizada pela maioria dos utentes desta população.

O Guia de Atendimento do Serviço de Urgência de Pediatria (Anexo nº IV) tem palavras e frases em português, traduzidas em Mandarim e ilustradas (Figs. nºs 36, 37, 38 e 39)

Figura nº 38 - Acolhimento



Inicialmente é feita a apresentação dos intervenientes e questionado o motivo que leva a criança/pais à urgência.

Figura nº 38a – Acolhimento

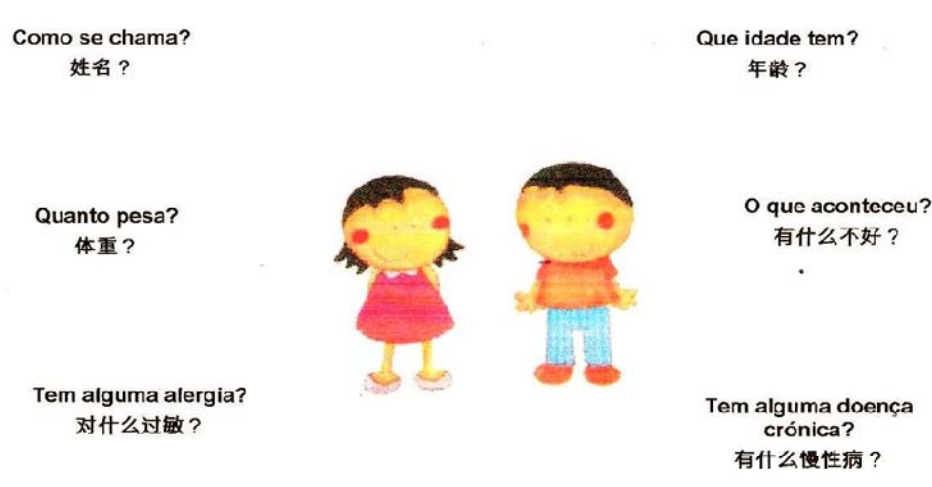


Figura nº 39 – História da evolução dos sintomas



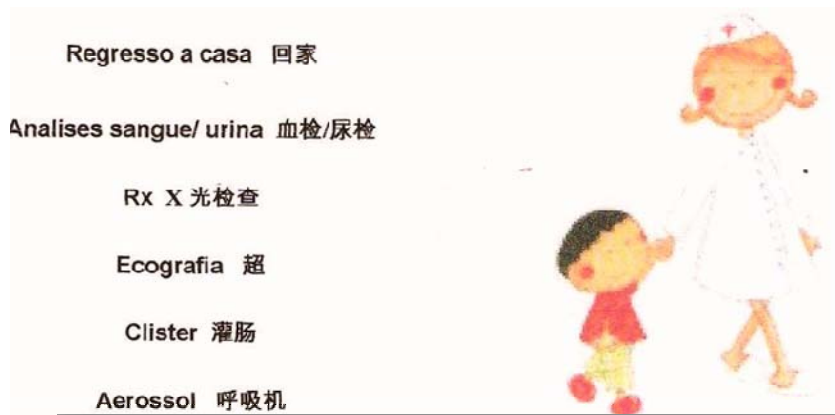
Contempla os sintomas mais frequentes que as crianças apresentam (febre, cefaleia, convulsões, dificuldade respiratória, odinalgia, otalgia, vômitos, diarreia/obstipação, desidratação, dor abdominal, problemas da pele, sintomas de diabetes, traumatismos).

Figura nº 40 – Explicação dos procedimentos mais frequentes



São explicados os procedimentos mais frequentes e os exames complementares de diagnóstico a realizar.

Figura nº 41 – Explicação dos Exames Complementares de Diagnóstico mais frequentes



O Guia de Atendimento da Maternidade igualmente traduzido em Mandarim (Anexo nº V) é composto por vários capítulos: frases genéricas, acolhimento à grávida, internamento e preparação para a alta da puérpera.

Figura nº 42 – Acolhimento

Por favor escreva o número de telefone do seu familiar ou amigo que fala português.

写个电话号码会说葡语的你的朋友或家人。

Durante o internamento faremos os ensinamentos necessários e os cuidados a ter consigo e com o bebé.

在送院期间我们会尽量教你如何照顾自己和你的宝宝。

O médico/enfermeiro que faz o primeiro contacto, estabelece uma relação terapêutica com a parturiente através da apresentação dos intervenientes, explica como se vai realizar a comunicação verbal, se há necessidade de um tradutor e o seu contacto, caso haja necessidade.

Figura nº 43 – Preparação do parto

Vou levá-la para fazer exames:

我带你去做检查：

- Análises

化验

- Ecografia

拍片

Vou levá-la para a sala de partos. Vai ter o seu bebé e depois regressa a esta enfermaria.

我带你去产房，生了宝宝后这位护士会带你回来。

São explicados os vários procedimentos a realizar para a preparação do parto.

Figura nº 44 – Apresentação do serviço e quarto

Vou mostrar-lhe o serviço.

我来介绍一下我们的服务。

Este é o seu quarto.

这是你的房间。

Esta é a luz de presença.

这是紧急灯。

Isto é a campainha.

这是门铃。

Se precisar de ajuda toque à campainha

有需要的帮助时按铃。

É apresentado o serviço e quarto onde irá permanecer até nascer o bebé.

Figura nº 45 – Alimentação e higiene do bebé

Vou mostrar como mudar a fralda e desinfectar o coto umbilical do bebé.

我教你怎么换尿包和怎么消毒宝宝的肚脐。

Vou mostrar como dar o banho ao bebé nestes primeiros dias.

我教你怎么给宝宝洗澡。

Quando cair o coto umbilical ao bebé pode dar banho de imersão (dentro de água).

到宝宝的脐带掉了后可以放水里洗澡。

Deve amamentar o bebé de 3 em 3 horas. Se ele não ficar satisfeito damos leite pelo biberão.

3个小时喂一次奶。如果宝宝吃不饱就喂奶瓶。

No internamento é explicado como se vai tratar do bebé. É feito ensino sobre alimentação e higiene do bebé.

Figura nº 46 – Cuidados à puérpera

Os pontos do períneo caem. Não se preocupe.

阴部的线它自己会掉的,不用担心。

Os pontos da cesariana são tirados entre o nono (9º) e o décimo (10º) dia pelo seu médico assistente ou no Centro de Saúde.

(剖腹产) 在手术后的第9或10天去家庭健康中心拆线。

São explicados à mãe os cuidados que lhe vão ser prestados.

Figura nº 47 – Orientação para a mãe e o bebé após o internamento

Deve marcar uma consulta para si entre a quarta (4ª) e a sexta (6ª) semana depois do parto.

在产后的第3个或第5个星期要预约家庭医生。

Quando sair do hospital deve:

出院后应该:

A) Fazer o registo do nascimento do bebé no Cartório da sua residência. Leve consigo a folha de declaração da alta.

拿着医院的出生证明, 去你^的区份给宝宝办
出生纸

Deve ir com o bebé ao Centro de Saúde até ao oitavo (8º) dia de vida, para a enfermeira fazer o "teste do pézinho" e marcar as vacinas e consultas do bebé. Leve o livro e o boletim de vacinas do seu bebé.

在宝宝出生的第8天要带到家庭健康中心,
护士给他(她)做“小脚测试”还要约时间
给宝宝打预防针, 带着宝宝打预防针的
小本子。

Antes da mãe e filho terem alta, são dadas orientações para os passos a seguir após o internamento, de modo a garantir continuidade dos cuidados e o acompanhamento no Centro de Saúde da área de residência.

1. APRESENTAÇÃO E RESULTADOS DA CONSULTA DOS PROCESSOS CLÍNICOS/ARQUIVOS

Através da consulta dos processos clínicos foi possível analisar vários factores.

Tabela nº 4 – Factores Analisados (2002 a 2006)

Número de crianças atendidas
Relação entre a totalidade das crianças atendidas e as crianças chinesas
Patologias mais frequentes das crianças chinesas que recorreram à Urgência
Factores limitadores da comunicação
Número de parturientes atendidas na Maternidade
Relação entre a totalidade das mulheres atendidas na Maternidade e as mulheres chinesas
Idade das parturientes
Vigilância da gravidez

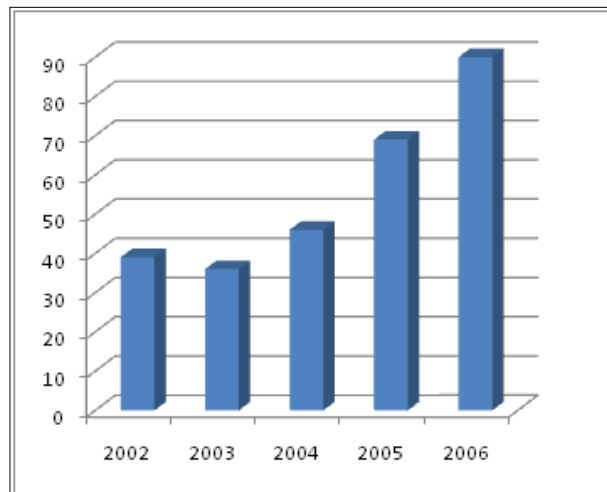
A. CONSULTA DOS PROCESSOS DE CRIANÇAS IMIGRANTES CHINESAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(2002 - 2006)

Tabela nº 5 – Número de Crianças Atendidas (2002 a 2006)

Anos	População Chinesa	Total Atendimento
2002	39	69 745
2003	36	83 242
2004	48	73 251
2005	69	81 985
2006	90	88 774

**Gráfico nº 3 – Número de Crianças Atendidas
(2002 a 2006)**

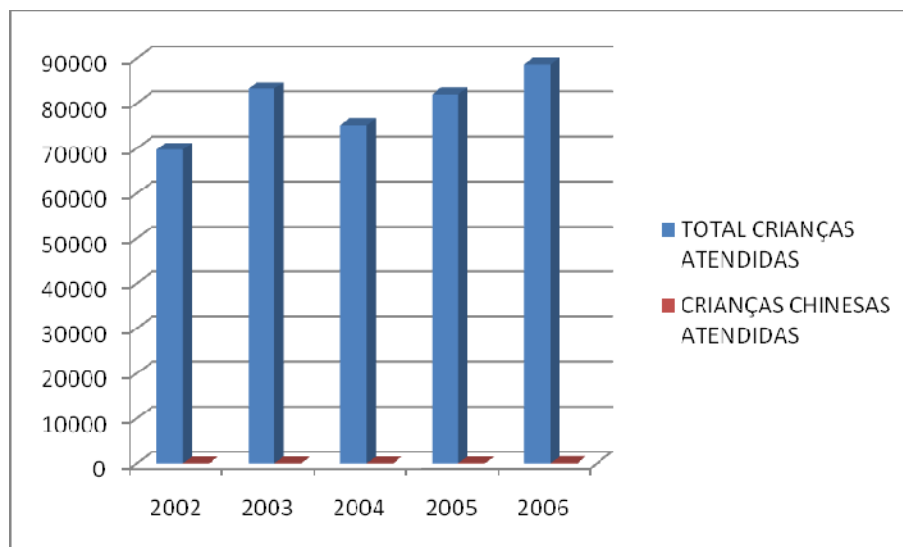


Entre 2002 e 2006 o número de crianças chinesas que recorreram à urgência tem vindo a aumentar, acompanhando o crescimento desta população em Portugal, assinalando-se um aumento mais significativo a partir de 2005.

Tabela nº 6 – Relação entre a Totalidade das Crianças Atendidas e as Crianças Chinesas (2002 a 2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
Total de Crianças	69745	83242	75251	81985	88774
Crianças Chinesas	39	36	46	69	90

Gráfico nº 4 – Relação entre a Totalidade das Crianças Atendidas e as Crianças Chinesas (2002 a 2006)

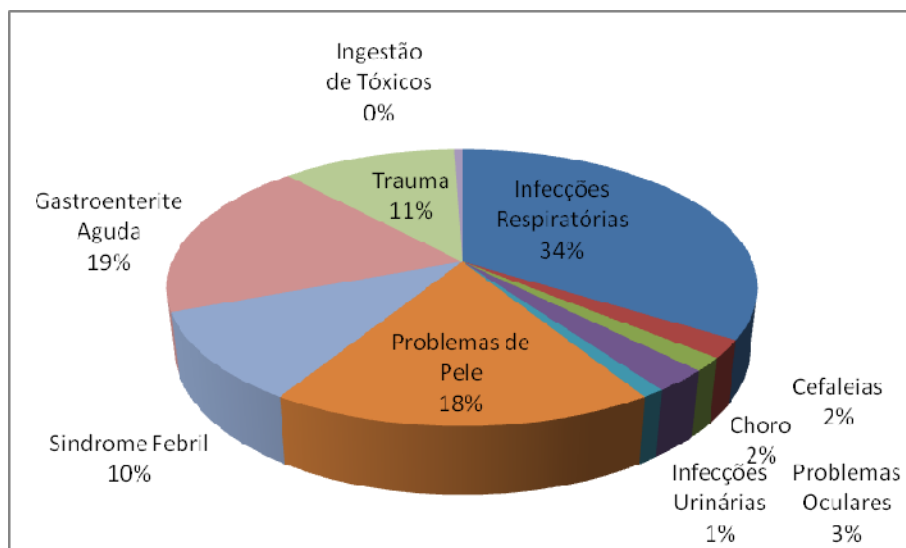


À urgência do hospital acorrem grande quantidade de crianças. Ainda que numa percentagem mínima relativamente à totalidade das crianças atendidas, o número de crianças de origem chinesa aumenta todos os anos, ao contrário do verificado com as outras crianças cujo número de atendimento é flutuante ao longo dos anos estudados.

Tabela nº 7 – Patologias mais Frequentes das Crianças Chinesas que Recorreram à Urgência (2002 a 2006)

Patologias	Total
Infecções Respiratórias	65
Cefaleias	4
Choro	3
Problemas Oculares	5
Infecções Urinárias	2
Problemas da Pele	34
Síndrome Febril	20
Gastroenterite Aguda	36
Trauma	22
Ingestão de Tóxicos	1

Gráfico nº 5 – Patologias mais Frequentes das Crianças Chinesas que Recorreram à Urgência (2002 a 2006)



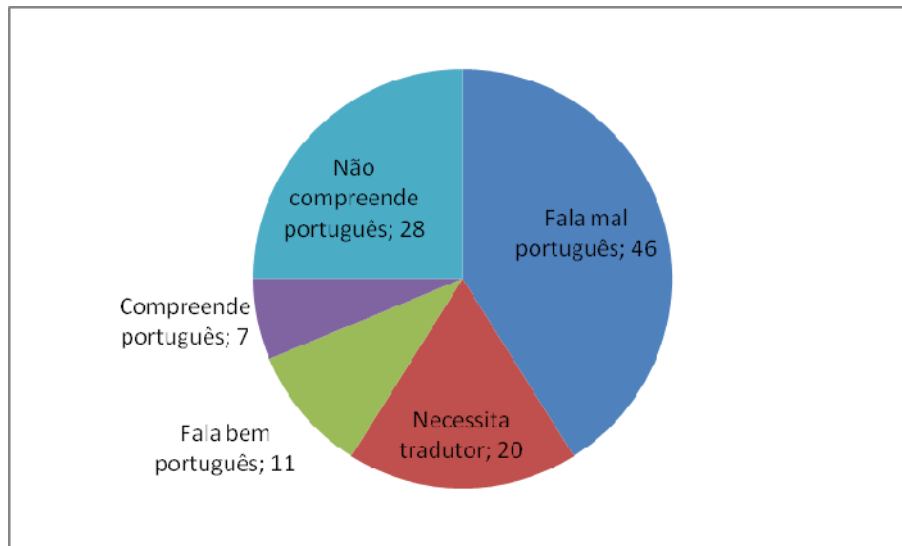
As patologias que as crianças chinesas apresentam quando recorrem à urgência são muito variadas e são as doenças próprias da idade, não havendo grande diferença das patologias que levam outras crianças ao hospital. A maior incidência é para as Infecções Respiratórias, Gastroenterites Agudas e Problemas cutâneos, seguidos de Síndrome Febril e Trauma.

Constata-se pela leitura dos registos que a grande maioria não vem logo ao hospital em situações como tosse, febre, diarreia e vômitos. Vêm com uma evolução de 1 a 3 dias ou por situações que não conseguem resolver em casa.

Tabela nº 8 – Factores Limitadores da Comunicação

Factores limitadores da comunicação	Total
Fala mal português	46
Necessita tradutor	20
Fala bem português	11
Compreende português	07
Não compreende português	28

Gráfico nº 6 – Factores Limitadores da Comunicação



A maior percentagem dos utentes/doentes da população chinesa falam mal a língua portuguesa. Apenas 10% da população estudada fala bem português e 6% compreende o que lhes é transmitido. Cerca de 84% têm dificuldade em compreender o que lhes é transmitido ou em fazer-se entender.

Em várias fichas de atendimento, é referido que a comunicação é difícil pela dificuldade da língua. Alguns trazem o sintoma escrito em português, num papel, porque não falam a língua portuguesa; outros vêm acompanhados por um vizinho ou um amigo que fale um pouco de português. As palavras que entendem são febre, vômitos, tosse e diarreia. Se se fala de mais alguma coisa já se torna difícil o processo comunicativo.

A análise destes resultados comprova que os profissionais de saúde têm dificuldade na comunicação com estes utentes, podendo haver o risco de se desvalorizarem factores importantes para o diagnóstico de doença, aos quais só se tem acesso se se fizer uma anamnese completa. Esta dificuldade também prejudica ou mesmo inviabiliza o ensino que deve ser feito para garantir uma continuação dos cuidados no domicílio, levando este “*handicap*” a recorrência de doenças e mesmo a curas deficientes de determinadas patologias com eventuais sequelas tardias que poderão levar a doença grave.

Pode ler-se nos registos, que por vezes, os utentes referem que tentam tratar os sintomas em casa, mas não conseguem explicar o que fazem. Os profissionais de saúde

não conseguem ter a percepção do conhecimento que o cuidador tem da doença e se os cuidados prestados pela família são adequados, gerando situações de stress.

Segundo Schmitz citado por Jorge (2004), os sentimentos de ansiedade, negação, raiva, desgosto e tristeza, estão directamente relacionados com um conjunto de problemas que os pais têm de enfrentar, designadamente:

- Medo da doença e do desconhecido; insegurança e ausência de controlo em relação ao meio hospitalar (pessoas, rotinas e equipamentos); medo de ver o filho com dor; medo que o filho se sinta abandonado; mudança de hábitos de vida e no atendimento das necessidades do filho doente (e do outro, caso exista); insegurança quanto aos tratamentos e seus resultados; problemas financeiros, de emprego e outros de natureza social;

- A sua participação nos cuidados não só diminui a angústia da separação, como tende a criar autoconfiança perante as suas próprias competências e habilidades. Permite também ultrapassar os sentimentos de culpa ou de incapacidade de cuidar do seu filho, além de que, possibilita acompanhar a evolução do estado de saúde da criança.

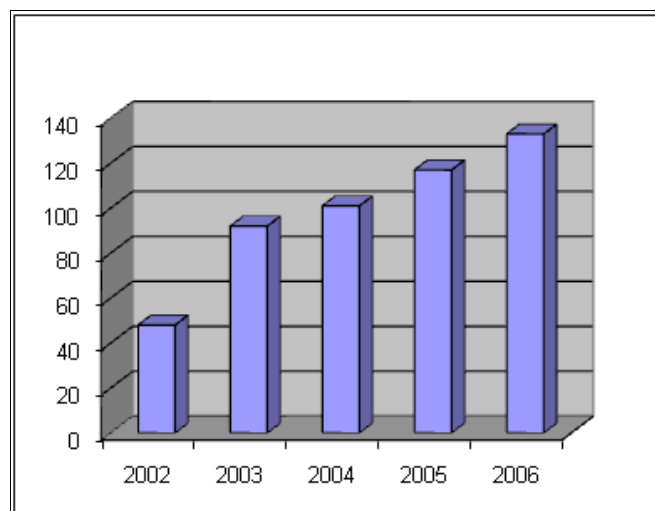
Percebe-se assim que no atendimento à população chinesa a falha de todo este processo leva-os a sentirem-se mal tratados e incompreendidos. Nos últimos cinco anos, apenas um dos que recorreu ao hospital, o qual tinha sintoma de diplopia e alteração da marcha, ficou internado. Foi diagnosticado tumor cerebral, com uma evolução rápida, de agravamento progressivo, tendo ficado internado na Unidade de Cuidados Intensivos, acabando por falecer. Estes resultados vão ao encontro do que outros afirmam, que as maiores dificuldades dos imigrantes chineses são a nível da saúde. Há dificuldade em se expressarem por não dominarem a língua, os tratamentos em Portugal são mais caros que na China e preferem regressar ao país de origem para efectuarem os tratamentos necessários (<http://imigrantes.no.sapo.pt>, 22/07/2007).

B. CONSULTA DOS PROCESSOS DE MULHERES IMIGRANTES CHINEAS NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

**Tabela nº 9 - Número de Mulheres Atendidas na Maternidade
(2002 a 2006)**

Ano	População Chinesa	Total Atendimento
2002	48	6 675
2003	92	7 962
2004	101	8 604
2005	117	9 790
2006	133	10 249

**Gráfico nº 7 – Número de Mulheres Atendidas na
Maternidade
(2002 a 2006)**

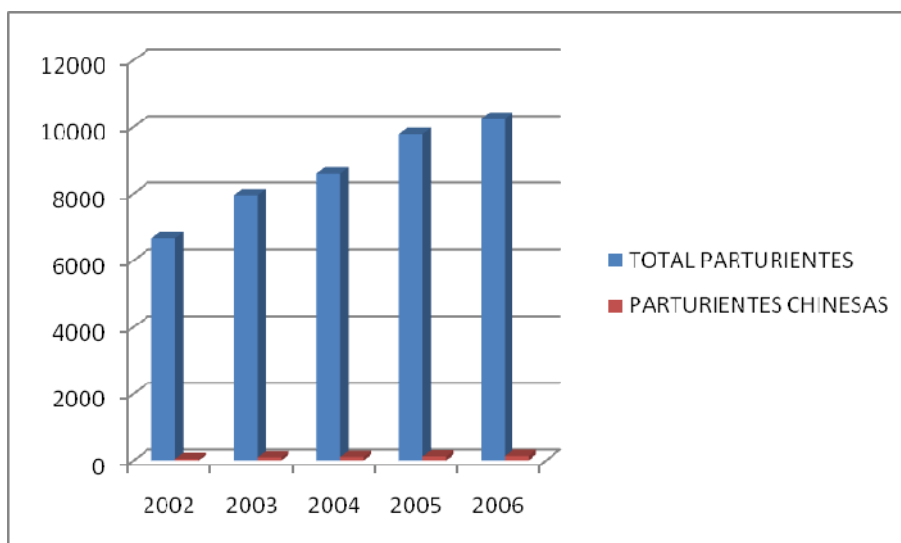


Da análise dos processos clínicos de mulheres chinesas residentes na região de Lisboa a que a Maternidade Magalhães Coutinho dá cobertura, registou-se uma recorrência significativa à Maternidade, tendo vindo a aumentar esse número ao longo dos cinco anos estudados.

Tabela nº 10 – Relação entre a Totalidade das Mulheres Atendidas na Maternidade e as Mulheres Chinesas (2002 a 2006)

TOTAL MATERNIDADE	POPULAÇÃO CHINESA (MATERNIDADE)
6 675	48
7 952	92
8 604	101
9 790	117
10 249	133

Gráfico nº 8 – Relação entre a Totalidade das Mulheres Atendidas na Maternidade e as Mulheres Chinesas (2002 a 2006)



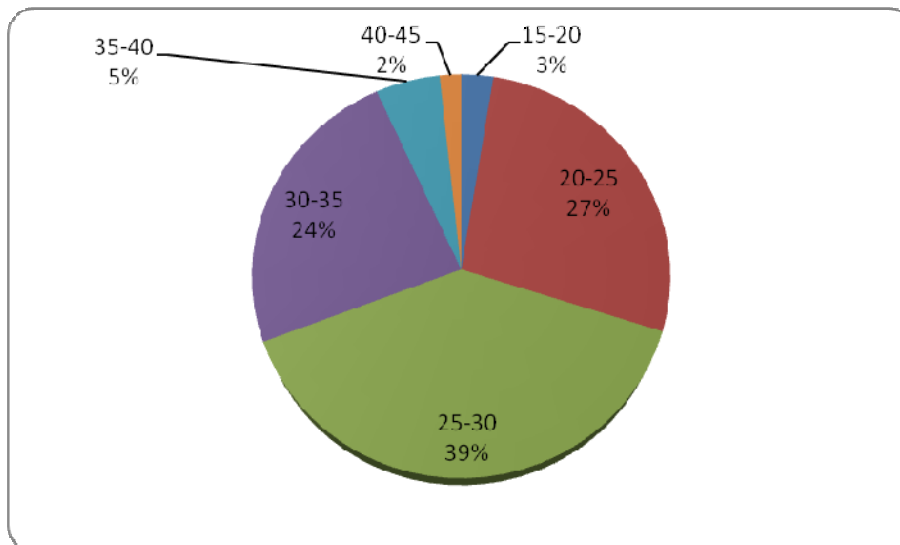
Ainda que numa percentagem mínima relativamente à totalidade de atendimento das mulheres, nos últimos cinco anos há registo de aumento do número de mulheres da população chinesa que recorrem à Maternidade, tal como acontece com a população pediátrica.

Como na Maternidade existe necessidade de internamento, dos registos de atendimento dos últimos 5 anos, foram consultados 117 processos dos internamentos das mulheres que recorreram à Maternidade durante o ano de 2006 para o nascimento das suas crianças.

**Tabela nº 11 – Idade das Parturientes
(2002 a 2006)**

IDADE DAS PARTURIENTES	TOTAL
15-20	3
20-25	32
25-30	46
30-35	28
35-40	6
40-45	2

**Gráfico nº 9 – Idade das Parturientes
(2002 a 2006)**

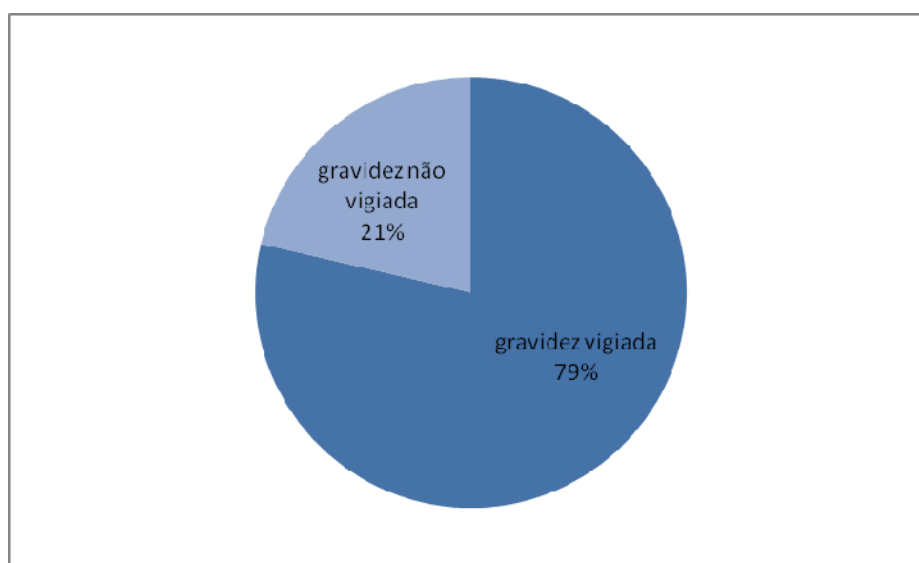


Através da consulta dos processos clínicos foi possível investigar diversos factores. Consta-se que a idade das parturientes se situa entre os 20 e 42 anos de idade, com maior incidência entre os 25 e 30 anos.

Tabela nº12 – Vigilância da Gravidez

Vigilância da gravidez	Total
Gravidez vigiada	92
Gravidez não vigiada	25

Gráfico nº 10 – Vigilância da Gravidez



Das mulheres grávida que foram estudadas no ano de 2006, ainda se registra um número significativo de gravidezes não vigiadas, do que se infere que recorrem aos serviços de saúde em situação pontual, preferindo o atendimento rápido da urgência a frequentar os serviços de cuidados de saúde primária, indo de encontro a outros estudos sobre o recurso às entidades de saúde da população migrante (Ramos, 2004, 2006, 2008).

Nos processos consultados há referência a várias grávidas portadoras de Hepatite B e Anemia.

Sobre a problemática da existência de doença na história obstétrica, Lopes (2007:106) citando Aumann e Baird (1996), refere que “*Diversos aspectos socioeconómicos como as más condições habitacionais, de higiene e alimentares, baixo*

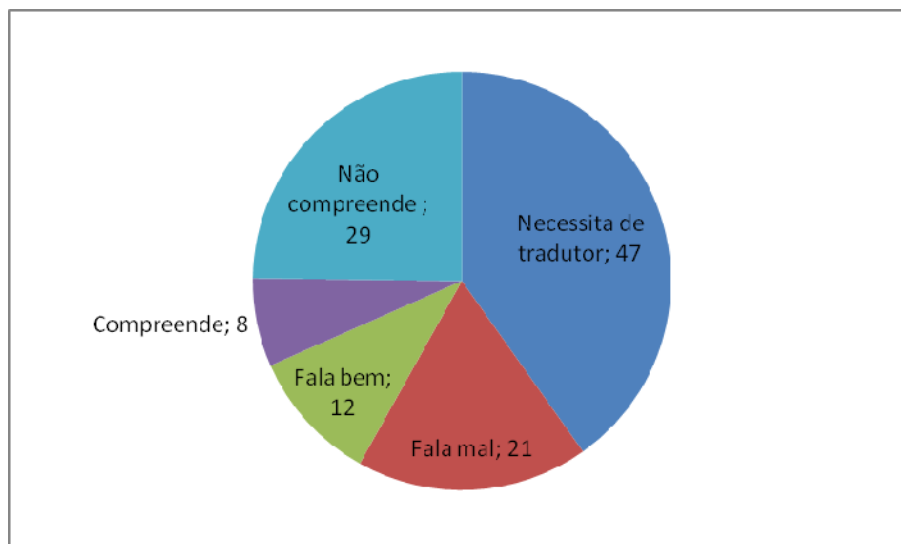
nível de escolarização, exposição a riscos químicos, físicos ou biológicos, abuso de substâncias, cuidados de saúde deficientes durante a gestação, vivência de violência física ou psicológica, podem potenciar o desenvolvimento de complicações na gravidez. Por outro lado, factores maternos como a idade, a estatura, o aumento de peso durante a gravidez, a preexistência de doença ou infecção, ou a história obstétrica com problemas alertam para a elevada probabilidade de se desenvolver uma gravidez de alto risco.”

Com efeito, a este propósito, Ramos (2004:285), cita Kaminski (1978), Lynam (1985), Lichere (1988), Bourdillon et al. (1989), Ramos (1993), referindo que “*Sobre a maternidade das mulheres imigrantes, particularmente no que diz respeito às consultas pré-natais e à vigilância na gravidez, vários estudos mostram que estas mulheres recorrem menos a estes cuidados e têm uma menor vigilância da gravidez do que as mulheres nacionais. Esta situação vem aumentar a situação de risco já criada pela situação migratória e é responsável pelo aumento de patologias na gravidez, no parto e na criança, nomeadamente prematuridade, peso reduzido no nascimento e mortalidade. Esta falta de vigilância das mães imigrantes deve-se ao facto de que, embora elas conheçam a existência dos serviços oficiais, não possuem, no entanto, os conhecimentos e hábitos para levar a cabo estas diligências, têm medo de não serem compreendidas e não sabem como funcionam e de que forma essas estruturas podem responder às suas necessidades.”*

Tabela nº 13 – Factores Limitadores da Comunicação

Factores limitadores da comunicação	Total
Necessita de tradutor	47
Fala mal	21
Fala bem	12
Compreende	8
Não compreende	29

Gráfico n° 11 – Factores Limitadores da Comunicação



Há registos de que, por se exprimirem mal, o diálogo se torna difícil com as parturientes imigrantes chinesas, levando por vezes a não haver colaboração no parto. Muitas das perguntas não são entendidas, há dificuldade em explicar os procedimentos, levando as mulheres a ficarem ansiosas. Várias mulheres recusaram o tratamento para a dor durante o parto e no período pós-parto.

Reforçando esta realidade, Onga et al. (1995) citados por Ramos (2007:152) “salientam três objetivos na comunicação médico doente: criar uma boa relação interpessoal; trocar informação clínica; tomar decisões terapêuticas (...) identifica diferentes estilos comunicacionais: um mais de carácter instrumental, orientado para o tratamento e, outro, de carácter afectivo, mais orientado para os cuidados, favorecendo a comunicação, a satisfação, a adesão ao tratamento e a recordação e a compreensão da informação prestada pelo médico.”

Há referência que as mulheres chinesas levam o marido, um familiar ou um tradutor para ajudar a comunicar. Outras vezes aparecem sem compreender nada de português e sem tradutor.

Nos registos, a história de vida é pobre, no entanto é possível perceber-se que estas mulheres têm instrução básica, muitas são domésticas ou trabalham em lojas ou restaurantes e têm 1 ou 2 filhos.

Todas mostraram interesse em amamentar os seus bebés a partir do momento em que tinham leite e não colostro.

Durante o internamento alimentam-se da dieta geral fornecida pelo hospital, contudo algumas refeições são trazidas pelos familiares.

SÍNTESE

Da análise dos resultados pode-se concluir que a população chinesa residente na área de Lisboa abrangida pelo Hospital de D. Estefânia, ainda que numa percentagem que ronda os 20% relativamente à totalidade de atendimento das crianças e mulheres que recorrem a este hospital, apresentam uma recorrência crescente aos cuidados de saúde da sociedade de acolhimento em situações de urgência.

À urgência de pediatria recorrem pelas mais variadas patologias, havendo maior incidência para as patologias que não conseguem resolver em casa.

De acordo com estudos internacionais, Infecções respiratórias, Problemas de pele, Gastroenterites, Infecções urinárias, Síndromes febris, são as patologias que mais frequentemente aparecem também nas crianças migrantes (Ramos, 2004, 2006, 2008),

Na maioria dos processos consultados há referência de que a comunicação é difícil pelo desconhecimento da língua portuguesa.

Por vezes os utentes chineses referem que tentam tratar os sintomas em casa, através de procedimentos tradicionais da sua cultura, mas não conseguem explicar o que fazem.

Nos últimos cinco anos, apenas um dos utentes/doentes que recorreu ao hospital apresentava doença grave.

A análise destes resultados confirma que os profissionais de saúde têm dificuldade na comunicação com a população chinesa. Esta dificuldade impede que haja empatia, que se instale um clima de confiança entre os profissionais de saúde e o utente/doente/família, levando a que os últimos se sintam mal tratados e incompreendidos.

Relativamente às mulheres que recorrem à maternidade para ter o seu filho, a dificuldade na comunicação ainda tem mais efeitos negativos, pois durante o parto, (situação em que os medos se agravam e há necessidade de conseguir a colaboração da mulher durante os procedimentos), esta dificuldade leva a que as mulheres não colaborem, mostrem mais ansiedade e medo neste período que outras mulheres,

recusem a terapêutica para a dor durante e após o parto, ficando a dúvida se recusam ou se não compreendem o que se lhes está a propor, tornando esta situação e momento que se previa natural e feliz na vida da mulher, numa situação traumática com as consequentes repercussões tardias.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tabela nº 14 - Constituição da Amostra

Profissionais de saúde	Total
Profissionais de saúde do serviço de urgência de pediatria	10
Profissionais de saúde da maternidade	06
Profissional de saúde da unidade de cuidados intensivos pediátricos	01
Profissional responsável de um centro de saúde da área de Lisboa	01

Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados trabalha no Hospital de D. Estefânia em Lisboa e viveram situações de atendimento a imigrantes chineses.

A. ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS REALIZADAS NA URGÊNCIA DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA

Quadro nº1 – Categorias/ Subcategoria/ Unidades temáticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Prestação de cuidados de saúde a utentes chineses	Conhecimento da população chinesa no hospital	Características da população chinesa que recorre à Urgência de Pediatria
		Situações que levam as crianças chinesa à Urgência
		Grupo etário que recorre aos serviços de saúde
Comunicação	Dificuldades no atendimento	Dificuldades sentidas
	Estratégias utilizadas na comunicação	Existência de Guia de Atendimento dirigido à população chinesa
Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde	Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para perceber se foram compreendidos e se foram de encontro às necessidades dos utentes.	Avaliação dos cuidados transmitidos
Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais	Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem.	Cuidados que mantêm da cultura de origem

	Analisar a interacção estabelecida com a cultura de acolhimento	Interacção estabelecida com a cultura chinesa
--	---	---

Quadro nº 2 – Categoria: Prestação de cuidados de saúde a utentes chineses

Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Características da população chinesa que recorre à Urgência de Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> - “São pessoas que comparativamente com outros pais não fazem má cara.” (E3) - “Atendi um menino com uma situação de vômitos que tinha a viagem marcada para a China e houve uma certa pressão para as coisas se resolverem. Habitualmente são mais calmos” (E3) - “Não reclamam muito comparativamente com outros utentes, mesmo quando há tempo de espera” (E4) - “São cuidadosos com os filhos, parece que também se vão adaptando a nós”. (E4) - “Normalmente são pessoas calmas, que vêm cá e têm confiança que vamos resolver o problema”. (E5) - “Em geral o que os preocupa é a criança não comer” (E7) - “São humildes, afáveis” (E7) - “É uma população calma” (E9)

Os testemunhos dos entrevistados sobre a população chinesa revelam algumas características comuns às encontradas na população chinesa que recorre ao hospital.

Esta informação sobre as características mais relevantes da população chinesa que recorre ao Serviço de Urgência vem enriquecer a colheita de dados, pois são

informações que as pessoas habitualmente não têm a preocupação de deixar registadas, mas que em conversa informal sentem necessidade de descrever, o que vai interferir também na relação que o profissional de saúde tem com esta comunidade.

Quadro nº 3 – Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Situações que levam as crianças chinesas à Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Muitas vezes não têm médico de família e a primeira linha de atendimento é o hospital.”</i> (E3) - <i>“Tenho notado que cada vez mais chineses recorrem ao hospital. Antigamente vinham esporadicamente e mesmo só em situações que eles não conseguiam resolver, agora já recorrem quando têm febre”</i> (E7) - <i>“São bem cuidados, vacinas em dia, bem nutridos”</i> (E3), (E4), (E5), (E7) - <i>“Os miúdos são bem cuidados e muitas vezes trazem o boletim de saúde”</i> (E9) - <i>“Foi o único utente chinês que vi com doença grave”.</i> (E1) - <i>“Não me lembro de ver chineses com doenças graves”</i> (E5) - <i>“Nunca vi doenças graves nos chineses”</i> (E8), (E10) - <i>“Geralmente não têm doenças graves, nem há internamentos como das outras comunidades estrangeiras”</i> (E4)

As entrevistas revelam que o hospital é utilizado por estes utentes como o primeiro recurso aos cuidados de saúde.

Ramos (2004:284) reforça a ocorrência deste facto ao referir que *“factores culturais, como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde ocidentais, o desconhecimento da legislação social e das regras administrativas da sociedade de acolhimento, faz com que muitos indivíduos e famílias não façam uso de certos*

benefícios a que têm direito e não recorram aos serviços sociais e cuidados de saúde, agravando-se esta situação em caso de clandestinidade.”

Um estudo realizado na Holanda pela OMS – Organização Mundial de Saúde – em 1983, sobre os comportamentos de Saúde dos migrantes, citado por Ramos (2004), revela que os migrantes dão primazia à medicina tradicional no tratamento e na cura, recorrendo a medicamentos tradicionais dos seus países de origem, a compra de medicamentos sem prescrição médica e solicitam ajuda quando já não conseguem resolver a situação, preferindo curas rápidas, idas à urgência, revelando uma certa desconfiança em relação ao pessoal médico.”

Outros testemunhos dos entrevistados mostram, no entanto, que há um grupo de utentes desta população que já utiliza os cuidados de saúde primários.

Rocha-Trindade et al. (2005:33) vem reforçar esta ideia ao dizer que *“a segunda geração de imigrantes chineses é mais aberta às influências ocidentais ao mesmo tempo que as combinam com os seus valores ancestrais: selectivamente eles preservam os valores do confucionismo enquanto que em simultâneo integram as vantagens do conhecimento das sociedades dos países onde vivem.”*

Uma situação que os diferencia da restante população e mesmo dos restantes imigrantes é o facto de raramente aparecerem no hospital crianças com doenças graves.

Esta situação é comentada em notícias (<http://imigrantes.no.sapo.pt> 22/07/2007), nas quais há referência que as maiores dificuldades dos imigrantes chineses são a nível da saúde, nomeadamente por dificuldade em se expressarem por não dominarem a língua e por os tratamentos em Portugal serem mais caros que na China, de forma que preferem regressar ao país de origem para efectuarem os tratamentos necessários.

Quadro nº 4 - Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no hospital

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Grupo etário que recorre aos serviços de saúde	<p>- <i>“São os bebés que vêm mais à urgência”</i> (E1)</p> <p>- <i>“A população mais frequente que recorre situa-se nos primeiros 2 anos de vida”</i> (E2)</p> <p>- <i>“O grupo etário mais frequente é o das crianças de 1ª infância”</i> (E4)</p> <p>- <i>“Aparecem muitas crianças com menos</i></p>

	<p><i>de 5 anos, mais bebês” (E5)</i></p> <p>- <i>“Recorrem à urgência as crianças mais pequenas, até aos 7 anos” (E7)</i></p> <p>- <i>“São os miúdos de colo os utentes mais frequentes” (E8)</i></p> <p>- <i>“São as crianças mais pequenas, até aos 2 anos que recorrem mais à urgência” (E10)</i></p>
--	---

Os entrevistados revelaram que são as crianças de primeira e segunda infância que mais recorreram ao hospital.

É nesta faixa etária que mais se observam distúrbios alimentares difíceis de controlar com os cuidados prestados no domicílio, as viroses próprias destas idades, e os acidentes próprios da infância.

Quadro nº 5 - Categoria: Comunicação
Subcategoria: Dificuldades no atendimento

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Dificuldades sentidas	<p>- <i>“Tentam esforçar-se por se fazer entender e muitas vezes quando não sabem falar português, vêm acompanhados por um amigo” (E1)</i></p> <p>- <i>“A maior parte deles sabem falar qualquer coisa, quando não, vêm acompanhados” (E1)</i></p> <p>- <i>“A dificuldade é mesmo a língua” (E2)</i></p> <p>- <i>“A maior parte deles vêm acompanhados por pessoas que dominam mais o português, isso facilita” (E2)</i></p> <p>- <i>“Mais ou menos 50% fazem-se entender e percebem o que nós dizemos”. (E2)</i></p> <p>- <i>“Não falam muito. Muitos trazem um acompanhante que os ajuda” (E3)</i></p> <p>- <i>“Eles às vezes não falam mas percebem o que nós dizemos, tentam fazer-se</i></p>

	<p>entender” (E4)</p> <p>- “<i>Há uma barreira a nível da comunicação. Normalmente aqui é raro termos os 2 pais sem falarem o português</i>” (E5)</p> <p>- “<i>Temos bastantes problemas na linguagem (...) Conseguem transmitir as suas preocupações, apesar da barreira da linguagem. São um povo que se esforça por se fazer entender. Fazem um grande esforço, por isso nós também conseguimos arranjar um meio-termo para nos entendermos. Muitas vezes trazem alguém da família que fala o português</i>” (E7)</p> <p>- “<i>Temos muitas dificuldades em comunicar. Quase sempre vêm acompanhados por alguém que percebe ou fala o português. Eles esforçam-se por se fazer entender</i>” (E9)</p> <p>- “<i>Eles têm muita dificuldade em falar connosco o português, outros estrangeiros falam mais facilmente o português</i>” (E10)</p> <p>- “<i>É uma comunidade fechada. Muitas vezes são os homens que falam o português, as mulheres não falam tanto. No geral há uma dificuldade na comunicação</i>” (E10)</p> <p>- “<i>Na maioria das vezes eles não percebem, mas não dizem que não estão a compreender</i>” (E3)</p> <p>- “<i>Tentamos direccionar os cuidados, mas às vezes pode haver mais qualquer coisa, é difícil perceber tudo</i>” (E3)</p> <p>- “<i>A maior dificuldade para mim é eles dizerem sempre que está tudo bem. Não reclamam. São colaborantes</i>” (E6)</p> <p>- “<i>Não percebem bem o que perguntamos. Por vezes é complicado perceber porque vêm à urgência</i>” (E8)</p> <p>- “<i>É difícil fazer ensino, porque não falam</i></p>
--	--

	<p><i>o português. A maior parte fala mandarim, são poucos os que não falam esta língua” (E10)</i></p> <p><i>- “Às vezes é difícil perceber o que os traz à urgência” (E10)</i></p>
--	---

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados refere haver dificuldade no atendimento à população chinesa.

Infere-se nestas citações a importância do papel do tradutor.

Para se fazer entender, o migrante muitas vezes faz-se acompanhar por um tradutor ou por alguém conhecido que domine a língua da sociedade de acolhimento. A este propósito, Ramos (2007:159) refere que *“o papel do tradutor ou de um substituto favorece o acolhimento do doente e dá-lhe alguma segurança, fazendo-o sentir-se compreendido, e aos técnicos de saúde que, por vezes, descobrem, compreendem que por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado, estranho, está um comportamento, um ritual, obedecendo a uma lógica cultural ou religiosa.”*

Estes imigrantes têm maior dificuldade em aprender a língua do país de acolhimento do que outros imigrantes.

Rocha-Trindade et al. (2005) no seu estudo à comunidade chinesa também comenta que *“estas comunidades, julgadas de forma favorável pela maioria dos cidadãos e autoridades do país de acolhimento, representam para alguns um modelo de integração comunitário. Para outros, trata-se de uma vida “em gueto”, à margem do modelo de integração do país de acolhimento. Por vezes, parecem até viver “em desenvolvimento separado” da sociedade de acolhimento.”*

A informação colhida revela que a instalação de um clima terapêutico é dificultada pelo desconhecimento da língua reforçado pela atitude muito reservada que evidenciam no contacto com os profissionais de saúde.

Ramos (2004:284) aponta que *“os aspectos culturais podem constituir barreiras aos cuidados de saúde, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde e, por outro lado, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde e sociais têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico-cultural.”*

Quadro nº 6 – Subcategoria: Estratégias utilizadas na comunicação

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Existência de Guia de Atendimento dirigido à população chinesa	<p>- <i>“Alguns dizem que não estão a perceber e nós tentamos explicar de outra forma (E1)</i></p> <p>- <i>“Nós vamos criando estratégias para perceber” (...) “Costumo perguntar se percebem mesmo o que estou a dizer e às vezes riem-se e dizem que não. Então eu falo mais devagar” (E3)</i></p> <p>- <i>“O que eu noto é que como muitos recorrem por vómitos, para fazer o ensino e o tratamento, o horário, utilizo o relógio e também bastante os gestos...” muitas vezes faço com que eles repitam o que eu disse, para ver se perceberam realmente, e resulta” (E5)</i></p> <p>- <i>“Nós temos uma regra. Só entra 1 acompanhante com a criança. Nestes casos entram os 2 e no meio daquilo nós conseguimos perceber mais ou menos o que eles querem, o que a criança tem. Tem que se ter mais uma ou outra atenção” (E6)</i></p> <p>- <i>“Eles têm dificuldade em falar connosco o português, é uma comunidade fechada, muitos não chegam a aprender o português, mas quase sempre há alguém na família que fala ou percebe o português. São mais os homens que falam português ou os miúdos que já nasceram cá” (E8)</i></p> <p>- <i>“Por vezes exprimimo-nos por gestos. Uma vez até me pediram para telefonar para uma pessoa” (E9)</i></p> <p>- <i>“A maior dificuldade na comunicação é a barreira da linguagem. Com o Guia de Atendimento as coisas estão mais facilitadas” (E1)</i></p> <p>- <i>“Às vezes aparecem alguns que não dominam a língua e o manual facilita, mas tem perguntas muito limitadas. Se</i></p>

	<p><i>queremos questionar mais alguma coisa, a limitação é grande. Muitas vezes queremos orientar e tem que ser com linguagem gestual” (E2)</i></p> <p><i>- “Trazem quase sempre alguém a acompanhá-los, senão, recorremos ao manual” (E4)</i></p> <p><i>- “O guia de atendimento ajuda bastante (...) Alguns, com algumas dificuldades, conseguem-se expressar. Quando quero dizer o horário da medicação também recorro ao guia. A maior parte dos chineses falam mandarim, o guia está em mandarim. Algumas vezes olham para o livro e começam a falar em chinês pensando que nós os percebemos. Normalmente resulta bem, já usei o guia várias vezes com sucesso. Por vezes os médicos também utilizam o guia na consulta, mas a maior parte deles, mesmo com dificuldade conseguem fazer-se entender” (E5)</i></p> <p><i>- “Quando necessitamos recorremos ao manual” (E6)</i></p> <p><i>- “Temos também o guia que já ajudou porque há mesmo quem não fale uma palavra de português, às vezes não sabem muito bem o sentido, temos que ajudar com gestos. O guia facilita imenso. Já sucedeu que a pessoa esforçou-se tanto para perceber o que estava no guia que até começou a ler em português. Pode-se melhorar o guia, mas mesmo assim ajuda bastante. A maior parte dos chineses falam mandarim”(E7)</i></p> <p><i>- “Recorremos ao guia e às vezes à linguagem gestual. Já aconteceu falar através de uma pessoa que está ao telefone e esta traduz o que dizemos (E9)</i></p> <p><i>- “Recorro muitas vezes ao guia, mas também alguns não falam mandarim” (...) Como o guia tem bonecos, dá para apontar para a figura e percebermos qual o sintoma que traz a criança à urgência”</i></p>
--	---

	<p>(E9)</p> <p>- <i>“Estiveram uns colegas na urgência que fizeram um guia que ajuda em alguns casos. Facilita, já usei algumas vezes. O guia poderia ser melhorado, poderia acrescentar-se coisas consoante as necessidades. Falta uma parte para a cirurgia, falta a planta do hospital com os serviços identificados”</i> (E10)</p>
--	--

Após a análise dos dados mais relevantes resultantes das entrevistas efectuadas aos profissionais de saúde sobre o tema de estratégias utilizadas para transpor os obstáculos da dificuldade na comunicação percebeu-se que da parte dos profissionais de saúde há uma preocupação em se fazerem entender durante o atendimento a esta população.

Concordamos com Ramos (2004:301) quando refere que *“A instauração de um clima de confiança e de compreensão passa por gestos, atitudes e palavras muito simples, pelo diálogo e comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.”* A autora refere ainda que *“O conhecimento das variações culturais dos elementos que constituem a comunicação verbal e não verbal poderá ajudar a ultrapassar algumas das dificuldades que se colocam à comunicação intercultural. A comunicação não verbal constitui um elemento fundamental na influência das variáveis culturais na comunicação.”*

Para complementar as estratégias utilizadas, os profissionais de saúde demonstraram uma preocupação em arranjar uma forma de atendimento diferente relativamente a esta população, tendo em conta as questões da diversidade cultural ao criarem um Guia de Atendimento específico para a população chinesa, escrito em Mandarim.

O Guia é utilizado frequentemente pelos profissionais de saúde. Facilita a comunicação, mas não dá resposta a todas as situações que aparecem na urgência.

O facto de se ter criado um Guia de Atendimento específico dirigido à população chinesa revela da parte dos profissionais de saúde uma preocupação com as dificuldades sentidas e uma procura na resolução dos problemas encontrados, marcado mais uma vez

pela vontade de reformular o guia, de modo a ficar mais adequado às necessidades sentidas.

Esta necessidade de mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde, de forma a acompanhar a mudança num mundo em que cada vez mais a diversidade cultural está presente, encontra eco na afirmação de Ramos (2007:154) quando refere que *“a comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidade cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais e sociais, culturais e linguísticas do utente/doente.”*

Quadro nº 7 – Categoria: Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde
Subcategoria: Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para perceber se foram entendidos e se vão ao encontro das necessidades dos utentes.

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Avaliação dos cuidados transmitidos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Não temos noção se eles vão fazer a dieta recomendada ”(E1)</i> - <i>“A minha forma de lidar com esta situação, é tentar sempre validar no final, mais do que com qualquer outro utente” (E3)</i> - <i>“Nós falamos e a mensagem foi recebida, mas se não validarmos, muitas vezes no final percebemos que há dificuldades” (E4)</i> - <i>“Tenho a clara sensação que se começar com ensino sobre alimentação é bem diferente do nosso” (E5)</i> - <i>“Tenho a ideia que a maioria confia no que nós estamos a fazer, mais do que a população de outras comunidades estrangeiras” (E5)</i> - <i>“...muitas vezes faço com que eles repitam o que eu disse, para ver se perceberam realmente, e resulta” (E5)</i> - <i>“Validamos, apesar de eles dizerem</i>

	<p><i>sempre que sim a sorrir, mas às vezes não entenderam nada” (E5)</i></p> <p>- <i>“Temos que repetir a informação para ver se entendem bem o que dizemos. Haveria necessidade de um acompanhamento com o centro de saúde para ter a noção se os tratamentos foram realizados” (E7)</i></p> <p>- <i>“Em casa não fazem muito ou então não dizem que já fizeram” (E8)</i></p>
--	---

O contacto terapêutico só é eficaz se houver de parte a parte garantia da qualidade dos cuidados. Os resultados das entrevistas revelaram que há a preocupação de validar se a informação foi percebida.

A análise das respostas revela que os profissionais de saúde estão despertos para as diferenças culturais dos utentes pertencentes à comunidade chinesa e revela ainda uma preocupação acrescida ao tentarem validar se os cuidados e as informações recomendadas foram entendidas, ficando em falta a articulação com os cuidados continuados na comunidade.

Quadro nº 8 – Categoria: Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais

Subcategoria: Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Cuidados que mantém da cultura de origem	<p>- <i>“Em relação aos costumes, não tem havido dificuldades, também a triagem tem que ser rápida, não há tempo para perceber muita coisa” (E1)</i></p> <p>- <i>“De uma maneira geral penso que não há grande diferença nos cuidados, do que me tenho apercebido” (E3)</i></p> <p>- <i>“Quando recorrem ao hospital, muitas vezes já fizeram alguma coisa em casa, mas são coisas que não conhecemos e não percebemos o que fizeram” (E4)</i></p> <p>- <i>“Alguns já fazem os nossos medicamentos, outros fazem outras coisas</i></p>

	<p><i>que não conseguem explicar” (E4)</i></p> <p>- <i>“Muitas vezes fazem o “benuron” em casa e se não resulta então vêm ao hospital” (E7)</i></p> <p>- <i>“Não dizem o que já fizeram em casa para tentar resolver o problema” (E10)</i></p> <p>- <i>“Relativamente à alimentação, não temos muita oportunidade de perceber. Sabemos que comem muito à base de arroz e de rebentos”(E1)</i></p> <p>- <i>“A dieta é diferente da nossa. Parece que mesmo as crianças mais pequenas comem à base de rebentos e arroz” (E3)</i></p> <p>- <i>“Com 6 meses começam a introduzir rebentos, introduzem condimentos mais cedo, com 1 ano já comem de tudo. Por exemplo uma criança com vômitos que atendi, já comia soja desde muito pequenina” (E5)</i></p> <p>- <i>“Introduzem alimentos diferentes muito mais cedo. Quando estão com diarreia, eles fazem muitas vezes só arroz” (E5)</i></p> <p>- <i>“Não dá para perceber que tipos de alimentos comem. Lembro-me de um miúdo que chegou a ficar internado por desidratação, tinha diarreia” (E9)</i></p>
--	--

Pelos testemunhos dos profissionais de saúde verifica-se que há diferenças, mas a mais notória é ao nível da alimentação.

A análise dos resultados revela que num atendimento pontual e relativamente rápido como o que se realiza numa urgência, e agravado pela diferença da língua falada, não há “*espaço*” para compreender os costumes que a população chinesa mantém de origem nos cuidados às crianças.

Quadro nº 9 – Subcategoria: Analisar a interação estabelecida com a cultura de acolhimento

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
<p>Interação estabelecida com a cultura chinesa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Para ser franca, posso dizer que não conheço a cultura chinesa, tenho algumas ideias, algum conhecimento, mas muito pouco”</i> (E1) - <i>“...Eles não são como nós” ... “Não é que eles não se interessem pelos filhos, só que são mais afastados”</i> (E1) - <i>“Estão sempre a sorrir”</i> (E1) - <i>“Os chineses tentam comunicar. Às vezes até brincamos por exemplo com a palavra arroz. “alôs, alôs”, eles acham graça. Eles até entram na brincadeira”</i> (E1) - <i>“Na maioria das vezes penso que não conseguem transmitir as suas dúvidas”</i> - <i>“É difícil estabelecer uma interação porque a estadia é muito pequena.</i> (E1), (E3) - <i>“Na urgência o atendimento é muito curto, não há muito tempo para conversar”</i> (E4) - <i>“O atendimento é muito rápido e talvez não tenhamos noção de todas as dificuldades. Às vezes não temos o ouvido muito treinado”</i> (E7) - <i>“Cada vez mais temos utentes estrangeiros e há o cuidado de respeitar os valores culturais”</i> (E1) - <i>“Na prática há uma mudança de atitude. Os enfermeiros tentam respeitar os valores e os costumes dos utentes”</i> (E5) - <i>“Se os percebermos também os conseguimos tratar melhor”</i> (E8) - <i>“Era importante conhecê-los melhor, é uma cultura muito diferente da nossa”</i> (E10)

As entrevistas revelam uma fraca interação entre os profissionais de saúde e a população chinesa.

Breton (1989) e Ramos, (2004:294) estudaram o problema, referindo esta autora que *“em geral, devido a vários condicionalismos, por exemplo, a falta de tempo, falta de formação adequada para os problemas da diversidade e da Multiculturalidade, o principal centro de interesse pessoal de saúde não é saber o que a família ou a pessoa pensam sobre a causa ou a cura da doença, não é interessar-se pelos factores socioculturais subjacentes aos comportamentos de saúde/doença, mas, sobretudo, o que lhes interessa saber é a etapa que decorre do aparecimento dos primeiros sintomas ao recurso ao centro de saúde ou aos cuidados médicos.”*

No entanto os profissionais de saúde têm noção desta realidade.

As respostas destes profissionais de saúde revelam que apesar dos obstáculos existentes há uma tentativa de interagirem com a comunidade chinesa, estão despertos para as questões da diversidade cultural e estão disponíveis para aprender a conhecê-los melhor, tendo noção que esse factor pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Sousa (2003:55) refere que *“Quando os profissionais de saúde, durante e após a sua formação académica, constituem um corpo de conhecimentos científicos passíveis de melhorar a saúde das pessoas, esse corpo de conhecimentos científicos constrói no profissional de saúde um conjunto de significados que lhe conferem uma visão e uma explicação dos fenómenos diferente da visão que as pessoas possuem sobre os mesmos acontecimentos. Os profissionais de saúde devem procurar, de uma forma sistemática, todo o referencial sobre saúde e doença que o outro construiu ao longo do seu percurso de vida, ancorado nas suas crenças, costumes e cultura”*

SÍNTESE

Da análise dos resultados das entrevistas aos profissionais de saúde, pode-se concluir que na população chinesa pediátrica (residente na área de Lisboa afecta ao Hospital de D. Estefânia) em consonância com as conclusões obtidas da análise dos processos clínicos, a maior incidência é de crianças de primeira infância até à idade

escolar, que recorrem quando já não conseguem resolver o problema em casa, dando preferência aos cuidados de urgência, preterindo os cuidados de saúde primária.

Revelou-se uma população disciplinada que não reclama, mesmo quando há demoras no atendimento.

Os testemunhos destes profissionais confirmaram que há grande dificuldade na comunicação, tanto da língua (esta muitas vezes colmatada pela presença de um tradutor ou por alguém que sabe fazer-se entender em português), como pelas diferenças culturais. Os profissionais ficam com a sensação de que parece estar tudo bem, mas quando se validam os cuidados recomendados deparam-se com uma comunidade que na maioria das vezes não compreende as recomendações dadas. E, no entanto, é notória uma tentativa de ultrapassar esses obstáculos, adoptando-se estratégias adequadas às situações, não sendo, apesar de tudo, suficientes para criar um clima de confiança que permita uma interacção significativa com os utentes desta comunidade.

Os profissionais entrevistados estão despertos para as questões da diversidade cultural e estão disponíveis para aprender a conhecer melhor os utentes desta comunidade, tendo a noção que esse factor pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A propósito do papel dos profissionais de saúde, Monteiro (2005:84) refere que *“As diversas culturas que fazem parte da sociedade portuguesa possuem as suas próprias redes sociais, de solidariedade e de regência constituindo comunidades com crenças, valores e estilos de vida própria que as caracterizam e que no conjunto formam a sua identidade. É essa identidade que os profissionais de saúde devem respeitar, moldando e adequando os seus cuidados à realidade cultural dos indivíduos dos diversos grupos étnicos que já existem ou que se vão formando, fruto de processos migratórios que ocorreram ou que ainda estamos a vivenciar.”*

B. PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SITUAÇÕES AGUDAS ENCONTRADAS DURANTE OS 5 ANOS ESTUDADOS

Nestas entrevistas é referenciada pelos profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos uma situação de um adolescente chinês internado cerca de 1 mês nesta Unidade, com diagnóstico de tumor cerebral inoperável, cujo estado da doença se foi

agravando, com degradação progressiva do estado de consciência, até que acabou por falecer.

Nos serviços de saúde, não é só a criança, uma vez doente e hospitalizada, que vivencia uma situação de stress e crise. Também para a família esta situação é geradora de angústia e incertezas, pelo que, é vivenciada com reacções intensas.

Quadro nº 10 - Categoria: Humanização dos cuidados

Subcategoria: Competências relacionais

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
<p>Interacção com utentes/doentes/família chinesas numa situação de doença grave</p>	<p>- <i>“Não falavam português, percebiam inglês, e sempre que nos dispusemos a oferecer uma relação terapêutica de ajuda, não encontramos “feed-back”, mas também não nos pareceu que estivessem mal, por não existir essa relação”</i></p> <p>- <i>“Sentimos que nunca conseguimos “chegar” àqueles pais. Houve sempre uma barreira que não conseguimos transpor, mas também sentimos que não estavam interessados em se relacionarem. Quando vinham, parecia que traziam a força para encarar aquele dia. A única pergunta que faziam era “ Como está hoje?” Sentimos que de nós esperavam o tratamento para a patologia do filho e que o nosso papel acabava aí”</i></p> <p>- <i>“Eles tinham pessoas que vinham ter com eles e os apoiavam”</i></p> <p>- <i>“(…) Pareceu-nos que confiavam plenamente na parte técnica”</i></p> <p>- <i>“Mexer no corpo da criança, era com eles”</i></p> <p>- <i>“O Z era um adolescente e mesmo a mãe não tocava no corpo dele. Quem fazia os cuidados era o pai. A mãe aceitava isso sem questionar, estava estabelecido entre eles que era assim. Muitas vezes observámos que não massajava da mesma maneira que nós. “ do Joelho para cima”, “ da região inguinal para baixo”. Quando nós o posicionávamos, o pai agradecia</i></p>

com um sorriso, mas em seguida posicionava e massajava por longos períodos”

- “Nunca questionámos a necessidade deste cuidar diferente, porque percebemos que para eles era imprescindível, e também com algum receio que eles pensassem que não éramos assim tão competente no nosso universo profissional, por não entendermos a importância desses procedimentos e também pela dificuldade que tínhamos em transmitir as nossas dúvidas pelo facto de existir uma barreira linguística”

- “A sensação que tivemos é que apesar de perceberem a gravidade da situação, o que importava era o conforto dele”

- “Não nos pareceu que se sentissem maltratados ou discriminados”

- “O Z acabou por falecer e nunca foram agressivos ou demonstraram achar que tínhamos culpa da forma com a situação evoluiu”

- “O momento da morte foi de grande angústia, de parte a parte, pois a comunicação foi feita apenas através de olhares e gestos. Com esta família chinesa, não se percebia o que seria menos doloroso para eles. Os pais acabaram por mostrar que eles é que queriam tratar do corpo e com a nossa ajuda, trataram das coisas à sua maneira. Mas houve uma necessidade que não se conseguiu satisfazer. Com a ajuda do tradutor que entretanto chegou conseguimos perceber que era muito importante para eles, queimar objectos pessoais, papéis com imagens de notas, logo após o falecimento, para acompanhar a alma”

- “Durante este internamento os pais ainda tiveram intenção de o levar do hospital. Não houve oportunidade porque o agravamento rápido não permitiu que a

Os testemunhos destes profissionais levam-nos a fazer uma reflexão sobre a humanização dos cuidados e a tentativa de interacção com utentes/doentes/família chinesas numa situação de doença grave.

As dúvidas sentidas pelos pais, em relação ao seu filho e em relação à sua presença no hospital, são imensas, não sabendo inicialmente, aquilo que se espera deles. Muitas vezes não entendem as informações que lhes são dadas, sentem-se intimidados e também impotentes perante a rapidez dos acontecimentos, que não conseguem prever. Este grau de incerteza, associado à separação da criança, à falta de controlo sobre o ambiente, ao papel passivo muitas vezes assumido, ou mesmo imposto, além de gerar grande ansiedade, faz com que a família se sinta perdida, desprotegida, ameaçada, insegura e vulnerável (Estrada, 2006).

Para Gonçalves (2003), que partilha esta ideia, os pais sentem-se quase tão desprotegidos como os filhos, ficando sem capacidade de reacção. O sofrimento que a doença dos filhos lhes causa impede muitas vezes que tenham uma atitude tranquilizadora e uma colaboração activa com a equipa de saúde.

Estes testemunhos mostram-nos que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, do ponto de vista técnico não são questionados, mas também não existe a possibilidade de partilhar constantemente as decisões terapêuticas, o que deixa um sentimento de impotência nos profissionais.

A humanização dos cuidados passa pela informação sobre a evolução da doença. O utente/doente/família devem estar informados sobre o prognóstico, saber o que se está a fazer, ter resposta às perguntas, conhecer equipamentos e técnicas; passa pela possibilidade de serem cuidadores, de saberem que a criança está confortável, participar nos cuidados, sentir que a equipa se preocupa com o filho, sentir que o filho recebe o melhor.

Por sua vez, Slade (2000) citado por Estrada (2006) salienta também que, se associarmos à hospitalização uma situação clínica grave, constata-se que o medo de perder a criança está presente nos pais e na família, pois há o contacto com pais de outras crianças doentes que, eventualmente, podem encontrar-se numa situação semelhante. Paralelamente à importância da presença dos pais junto da criança, estão também as atitudes dos vários profissionais de saúde envolvidos nos cuidados (médicos,

enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares, entre outros), especialmente, em termos de relacionamento, apoio e orientação, comunicação e disponibilidade. O diálogo entre os técnicos de saúde e os doentes/família é por vezes limitado pela incapacidade de se perceber o que está por detrás das palavras ou gestos dos doentes/famílias, as emoções que se escondem por trás delas.

Como é referido no Artigo IV da Carta Da Criança Hospitalizada, Despacho da DGH/310-72 de 6 de Maio de 1987, “ *As crianças e os pais têm o direito de receber informação sobre a doença e os tratamentos adequados à idade e compreensão, afim de poderem participar nas decisões que lhe dizem respeito.*”

A falta de informação, ou informação inconsistente e contraditória, como foi acima descrita causa incerteza da evolução da doença, os pais não sabem se há risco de vida ou o que esperar (morte / sequelas).

Uma boa informação é um direito inquestionável e uma mais valia na relação terapêutica.

Os testemunhos dos profissionais mostram-nos que pelo menos se tentou ter a família como parceiro terapêutico, onde houve partilha de saberes de modo a criar um clima de confiança, compreensão e respeito integral pelo outro, o que se traduziu num sentimento de inclusão. Se os pais não se sentem acolhidos o ambiente não se humaniza.

Ramos (2004:296) chama a atenção para este aspecto quando refere que “ *a relação com o corpo é um elemento que causa, muitas vezes, mal entendidos e dificuldades comunicacionais entre o utente/doente e os técnicos de saúde. A gestualidade, as mímicas e os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas.*”

Apesar da sensação que era transmitida aos profissionais de saúde, concordamos com Ramos (2004:293) quando refere que “ *no caso de hospitalização de um doente migrante originário de outra cultura e possuidor de outra língua, muitas dificuldades se levantam, quer para o utente, quer para os técnicos de saúde. Se a doença, a hospitalização, é por si só sinónimo de mau estar, ansiedade e stress, esta situação é ainda maior quando o doente/família é confrontado com um sistema cultural e simbólico desconhecido, com um referencial diferente do seu meio de origem.*”

Os pais referiram, através do tradutor, que quando a doença é grave preferem gastar dinheiro numa viagem para a China e serem lá tratados, porque aqui sentem que

não são entendidos e que não são tratados como lá. Seriam os cuidados a que se habituaram.

Neste sentido é pertinente a afirmação de Ramos (2008:83) quando refere que “*o estado de saúde dos migrantes e as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e à prevenção estão relacionados com um conjunto variado e complexo de factores onde se destacam os factores pessoais, socioeconómicos, culturais e políticos, nomeadamente, o nível de integração dos migrantes na sociedade de acolhimento e as suas redes sociais e de suporte e as políticas da sociedade de acolhimento (...) as políticas de saúde e os cuidados de saúde tanto ao nível local e nacional, como internacional, têm de ser humanizados e sensíveis às necessidades, especificidades e aspirações dos indivíduos e das comunidades, culturalmente apropriados e adequados em termos de custos.*”

Também numa situação de doença grave em que há necessidade de cuidar em parceria com a família, esclarecimento constante da evolução da doença e de consentimento informado para as intervenções terapêuticas frequentes, a dificuldade na comunicação com esta população, desencadeia momentos de grande stress e angústia por parte do utente/doente/família e nos próprios profissionais de saúde.

C. ENTREVISTAS REALIZADAS AOS PROFISSIONAIS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Quadro nº 11 – Categorias/Subcategorias/Unidades Temáticas (Maternidade)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Prestação de cuidados de saúde a parturientes chinesas	Conhecimento da população chinesa na maternidade/obstetrícia	Grupo etário que recorre à Maternidade
Comunicação	Dificuldades no atendimento	Dificuldades sentidas

	Estratégias utilizadas na comunicação	Existência de Guia de Atendimento dirigido à população chinesa
Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde	Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para perceber se foram entendidos e se foram de encontro às necessidades dos utentes.	Avaliação dos cuidados transmitidos
Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais	Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem.	Cuidados que mantêm da cultura de origem
	. Analisar a interacção estabelecida com a cultura de acolhimento	Interacção estabelecida com a cultura chinesa

Quadro nº 12 – Categoria: Prestação de cuidados de saúde a parturientes chinesa

Subcategoria: Conhecimento da população chinesa na maternidade/obstetrícia

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Grupo etário que recorre à Maternidade	- “À maternidade chegam mulheres entre os 20 e 30 anos na sua maioria” (E1)

A informação colhida relativamente ao grupo etário nas entrevistas está de acordo com os resultados da consulta dos processos clínicos.

Quadro nº 13 - Categoria: Comunicação
Subcategoria: Dificuldades no atendimento

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Dificuldades sentidas	<p>- <i>“Habitualmente vêem acompanhadas. Quando estão sozinhas não tentam comunicar. Algumas até percebem alguma coisa de português”</i> (E1)</p> <p>- <i>“Acabamos por não ter muita dificuldade porque vêm sempre acompanhadas, quando não sabem falar nem perceber a nossa língua”</i>(E2)</p> <p>- <i>“Nota-se que são pessoas diferentes, muitas pessoas vêem acompanhadas, quase sempre trazem alguém com quem podemos falar e algumas já percebem bem o português”</i> (E4)</p>

Os entrevistados referiram que não há grandes dificuldades no atendimento, mas também referem que as utentes chinesas não falam muito, pelo que não se percebe se não há dificuldades reais ou se simplesmente estas não sabem transmitir as suas dúvidas.

Quadro nº 14 – Subcategoria: Estratégias utilizadas na comunicação

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Existência de Guia de Atendimento dirigido à população chinesa	<p>- <i>“O guia é difícil de utilizar porque tem frases feitas e às vezes não é bem aquilo que queremos dizer”</i> (E1)</p> <p>- <i>“Às vezes há necessidade de transmitir alguma coisa e não percebem mesmo nada telefona-se a algum membro da família para ajudar a traduzir”</i>. (E2)</p> <p>- <i>“Acaba por ser raro utilizar o Guia.”</i> (E4)</p>

Na Maternidade existe um dossier com um Guia de Atendimento traduzido em várias línguas, nomeadamente um dirigido a utentes da comunidade chinesa.

A análise das respostas mais relevantes das entrevistas realizadas na Maternidade leva a concluir que o Guia de Atendimento não está adequado às necessidades destas utentes nem dos profissionais, sendo pouco utilizado. A análise dos registos dos processos clínicos, comprova esta realidade nos quais não há referência à existência ou utilização do guia, pelo que a comunicação se tenta estabelecer através de outras estratégias ou é feita através de terceiros.

Quadro nº 15 – Categoria: Grau de satisfação da prestação dos cuidados de saúde
Subcategoria: Obter informação sobre os procedimentos que os profissionais de saúde utilizam para compreender se são entendidos e se vão de encontro às necessidades dos utentes.

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Avaliação dos cuidados prestados	- <i>“Quando fazemos o ensino para ir para casa fazemos sempre à pessoa que percebe bem a nossa língua, às vezes até pedem para telefonarmos a alguém e é através dessa pessoa que fazemos o ensino, que depois é transmitido à mãe”(E1)</i>

Da análise das entrevistas conclui-se que o ensino é feito na maior parte das vezes a terceiros e não ao próprio, o que dificulta a avaliação dos cuidados.

Sousa (2003:67), pronuncia-se sobre cuidados culturalmente competentes, citando Camilleri (1989:169) e Ogden (1999:101), referindo que *“...a eficácia do cuidado médico, ou infirmier exige um duplo reconhecimento do imigrante e da sua diferença, do técnico de saúde e da sua própria diferença. O respeito da diferença não é apenas uma questão unilateral, ela implica um reencontro, uma negociação informal que confira aos cuidados um sentimento de dever cumprido. A compreensão da alteridade apela a uma modulação do cuidado e da relação. Ela exige do Cuidador mais que um Saber e um Saber-Fazer, ela exige um Saber-Ser.”*

Quadro nº 16 - Categoria: Conhecimentos dos hábitos /costumes culturais

Subcategoria: Identificar o que o utente valoriza e os cuidados que mantém da sua cultura de origem

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Cuidados que mantém da cultura de origem	<p>- <i>“Mantêm-se à parte, parece que não ligam muito ao bebé. Muitas vezes é o pai quando chega que cuida do bebé, muda a fralda.” (E1)</i></p> <p>- <i>“Nota-se que não mexem muito no bebé, mexe mais o marido quando chega, muitas vezes é o pai que trata da higiene da criança e lhe dá o biberão” (E2)</i></p> <p>- <i>“Lembro-me de um casal que o pai chegava logo de manhã com uma empregada, também chinesa, e era esta que aprendia a mudar a fralda do bebé e a dar o biberão” (E2)</i></p> <p>- <i>“Parecem mais despegadas dos bebés que as outras mães. Parece até que o pai é que tem a obrigação de tratar do bebé” (E3)</i></p> <p>- <i>“Quando chegam pedem logo o biberão, geralmente não querem amamentar o bebé” (E1)</i></p> <p>- <i>“Muitas vezes pedem biberão para dar ao bebé porque referem que o colostro é impuro, não presta para alimentar o bebé. Mais tarde quando têm leite, já podem amamentar” (E2)</i></p> <p>- <i>“Amamentar é que está fora de questão enquanto não têm leite. Pedem logo biberão” (E3)</i></p> <p>- <i>“Depois do bebé nascer, querem ficar quietas na cama”.(E1)</i></p> <p>- <i>“Referem que o centro da energia está no abdómen, por isso não se podem mexer muito” (E2)</i></p> <p>- <i>“Muitas, quando chegam à enfermaria, após a criança nascer, pedem logo um copo de água quente, dizem que é para</i></p>

	<p><i>emagrecer”(E1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Relativamente à alimentação habitualmente comem a comida que o marido traz, papas de arroz. Alguns vêem logo de manhã trazer o pequeno-almoço e até vêem à meia-noite trazer aquelas sopas de arroz” (E1)</i> - <i>“Relativamente à alimentação a maior parte das vezes comem a comida trazida pelo marido ou familiares” (E2)</i> - <i>“Algumas tomam o nosso pequeno-almoço e a ceia, mas as outras refeições são os acompanhantes que trazem” (E3)</i> - <i>“Relativamente à higiene, mostram alguma relutância em levantar-se e ir tomar duche, mas lá acabam por tomar”(E1)</i> - <i>“Por vezes vão ao duche, deixam correr a água e não tomam banho. É o marido que traz água e lava a região genital” (E2)</i> - <i>“Não gostam de tomar banho nesta altura, muitas acabam por tomar e não se manifestam sobre esse aspecto” (E3)</i>
--	--

As entrevistas transmitem que há a percepção por parte dos profissionais de saúde que estas mulheres têm costumes diferentes relacionados com o parto e após o nascimento de uma criança.

A gravidez é uma etapa de grandes mudanças na vida da mulher, passando por transformações físicas e emocionais que nem sempre são fáceis de ultrapassar, o que leva a mulher a afastar-se dos outros e centrar-se sobre si própria, redefinindo o seu papel na sociedade. A aproximação do parto traz sentimentos de ansiedade pelas mudanças que vão ocorrer (Lopes, 2007).

Faz sentido citar Ramos (1993) citada por Monteiro (2005:261) quando diz que *“uma das situações que é profundamente afectada com a imigração é a maternidade. Os cuidados durante a gravidez e posteriormente, os cuidados com a criança que nasce, interiorizados e transmitidos através dos séculos, são postos em causa,*

originando dúvidas, receios e inseguranças difíceis de superar. Mergulhados num mundo novo onde as práticas, os valores e as prioridades são diferentes, o casal, e em particular, as mães desenvolvem sentimentos contraditórios numa luta constante entre o manter a realidade onde cresceram e para a qual foram educadas, e entre a nova realidade na qual têm que se integrar.”, sendo que, também os profissionais de saúde encaram uma nova realidade, a da diversidade cultural.

A autora refere ainda que “conhecer estas novas realidades constitui uma base essencial para uma aproximação e intervenção planeada e eficaz, condição necessária para os membros de todas as sociedades, e em particular, para os profissionais de saúde.”

Sobre esta realidade, Manuel (2007:106) refere que “Para manter a sua unidade e o equilíbrio de cada um dos seus membros, a família imigrada tende por seu lado a manter certos comportamentos tradicionais. No entanto, a influência do novo meio manifesta-se, comprometendo esse equilíbrio. A reacção das mulheres é muitas vezes o encerramento sobre elas próprias. Para elas, a migração significa a perda do seu quadro afectivo, a incompreensão e o isolamento. Embora se verifique, com frequência, o reagrupamento das famílias imigradas nos mesmos bairros, segundo a sua proveniência, estas tentativas de reconstrução de uma comunidade nem sempre são bem sucedidas.”

Monteiro (2005:77) afirma ainda que “Toda a prática da maternidade tem como objectivo principal o bem-estar da criança, a sua segurança e o seu correcto desenvolvimento. A tradição dos gestos, dos cuidados que são intuitivos e que são partilhados e transmitidos através de gerações visa a protecção da criança. Para o desenvolvimento harmonioso da criança é necessário ter em conta aspectos físicos, psicológicos, culturais, socioeconómicos, entre muitos outros. A vinculação e a segurança com que a criança é criada constituem uma base sólida para a sua estruturação como pessoa. Desta forma, as interacções que estabelecem com o meio que as rodeia desde o seu nascimento são de extrema importância. Cita Ramos (2002^a:472): que alerta que “é através destas interacções e comunicações variadas, dos cuidados quotidianos prestados em contextos familiares, ecológico-culturais e relacionais específicos, que se tecem laços, se alimentam afectos e emoções, se assimilam regras, se impregnam gestos e posturas, que a criança se estrutura psíquica

e culturalmente, contribuindo as particularidades destes meios para dar uma especificidade á relação objectal e um estilo às técnicas de ‘maternage.’”

Relativamente à amamentação também há diferenças nas mulheres da comunidade chinesa quando recusam amamentar o bebé enquanto têm apenas colostro.

No seu estudo Monteiro (2005:78) menciona que *“Os hábitos de cuidar das crianças foram sendo apurados, modificando-se de acordo com o contexto e de acordo com as necessidades, sofrendo influências inegáveis da ciência e da tecnologia. Contudo, os cuidados que foram aprendendo com as mães e com as avós e que são transmitidos mantêm-se no simples gesto de acariciar, de adormecer, de dar de mamar (...) Ao migrar o indivíduo abandona o seu contexto cultural e social, mas não o esquece. Ele procura preservar os seus códigos, as suas teorias e as suas práticas sociais, culturais e religiosas na nova sociedade que adoptou como sua. O migrante procura recriar na sociedade de acolhimento as condições e os conceitos que o orientaram e que ele espera que determinem o modo de vida dos seus filhos.”*

Nesta situação de contacto mais prolongado do que numa urgência, os técnicos de saúde percebem que há costumes diferentes, mas por vezes estes são interpretados como comportamentos desadequados.

Ramos (1993, 1999, 2000, 2004:296) retrata o stress a que a mulher migrante está sujeita na maternidade, referindo que *“em situação de migração, existe todo um conjunto de rituais em volta da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que desempenha um papel protector e uma função psicológica importante, vindo o universo isolado, tecnológico e estranho do hospital, aumentar a situação de angústia, stress e ansiedade para a mulher migrante. Esta, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive com medo, ansiedade e muito stress este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio familiar e protector de origem e o universo anónimo, distante, tecnicizado e incompreensível com o qual se vê confrontada.”*

Os profissionais entrevistados também referem diferenças a nível da alimentação.

A questão da importância da alimentação trazida por familiares também foi estudada por Ramos (2007:160) e citando vários autores, Lévi-Strauss (1964), Counihan et al. (1975), Garine (1979), esta refere que *“...a alimentação inscreve-se num complexo bio-psico-sócio-cultural, reenvia a uma memória individual e colectiva e veicula, simboliza interdições, tabus, valores e sentidos” “(...) a alimentação*

“familiar” trazida pelos familiares desempenha um papel de grande reconforto moral para o doente...”

Também relativamente à higiene os profissionais entrevistados referem existirem hábitos diferentes nestas mulheres.

Neste aspecto a dificuldade na comunicação torna-se mais marcante, porque nestes períodos as utentes não têm o tradutor presente, como facilitador da comunicação.

Sousa (2003:67) chama a atenção para o facto de que *“O hospital traduz um desvio do quotidiano do indivíduo tanto ao nível do sujeito, confrontado com fenómenos que ele não compreende e que colocam a sua vida em perigo, quer pelo universo de sentidos e valores, veiculado por um grupo de cuidadores. Durante a sua vida quotidiana, o migrante pode-se proteger dos múltiplos contactos com a população nacional. A hospitalização do migrante será tanto mais difícil de viver, se o pessoal de saúde, em vez de adoptar uma atitude compreensiva, lhe impõe condutas, às quais o migrante não compreende a sua lógica, ou mesmo que contrariam as suas maneiras habituais de viver.”*

.Segundo Han e Chay (2007:149), *“As mulheres chinesas permanecem em período de resguardo por um mês depois de darem à luz. Durante este período necessitam de ter cuidados especiais consigo próprias, mantendo-se aquecidas e tomando fortificantes. O descanso que uma mulher faz nesse mês de resguardo é fundamental, porque isso poderá afectar a sua saúde física no futuro.”*

Quadro nº 17 – Subcategoria: Analisar a interação estabelecida com a cultura de acolhimento

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Interação estabelecida com a cultura chinesa	- “O internamento é curto, não dá para perceber muita coisa”(E1) - “Habitualmente não fazem muitas perguntas”(E1)

As entrevistas revelam que existem poucas relações entre os profissionais de saúde e as mulheres chinesas.

Neste contexto Ramos (2004:295) refere que *“as dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os técnicos de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Também a dificuldade do migrante em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos aumenta os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os técnicos de saúde e a ansiedade e angústia do doente migrante.”* A autora refere ainda que *“certos rituais religiosos, certos elementos considerados como impuros, certas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, certos hábitos alimentares, etc. podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre doentes e técnicos de saúde.”*

SÍNTESE

Das respostas analisadas pode-se concluir que estes técnicos de saúde têm noção da diversidade cultural da população que utiliza os serviços de saúde.

É raro usarem o Guia de Atendimento, a estratégia mais utilizada para superar os obstáculos da comunicação ineficaz, é transmitir informações e fazer ensino através de terceiros.

Não há interação significativa com estas utentes, o que é traduzido tanto pelo afastamento por parte dos técnicos de saúde, por desconhecimento da língua e dos valores culturais destas mulheres, como também por um afastamento por parte destas utentes em relação aos técnicos de saúde.

A este propósito, Ramos (2004:294) alerta para o risco de *“ao nível comunicacional, o facto de dominar, muitas vezes, a ideia e o preconceito segundo os quais o migrante não compreende a língua, nem as explicações dadas, pouco ou nenhum esforço é feito neste sentido, sendo reduzida a comunicação a um muro de silêncio entre o técnico de saúde e o doente.”*

Ramos (2004:285) refere ainda que *“algumas investigações mostram uma vulnerabilidade da mãe e do bebé migrante com depressões e psicoses pós-parto da mãe e um número importante de distúrbios funcionais do bebé, tais com problemas do sono e de alimentação.”*

Sousa (2003:62) fala também sobre esta temática, citando Ramos (1993:55) “...
*Numa situação de conflito cultural, a mãe corre o risco de não saber efectuar com a
 mesma segurança os gestos maternos, os mais simples e as atitudes maternas, as mais
 naturais. Isto resulta de uma insegurança e uma ansiedade na condição de mãe que
 gera conflitos maternos muito prejudiciais na relação mãe/criança...*”

D. PERSPECTIVA DE UM TÉCNICO DE SAÚDE DE UM CENTRO DE SAÚDE NA REGIÃO DE LISBOA

Os testemunhos deste profissional de saúde revelam que ao centro de saúde
 acorrem migrantes num nível diferente de aculturação com a sociedade de acolhimento.

Quadro nº 18 – Categoria: Prestação de cuidados de saúde a utentes chineses no Centro de Saúde

Subcategoria: Conhecimento da população chinesa no Centro de Saúde

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Características da população chinesa que recorre ao Centro de Saúde	<p>- <i>“Muitos deles trabalham em lojas. A família vive na cave da loja. Por vezes vão comer ao restaurante e comem pratos portugueses. Por vezes vão buscar café e levam para a loja. Bebem dentro da loja, é raro irem ao café”</i></p> <p>- <i>“Recorrem ao Centro de Saúde principalmente para Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e consulta de Planeamento Familiar quando há uma gravidez”</i></p> <p>- <i>“Vêm muitos chineses ao Centro de Saúde com as crianças. Estas cumprem o PNV”</i></p> <p>- <i>“Não é frequente fazerem o acompanhamento de bebés, pois quando nascem são enviados para a China para os avós e só regressam com 3 ou 4 anos”</i></p>

Pode-se inferir desta análise que apesar de adotarem alguns costumes da sociedade portuguesa, privilegiam a socialização e interações restritas ao grupo de origem. São pessoas estabelecidas nível profissional, não estão em situação ilegal, já têm filhos nascidos em Portugal e que frequentam as escolas portuguesas. Muitos já falam português, desagravando assim, a dificuldade da comunicação.

A este propósito Ramos (2004:250) refere que *“As modalidades de inclusão das crianças migrantes na escola e na sociedade reflectem os próprios modos de inclusão das famílias e dos adultos que as educam, sendo igualmente os processos de socialização determinantes na manutenção das atitudes de discriminação e racismo (...) educação intercultural na escola, introduzindo um currículo multicultural, estratégias e intervenções educativo/pedagógicas interculturais, disposições contra a discriminação, uma formação adequada dos professores, metodologias e práticas adequadas às necessidades individuais das crianças e uma maior comunicação entre as escolas, a família e a sociedade, poderá desempenhar um papel importante na prevenção do insucesso escolar e das patologias que podem estar na origem e promover a auto estima e bem estar das crianças e das famílias migrantes ou não.”*

Nesta entrevista encontrámos resultados diferentes dos resultados da pesquisa em contexto hospitalar.

Trata-se de uma população diferente da que frequenta o hospital. Na entrevista há referência que os bebés quando nascem são enviados para a China e regressam quando têm 3 ou 4 anos, enquanto que no hospital grande parte das crianças chinesas atendidas é de Primeira Infância. Deste resultado pode-se entender que a organização familiar da população chinesa imigrante em Portugal está dependente do nível de integração na sociedade de acolhimento.

Quadro nº 19 - Categoria: Comunicação

Subcategoria: Dificuldades no atendimento

Unidades Temáticas	Unidades de Registo
Dificuldades sentidas	<p>- <i>“Não há grandes dificuldades no atendimento porque ou falam português ou levam alguém que fale”</i></p> <p>- <i>“Os filhos nascidos cá, quase todos falam português e andam nas escolas portuguesas”</i></p>

Ao Centro de Saúde ocorre uma população diferente daquela que recorre ao hospital. Ainda que não frequentem todas as consultas, frequentam a consulta de Vigilância de Saúde Infantil e de Planeamento Familiar. Nota-se alguma preocupação por parte dos imigrantes chineses de cumprirem estes indicadores de saúde.

E. HISTÓRIA DE VIDA

Lee é uma mulher de nacionalidade chinesa de 32 anos que veio de Xangai, da província de Zhejiang há 6 anos.

Na China era médica Ginecologista. Aqui não exerce a profissão porque para isso teria que estudar mais 3 anos. Considera que já tem muita idade para isso, para além de que tem 2 filhos pequenos (2 e 4 anos) e tem que tomar conta deles. Também há a dificuldade da língua. Fala um pouco português, entende, mas a língua é muito difícil de aprender porque tem muita gramática, (durante toda a conversa Lee nunca usou artigos). A Língua chinesa tem muitos caracteres, mas pouca gramática, e quando se aprendem, domina-se a língua.

Vive na zona dos Anjos, em Lisboa, numa casa com o marido e os filhos e é empregada numa loja de uns primos.

É Budista. Referiu que quanto mais as pessoas estudam, menos cumprem os rituais, deixam de acreditar em muitas coisas que os antigos acreditavam. Mas quando as pessoas se sentem mal ficam melhores se lerem um livro de Feng Shui do que se tomarem medicamentos.

Veio directamente para Portugal. Referiu que os chineses que vêm para Portugal vêm quase todos da península de Zhejiang. Doutras penínsulas vão para França, doutras vão para Itália...

Nasceu em Xangai e tem lá família. Não vieram todos, quando veio, tinha cá tios e primos que a acolheram. A família não veio toda, veio com o marido.

A primeira razão da emigração é que na China só se poder ter um filho e também o facto da vida na China ser muito difícil.

Mesmo ao fim destes anos, não tem amigos portugueses. Por causa da língua, refere que as pessoas acabam por falar mais uns com os outros dentro da comunidade chinesa.

Em casa faz tudo da cultura chinesa, mas há coisas que vai fazendo também de português porque os filhos estão num infantário português e em relação ao vestuário e à alimentação tenta fazer um pouco de chinês e um pouco de português, para os filhos não estranharem no infantário as coisas diferentes.

Quando faz caldo verde, os filhos dizem: *“Mãe, não gosto, não sabe ao mesmo que no infantário. Quando faz bacalhau com natas, eles dizem: Ah, este é o verdadeiro!”*

Não participa em festas da comunidade portuguesa, não têm significado. Para além disso a vida é trabalho e descanso,.

Quanto aos costumes tradicionais, quando um bebé nascia, não tomava banho durante 1 mês, para não ficar doente. Actualmente já não se segue essa tradição, agora o bebé já toma banho desde que nasce.

Quando as crianças estão doentes tratam-se 3 dias em casa com dieta e com chás, se não melhoram vão ao Centro de Saúde. Lee vai ao centro de saúde da Penha de França, está lá uma enfermeira que tenta perceber o que se passa, por esse facto sente-se mais confiante no atendimento que lhe é prestado. Esta pede-lhe muitas vezes para lhe contar as diferenças que há nos hábitos e costumes. Da médica não gosta porque não tenta entender porque lá vai. Muitas vezes a resposta é: *“Tem dor de cabeça, toma Benuron”*. Também quando precisa de uma consulta, pode estar 3 meses à espera, nesse caso vai ao hospital. Se a doença for muito grave preferem ir para a China. Em Portugal é muito caro tratar as doenças e não confiam nos médicos, *“Não têm educação”*.

“Às vezes quando nos sentimos doentes, em vez de tomar medicamentos lemos o livro de Feng shui.”

Recorreu à Maternidade Magalhães Coutinho, na Estefânia, para ter os filhos. Quando estava a ter o filho, a médica estava a falar ao telemóvel. Quando pôde falar, disse à médica, se estava a trabalhar ou a falar ao telemóvel, a médica virou-se para ela e disse: *“Os chineses só querem ter filhos”*. *“Foi muito mau. Não têm educação”*.

“Um dia fui ao hospital da Estefânia com o meu filho porque tinha borbulhas e diarreia, parecia varicela. O médico disse que não era nada, que fosse para casa tomar soro que diarreia não era doença, insisti nas borbulhas, tinham liquido, ele disse que não era nada. Fui então a outro médico fora do hospital e ele estava com varicela.

Para além de não terem educação, muitos parece que não sabem muito. Também não perguntam, porque não entendem a língua, é muito mau”.

Não conseguem explicar o que sentem, por isso quando a doença é grave, é cara a viagem, mas é melhor ir para a China.

Não recorre aos Centros de Medicina Tradicional Chinesa, é muito caro.

Quando as pessoas morrem são cremadas. Os antigos e ainda nalgumas regiões da China são queimadas imagens de papel, representando os bens que as pessoas possuíam em vida, que é para quando regressarem terem na mesma bens e as pessoas eram enterradas. Agora são queimadas.

Segundo ela, a vida tem 3 partes: antes de nascer, enquanto vive e a morte.

Do depoimento desta mãe chinesa, podemos deduzir que é uma família estabelecida, com residência autorizada, os filhos nasceram em Portugal e frequentam o infantário português. Esta história de vida revela-nos que ainda nos dias de hoje, um dos motivos que leva a população chinesa a emigrar está relacionado com a *“política do filho único”* e com a perspectiva de encontrar melhores condições de vida num país estrangeiro. Apesar de estarem longe do seu país de origem, ainda mantêm fortes tradições culturais, nomeadamente a nível da religião, do conceito de família, da alimentação e dos rituais de morte. No entanto, os processos de aculturação, as relações com a sociedade de acolhimento são facilitados pelo facto de as crianças frequentarem o infantário português, desencadeando mudanças básicas nos hábitos alimentares, no vestuário e mesmo na comunicação.

- “Tento fazer um pouco de chinês e um pouco de português, para os meus filhos não estranharem no infantário as coisas diferentes.”

Acerca dos filhos de segunda geração, Monteiro, (2005:76) refere que *“Geralmente, a população migrante é uma população jovem em idade de procriar pelo que não é de estranhar que muitos dos filhos dos migrantes nasçam no país de acolhimento. Este país de acolhimento dos seus pais transforma-se no país de origem dos filhos dos migrantes, os quais crescem divididos entre duas culturas. A cultura dos seus pais que apenas conhecem de ouvir falar, das memórias dos pais e avós e de ver as tradições e os rituais, e a cultura em que cresceram que é a mesma cultura dos seus amigos, a mesma cultura onde estudaram, uma cultura que aprenderam a aceitar. A socialização da segunda geração é feita essencialmente no país receptor baseando-se numa duplicidade que muitas vezes é difícil de gerir. Os filhos dos migrantes recorrem às memórias e ao simbolismo para compreenderem as suas origens, fundindo-as com a realidade da sociedade de acolhimento com o intuito de uma adaptação que muitas vezes é forçada. O desconhecimento parcial da sua cultura de origem, a qual foi interiorizada apenas de uma forma superficial contrapõe-se à aceitação forçada da cultura onde cresceram e impõe uma distância rígida entre as duas culturas. Os filhos da segunda geração sentem a pressão que a família exerce esperando que os primeiros perpetuem a tradição e os valores culturais. Existe uma lacuna no passado, nos alicerces culturais que estruturam o indivíduo e que o impedem que cimente o seu presente e o seu futuro. O sentimento de vazio, de não pertença é uma constante nestes jovens que se esforçam por um lado por se manterem ligados às suas raízes e por outro, tentam a todo o custo enveredar por uma cultura que os torne mais facilmente aceites.”*

Também relativamente à religião há mudanças de alguns costumes da tradição chinesa, nomeadamente nos rituais de morte (muitas vezes as pessoas são apenas cremadas e já não queimam as imagens simbólicas dos bens que possuíam em vida).

- *“Quanto mais as pessoas estudam, menos cumprem os rituais, deixam de acreditar em várias coisas que os antigos acreditavam.”*

Relativamente à medicina Han e Chay (2007:149) salientam que *“A ética médica é uma tradição que existe há muito tempo na China. Além das competências que possui, o médico deve também possuir carácter e moral irrepreensíveis.”*

“Para além de não terem educação, muitos parece que não sabem muito.”

A análise da entrevista reflecte também algumas das problemáticas encontradas pelos profissionais de saúde no atendimento a esta população imigrante em Portugal.

F. ENTREVISTA A UMA AMA PORTUGUESA DE CRIANÇA CHINESA

Em entrevista com uma ama portuguesa que tinha a seu cuidado uma criança de origem chinesa (os pais da criança estiveram temporariamente em Portugal, mas decidiram ir para a Austrália), ficámos a saber que é muito importante a educação dos indivíduos do sexo masculino. No que respeita à alimentação não foram colocadas restrições, contudo a criança devia ser vigiada na sua relação com o sexo oposto. O dilema vivido por esta senhora era o de decidir como promover a socialização da criança a seu cargo, respeitando, no entanto, as instruções recebidas do respectivo progenitor.

Em caso de emergência, a ama pode recorrer sempre a um “*tutor*” de quem tem o contacto e que visita a criança com alguma regularidade.

Esta entrevista regista que na comunidade chinesa ainda se mantém a cultura e valorização do filho varão.

A educação dos indivíduos chineses é diferenciada de acordo com o sexo. Os indivíduos devem manter reserva e distanciamento para com o sexo oposto. Por ser maior a responsabilidade social (assente nas tradições culturais que ainda se mantêm, apesar da influência ocidental), os indivíduos do sexo masculino recebem uma educação diferenciada para, mais tarde, poderem amparar, suportar, sustentar e gerir a sua família (seja a dos seus progenitores, seja a dos descendentes ou a que se estende aos membros a quem devem respeito e gratidão).

Talvez se possa perceber por esta atitude, da qual nos apercebemos circunstancialmente, porque compete aos progenitores do sexo masculino o contacto privilegiado com as crianças, em especial com os rapazes. Compete aos progenitores masculinos orientar a educação dos filhos consoante o lugar que irão ocupar na organização social. As mães, contudo, têm atitudes de afecto com as crianças, mas de uma forma discreta. Parece não gostarem de ser observadas publicamente a brincar com as crianças. Esta atitude materna parece-nos coincidir com a tradição milenar de manifestar contenção nas atitudes de afecto e proximidade que é partilhada por ambos os sexos e pela disciplina comportamental de manter uma imagem social de respeito e de dignidade.

A análise da entrevista reflecte que na comunidade chinesa, ainda se mantém na actualidade a cultura do filho varão com uma educação diferenciada para o rapaz.

CONCLUSÃO

Num mundo onde a Multiculturalidade se evidencia cada vez mais e onde conhecer as diferentes formas de agir e de actuar é um imperativo, torna-se indispensável conhecer as particularidades de cada um, realçando os aspectos mais característicos para que possamos compreender melhor os outros e desta forma, conhecermo-nos melhor a nós mesmos.

Ramos (2007:162) chama a atenção para o facto, dizendo que *“é necessário repensar as relações e os modelos de comunicação técnicos de saúde/doente. A um modelo de comunicação técnico de saúde/doente, unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão de um emissor considerado como o possuidor do saber a um receptor passivo, destituído de saber, a um modelo que considera o técnico de saúde como o especialista que transmite os seus conhecimentos técnicos a um simples doente, é necessário contrapor um modelo de comunicação interactivo, que tenha em conta os “saberes” e o contexto sócio-cultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos profissionais de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação entre técnicos de saúde e doente como uma interacção que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos”*.

Da análise dos resultados, verifica-se uma preocupação dos profissionais de saúde em se fazerem entender, não apenas com os utentes em situação de atendimento, mas sobretudo de se “aproximarem” quer dos utentes/doentes, quer dos acompanhantes. Esta preocupação de se tentarem fazer compreender, reflecte-se no facto de recorrerem ao Guia de Atendimento traduzido em Mandarim, elaborado pelos próprios técnicos, e ainda, de reincidirem no processo de validação das orientações que são dadas aos acompanhantes. Esta atitude traduz-se numa evolução da comunicação na relação terapêutica.

Parece no entanto, que os profissionais que atendem a população chinesa infantil estão mais despertados para as diferenças culturais e utilizam com mais frequência o Guia de Atendimento em Mandarim que os profissionais que atendem mulheres na Maternidade. No entanto, seria benéfico o Guia incluir também uma planta do hospital

com os vários serviços devidamente identificados e referência a situações cirúrgicas, segundo a opinião de alguns profissionais entrevistados.

Relativamente ao Guia de Atendimento da Maternidade, os profissionais referem que a razão de não o utilizarem mais frequentemente está em que é composto de frases feitas que não se adequam às situações. O facto de os cuidados contemplados à puérpera e à criança não estarem de acordo com os costumes desta população poderá também ser uma das razões que leva a que o Guia não se torne funcional.

Seria pertinente reformular o Guia de forma a contemplar os costumes da comunidade chinesa relacionados com o nascimento e cuidados à mãe, assim como elaborar uma brochura explicativa destes cuidados e entregue precocemente durante a fase de acolhimento, permitindo colocar dúvidas de forma a evitar que aconteçam situações menos agradáveis em situações em que a mulher está sozinha e não tem forma de se fazer entender ou de compreender o que os técnicos de saúde lhe transmitem.

Relativamente à altura do parto, o facto da mulher evidenciar muito pudor e inibição, estar junto de pessoas desconhecidas e ainda, de não conseguir exprimir-se e de estar numa situação vulnerável, remete-a para o silêncio, acabando por não transmitir aos profissionais de saúde os seus medos e dificuldades. Durante o internamento, depois do bebé nascer, quando são explicados os cuidados de higiene, estes não são bem aceites. Talvez possamos admitir que não será tanto pelo facto de não entenderem aquilo que lhes dizem, mas, por os cuidados que lhes são transmitidos não estarem de acordo com aquilo em que acreditam e com as suas práticas culturais. Se acreditam que o centro da energia está no abdómen e que não devem levantar-se a seguir ao parto nem tomar banho completo durante o primeiro mês, preferem que seja o marido a fazer-lhes os cuidados de higiene e não ir ao duche; se acreditam que o colostro é impuro e só devem amamentar o bebé quando já têm leite, não aceitam quando o enfermeiro, logo a seguir ao nascimento lhes coloca o bebé à mama e lhes diz que deve amamentar o bebé. O que acontece é que muitas mulheres chinesas pedem logo o biberão, o que não é bem entendido pelos profissionais de saúde, uma vez que na nossa cultura a alimentação materna, mesmo o colostro, é considerada da maior importância para a alimentação e desenvolvimento saudável da criança.

Faz sentido citar Ramos (2004:308) quando refere que *“uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a estas explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protectoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os*

medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão.”

Ao Centro de Saúde, e por não irem numa situação aguda, recorre uma população que está legalizada, que frequenta principalmente as consultas de Planeamento Familiar e Vigilância de Saúde Infantil, e em muitos casais, as crianças frequentam as escolas chinesas e já falam português de modo a fazerem-se entender.

A presente investigação deparou-se com um conjunto de dificuldades, naturais num processo desta natureza e que se esperavam, de algum modo. Contudo outras houve que não foram calculadas e surgiram de forma imprevisível e incontornável, o que motivou, como já se referiu, a redefinição dos objectivos do estudo. De entre esses obstáculos passamos a identificar alguns dos mais significativos:

- A comunidade chinesa aparenta ser muito fechada, de difícil acesso, talvez porque a maior parte dos seus elementos não fala a língua portuguesa, nem mesmo a língua inglesa. Coloca-se também a hipótese, tendo em conta a educação de tradições milenares que aposta na contenção comportamental relativamente ao outro, que as suas reservas, silêncios e distanciamentos funcionem como uma forma de auto-preservação, de protecção da sua integridade pessoal, familiar e cultural, à semelhança do que acontece, ainda que com contornos diferenciados, com a comunidade cigana. Os sorrisos que apresentam de simpatia e cordialidade parecem ser meramente funcionais nas relações com os estranhos ao seu meio cultural, mas que, contrariamente à função primordial do sorriso (aproximar um interlocutor), aqui apenas favorece a cortesia, mantendo-se a reserva relacional.

Han e Chay (2007) referem que existem vários tabus na linguagem que devem ser respeitados: questionar a idade e apontar para a pessoa com o dedo enquanto se está a conversar é considerada falta de educação; deve evitar-se chamar a pessoa por “*hei*”, se não sabe o nome deve dirigir-se à pessoa por senhor ou senhora; deve evitar-se utilizar palavras que possam ser mal interpretadas, correndo o risco de parecerem insultos.

A maior parte dos chineses que vivem em Portugal, habitam nos próprios locais de trabalho, ou seja, é nas lojas, restaurantes que desenvolvem todas as suas actividades quotidianas, laborais e familiares – é lá que descansam, que tratam da sua higiene, que educam os seus filhos, trabalham, fazem as refeições e recebem as suas visitas. No contacto com os profissionais de saúde os chineses pouco transmitem sobre os seus costumes, mantendo, a esse respeito, um distanciamento e um sorriso evasivo.

Há ainda a referir a exiguidade do tempo previsto para a investigação ser apenas de 12 meses, o que, no caso em apreço, é manifestamente insuficiente para se obter um nível de trabalho com uma qualidade satisfatória.

Destaca-se, finalmente, a inexperiência do investigador, que redundou no facto de não acautelar algumas situações que ocorreram e que limitaram significativamente o trabalho que se pretendia desenvolver (especialmente no que diz respeito às entrevistas com famílias e/ ou cidadãos de origem chinesa).

Chegados a este ponto da investigação, surge a constatação que seria interessante e necessário, para inferir conclusões, realizar um estudo mais aprofundado e alargado sobre esta temática, realizado em várias instituições e em várias regiões do país.

Tornou-se claro que não é no contacto com esta população, em situações de urgência, que se estabelece um ambiente de proximidade e de confiança que permita a compreensão das diferenças dos costumes. Pensamos que o ideal seria uma abordagem em contexto de Centro de Saúde, no qual as pessoas têm oportunidade de estabelecer alguma relação de confiança, desagravada pelo facto de não estarem numa situação de vulnerabilidade e pelo facto de serem atendidas com alguma continuidade pelos mesmos técnicos. Se estes profissionais se mostrarem disponíveis para perceber as diferenças, também o utente migrante se sente menos ameaçado e desse modo deixa que se estabeleça esse ambiente de confiança necessário no cuidar dos seres humanos. Chamamos a atenção que foi desta forma que se conseguiu a entrevista com uma mulher da comunidade chinesa se bem que, mesmo assim, teve que ser no seu ambiente preferencial.

Tentámos enveredar por uma colheita de dados a nível dos Centros de Saúde da Região de Lisboa, no entanto, a dificuldade em conseguir autorização por parte da sub região de Lisboa e Vale Sul do Tejo, para entrevistar estes profissionais e fazer um acompanhamento na consulta, de modo a passar a ser um elemento aceite por esta comunidade como elemento do Centro de Saúde, inviabilizou esta abordagem.

Esta investigação faz-nos reflectir sobre novas estratégias a implementar nas instituições:

- Realizar seminários para os profissionais de saúde sobre Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde, integrados na formação obrigatória anual da instituição.

- Criar gabinete de apoio a utentes imigrantes/minorias étnicas.

- Construir Guias de Atendimento ajustados às situações mais frequentes.
- Construir dossier para fazer parte dos protocolos dos serviços com a informação mais importante característica das diferentes culturas.
- Recrutar dentro da instituição funcionários/técnicos com conhecimentos sobre outras culturas e aponta-los como elementos participativos nos contactos com utentes provenientes de outras culturas ou de minorias étnicas.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, J. F. P.; JOSÉ, M.(1980) **A Investigação nas Ciências Sociais**. Editorial Presença, Lisboa.
- AMARO, A. M. (1998) **Filhos da Terra**, Instituto Cultural de Macau, Macau.
- AMARO, A. M. (2005) **A Comunidade Chinesa em Portugal - Uma integração silenciosa, laboriosa e quase sempre de sucesso**. ACIME, Boletim Informativo, Junho.
- BARDIN, L. (1997) **Análise de Conteúdo**, Edições 70, Lisboa.
- BOLANDER, V. R.; SORENSEN et al (1998) – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 3ª Edição.
- BLUNDEN, C.; ELVIN, M. (1992) **CHINA Gigante Milenário**. Círculo de Leitores.
- CARMO, A. (1994) **A longa marcha das religiões na China e Macau**. Fundação Macau, Colecção Asianostrá.
- CARMO, A. (2001) **Antropologia das Religiões**. Universidade Aberta, Lisboa.
- CARMO, H. e Ferreira, M. (1998) **Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem**. Universidade Aberta, Lisboa.
- COLLIÉRE, M. F.(1989) Promover a Vida. **Educa**, Lisboa.
- COSTA, F. L. (2004) O contributo das associações para a migração: o caso da comunidade chinesa em Portugal. **Revista Administração**, Direcção dos Serviços de Administração e Função Pública, Nº 56 (2.º de 2002), Volume XV.
- ECO, H. (1984) **Como se faz uma tese em Ciências Humanas**, Editorial Presença, Lisboa.
- ELIADE, M.; Couliano, I. P., (1993) **Dicionário das Religiões**, Publicações D. Quixote, Lisboa.
- ESTRADA, J.(2006) Seminário Saúde Infantil e Pediatria **A Humanização Numa Unidade De Cuidados Intensivos Pediátrico**, Escola Superior de Enfermagem SãoVicente de Paulo, Lisboa.
- FERNANDES, A. S. (2002) **Opinião de professores, alunos e enfermeiros sobre a adaptação do plano curricular de Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Macau ao contexto multicultural de Território**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa.

- FORTIN, M. F. (1999) **O Processo de Investigação — da concepção à realização**. Lusociência, Loures.
- GONÇALVES, A. et al. (2003) «Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção». **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 21, n.º 1 Janeiro/Junho, p. 55- 64.
- HAN E CHAY, (2007) **Cultura Chinesa**, Editora Roca, S. Paulo.
- HELMAN, C. (2003) **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed.
- International Migration Report 2002**, (UNESCO, 2006).
- JONSEN, A. R.(s/d) **Seminário Saúde Infantil e Pediatria**. ESESVP. 19/20 Julho 2006. Lisboa .
- JORGE, A. M. (2004) **Família e Hospitalização da Criança**. (RE)Pensar o cuidar em Enfermagem, Lusodidacta, Loures .
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.(1995) **Técnicas de Pesquisa**, Atlas, São Paulo.
- LEININGER, M. (1998) Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Revista Enfermagem**, nº 10, Lisboa.
- LOPES, L , C (2007) **Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa**, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- LUCKMANN, J.; SORENSEN, K. (1987) **Medical Surgical Nursing: a Psychophysiologic Approach**. W. B. Saunders Company, Filadélfia.
- MANUEL, H. I. B. (2007) **Conhecimentos, Atitudes e Práticas Sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal**, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- MONTEIRO, I. (2005) **Ser Mãe Hindu-Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração**, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- OLIVEIRA, J. R. (1996) **A Instituição Psiquiátrica em Contexto Multicultural O Caso do Hospital Miguel Bombarda**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa.
- PAZ, R. M. (1994) **Artes de Curar Chinesas. Representações Sociais entre os Portugueses em Macau**, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta Internacional da Ásia, Macau.

- PESTANA, M. A. T. (1995) **A formação dos Enfermeiros e a Educação para a Saúde num contexto Multicultural**, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa.
- PINTO, I. M. R. C. (1999) **O Comportamento Cultural dos Macaenses Perante o Nascimento**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta Internacional da Ásia, Macau.
- POLIT, F.; HUNGLER, P. (1995) **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, Editora Artes Médicas, Porto.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (1998) **Manual de investigação em Ciências Sociais**, Gradiva, Lisboa.
- RAMOS, N. (1993) **Maternage en milieu portugais autochtone et immigré de la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique**, Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade René Descartes s. n. v. 1-2. Paris.
- RAMOS, N. (2001) Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra. Ano 35-2, , pp.155-178.
- RAMOS, N. (2004) **Psicologia Clínica e da Saúde**, Universidade Aberta, Lisboa.
- RAMOS, N. (2006) Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectiva de investigação e de intervenção. **Psychologica**, Coimbra. 41, pp.329-350.
- RAMOS, N. (2007) Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. **Psychologica**, Coimbra. 45, pp.147-169.
- RAMOS, N. et al. (2008) **Saúde, Migração e Interculturalidade** - Perspectivas Teóricas e Práticas. Editora Universitária da UFPB, João Pessoa.
- REBELO, M.; MATIAS, C.; MONTEIRO, M. B. (2002) Efeitos da recategorização e da descategorização na redução do enviesamento intergrupar: A perspectiva do desenvolvimento infantil, **Revista Psicologia**, volume XVI, 2, Celta Editora, Oeiras.
- RIBEIRO, J. L.P. (1998) **Psicologia e Saúde**. Lisboa: ISPA, 1ª Edição.
- RIBEIRO, M. J. (2007) **China – Grande Muralha, 21 Maravilhas à volta do Mundo**. Livro 9, Tugaland Edições.
- ROCHA-TRINDADE, M. B. (1995) **Sociologia das Migrações**. Universidade Aberta, Lisboa.
- RUQUOY, D (1997) Situação de entrevista e estratégia do entrevistador, in Albarello, Luc et al., **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Gradiva, Lisboa.

- SOUSA, J. E. (2003) **A Oeste do Paraíso – Os Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Lisboa, Universidade Aberta.
- SOARES, P. F. E. (2003) **A Promoção da Saúde na Infância em contexto multicultural**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.
- STANHOPE, M; LANCASTER (1999) **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência.
- TEIXEIRA, A. C. (1995) **Diáspora e Cultura Empresarial: os empresários da comunidade chinesa em Portugal**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Lisboa, Universidade Aberta.
- TEÓFILO, T. (2003) **Identidade e Reconhecimento: Contributos para o estudo da Comunidade Chinesa de Portimão**. II Pós-Graduação em Multiculturalismo e Gestão de Relações Interculturais, Universidade Independente de Lisboa, Centro de Estudos Multiculturais.
- TRABULO, M. (1998) **Cultura Empresarial na Diáspora, Comunidades chinesas e indianas no comércio e restauração da cidade do Porto**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Porto.

SITES/INTERNET

Ano Novo Chinês, <http://www.terra.com> (26/01/09).

As Escolas do FENG SHUI. <http://www.agapeholos.org>, retirado em 21/07/2007.

A tragédia do filho único: Resumo do documento publicado pela Eglise d'Asie, em Abril de 2001, revista 'MUNDO e MISSÃO' CHINA, <http://www.pime.org>, retirado em 21/07/2007.

ACIME (2006), **Evolução global de residentes estrangeiros em Portugal de 1981 a 2005**. <http://www.acime.gov.pt/>, retirado em 2006/09/16.

CHOW, Y P. – **Chineses mais presentes**. <http://www.diarioeconomico.com> retirado em 2006/09/16.

MARÇAL, R., Os Cinco Elementos na Alimentação Equilibrada. **Caderno Saúde**, Brasil, Editora Ágora, Webmaster@nippo.com.br, retirado em , 13 de Outubro de 2006.

Dec. Lei nº 167 de 2007 do Diário da República, 1ª série - Nº85 - 3 de Maio de 2007, <http://www.ieei.pt>, retirado em 22/07/2007.

Human Rights in China. Information Office of the State Council <http://www.china.org>, retirado em de 21/09/2007.

Imigrantes Asiáticos Portugal como destino. <http://imigrantes.no.sapo.pt> retirado em 22/07/2007.

JESUS,C. (s/d) A grande muralha da China: Vida de formiguinhas. Multiculturalismos 07, **Revista das cadeiras do atelier de jornalismo e cyberjornalismo**, <http://www.FCSH-UNL>, retirado em 2006/09/16.

MENESES, J. P. (s/d) **Chineses não morrem em Portugal; Chineses chegam a Portugal com apoios do seu governo**. <http://www.pontofinalmacao>, retirado em 16/09/2006.

“**Não existem registos oficiais de óbitos**”. “EXPRESSO”,Jornal Tribuna de Macau, Ano IV — Nº 2121, Segunda-Feira, 5 de Junho de 2006,; <http://www.jornaltribunademacauonline>. retirado em 2006/09/16.

NEVES, Céu (2004) **Chineses e guineenses são os que têm mais filhos**. <http://dn.sapo.pt>, retirado em 15/09/2006.

O Pensamento Filosófico Chinês: A Arte Chinesa de Comer e Beber. <http://mundooriental.vilabol.uol.com>, retirado em 22/07/2007.

População estrangeira em Portugal (2005). Instituto Nacional de Estatística Portugal
<http://www.ine.pt> , retirado em 2006/05/04 .

RODRIGUES, C. (s/d) **Medicina Tradicional Chinesa.**
<http://mundooriental.vilabol.uol.com>, retirado em 22/07/2007.

XXIII Conferência Internacional de Lisboa, Sessão temática Prioridades para a Acção Externa de Portugal Relações Bilaterais: **Chinese overseas: actores globais privilegiados para o estabelecimento de parcerias de negócios na República Popular da China.** Luís Boavida . Investigador associado, IEEI, <http://www.ieei.pt> retirado em 22/07/2007.

“**A escrita Chinesa**”. <http://stoa.usp.br>, retirado em 27/07/2008.

Feng Shui. <http://scholar.google.com.br> ,retirado em 27/07/2008.

ROCHA-TRINDADE, M. B. (2005) Relatório-Projecto, **The Chinese Business Communities In Portugal**, Instituto de Estudos Estratégicos e Internacionais, Universidade Aberta, Lisboa.

http://ieei.pt/files/Comunidades_Chinesas_Relatorio_FCT_5.pdf , 31/07/2008

ANEXOS

ANEXO I
LEI ORGÂNICA
DO
ALTO COMISSARIADO PARA EMIGRAÇÃO E
DIÁLOGO INTERCULTURAL

ANEXO II

GUIÃO DA ENTREVISTA

AOS TÉCNICOS DE SAÚDE

ANEXO III

GUIÃO DA ENTREVISTA

A FAMÍLIA CHINESA

ANEXO IV

**GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA TRIAGEM NA
URGÊNCIA DE PEDIATRIA – DIRIGIDO À
POPULAÇÃO CHINESA**

ANEXO V

GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DIRIGIDO À POPULAÇÃO CHINESA

ANEXO VI

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO VII

DADOS ESTATÍSTICOS DE REGISTO DE
ATENDIMENTO DO HOSPITAL DE D.
ESTEFÂNIA DE 2002 A 2006

ANEXO VIII

CARTAZES DE SAÚDE PÚBLICA NA CHINA

CURIOSIDADES

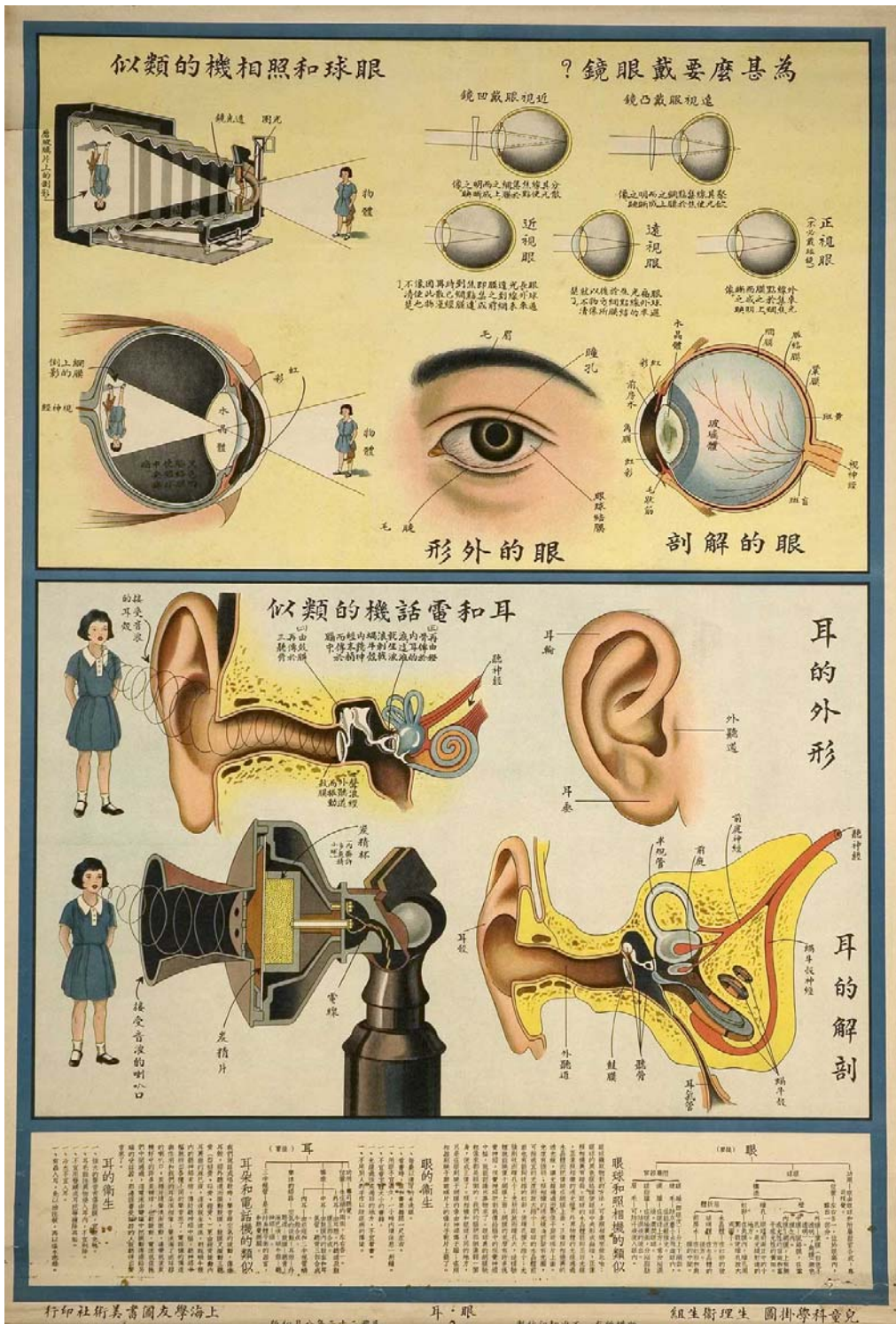
No site da Natyonal Library of Medicine – History of Medicine (<http://www.nlm.nih.gov/hmd/chinese/posters/prevention.html>) encontra-se uma coleção de Posters de Saúde Pública Chinesa, de Educação e Prevenção de várias doenças, datados desde 1930.

Estes posters, dirigidos principalmente à população rural, reflectem a preocupação de esclarecer as pessoas sobre o funcionamento do seu corpo, perceberem como prevenir as doenças, como se transmitem, os seus sintomas, cuidados a ter com os medicamentos, envolvendo ainda nesta campanha, a escola como instrumento activo, na Educação para a Saúde.

ANEXO VIII – a

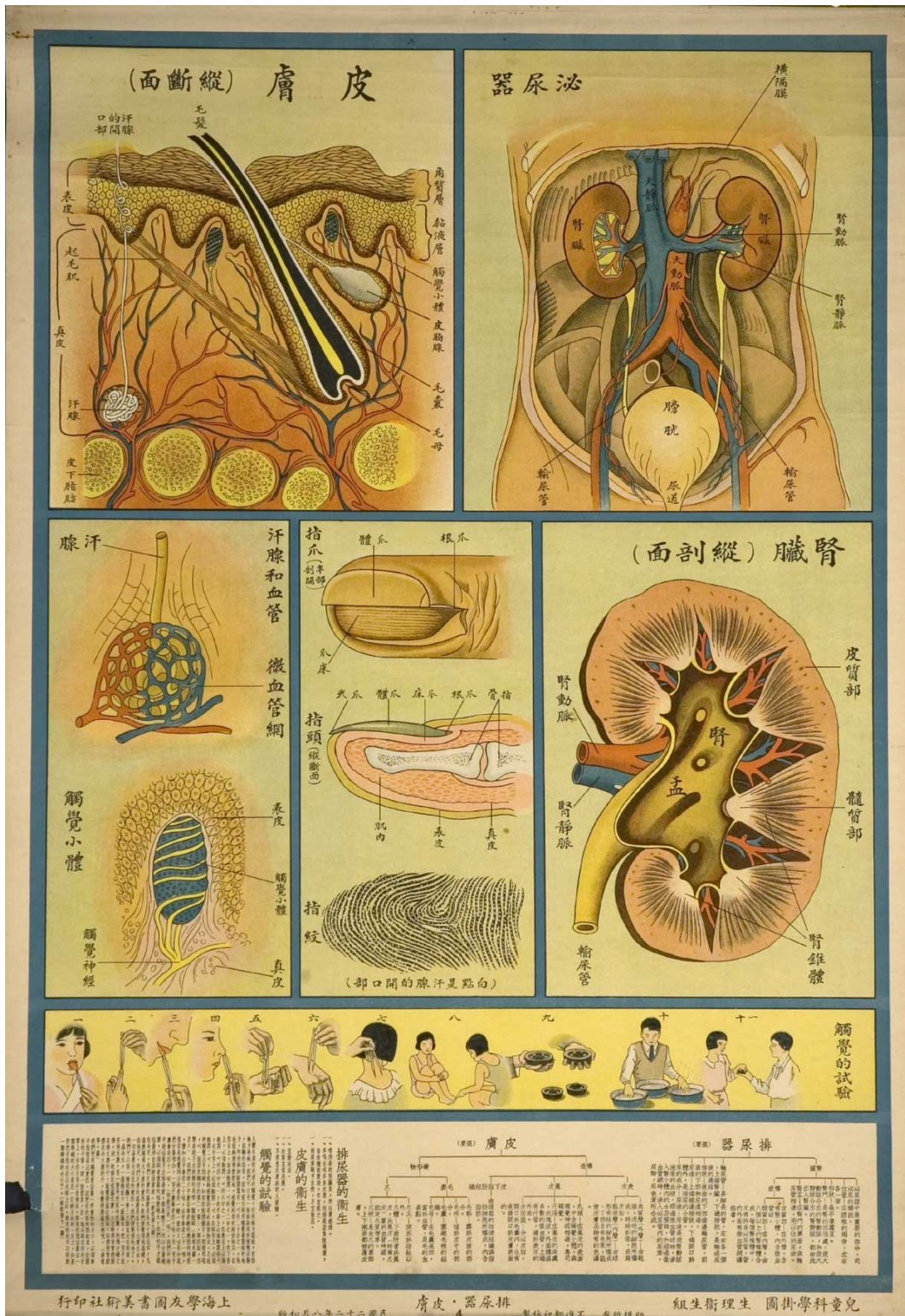
COMPREENDER O CORPO

Figura 2 – O Olho



O olho é como um telefone e o olho é como uma máquina fotográfica 1933.

Figura 4 - Pele, Sistema urinário e Rim



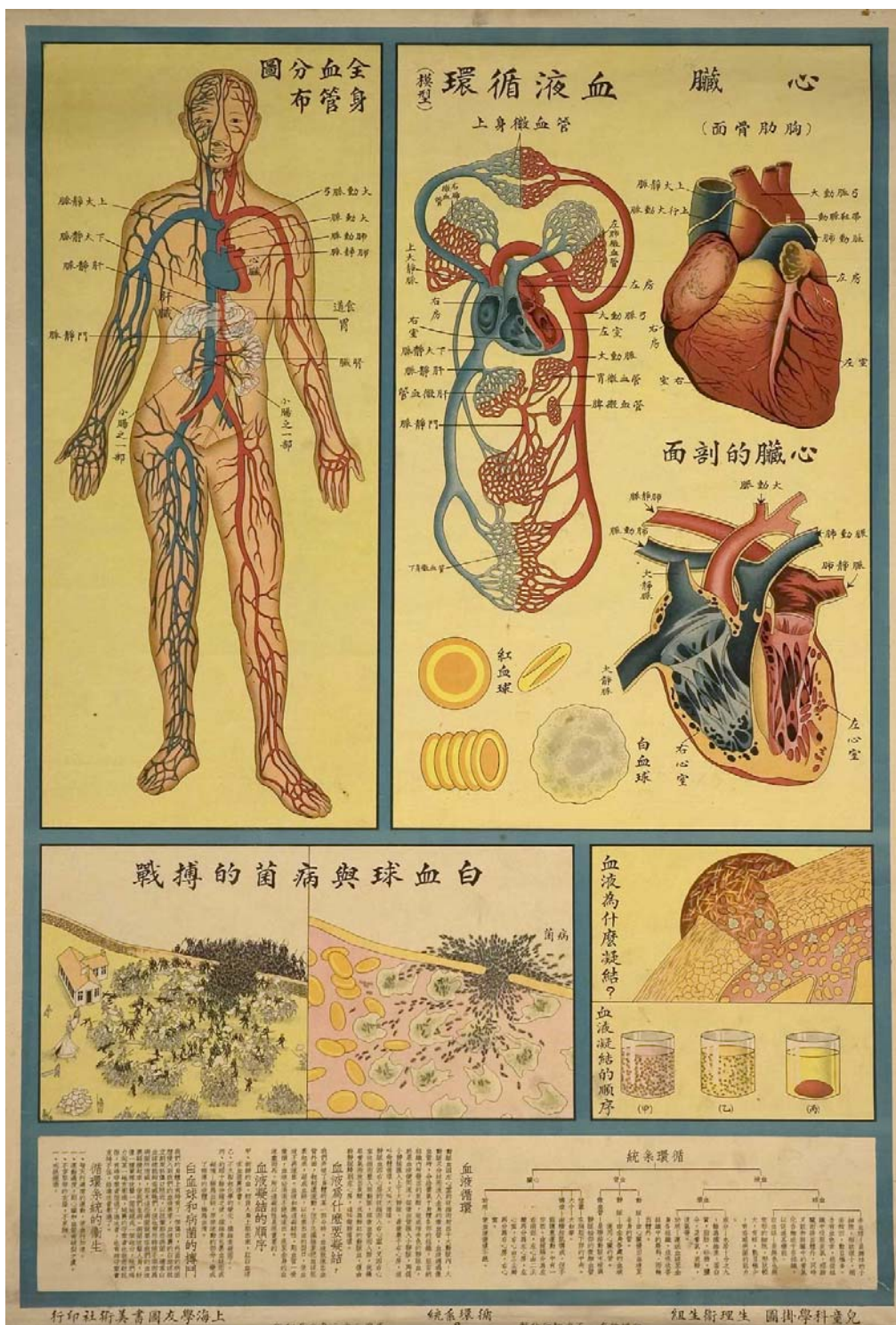
Pele, sistema urinário e rim, 1933

Figura 5 - Pulmões e Exercícios Respiratórios



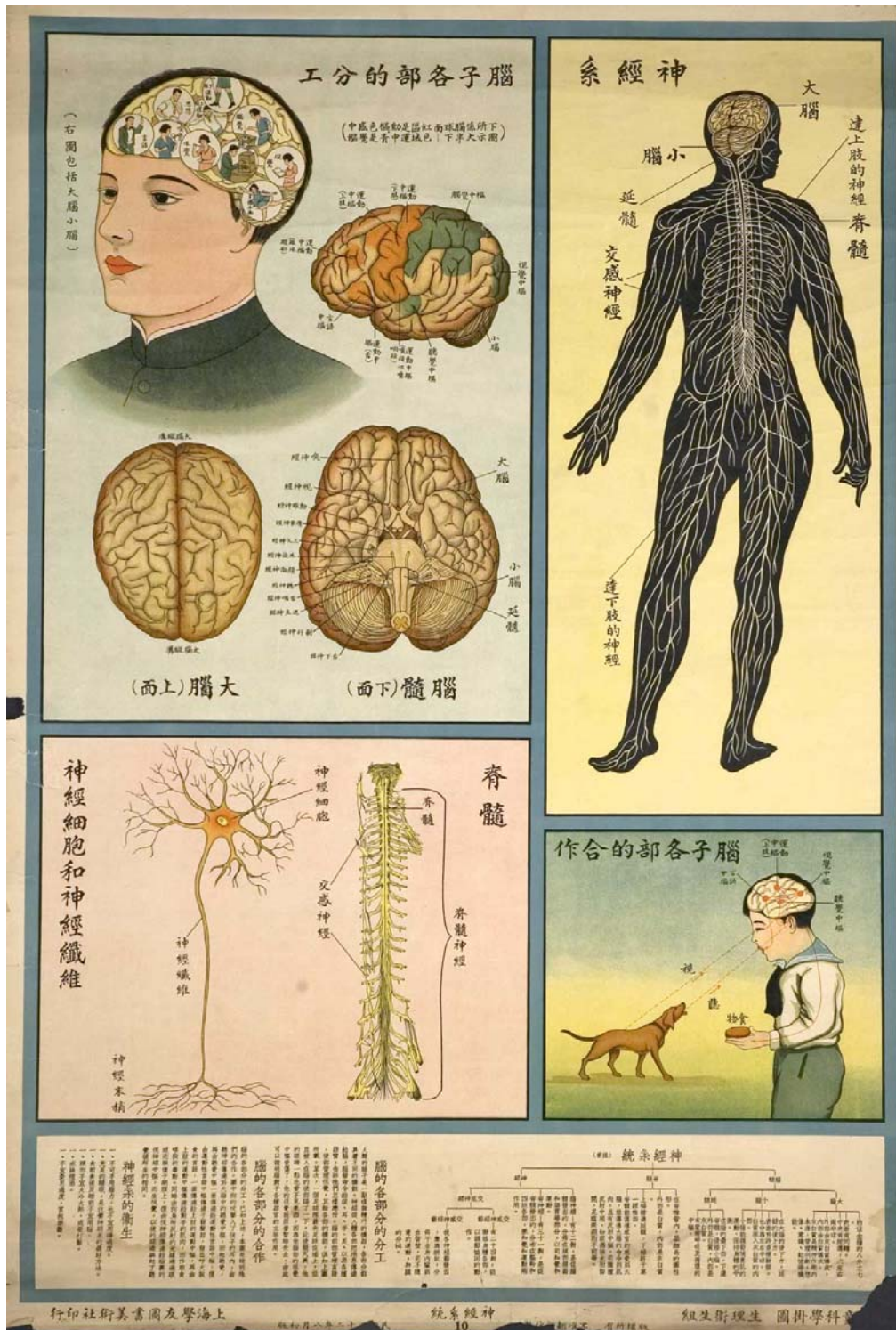
Pulmões e exercícios respiratórios, 1933

Figura 6 - Coração, Sistema circulatório e Veias



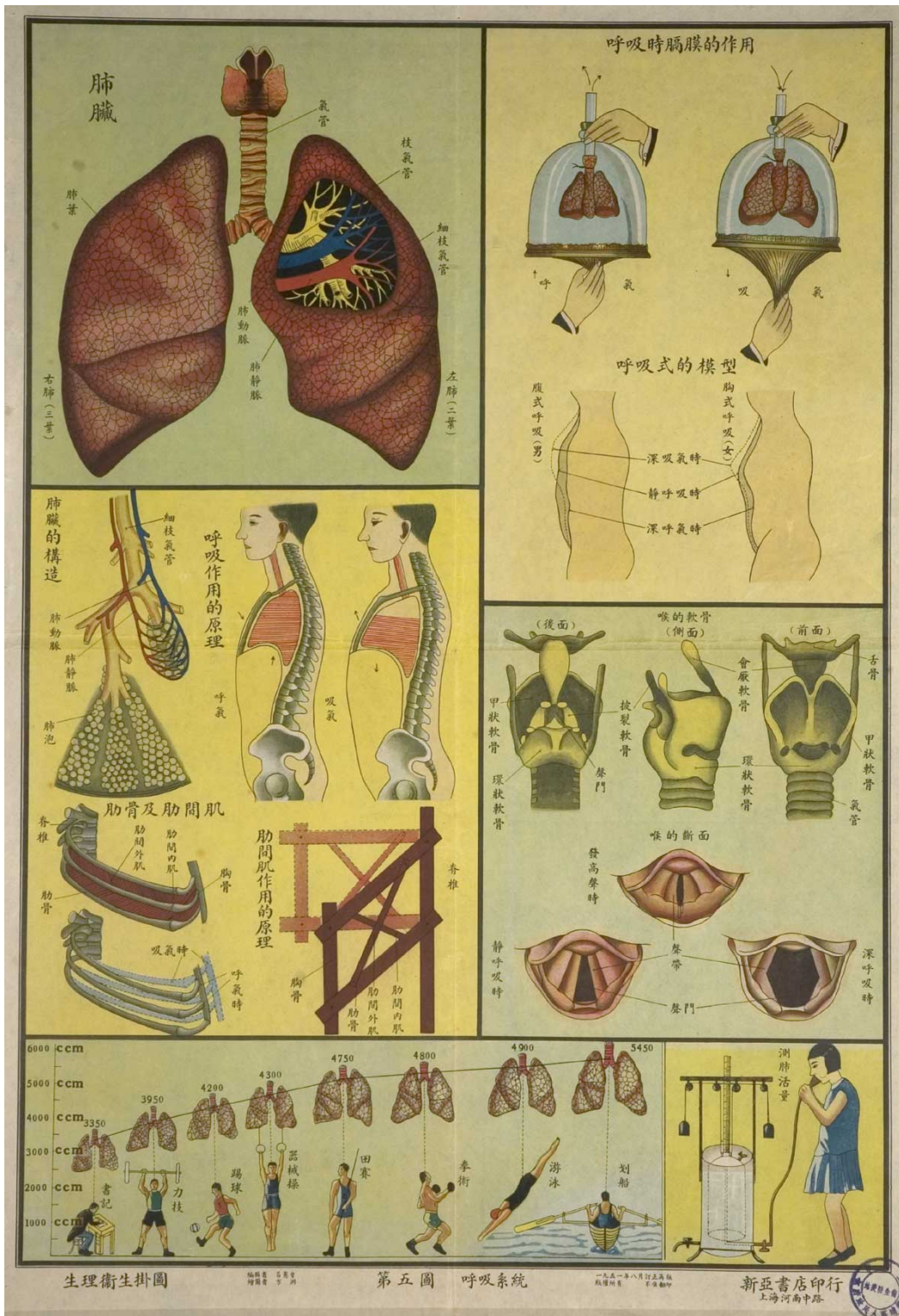
Coração, sistema circulatório e veias, 1933

Figura 7 - Cérebro, Sistema nervoso e Medula espinal



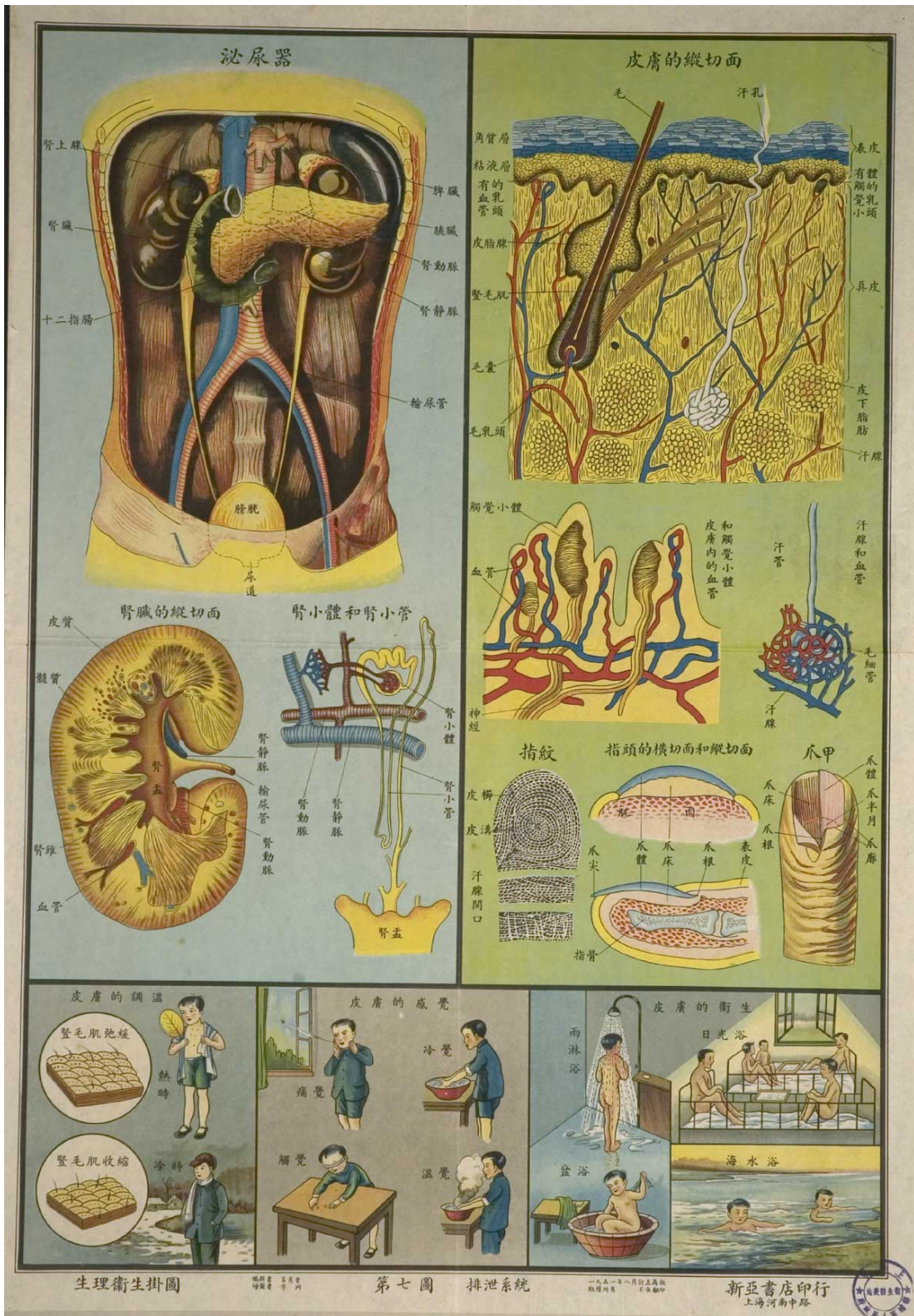
Cérebro, sistema nervoso e medula espinal, 1933.

Figura 9 - Sistema respiratório



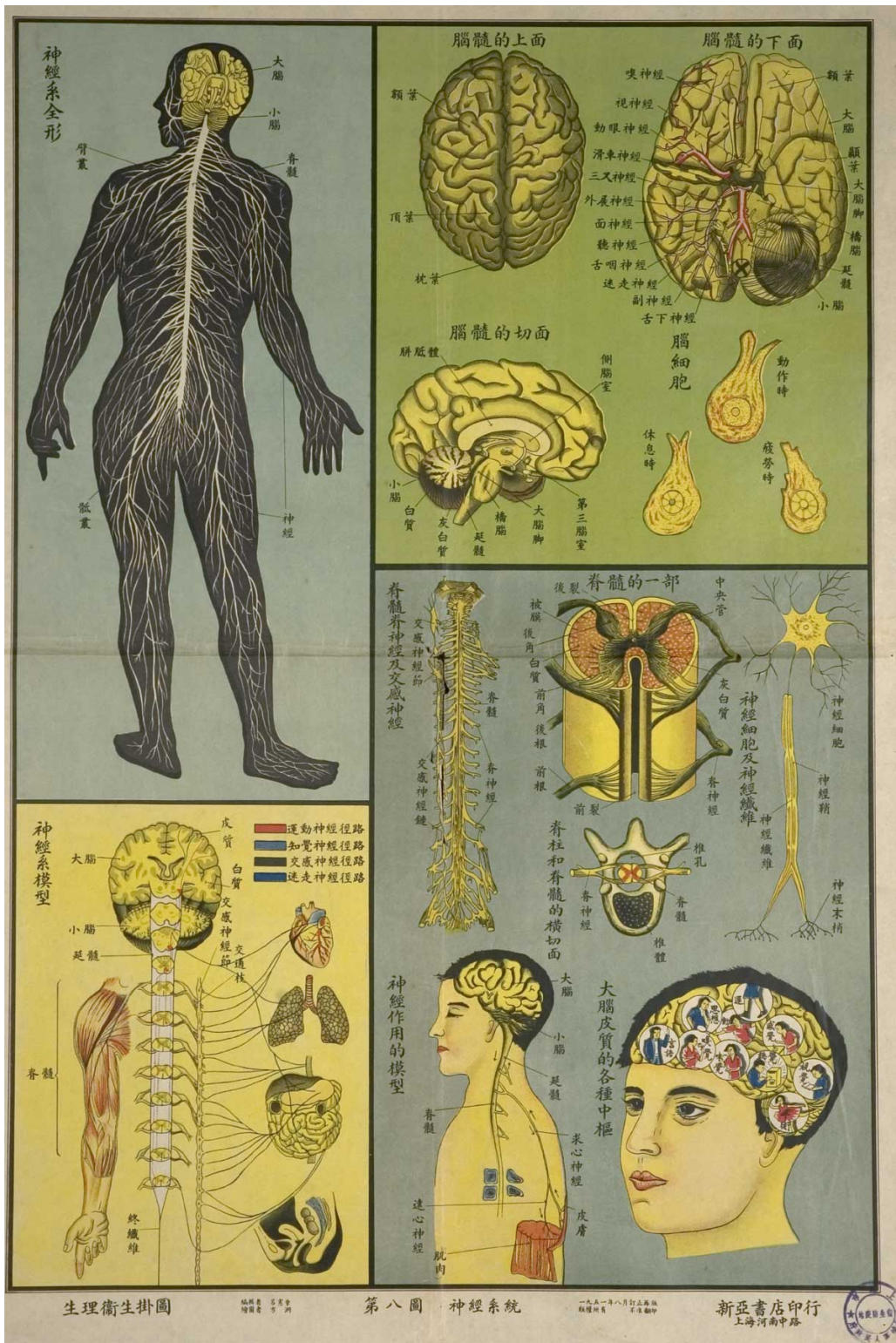
Sistema respiratório, 1951

Figura 10 - Sistema excretor



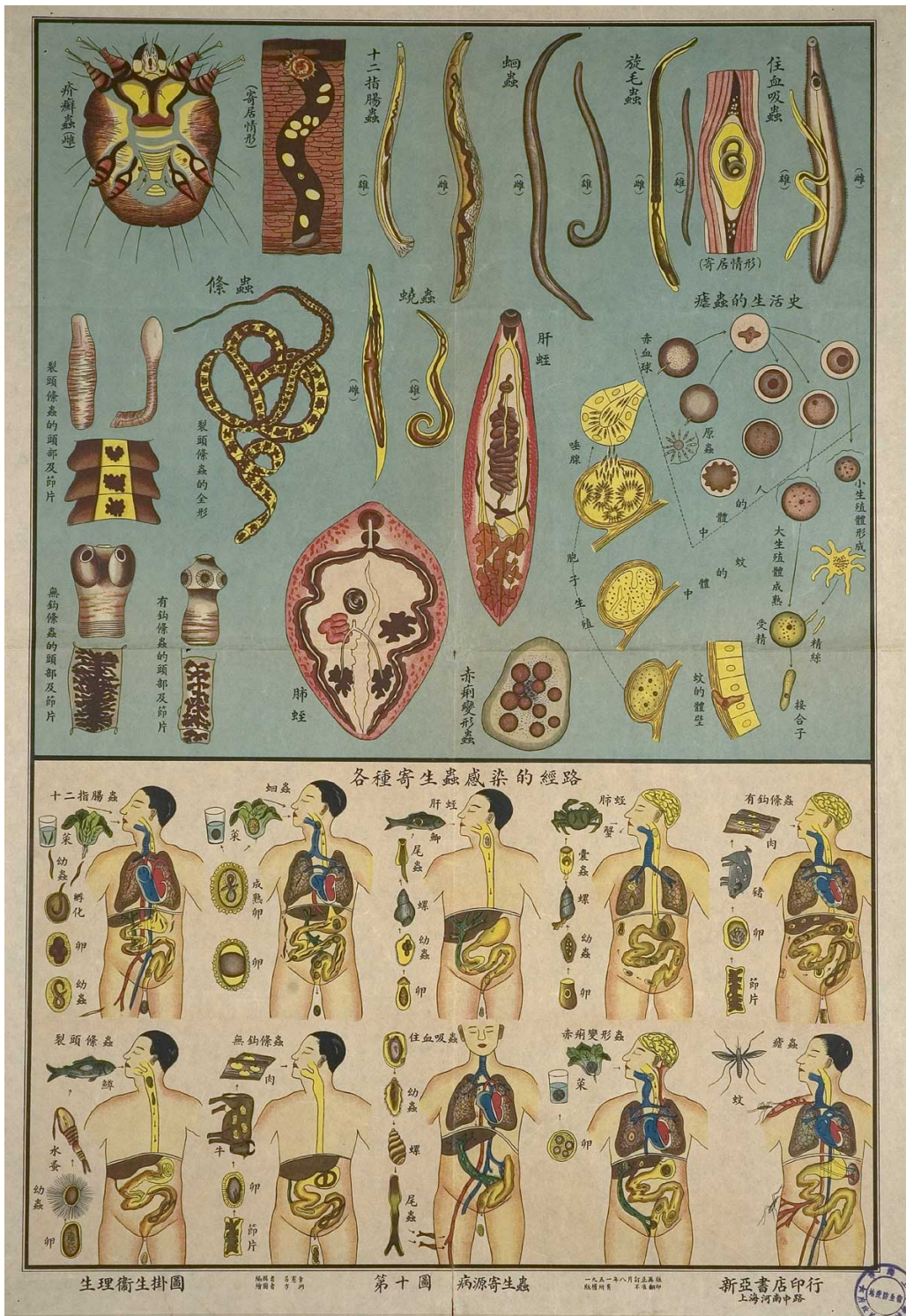
Sistema excretor, 1951

Figura 11 - Sistema nervoso



Sistema nervoso, 1951

Figura 12 - Parasitas patogénicos



Parasitas patogénicos, 1951

ANEXO VIII – b

EDUCAÇÃO PARA CRIANÇAS SOBRE HIGIENE

Figura 1- Educação para a Saúde em Espaços Públicos



Eu não desenho nas paredes públicas e não deito cascas de fruta e papel para o chão

1950

Figura 2- Lavagem das Mãos



Lava as tuas mãos antes das refeições e depois de ir à casa de banho, 1935

Figura 3 – Prevenção de Doenças



Tapa-te bem com os cobertores durante o sono, 1935

Figura 4 - Educação para a Saúde em Casa



Mantém o teu quarto limpo –limpa o pó e varre, 1935

Figura 5 – Estimulação de Hábitos Saudáveis



Lavo a cara, escovo os dentes, lavo as mãos , antes das refeições, e bochecho a boca depois das refeições, 1950

Figura 6 – Estimulação de Hábitos Saudáveis



Brinco frequentemente ao ar livre, 1950

Figura 7 – Prevenção de Doenças

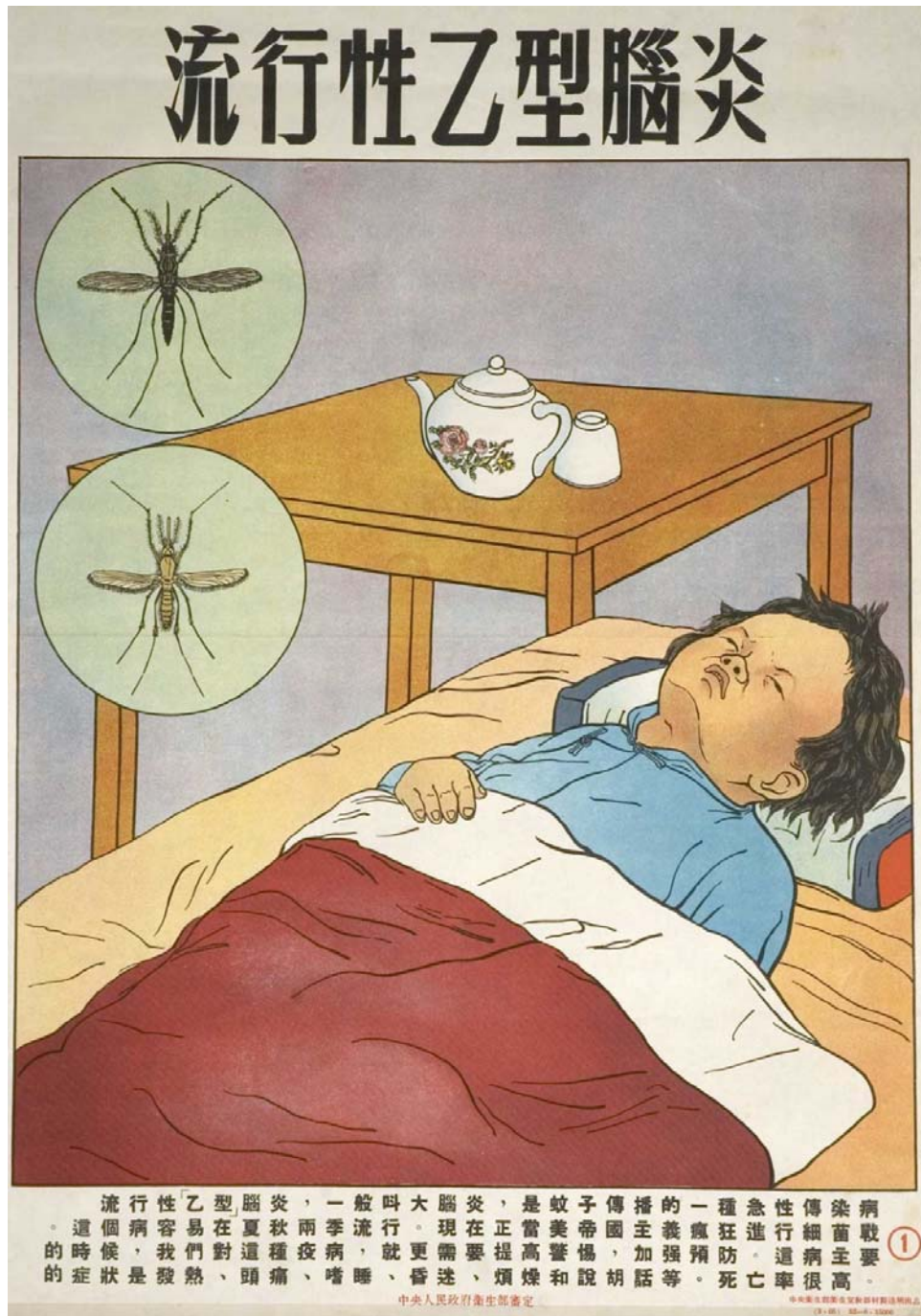


Tapo a boca quando tusso e cuspo no escarrador, 1950

ANEXO VIII – c

DOENÇAS

Figura 1 – Sintomas de Meningite



Meningite B e seus sintomas, 1952

Figura 2 – Prevenção de Doenças

預防血吸蟲病

血吸蟲病就是俗說的「大肚子病」、「水鼓眼」，是一種叫「血吸蟲」的寄生蟲，寄生在人體內而引起的。患這種病的人，糞便裏含有蟲子的卵。如果把含有卵的糞便倒在水裏，卵就能孵出幼蟲(毛蚴)，鑽到釘螺體內長大，不多日子，就變成長有尾巴的幼蟲(尾蚴)，在水裏游動。遇到人在水裏，淘米、洗菜、洗衣、游泳的時候，就從人的皮膚鑽進來，寄生在腸子和肝的血管裏，使人瀉肚便血、肝脾腫大、肚子膨脹、骨瘦如柴，不能勞動以致死亡。



多多開井，使用井水，減少給血吸蟲幼蟲鑽透皮膚的機會。



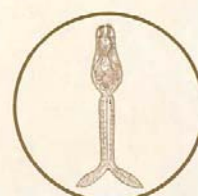
血吸蟲
雌蟲和雄蟲合抱在一起。



血吸蟲卵



釘螺



尾蚴



不用耕種土地，把屎糞裝在一起，糞漲熱了，就可以殺死糞便裏的蟲卵。



每年開溝時，把溝裏的釘螺，深深埋入土中，打緊打平兩岸，不讓整爬出來。



流行地區的人有了病，要及早去檢查糞便；早治早好，又預防了傳染。

中華人民共和國衛生部編印

Para prevenir a febre do caracol, 1954

Figura 3 – Prevenção de Doenças

預防黑熱病

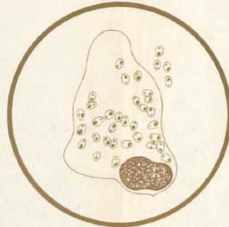
黑熱病就是俗說的「瘧塊病」、「大瘡病」，是由一種叫做白蛉子的小飛蟲傳播的寄生蟲病。白蛉子咬人吸血的時候，把一種非常小的蟲子（黑熱病原蟲），從病人血裏吸來，注入健康人體內。這種蟲子就在人的肝、脾、骨髓裏寄生，使人發燒、皮膚發黑、肝脾腫大、消瘦無力，身體日益衰弱。



患了黑熱病，就要及早到防治所治療。治好了自己，就不會再傳給別人。



白蛉子



黑熱病原蟲



黑熱病原蟲毛體



噴洒六六六或滴滴涕，消滅白蛉子。



白蛉子喜歡在陰暗的地方隱蔽，在潮濕疏鬆的土地上產卵。所以要常開窗通風透光，保持室內明亮乾燥，並把鬆軟的土地混合石灰壓平。



房屋的門窗要裝上細紗、或掛上細網眼的紗帳，不讓白蛉子飛入，減少傳播機會。

中華人民共和國衛生部編印
中央人民日報衛生部宣傳部編印
1954年11月15日出版
（上海）

Para prevenir a peste negra, 1954

Figura 4 – Prevenção de Doenças

預防瘧疾與血絲蟲病

瘧疾與血絲蟲病，都是蚊子傳播的寄生蟲病。瘧疾是瘧蚊傳播的。瘧蚊在叮人吸血的時候，把一種非常小的、從病人的血裏吸來的、叫做「瘧原蟲」的寄生蟲，傳給健康人，使人發冷發熱。日子一久，人就消瘦無力，不能下地生產。

血絲蟲病是家蚊傳播的。家蚊在叮人吸血的時候，把一種像絲線樣的寄生蟲，從病人身上傳給健康人。人傳上這種病，開始發作是使人發熱發冷，撒白米湯樣的尿，後來大腿腫得像象腿一樣粗，也有的是陰囊腫大起來，身體衰弱，無力勞動。



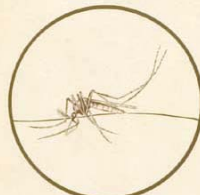
填平窪地、水坑，使蚊蟲無地孳生。消滅掉蚊子，就預防了疾病。



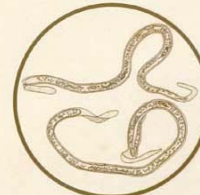
瘧蚊



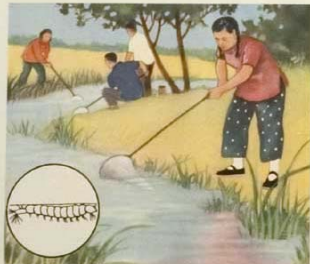
瘧原蟲



家蚊



血絲蟲



打撈子不(眼頭蟲、沙蟲)，不讓蚊子的幼蟲生長。



噴洒六六六、滴滴涕，殺滅成蚊。



房屋裝裝紗門紗窗，床上懸掛蚊帳，避免傳染機會。

中央人民政府衛生部宣傳部編印 中國人民日報社印刷 1954年10月

Para prevenir a malária, 1954

Figura 5 – Vias de Transmissão das Doenças

圖二 鈎虫卵怎样到土壤上去变成幼虫



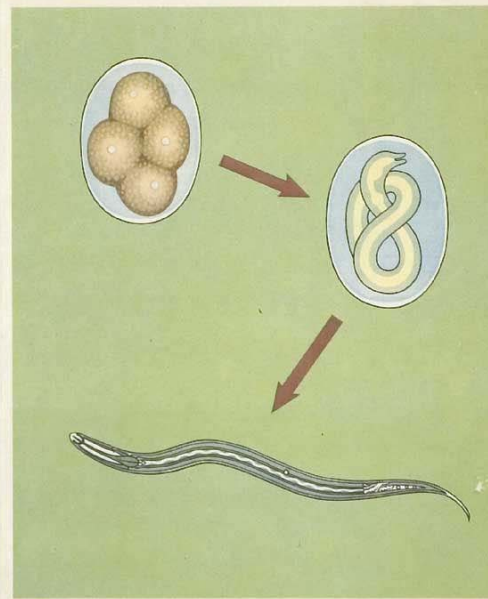
(1) 用新糞施肥,把虫卵散播开来。



(2) 病人随地大便,虫卵散在地面上。



(3) 猪、狗等吃了人糞,再到处拉屎,把虫卵帶开去。



(4) 落在地面上的虫卵,能够孵出幼虫來。

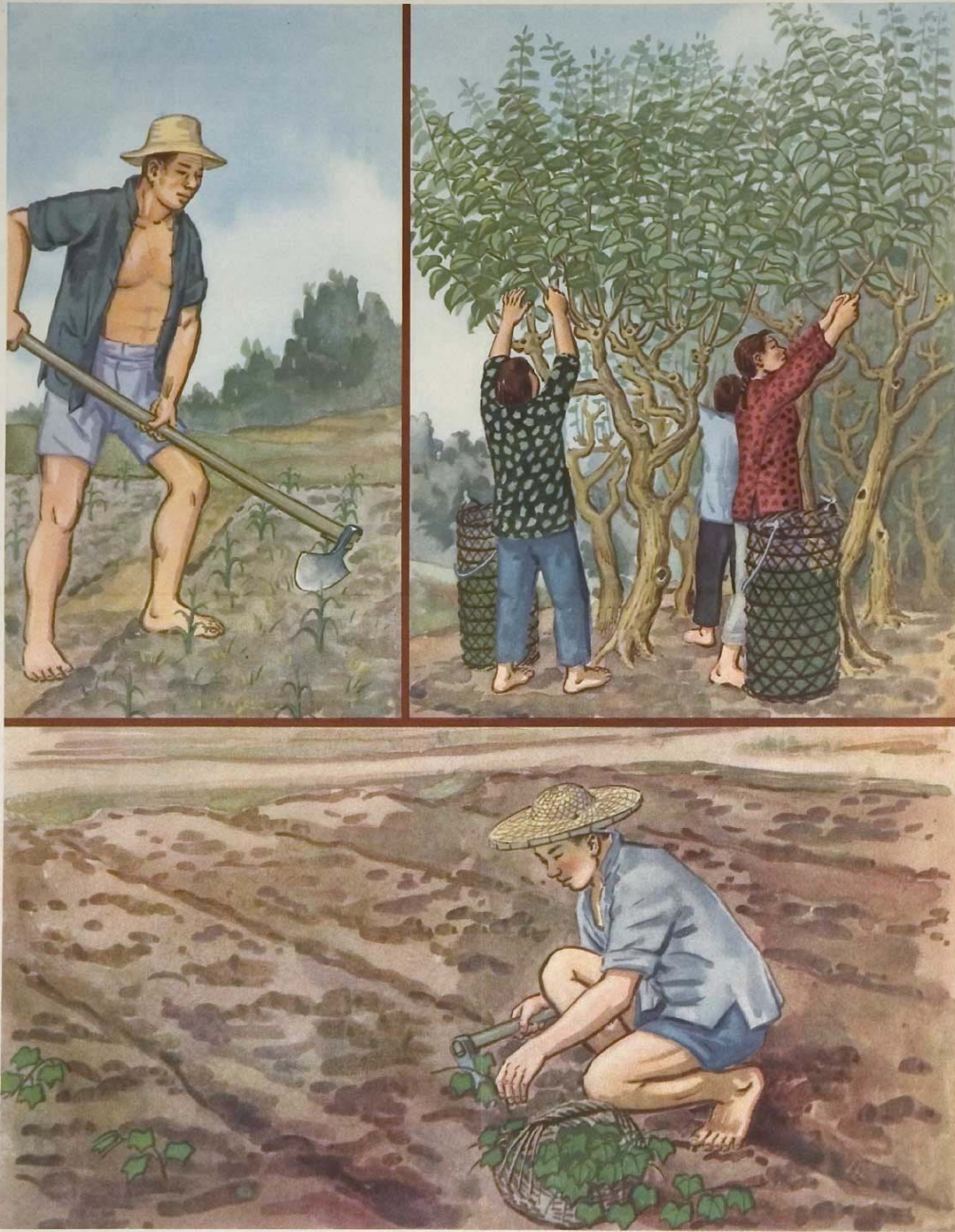
預防鈎虫特效藥 浙江省科學技術委員會編 李國霖 汪子宜繪 上海衛生出版社出版 華一印刷廠印刷 新華書店上海發行所經銷 統一書號:14120·200 開本:787×1092 1/4 印張:4 1957年6月第1版——第1次印刷 印數:1—2,000 定額:1.50元

Como os ovos de parasitas das fezes se transformam em pequenos parasitas no solo,

1957

Figura 6 – Vias de Transmissão das Doenças

圖三 幼虫怎样侵入人体 (一)



在旱地作物的土地上除草、移苗或采桑等劳动时，泥土中的幼虫可以鑽穿皮膚，進入人体。

图三幼虫侵入图 浙江省科学技术普及协会编 章振霖 汪子立绘 上海人民出版社出版 华一印刷厂印刷 新华书店上海发行所总经售 统一书号 14120·200 开本：787×1092 1/4 印张：4 1957年6月第1版——第1次印刷 印数：1—2,000 定价：1.30元

Como os parasitas bebés se introduzem no corpo humano, 1957

Figura 7 – Sintomas

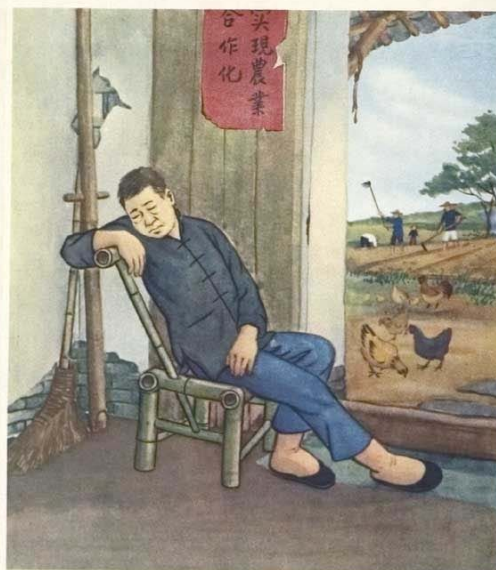
圖五 得了鉤虫病有什么病狀



(1) 手足發生痒疹 (俗称: 糞毒、肥塊、糞尿疙瘩等)。



(2) 心跳、气急、乏力。

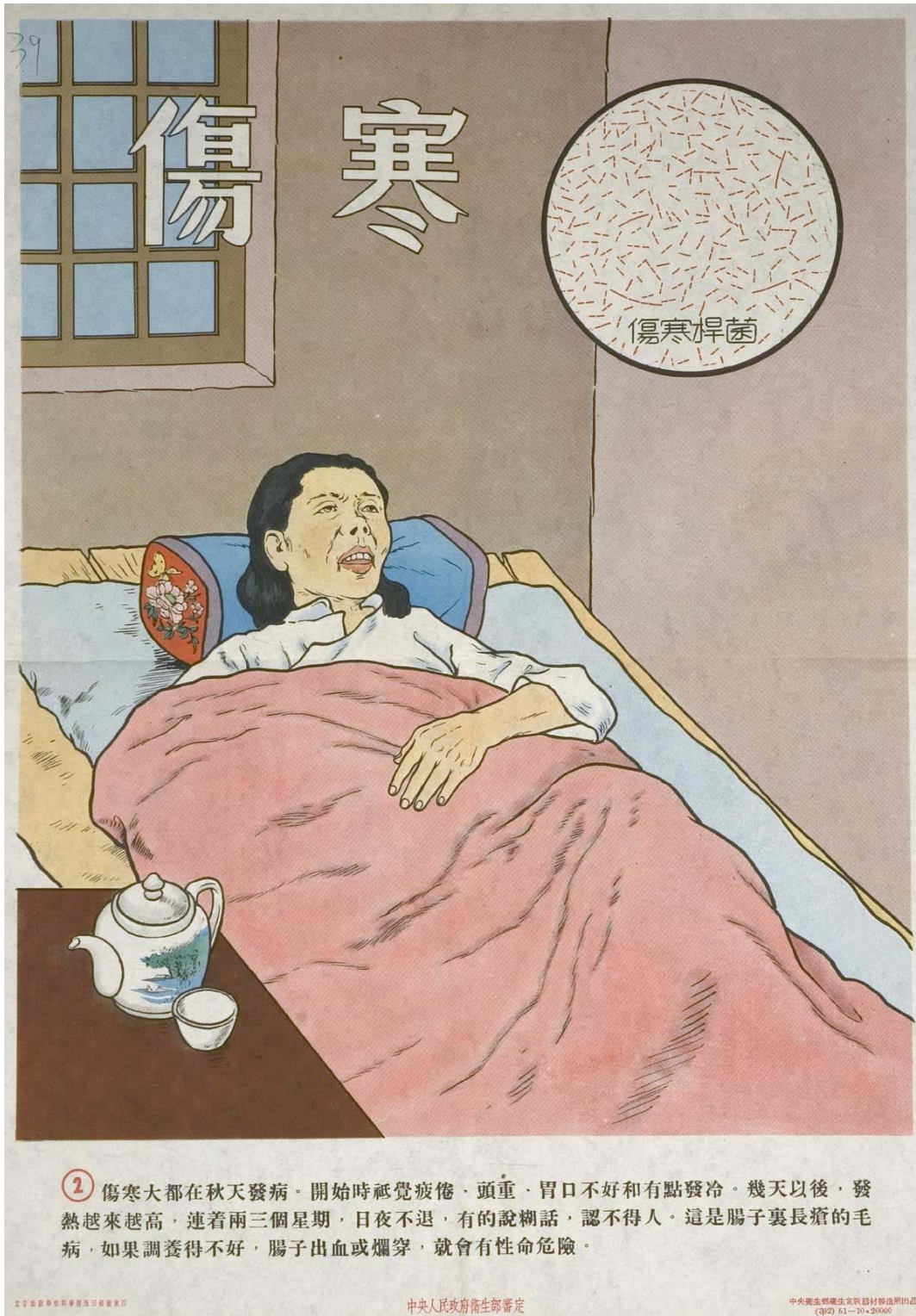


(3) 貧血、浮腫、面孔蠟黃。

預防科資料部 浙江省科學技術普及協會編 章國霖 汪子夏繪 上海衛生出版社出版 華一印刷廠印刷 新華書店上海發行所總經售 書號: 14120·200 開本: 787×1092 1/4 印張: 4 1957年6月第1版——第1次印刷 印數: 1—2,000 定價: 1.50元

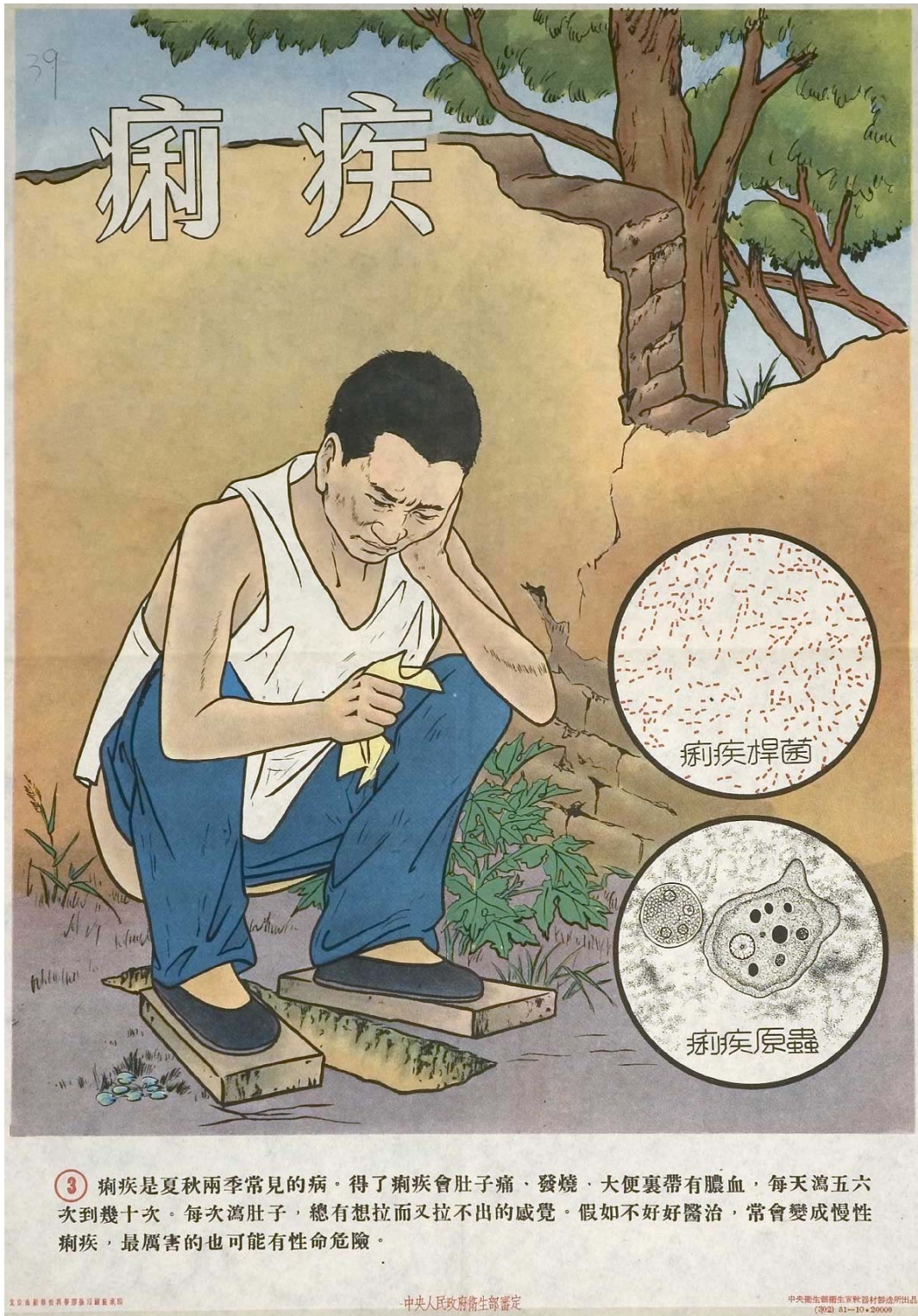
Sintomas que tens quando sofres de doença dos parasitas, 1957

Figura 8 – Sintomas



Febre tifóide, 1951

Figura 9 – Sintomas



Diarrea, 1951

Figura 10 – Educação em Saúde



Pais e professores devem tomar atenção à saúde dentária das crianças em parceria com os médicos, 1957

Figura 11 – Vacinas



Vem fazer depressa a vacina da BCG, 1965

ANEXO VIII – d

CONSELHOS SOBRE MEDICAMENTOS

Figura 1 – Aspirina



Conselhos sobre Aspirinas, 1935

Figura 2 – Veramon



Conselhos sobre Veramon, 1940

Figura 3 – Publicidade de Medicamentos

人人動手 消滅四害

老鼠

傳佈疾病
破壞建築物
盜食糧食
估計全國每年被鼠咬食糧約3億5千萬斤。
把東西貯藏好，清除垃圾，斷絕鼠糧。
把東西貯藏好，清除垃圾，斷絕鼠糧。

麻雀

破壞庄稼
耗損糧食
一隻麻雀1日吃的糧食
一年約吃穀子三升。
晚上捕雀...
可用電筒照射，牠們見光後嚇得不敢動
就可以捕捉，應注意不要發出聲響。

蒼蠅

傳佈傷寒
痢疾霍亂等病
下蛋後三天成蛆，十天成蛹，再過四五天就成蒼蠅。
食物加罩
隨時撲滅蒼蠅

蚊子

傳佈瘧疾
流行性乙型腦
炎絲蟲病等。
卵 孑孓 蛹 成虫
疏通溝渠
拔除雜草
可以減少蚊蟲生長。

鼠夾捕鼠
誘餌常更換
插到老鼠後，鼠夾要開水沖洗，或用水燒過。

晚上捕雀
可用電筒照射，牠們見光後嚇得不敢動
就可以捕捉，應注意不要發出聲響。

管好糞便
清除垃圾
食物加罩
隨時撲滅蒼蠅

疏通溝渠
拔除雜草
可以減少蚊蟲生長。

挖洞捕鼠
在洞外堆到鼠洞
後用油泥填到去
鼠窩，可以得到
一窩老鼠。
堵塞鼠洞
在屋內找到鼠洞，
用碎磚小石堵塞再
用石灰泥或粘草泥
封好。

網捕法
膠粘法
用松香和桐油或菜子油
熬成膠，塗在網上，
麻雀飛來，就被粘住。

挖蛹
取斷紅香泥
一次團圓的泥
土，挖到五寸
深，發覺蛆
就消滅它。
堅土...
仔細所露紅香泥
的泥土打緊，可使
蛆不能生長。

在屋內噴
氣态乙炔
翻缸倒罐，去積積。

注意個人衛生 保持身體健康

國營中國醫藥公司上海採購供應站包銷

艾羅補汁

適應
神經衰弱

中法藥膏

適應：癩症濕疹

公私合營
上海中法製藥廠出品
上海中法藥廠

每天按時吃飯 飯後休息片刻
即使哺有嬰兒 也要規定時間

生外內有細菌 一定要喝開水
早晨下田工作 最好帶上毒蟲

規定時間睡覺 要睡足八小時
破曉時負重 預防貧血受涼

適於天氣變化 隨時增加衣
平時經常鍛煉 預防傷風咳嗽

常常洗澡換衣 常常理髮洗頭
指甲要常修剪 防止皮膚疾病

注意營養衛生 保持身體健康
有病及早醫治 病後加意調養

國營中國醫藥公司上海採購供應站包銷

媽媽多

催乳劑

應用範圍
乳母之
催乳劑

公私合營
上海中法製藥廠出品
上海中法藥廠

實地廣告(196)第12號 35年加8005大時

Cartaz de saúde e publicidade farmacêutica para tratamento das quatro pestes, 1956