

Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde

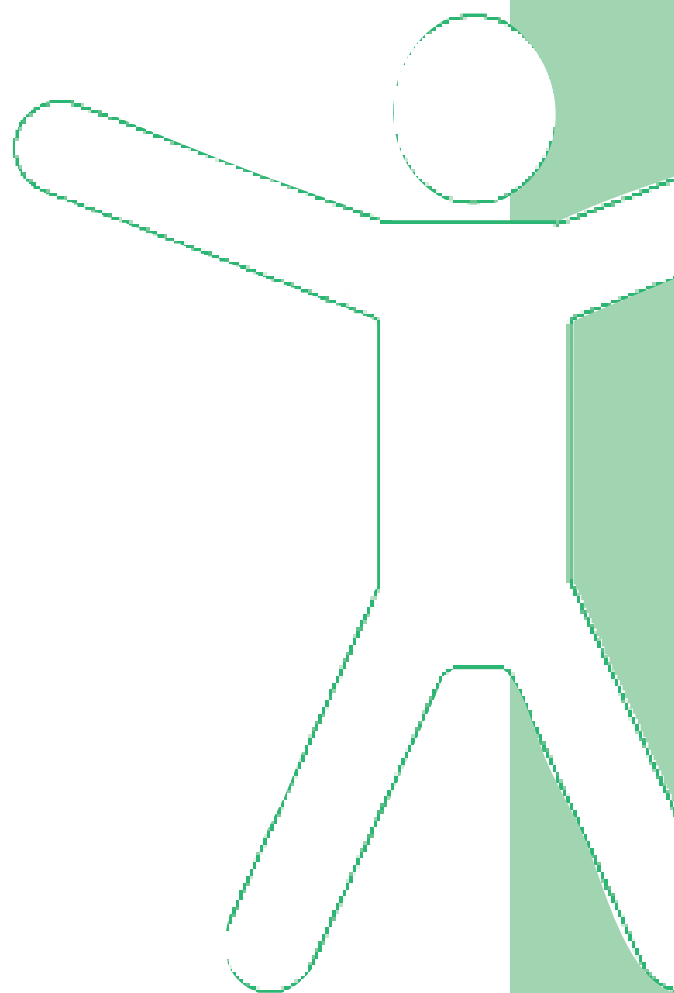
Cigana nos Serviços de Saúde

Guia para a Intervenção com a Comunidade





Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde



Published by:

Fundación Secretariado Gitano

Ahijones, s/n – 28018 Madrid

Tel.: 91 422 09 60

Fax: 91 422 09 61

E-mail: fsg@gitanos.org

Internet: www.gitanos.org

Designed and printed:

A.D.I.

I.S.B.N.: xxxxxxxxx

Depósito legal:

© **FSG**

Madrid 2007

“O presente documento foi financiado pela Comissão Europeia. A publicação é da autoria da REAPN e a Comissão europeia não tem qualquer responsabilidade no seu conteúdo e pelo uso que possa ser feito do mesmo”..

Apresentação	5
Introdução	7
Uma aproximação à Cultura Cigana	9
A população cigana na Europa	11
A população cigana em Portugal	13
A Comunidade Cigana e a Saúde	19
Considerações Básicas.	21
Percepção da Saúde	22
O sistema nacional de saúde e a população cigana	29
Glossário de termos sobre a cultura cigana	47
Anexos	51
Bibliografia	69

Apresentação

O presente manual foi elaborado no âmbito do projecto Sastipen “Redução das Desigualdades de Saúde nas Comunidades Ciganas”, financiado por DG SANGO – Comissão Europeia (2005-2006). O projecto foi desenvolvido em 9 países pelas seguintes entidades: Azienda USL5 Pisa (Itália); Coordinamiento Nazionale Comunità di Accoglienza - CNCA (Itália); Efxini Poli (Grécia); Initiative for Health Foundation (Bulgária); Khetanipe for the Roma Unity Association (Hungria); Democratic Change Slovakia - PDCS (Eslováquia); Rede Europeia Anti-Pobreza – REAPN (Portugal); Roma Centre for Social Intervention and Studies - Roma CRISS (Roménia); o governo da República Checa – Comissário para os Direitos Humanos (República Checa); Health for Roma Foundation (Bulgária) e Fundación Secretariado Gitano (Espanha) como o coordenador do projecto.

A população Cigana dos países envolvidos caracterizam-se por padrões de vida deficitários, particularmente em relação à saúde, fazendo com que esta minoria seja vulnerável às doenças que foram erradicadas da sociedade maioritária. A erradicação das desigualdades de saúde apresentadas pelas Comunidades Ciganas deve constar na agenda política para garantir os

direitos humanos dos cidadãos europeus. Assim, o projecto visa recolher informação sobre a situação actual das Comunidades Ciganas relativamente à saúde, comparando com a situação da sociedade maioritária no sentido de definir um conjunto de recomendações e estratégias de intervenção dirigidas aos responsáveis pelas decisões; identificando as principais causas; nomeadamente o inadequado acesso da população cigana aos serviços de saúde, o uso inadequado destes serviços devido aos hábitos culturais com vista a planificar formação e a mobilizar as principais partes interessadas, analisando as causas socio-económicas e ambientais em detrimento dos padrões de saúde e o papel dos líderes da comunidade, dos mediadores sociais e das mulheres ciganas na promoção da saúde com vista a adquirir um conjunto de capacidades e conhecimentos fundamentais.

Desta forma, gostaríamos de agradecer à Comissão Europeia para a concretização do nosso objectivo em reduzir as desigualdades de saúde apresentadas pelas Comunidades Ciganas na Europa e promover a melhoria da situação actual de saúde nestas comunidades.

Introdução

A Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal (REAPN) vem desenvolvendo, desde Fevereiro de 2005, o Projecto “SASTIPEN: Redução das Desigualdades de Saúde nas Comunidades Ciganas”. Este projecto integra-se no âmbito do Programa Europeu de Saúde Pública (2003-2008) e tem como principal objectivo melhorar a qualidade de vida e de saúde das comunidades ciganas, reduzindo as desigualdades que estas comunidades apresentam através de um conjunto de acções/recomendações e de uma estratégia de saúde integrada e intersectorial. Trata-se de uma parceria transnacional (Espanha, Portugal, Grécia, Itália, Bulgária, Roménia, Hungria, Eslováquia e República Checa), composta por entidades cuja área de intervenção incide nas comunidades ciganas.

No âmbito de um conjunto alargado de actividades, o projecto compreende a **elaboração do Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde**. A saúde é um indicador importante de desigualdades nas comunidades ciganas, de qualidade de vida e de participação na sociedade civil como cidadãos de pleno direito. As condições de carência sócio-económica, os déficits educativos, as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, as deficiências no cuidado de saúde e da sua qualidade de vida, são elementos que situam os ciganos entre os grupos mais vulneráveis da União Europeia.

A elaboração deste guia responde, assim, à necessidade de minimizar as desigualdades de saúde das comunidades ciganas, principalmente, ao nível da acessibilidade aos bens e recursos que os serviços de saúde dispõem. A pertinência desta questão, na qual estão envolvidos todos os profissionais (profissionais de saúde, administrativos, entre outros) exige a necessidade de implementar e articular medidas de acção, de forma a assegurar que todas as pessoas ciganas que acedem ao sistema de saúde

recebam um tratamento igual e culturalmente adequado às suas necessidades específicas.

Assim, o objectivo deste manual é **oferecer aos diferentes profissionais do sistema de saúde, um conjunto de recomendações, que orientem a sua intervenção em relação aos pacientes da etnia cigana**. Pretendemos com este guia contribuir para o **desenvolvimento de serviços de saúde culturalmente adequados à população cigana no sentido de satisfazer os principais cuidados de saúde, reconhecendo e respeitando a sua identidade cultural**.

Pretende-se, igualmente, suprimir a existência de um conjunto de ideias pré-concebidas e generalizadas que influenciam negativamente a intervenção com a população cigana, como por exemplo:

- Os ciganos são um povo marginalizado
- A população cigana é uma ameaça para os serviços de saúde
- Não se pode oferecer um tratamento específico às comunidades ciganas

Estes preconceitos e estereótipos, consequência do desconhecimento sobre os valores sociais e culturais da comunidade cigana, provocam numerosos conflitos que surgem quando as pessoas ciganas acedem aos serviços de saúde. Ao longo deste guia, apresentamos um conjunto de elementos e recursos que contribuem para a eliminação de certos preconceitos assim como um conjunto de orientações práticas que devem ser implementadas nestes serviços.

Os conteúdos que apresentamos estruturam-se em torno de três capítulos claramente diferenciados:

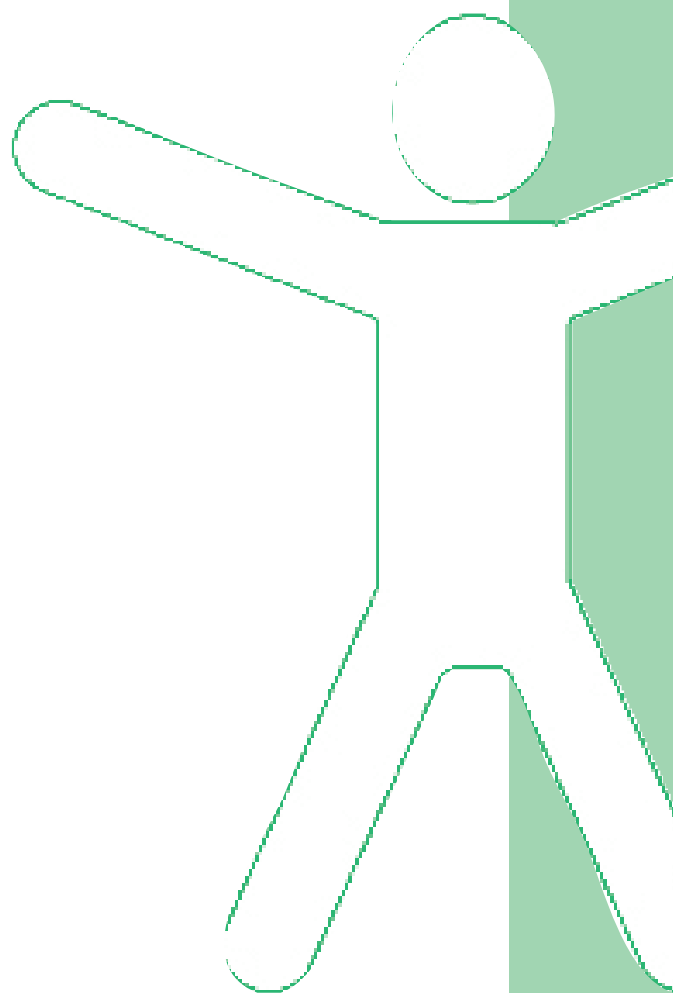
- Capítulo I: análise sócio-cultural da situação actual e das características das comunidades ciganas. Destacam-se, particularmente, os aspectos culturais e ambientais relacionados com a saúde destas comunidades.
- Capítulo II: proposta de actuação para os serviços de saúde. Trata-se de orientações que não afectam a prática terapêutica dos profissionais de saúde, mas têm uma grande influência no sucesso dos tratamentos e na prevenção de possíveis conflitos.
- Capítulo III: boas práticas de actuação tendo por base experiências realizadas a nível nacional

Em relação à utilização do presente manual é imprescindível ter em consideração as seguintes premissas:

- Como se trata de um documento global e integrado a sua utilização exige uma leitura e uma compreensão de todos os elementos que se apresentam.
- Não se deve interpretar como uma carga extra de trabalho para os profissionais de saúde, mas sim como um instrumento de melhoria da sua prática profissional considerando a influencia que tem os factores sociais e culturais na doença e na relação com os utentes do sistema de saúde.
- Não se deve generalizar a ideia de paternalismo ou de favoritismo da comunidade cigana. Parte-se da situação de desigualdade em que vivem as comunidades ciganas e que têm os mesmos direitos e deveres que o resto dos cidadãos da sociedade maioritária.
- Temos consciência das limitações do sistema de saúde e dos seus profissionais, mas também que é possível a integração de boas práticas de acção, no sentido de melhorar a relação existente entre os intervenientes e minimizar as desigualdades de saúde.



Uma aproximação à Cultura Cigana



A população cigana na Europa

Origem

O povo Rom está presente na Europa há muito tempo. Chegaram entre os séculos XIV e XV principalmente a Espanha, Portugal, França, Alemanha, Rússia, Roménia e Hungria. Apesar de possuir uma identidade cultural comum, a população cigana na Europa não é um grupo unitário, mas sim diversos grupos (comunidades). Esta heterogeneidade, que se verifica em cada um dos países e entre as suas diversas regiões, deve-se a adaptações diferenciadas aos países de acolhimento e aos diferentes processos migratórios que tiveram lugar quando saíram do lugar geográfico de origem (a zona do Punjab na Índia). Alguns dos seus costumes resistiram à cultura dos países hóspedes como, por exemplo, os ritmos e os bailes folclóricos, assim como algumas palavras da sua língua originária – o ROMANÓ.

A população cigana, devido ao seu carácter de povo errante e nómada e às especificidades culturais que apresentam, sempre vitimas de perseguições e sofreram situações de escravatura. Esta história de discriminação conduziu a múltiplas situações de pobreza e exclusão social que muitas das comunidades ciganas vivenciam ainda actualmente, e que os situa entre os grupos mais vulneráveis e mais pobres da Europa (exclusão que se acentua nos países mais pobres do continente e nos antigos estados comunistas). Não será assim de estranhar, as relações conflituosas existentes entre os ciganos e não ciganos ao longo do tempo.

Situação actual das Comunidades Ciganas

A população cigana é a principal minoria étnica europeia. Estima-se que, na actualidade, vivem na Europa entre sete e nove mil milhões de pessoas ciganas, das quais, cerca de 2/3 habitam nos países centrais e de leste. A maioria desta população concentra-se nos países candidatos à adesão e nos membros mais recentes da

União Europeia, tais como Roménia (cerca de dois milhões e meio), Hungria (600.000), Bulgária (perto de 500.000), Republica Eslovaca (cerca de 400.000) e Republica Checa (cerca de 300.000). Antes da adesão dos novos países à União Europeia, em Maio de 2004, a Espanha, com mais de 650.000 ciganos, era o país da União Europeia com maior número de ciganos.

O relatório “A situação dos Ciganos na União Europeia Alargada” publicado pela Comissão Europeia em Novembro de 2004¹, apresenta os principais elementos no que diz respeito aos ciganos nas seguintes áreas:

Educação:

Em muitos países, existe uma tendência para a segregação estabelecida entre as crianças ciganas e não ciganas e pelo facto das crianças não beneficiarem de um serviço educativo adequado. Apesar das crianças ciga-

¹ Situação dos Ciganos na União Europeia Alargada, U.E, 2004. Este relatório encontra-se disponível em várias línguas e no seguinte site: http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights

nas serem incluídas nas escolas “normalizadas”, estas dispõem de poucos meios para reconhecer as suas especificidades, existindo fortes riscos de *ghetização*. No domínio da formação ao longo da vida, constata-se uma ausência, nos Estados-membros, da identificação dos ciganos como grupo-alvo político e, conseqüentemente, de medidas e estratégias direccionadas para este grupo;

Emprego:

Na estratégia europeia de emprego, a questão da raça e da etnia não foram alvo de uma atenção particular, apesar de ser evidente que existe discriminação no mercado de emprego devido à pertença étnica e que a discriminação racial constitui um obstáculo significativo no acesso ao mercado de emprego. Poucos Estados-membros identificam as comunidades ciganas como destinatários específicos nos seus planos nacionais de acção para o emprego e isto apesar da taxa de desemprego entre estes grupos continuar a rondar os 80% em alguns países. Os ciganos são, igualmente, confrontados com importantes obstáculos no acesso ao mercado de emprego e são, à partida, mais vulneráveis a situações de desemprego.

Habitação:

Esta área é sensivelmente a menos desenvolvida no âmbito da política da União Europeia. No entanto, desempenha um dos papéis mais importantes no processo de inclusão social dos ciganos e de outras minorias étnicas excluídas. A este nível, os ciganos continuam a viver sem as condições mínimas de habitabilidade, salubridade e higiene (designadamente sem electricidade, água potável e rede de esgotos) e encontram-se em bairros sociais periféricos e em barracas, o que acentua ainda mais a sua situação de

marginalização e, conseqüentemente, de exclusão social.

Serviços de saúde:

A pobreza e as más condições de habitabilidade destas comunidades, associadas à discriminação persistente nos serviços de saúde, levam a uma incidência considerável de algumas doenças, designadamente a tuberculose e a hepatite. A marginalização das comunidades ciganas, as suas condições socio-económicas e a dificuldade de acesso às estruturas de informação, de educação e de saúde pública, fazem com que estas comunidades sejam particularmente vulneráveis ao consumo e ao tráfico de drogas, com um acesso muito limitado aos organismos adequados de recuperação e tratamento.

Questões Gerais:

- Os sistemas de protecção social na Europa permitem que os ciganos não participem no sistema de segurança, quer deliberadamente, quer por negligência. Existem evidências de que se aplicam medidas discriminatórias relativamente às ajudas sociais dos ciganos.
- Um problema comum a toda a Europa é a falta de documentação sobre as comunidades ciganas, nomeadamente no que diz respeito às certidões de nascimento, de casamento e de residência. Esta situação provoca alguns problemas no acesso aos serviços sociais.
- No que respeita ao género, muitas mulheres enfrentam uma dupla discriminação e, conseqüentemente, baixos níveis de acesso à saúde, à educação e a outros serviços. Dado o papel da mulher na educação dos seus filhos, esta situação é particularmente preocupante.

A população cigana em Portugal

Dados demográficos

Apesar do reconhecimento geral das vulnerabilidades que caracterizam estas comunidades, constata-se a inexistência de dados e indicadores no âmbito dos indivíduos pertencentes às comunidades ciganas. De facto, os dados quantitativos sobre a população cigana são de difícil obtenção, já que não só não existem estudos extensivos com preocupações de recenseamento dos habitantes portugueses pertencentes à comunidade cigana, como por outro lado, as fontes institucionais pertencentes ao estado, que dispõem de dispositivos que poderiam recolher essa informação, recusam com base na Constituição Portuguesa, qualquer tipo de recenseamento ou registo que especifique a etnia, a raça ou a cor. Desta forma, sobre estas comunidades há uma lacuna de informação, sobretudo no que diz respeito a dados quantificáveis fiáveis. Esta situação favorece o desconhecimento sobre o modo de vida destas comunidades, dificultando o estabelecimento de pontes/laços sociais com esta comunidade com características específicas e que permanece afastada da sociedade maioritária. Este facto dificulta a obtenção de um conhecimento exacto sobre o número de ciganos que existe no nosso país.

Em termos de contextualização geral, verificamos que as primeiras referências sobre a presença de comunidades ciganas em Portugal datam do século XV. Actualmente, e apesar do enorme grau de incerteza e de imprecisão, os números oscilam entre os 30.000 e os 90.000 ciganos portugueses². No entanto, o SOS Racismo, através de um

2 Segundo a Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância são entre 50 000 e 60 000 ciganos existentes em Portugal. Second Report on Portugal, European Comisión Against and Intolerante, Adoptado em 20 de Março de 2002, Estrasburgo, 4 de Novembro de 2002, p.21

inquérito realizado junto das Câmaras Municipais e de outras entidades (2001) apenas conseguiram apurar um número total de 21 831. O mesmo estudo conclui que as comunidades ciganas estão especialmente concentradas no litoral e nas zonas fronteiriças, com especial concentração em Lisboa, concluindo que 31% dos ciganos vivem em situação precária, especialmente nos distritos de Viana do Castelo, Castelo Branco, Coimbra e Évora.³

Segundo o estudo da Alexandra Castro⁴, são cerca de 20 mil ciganos⁵ existentes em Portugal Continental, sendo o distrito do Porto o que concentra um maior número absoluto de ciganos (2268), seguido dos distritos de Lisboa (1882), Faro (1688), Braga (1566) e Aveiro (1536).

Mas todas as estatísticas encontradas são meras aproximações à realidade, visto que como já foi referido, os ciganos são considerados cidadãos portugueses que não podem, para nenhum efeito, ser identificados de forma distintiva em relação aos restantes cidadãos.

Segundo o relatório ECRI (Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância) para Portugal, as questões relacionadas com o racismo e a intolerância estão a conseguir alguns avanços. No entanto, ainda são visíveis

3 "Sastipen ta li – Saúde e Liberdade, Ciganos – Números, abordagens e realidades", SOS Racismo, Lisboa, 2001, p.22

4 O levantamento de dados foi efectuado no âmbito de um projecto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SAPIENS/POCIT) em 2004 – Os Ciganos vistos pelos outros: proximidade social em espaços de coexistencia Inter.-ética.

5 Relativamente a estes dados deve-se ter presente que 96 concelhos não disponibilizaram informação. Por isso estes dados não podem ser considerados exaustivos.

algumas práticas de discriminação ao nível das comunidades ciganas.

Situação actual

Em Portugal, as comunidades ciganas são um dos grupos mais afectados por fenómenos de pobreza e de exclusão social e no qual persistem muitos preconceitos e estereótipos, sendo por isso pertinente em qualquer intervenção ter presente as suas especificidades culturais, económicas e sociais. As condições precárias de habitação, as baixas qualificações escolares e profissionais, e a dificuldade de acesso à maioria dos bens e serviços de saúde, emprego, educação e formação, entre outras carências, marcam a vida nestas comunidades onde a pobreza tende a perdurar e a transmitir-se de geração em geração. A situação actual da população cigana portuguesa pode resumir-se nos seguintes itens:

Educação:

Os ciganos apresentam taxas de abandono e insucesso escolar elevadas e manifestam problemas de adaptação ao sistema de ensino. Alguns autores defendem que o insucesso e o absentismo escolar das crianças ciganas podem ser explicados por dois elementos: por um lado, o isomorfismo e o etnocentrismo que caracteriza a escola, enquanto lugar privilegiado de preparação para o trabalho, na medida em que apresenta formas de funcionamento que em nada se adaptam à forma de estar e à cultura dos ciganos, designadamente: as jornadas de trabalho; os horários fixos; a divisão do trabalho; as competências individuais e a disciplina. Por outro lado, a formação de professores em Portugal não inclui qualquer tipo de disciplina que contemple as questões da multiculturalidade, não estando muitos deles preparados para enfrentar a diversidade dos seus alunos. De igual modo, a própria cultura dos ciganos, e como consequência do que ficou dito anteriormente, conduz ao seu isolamento e à resistência face às comu-

nidades escolares, tendo como principais argumentos a manutenção dos seus hábitos, tradições e costumes, não facilitando o acesso das crianças à escola, particularmente no caso das crianças de sexo feminino.

Emprego:

Em relação à sua situação perante o trabalho existem, hoje em dia, alguns sinais claros da necessidade e da emergência de uma adaptação ao presente e ao futuro próximo, bem como de um reforço de competências entretanto adquiridas que não são de menosprezar⁶, através da formação profissional. Criaram-se novas expectativas de vida e novas e legítimas aspirações. Embora, por um lado sejamos tentados a pensar que estas aspirações, que recentemente foram criadas ou reforçadas (para as quais contribuíram muitos dos projectos e intervenções feitas com comunidades ciganas em vários locais do país), e para as quais não existe uma resposta evidente ou directa possa constituir mais uma frustração. Por outro lado, estas aspirações podem também ser o motor de novas forças e de um maior poder reivindicativo que importa incentivar e promover, já que foi essencialmente por ausência de participação que os ciganos se encontram em pleno século XXI, em Portugal, perante situações de exclusão social absolutamente inaceitáveis. Assim, encontramos comunidades que vivem de actividades ditas “tradicional”, e uma minoria que se enquadra no mercado formal de emprego. Uma grande maioria vive ainda da venda em feiras (designada venda ambulante), uns porque gostam de facto do que fazem, sobretudo pelos aspectos que caracterizam esta actividade, outros porque esta é a única actividade a que

⁶ Como é possível verificar através da análise dos resultados alcançados pelo estudo “O Jovem cigano e a formação - atitudes e perspectivas frente ao mundo do trabalho”, publicado recentemente pelo Secretariado Diocesano de Lisboa da Obra Nacional para a Pastoral dos Ciganos (Dezembro de 1999)

têm acesso, devido ao facto de terem baixa escolarização e, historicamente, ser uma actividade que correspondia a uma certa forma de nomadismo normalmente associada a esta etnia. A estas dificuldades é necessário considerar, como já referimos anteriormente, o comportamento discriminatório e a falta de sensibilização dos empregadores para a contratação de indivíduos da etnia cigana. De uma forma geral, os ciganos não encaram o trabalho como um objectivo idealizado de vida, mas como um meio de sobrevivência quotidiano, preferindo assim actividades profissionais que estejam mais de acordo com as suas formas de vida e a sua cultura, particularmente no que diz respeito aos horários, formas de contratação (sem vínculos contratuais com terceiros), mobilidade, atenção à família e à divisão de tarefas, rentabilidade imediata, entre outras.

No que diz respeito à inserção profissional, as diferentes soluções e oportunidades em termos de políticas sociais não têm garantido as condições necessárias a uma plena integração destes “públicos” no espectro das mesmas. Não obstante pontuais e parciais exemplos de sucesso, medidas como o Mercado Social de Emprego, o Rendimento Mínimo Garantido ou o Micro-Crédito, não têm conseguido integrar plenamente estas comunidades. Tal facto deve-se na maior parte dos casos, à existência de medidas generalistas que não contemplam uma suficiente maleabilidade para se adaptarem a diferentes públicos. Por outro lado, os profissionais das diferentes áreas e aos diferentes níveis, com responsabilidades de desenhar e implementar tais medidas desconhecem, em grande parte, as especificidades deste grupo étnico. Particularmente em relação às comunidades ciganas é imperioso criar relações fortes entre as medidas (nomeadamente ao nível da formação) que se têm vindo a promover e a real inserção no mercado de trabalho – estabelecendo relações directas, responsáveis e contratualizadas e não apenas *prováveis*

ou a estudar sob a forma de estágios. A flexibilização de determinadas formações e dos critérios de acesso é uma necessidade premente não só em relação a este grupo em específico como em relação à maior parte das populações-alvo destes programas.

Habitação:

Algumas das comunidades ciganas continuam a viver sem as condições mínimas de habitabilidade, salubridade e higiene, o que acentua ainda mais a sua situação de exclusão social. De acordo com os dados disponíveis⁷, grande parte das famílias ciganas vive em condições de habitabilidade precárias, enfrentando diversos problemas, designadamente a ausência de água potável para consumo ou até mesmo sem água suficiente para a higiene pessoal e da casa. De uma forma geral, os “bairros de ciganos” estão localizados perto de lixeiras ou zonas industriais poluídas nas margens das cidades, o que cria problemas ambientais e de saúde pública graves. Este fenómeno é ainda gerador de fortíssimos preconceitos e estereótipos que, cada vez mais, impede estes cidadãos de saírem das situações de vulnerabilidade, exclusão social e económica em que se encontram.

Religião:

As igrejas evangélicas, denominadas genericamente pelas comunidades ciganas como o “culto”, tiveram nos últimos tempos uma crescente presença na comunidade cigana e constituíram-se como um espaço alternativo para o apoio do grupo e resolução de conflitos. Em relação à saúde, estes espaços actuam como factor de protecção para a população cigana que, por seu lado, participam neles como locais de transmissão de normas e de condutas relacionadas com o cuidado da saúde. Como exemplo podemos destacar a

⁷ Estes dados provêm em grande parte de pequenos estudos e diagnósticos locais, realizados nomeadamente no âmbito de projectos nacionais e comunitários e promovidos, em grande parte, por Organizações Não Governamentais

função reabilitadora e assistencial no tratamento das toxicodependências e na prevenção do consumo de tabaco e de álcool nas mulheres ciganas.

Justiça:

Pelo seu funcionamento padronizado, a justiça tem dificuldade em chegar a estes grupos minoritários e ou tem comportamentos mais repressivos ou se demite de tomar algumas atitudes, fazendo com que a desconfiança mútua vá aumentando. Os ciganos têm especificidades culturais próprias que têm de ser respeitadas. No entanto, terá que haver uma “pedagogia do cumprimento da lei”, para que se consiga fazer cumprir a Lei respeitando e preservando ao mesmo tempo os direitos de uma minoria étnica. Por outro lado, existem determinadas características étnicas atribuídas aos ciganos que, e na maior parte dos casos, apenas estão relacionadas com as situações de precariedade e exclusão social a que estes estão sujeitos. Os principais problemas (práticos) da justiça com as comunidades ciganas são:

- i) O problema da identificação - muitos têm alcunhas ou existem na mesma família várias pessoas com nomes idênticos, não havendo uma coincidência com o nome legal, o que depois dá azo a uma série de mal entendidos, tais como serem presas as pessoas erradas;
- ii) O problema da notificação - é muito difícil notificar um cidadão cigano, porque nunca se sabe onde mora (é necessário ter em conta que esta é uma característica comum a outros cidadãos procurados pela justiça, tendo no entanto, uma maior incidência nesta comunidade), apesar de poucos serem nómadas. Este problema está também muito associado à toxicod dependência, e que portanto é transversal a todos

os toxicod dependentes, sejam eles de que etnias forem

- iii) O casamento cigano não é reconhecido pela lei portuguesa - o que leva a que mulheres levadas a tribunal muitas vezes “casadas” há 15 e 20 anos, com 4 ou 5 filhos sejam tratadas como solteiras;
- iv) O comportamento emotivo dos ciganos em tribunal - cria um clima de insegurança, que intimida alguns oficiais de justiça menos experientes. Terá que haver uma sensibilização mútua.
- v) Existência de preconceitos e estereótipos que leva o sistema de justiça (penal e prisional) a discriminar os ciganos pelo simples facto de pertencerem a esta etnia.

Através desta análise, podemos assim constatar que estas comunidades se caracterizam por estarem expostas a gravíssimos fenómenos de pobreza e exclusão social e contra as quais persistem muitos preconceitos e estereótipos. Assim, **qualquer intervenção com estas comunidades tem que ter em conta estas especificidades culturais, sociais e económicas** e tem que, antes de tudo, **identificar as dificuldades /obstáculos existentes à sua inserção social, quer as dificuldades e os entraves que se colocam ao nível da educação, saúde, emprego, justiça e habitação, como também ao nível das diferenças culturais. Não se poderá delinear uma estratégia de intervenção eficaz com esta população se não se conhecer apriori o seu *modus operandi*, as suas representações e percepções face aos seus pares e face aos não ciganos, bem como as representações e percepções que a comunidade em geral** (sobretudo actores sociais-chave que intervêm directamente com estas comunidades – nas áreas

da saúde, do emprego, da educação, da acção social) **tem sobre a população cigana.**

As mulheres ciganas

As mulheres ciganas desempenham um papel chave na sua comunidade. São educadoras, responsáveis pelos filhos e pela transmissão das normas e valores da cultura cigana. Apresentam uma maior permeabilidade em relação às mudanças em geral e, especificamente, nas questões relacionadas com a saúde. Este facto deve-se, em grande medida, ao facto deste grupo ser alvo de programas educativos, sociais e de saúde que as instituições e associações desenvolvem. Actualmente, as mulheres ciganas adquiriram um progressivo protagonismo no seio da sua comunidade e em alguns espaços da vida pública, verificando-se cada vez mais que as mulheres não se centram exclusivamente nas tarefas domésticas, mas também desenvolvem actividades no mercado de trabalho e frequentam cursos de formação profissional. No entanto, sendo as mulheres ciganas as que tradicionalmente se encarregam de cuidar das questões de saúde, todo o trabalho que se realize com elas tem um efeito multiplicador que se repercute nos restantes membros familiares. Os homens são o grupo que merece uma atenção específica com os cuidados de saúde. A juventude constitui, igualmente, um motor de mudança para transformar o modelo de vida da comunidade, os seus valores de referência e redefinir a sua identidade.

A cultura cigana

O processo saúde-doença e as representações do corpo, são o resultado da cultura. De forma que, cada grupo ou minoria cultural tem uma interiorização própria e determinada sobre

este processo. Para trabalhar com minorias étnicas culturais é necessário conhecer os aspectos mais relevantes da sua cultura de pertença visto que estes aspectos vão influenciar de forma decisiva o processo terapêutico.

Ao falar da população cigana, não devemos perder de vista alguns elementos culturais que vão determinar a relação que se estabelece com o sistema de saúde, com os seus profissionais, e com o adequado ou inadequado uso que fazem dos serviços de saúde. A cultura cigana vigente nos nossos dias tem evoluído ao longo do tempo adaptando-se à nova realidade. Trata-se de uma cultura agrafa, transmitida de geração em geração, em que as mulheres desempenham um papel fundamental (enquanto transmissoras desses mesmos elementos). A identidade cultural, presente na comunidade cigana, cria um forte sentimento de orgulho e de auto-estima comunitária sendo este um importante factor de protecção.

O apoio comunitário, associado a este sentimento de identidade cultural, tem também importantes efeitos de protecção em relação ao próprio indivíduo. Especialmente o apoio da família extensa, que oferece recursos materiais, cuidados físicos e emocionais compensadores dos factores de risco que esta minoria étnica enfrenta. Um indicador que diz respeito a esta situação prende-se com o escasso número de casos de institucionalização de pessoas ciganas idosas e/ou de pessoas com deficiência física ou doença mental que se produzem.

Em termos culturais, as características mais pertinentes dos ciganos necessários para compreender a sua relação com a saúde e a doença são:

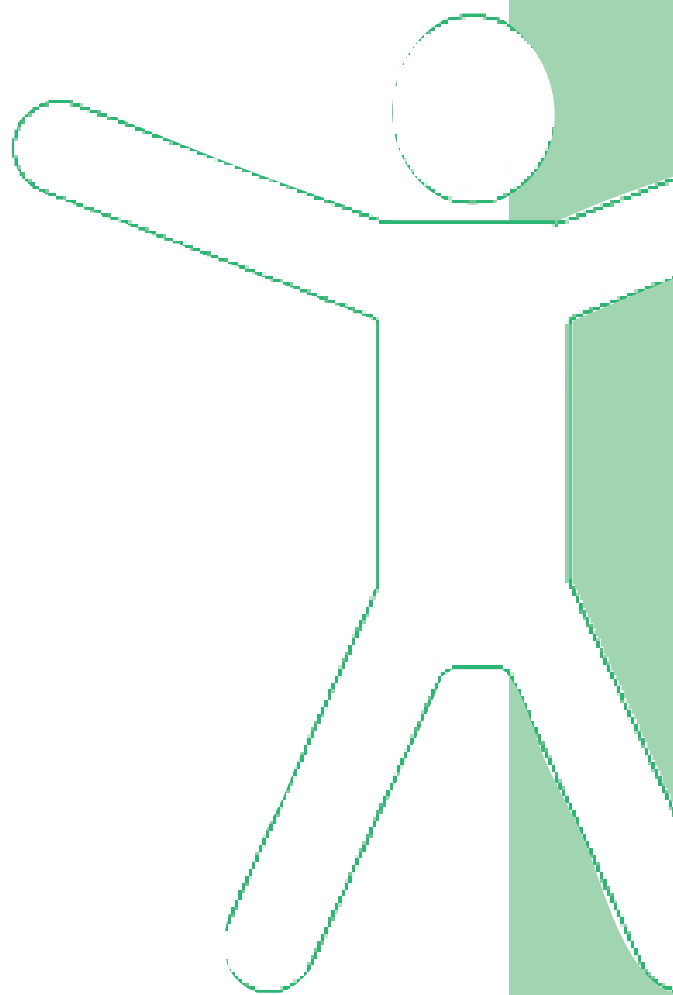
- Organização social fundamentada na família extensa, como núcleo essencial em torno do qual se desenvolvem as relações sociais e pessoais. É por isso que perante a doença de um familiar todos os membros se unem para acompanhar as pessoas que estão doentes.
- Prevalência do grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa.
- Respeito pelas pessoas mais idosas. A sua figura é muito significativa e representativa na comunidade.
- A influência dos ciganos idosos relativamente aos mais jovens. Este facto é importante pois estes assumem um papel importante na influência dos restantes membros da comunidade para aceitarem os novos aspectos da vida da comunidade.
- O luto: condiciona as actividades sociais e laborais e a estética pessoal (vestimenta negra e panos em mulheres, barba nos homens...) e a vida comunitária enquanto manifestações de alegria ou actividades lúdicas.
- A figura dos defuntos tem uma grande relevância. É importante ter em conta as manifestações que podem surgir quando se confirma a morte de alguém e/ou quando os médicos devem realizar o levantamento do cadáver e/ou autópsia.
- O culto: cada igreja e cada pastor têm uma influência diferente entre os crentes.
- O papel da mulher: as mulheres sintetizam os saberes e os tratamentos relacionados com as doenças. A mulher desempenha um papel pertinente visto que é o suporte de toda a família.
- Sobreprotecção das meninas: desde cedo que as meninas são preparadas para o matrimónio e para assumir as funções reprodutivas. O sexo aparece como um elemento tabu, o que é um aspecto a ter em conta em tudo o que esteja relacionado com a educação sexual, o planeamento familiar e a prevenção de doenças ginecológicas.

O processo de transformação em que se encontra imersa a comunidade cigana conduz também a uma flexibilização de algumas normas tradicionais presentes nas famílias ciganas no

qual tem facilitado o acesso dos seus membros a distintos espaços como a educação, o emprego, os serviços de saúde, especialmente no caso das mulheres.



A Comunidade Cigana e a Saúde



Considerações Básicas

A saúde é concebida como um conceito amplo que afecta os vários aspectos da vida humana: físicos, psicológicos e sócio-culturais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define em 1948, saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças ou enfermidades”. A OMS considera que a saúde é **um direito humano fundamental** e, em consequência, **todas as pessoas devem ter acesso aos recursos de saúde necessários e básicos**.

É por isto, que quando falamos de saúde, estamos a referir-nos ao processo de interacção entre os seres humanos e ao envolvimento social e natural que influencia o bem-estar físico e psíquico que lhes permite contribuir plenamente para a vida social da sua comunidade. A saúde surge como resultado de todos os factores que intervêm sobre a vida dos indivíduos, quer os que não são modificáveis (sexo, idade e genética) quer aqueles que são potencialmente modificáveis (comportamentos, meios de vida, aspectos culturais e socioeconómicos). Desta forma, a saúde não é um fenómeno exclusivamente biológico.

As carências ao nível da habitação, educação, emprego, entre outros, influenciam de forma pertinente a saúde, pois são factores determinantes para o bem-estar e para a qualidade de vida de uma população. Neste sentido, os grupos socio-económicos mais desfavorecidos apresentam características que os tornam mais susceptíveis a uma saúde deficitária. Outras variáveis como o género, a idade, a

etnia, a classe social ou a área geográfica são também factores de risco que influenciam a saúde. Deste modo, a pertença a grupos étnicos minoritários influencia o surgimento de desigualdades específicas em relação à saúde. Estas desigualdades surgem, não só das variáveis socio-económicas, mas também do acesso aos serviços de saúde e à utilização efectiva dos mesmos por falta de adaptação ou de inclusão. A relação entre as desigualdades sociais e as desigualdades de saúde é claramente reconhecida pelos principais organismos de saúde supra-estatais (OMS, Comissão Europeia). Para além, das variáveis socio-económicas, salientamos que os factores culturais, os hábitos e os costumes também influenciam a saúde das pessoas e das comunidades. A comunidade cigana, como minoria étnica cultural, apresenta um conjunto de elementos culturais que influenciam também o estado de saúde dos seus membros e condicionam a relação e os comportamentos destes membros em relação às doenças.

Percepção da Saúde

Cultura, Saúde e Enfermidade

O conceito “cultura” faz referência aos valores que partilham os membros de um grupo, as normas que acatam e os bens materiais que produzem. Uma definição clássica de cultura é elaborada pelo antropólogo britânico, Tylor como *“aquele todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes e outros hábitos e as capacidades adquiridas pelo homem enquanto membro da sociedade”*.

Para Teresa San Román, não são apenas os valores e símbolos de um povo, mas sim *“as formas de organização, as estruturas e as instituições, os hábitos e as práticas partilhadas, a forma ou formas de ver o mundo, de conceptualizar o mundo e as relações sociais”*.

A cultura, entendida como os costumes, as leis, as concepções do mundo e tudo aquilo que permite a vida em sociedade, é algo que se aprende, compreendendo, igualmente, as representações do corpo, da saúde e da doença. Não se tem a mesma percepção sobre a doença nas diversas comunidades, nem nos distintos momentos históricos do mesmo grupo.

A saúde e a doença são conceitos socialmente construídos, definidos e tipificados por cada cultura. Por sua vez, cada cultura cria as suas alternativas terapêuticas assim como procedimentos para recuperar a saúde. Assim, há que considerar a doença como uma componente biológica e cultural. Independentemente do seu conteúdo biológico, é sempre uma forma de ex-

pressão cultural, e para que seja considerada como doença é necessário que a sociedade a considere como tal. Considerar a cultura no processo saúde-doença das comunidades ciganas permite conhecer de que forma:

- É recebida, por parte dos pacientes, a informação sobre os cuidados de saúde;
- São exercidos os direitos e os serviços que o sistema de saúde oferece;
- Se expressam os sintomas, as expectativas e as preocupações sobre a doença.

Elementos culturais implicados no processo saúde-comunidade cigana

Existem assim, distintos modelos culturais que estabelecem as várias formas de comportar-se em relação à higiene, à sexualidade, ao trabalho, à alimentação, ao exercício físico, ao sono, entre outros, e que dão lugar a percepções distintas relativamente aos sintomas e à dor. As comunidades ciganas também apresentam um conjunto de elementos culturais que determinam as suas atitudes e comportamentos em relação à saúde e à doença assim como em relação ao sistema de saúde. Se estes elementos forem de conhecimento geral podem ser utilizados de forma adequada e em determinadas situações podem “fortalecer” e dar maior credibilidade à intervenção dos profissionais de saúde, evitando potenciais conflitos.

Como ponto de partida, deve-se ter presente as seguintes considerações:

- Nas comunidades ciganas, a saúde não é entendida como uma necessidade prioritária. Desta forma, a habitabilidade, a situação económica e o trabalho, constituem as principais prioridades desta comunidade, que em muitos casos, não se encontram cobertas.
- As comunidades ciganas definem a saúde como ausência de doença, e a doença como uma situação de “incapacidade” ligada à morte. Esta visão da saúde e da doença tem várias consequências, tais como:
 - A preocupação pela saúde começa quando aparecem sintomas e consequências muito limitativas e de incapacidade, sendo muito difícil trabalhar o conceito de prevenção.
 - Quando surge alguma doença a intervenção deve ser imediata e resolutive, pela relação directa que estabelecem entre doença e morte.
 - O diagnóstico supõe “atribuir um nome ao que se tem”. A atitude perante ele é contraditória, sendo de clara evitação quando não surgem sintomas e consequências “incapacitantes” (nestes casos, o diagnóstico pode ser entendido como uma forma de colocar em evidência uma doença que previamente não existia).
 - O médico é uma figura contraditória: por um lado possui conhecimentos para “curar” as doenças e por outro lado é quem diagnostica e descobre a doença. Assim, é comum a resistência em aceder aos profissionais de saúde e a práticas de prevenção.
 - Se graças ao tratamento desaparecem os sintomas, os procedimentos terapêuticos são abandonados, pois estamos perante uma concepção de que a saúde é ausência de doença.
- Os cuidados de saúde é remetida para a mulher
- O imediato e a necessidade de curar as doenças de forma mais rápida possível, estão associados com a forte relação que estas comunidades têm entre a doença e a morte. Precisam com urgência de um profissional que diagnostique a gravidade do problema. Em várias situações, a consequência é uma inadequada utilização de alguns recursos de saúde, que se reflecte nos seguintes aspectos:
 - Excessiva utilização dos serviços de urgências
 - Escassa utilização de serviços de ambulâncias, sendo a própria família a fazer o transporte
 - Escassa utilização dos centros de saúde

Na cultura cigana observa-se a existência de diferentes modelos médicos que coexistem:

- **Modelo tradicional:** ainda em vigor mas com uma importante perda de reconhecimento. Em muitos casos, os terapeutas tradicionais tiveram a seu cargo durante muitos anos o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de muitas doenças que estavam relacionados com as doenças não reconhecidas pela medicina científica tais como o “mal olhado”; “inveja”, entre outros.
- **Modelo científico:** representado pelo médico e pelo farmacêutico. Os ciganos recorrem ao médico quando se trata de doenças não muito graves e quando são problemas mais fortes recorrem aos serviços de urgências. Em muitas situações, acedem a médicos privados. Existe uma grande flexibilidade na utilização combinada de instituições médicas públicas e privadas.
- **Igreja evangélica:** a igreja trata todas aquelas patologias nas quais a medicina não tem eficácia de cura tais como as doenças terminais e sociais (cancro, VIH/Sida) através da fé. Um elemento importante a ter em consideração é que o “culto” resulta de um discurso ideológico como acções de educação para a saúde, como por exemplo, a proibição do consumo de drogas, servindo desta forma para apoiar o discurso médico científico e constituindo-se como uma via importante para a prevenção.

A situação de saúde da população cigana portuguesa

Em termos de contextualização geral, deparamo-nos com a ausência de dados concretos sobre esta comunidade neste âmbito, existindo apenas meras aproximações à realidade. Esta situação dificulta a identificação de problemas/dificuldades e, consequentemente uma aproximação mais fidedigna da realidade.

Pesquisas relativamente recentes revelam que as comunidades ciganas são alvo de desigualdade ao nível da saúde e apresentam-se como o grupo mais desfavorecido neste domínio. A maioria dos autores faz referência às dificuldades no acesso à informação em geral e, especificamente sobre a vacinação das crianças, a prevenção e o tratamento de determinadas doenças.

Do levantamento bibliográfico e do contacto que a Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal estabelece com a população cigana e com as entidades que trabalham directamente com estas comunidades, é possível tirar algumas ilações e apresentar alguns traços gerais sobre este domínio:

- Entre as comunidades ciganas encontramos uma elevada incidência de doenças, má nutrição e mortalidade infantil. A prevalência dessas doenças está directamente relacionada com o modo de vida e com a situação de pobreza e de exclusão social em que se encontram, como por exemplo: “doenças respiratórias e do esqueleto, diabetes, hipertensão, excesso de peso em idades jovem”, entre outros.
- A medicina preventiva ainda é pouco praticada pelas famílias ciganas, sendo a vacinação a forma mais aceite por um maior número de ciganos.
- A deficiente ou inadequada alimentação e nutrição traduzem-se em baixa imunização que, por sua vez, se traduz em doenças graves que já foram praticamente erradicadas da sociedade maioritária. A este nível ainda se encontram muitas lacunas e deficiências, como por exemplo: excesso de gorduras e açúcares, ausência de horários e hábitos alimentares saudáveis.
- Ao nível da vacinação, e apesar de se terem registado importantes melhorias e avanços, ainda tem que se ter em conta as referências encontradas sobre a falta de vacinação, o medo e a falta de informação sobre a importância das vacinas, em algumas comunidades ciganas.
- Os homens não estão sensibilizados para a prevenção das doenças, pois as solicitações das comunidades ciganas orientam-se para a cura imediata das doenças.
- A tradição da venda ambulante, o contacto com sectores marginalizados da sociedade, as suas condições sócio-económicas e a dificuldade de acesso à informação, parecem explicar a vulnerabilidade e a expansão do consumo e tráfico de droga na comunidade cigana. A comunidade cigana não consegue recorrer aos serviços competentes e adequados de recuperação e tratamento que os possam ajudar a enfrentar a situação, visto que os serviços não estão “disponíveis” para os atender (listas de espera) e não estão preparados para responder tendo em conta as especificidades desta etnia. É frequente nestas comunidades uma recusa em enfrentar esta problemática devido à vergonha em assumir e a tentativa de dar resposta no interior da comunidade (interiorização/fechamento dos seus problemas).
- A infecção VIH/Sida, por sua vez, surge a par ou secundariamente aos processos de prevenção e tratamento da toxicod dependência. Neste nível, é importante referir que a relação entre as instituições e as comunidades ciganas, a coesão e o fechamento da comunidade, a incompreensão de certos elementos culturais originam diversas resistências a processos de tratamento.
- Os serviços de saúde pelo seu funcionamento padronizado, têm dificuldade em chegar a estes grupos minoritários ou têm comportamentos mais repressivos demitindo-se de tomar algumas atitudes e aumentando a desconfiança mútua.
- Dificuldades de articulação com os serviços de saúde que se revelam na insatisfação/descontentamento com o funcionamento/capacidade de resposta dos serviços e com a não utilização ou utilização desadequada dos recursos de saúde por parte das comunidades ciganas. Por parte dos serviços de saúde, verifica-se que estes não contemplam as especificidades e peculiaridades destas comunidades – relação de relativa distância.

- Apesar de algumas famílias já terem médico de família e serem seguidas, dessa forma, pelos centros de saúde ainda preferem recorrer aos hospitais em situações quer de emergência, quer noutra situação.
- Pouca consciência da importância da educação para a saúde.
- Solidariedade, unidade e coesão social – quando os membros das comunidades ciganas são hospitalizados os restantes membros entram num estado de luto que termina quando o doente regressa a casa e fica bem.

Analisando especificamente a saúde das mulheres ciganas, é necessário referir a incidência de determinadas

doenças. Assim, é pertinente realçar as seguintes características:

- Elevadas taxas de maternidade precoce e sem acompanhamento médico da gravidez ou de pós-parto- ausência de prática generalizada de acompanhamento e vigilância de gestação
- Um elevado número considerável de partos sem assistência médica (muitas vezes os partos ocorrem em casa) e um elevado número de filhos. Desta forma, a gravidez não é habitualmente motivo de recurso a consulta médica, embora cada vez mais mulheres ciganas o façam nos primeiros meses para confirmar se estão grávidas e no final para verificar se está tudo bem.
- A contraceção é prática pouco comum, embora comece a ser mais frequente nas mulheres mais jovens. Verifica-se, igualmente, a falta de cuidados médicos imediatos e de cuidados pré-natais, o que demonstra uma vez mais uma despreocupação e um desinteresse relativamente à saúde (especificamente a medicina preventiva).
- Pouca prevenção das doenças ginecológicas (infecções sexualmente transmissíveis) e em alguns casos verifica-se a ausência de planeamento familiar. Alguns métodos contraceptivos não são utilizados porque não os conhecem e ainda persistem alguns mitos e ideias.

Como conclusão e tendo em conta, os indicadores utilizados pela Comunidade Científica Internacional para medir as Desigualdades de Saúde⁸, pode-se considerar que a situação de saúde

das comunidades ciganas é claramente deficiente. Não obstante, e tendo presente os trabalhos desenvolvidos nesta área, a presente situação está mais relacionada com a falta de igualdade em termos de oportunidades para a vida e para o acesso/utilização dos recursos (serviços de saúde) do que com factores genéticos intrínsecos às comunidades ciganas.

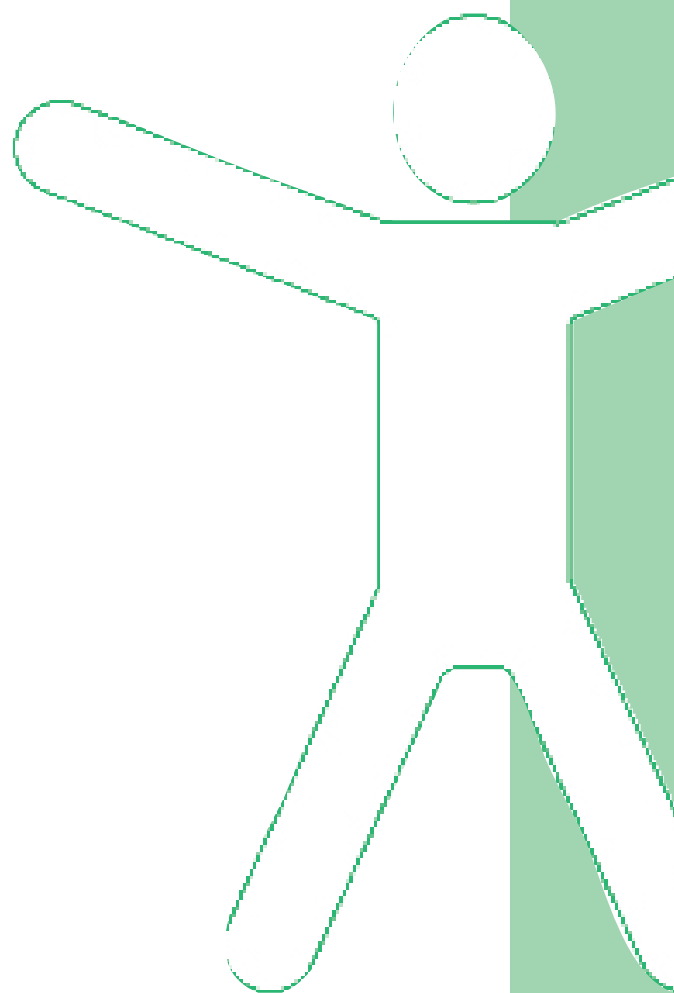
8 Os indicadores mais utilizados são: a mortalidade, a morbilidade, a percepção da saúde, o comportamento relacionadas com a saúde; o acesso e o uso adequado dos serviços de saúde

- As carências educacionais, económicas e de habitação são factores que determinam o bem-estar e a qualidade de vida da população.
- Os processos de exclusão e marginalização social limitam o acesso e a utilização que as pessoas fazem do serviço de saúde.
- A cultura compreende também as representações do corpo, da saúde e da doença.
- Na doença deve-se ter presente uma componente biológica e cultural.
- Aspectos relevantes na relação comunidade cigana-saúde-doença:
 - A saúde não é entendida como uma necessidade prioritária
 - Concepção de saúde como ausência de doença, e a doença como uma situação “incapacitante” ligada à morte
 - O diagnóstico supõe “colocar nome ao que se tem”.
 - Ausência de práticas de prevenção.
 - O imediatismo associada à rápida resolução de problemas de saúde
 - Inexistência de hábitos higiénicos.
 - Normas tradicionais que actuam como factores de protecção.
 - O cuidado da saúde dos membros da comunidade é assumido pela mulher.
 - O médico é uma figura contraditória: por um lado possui os conhecimentos para curar as doenças e por outro lado é quem diagnostica e descobre as doenças.
- Existência de vários modelos médicos:
 - Tradicional: para o tratamento de patologias populares.
 - Científico: representado por profissionais de medicina e de farmácia.
 - Igreja evangélica: para o tratamento de doenças terminais (cancro, VIH/Sida).



O sistema nacional de saúde e a população cigana

Recomendações de acção



Introdução

Apresentamos uma proposta de recomendações⁹ que oferece, aos diferentes profissionais do Sistema Nacional de Saúde, orientações para proporcionar serviços culturalmente adequados às comunidades ciganas respondendo, desta forma, às suas necessidades de saúde e respeitando a sua identidade cultural como minoria étnica. O objectivo final é contribuir para a eliminação das desigualdades de saúde das pessoas ciganas e prevenir o surgimento de possíveis conflitos nos serviços de saúde.

⁹ O levantamento dos problemas que afectam as comunidades ciganas e as respectivas recomendações de acção foi realizado no âmbito dos grupos de trabalho a nível nacional, com a colaboração de um conjunto de entidades e pessoas que trabalham com estas comunidades e na área da saúde.

Estas orientações não devem conceber-se como um “receituário”, uma vez que são muitos e diversos os factores que influenciam este processo como, por exemplo: o serviço no qual trabalham os técnicos de saúde (recursos, organização, direcção, etc.); o tempo disponível para atender cada doente; as características gerais do território e a população que se atende assim como a motivação e o posicionamento dos próprios profissionais face a estas comunidades. Deste modo, apresentamos um conjunto de estratégias de forma a capacitar a população cigana para o cuidado responsável da sua própria saúde e o uso adequado dos serviços de saúde. Trata-se, igualmente, de oferecer um conjunto de recomendações, através de um conhecimento específico sobre a cultura cigana que nos permita entender as suas atitudes, as suas formas de vida e o seus comportamentos nos serviços de saúde, de forma a obter alguns resultados ao nível dos seguintes itens:

- melhorar o acesso e a qualidade da saúde, bem como o sucesso das suas intervenções
- prevenir o surgimento de possíveis conflitos
- capacitar progressivamente os membros das comunidades ciganas para o cuidado da sua própria saúde
- promover junto dos técnicos de saúde atitudes pró-activas tendo em conta a diversidade cultural

Desta forma, abordaremos uma série de recomendações práticas tendo presente os seguintes serviços de saúde:

- Serviço Nacional de Saúde
- Centros de Saúde e Áreas específicas de saúde
- Centros hospitalares

Serviço Nacional de Saúde

Uma das lacunas do Sistema Nacional de Saúde relativamente às minorias étnicas é a **“inclusão da diferença”**. Esta expressão considera que a diversidade cultural deve ser, no nosso país, um elemento transversal na planificação das acções que se realizam a partir dos serviços de gestão de saúde.

Actualmente, detecta-se no nosso sistema público de saúde algumas dificuldades que impedem esta inclusão da diferença, e para a ultrapassar, propomos as seguintes recomendações:

Dificuldades	Recomendações
<p>Desigualdades de saúde das Comunidades Ciganas e a ausência de informação/ indicadores de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a equidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde com qualidade e congruentes com a cultura cigana, através da realização de iniciativas bem planeadas e com condições de sustentabilidade/continuidade; • Os serviços de saúde (centros de saúde e os hospitais) devem procurar melhorar a qualidade das respostas dadas a esta comunidade através dos seguintes elementos: <ul style="list-style-type: none"> – Adaptação dos procedimentos e modelos organizativos. – Facilitação da acessibilidade aos serviços de saúde. – Melhoria da preparação/formação das equipas profissionais. • Cooperação e a complementaridade dos serviços de saúde; • A área da saúde deve estar sempre presente nas diversas iniciativas e projectos a desenvolver, no sentido de obter e de recolher alguns dados específicos sobre esta comunidade; • Acções que promovam a credibilidade dos serviços através de “visitas” guiadas e complementadas com folhetos informativos sobre os vários serviços de saúde de forma a contrariar o desconhecimento existente entre as comunidades ciganas e os serviços de saúde; • Realização de estudos a nível micro que proporcionem informação pertinente sobre as necessidades e os comportamentos relacionados com a saúde e a comunidade cigana, tais como: <ul style="list-style-type: none"> – Estudos de prevalência da infecção VIH/Sida, tuberculose e DTs, hepatites B e C, toxicod dependência, entre outros, – Avaliação de risco, estudos de vigilância comportamental, – Análise de factores que influenciem e dificultam o acesso destas comunidades ao serviço de saúde (as desigualdades existentes) e identificar constantemente medidas que contrariem esses factores; • Sempre que possível ter presente a monitorização de alguns dados relativamente às questões de saúde nestas comunidades.

Dificuldades	Recomendações
<p>Sistema de saúde fechado e rígido, não existindo uma atenção específica para a diversidade cultural dos utentes (protocolos de gestão e procedimentos rígidos; os profissionais encontram-se muito voltados para si próprios – trabalho de gabinete)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre os projectos e a implementação de parcerias entre os serviços de saúde e as instituições que trabalham com estas comunidades; • Encaminhamento e acompanhamento dos membros das comunidades ciganas para os serviços de saúde através de uma rede de referência entre serviços de saúde- profissionais do social – comunidade; • colaboração e articulação inter-sectorial e multidisciplinar dos profissionais; • incentivar a intervenção fora dos gabinetes e dos “muros” dos serviços de saúde, promovendo projectos com estruturas de proximidade (unidades móveis) • flexibilidade e simplificação dos procedimentos e das regras de funcionamento, colocando a ênfase na humanização, na gestão dos espaços/salas de espera , entre outros; • sistematização contínua da informação sobre a organização dos diversos serviços de saúde; • mecanismos de articulação simplificados com os diferentes serviços e especialidades médicas;
<p>Insuficiente informação e sensibilização para as questões da multiculturalidade e diversidade cultural (ausência de sensibilização para as questões da comunidade cigana)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • formação específica sobre as características e os aspectos culturais da comunidade cigana, de preferência com elementos da própria comunidade; • adaptação dos dispositivos e dos procedimentos de assistência e de acolhimento existentes às características que estas comunidades apresentam; • elaboração de documentos técnicos adequados à diversidade cultural • respeito pela diversidade cultural por parte dos profissionais, promovendo e apoiando iniciativas de carácter informativo e formativo; • apostar na animação cultural para as crianças ciganas nos serviços de saúde;

Dificuldades	Recomendações
<p>Ausência de um trabalho de prevenção e sensibilização da comunidade cigana para a questão da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • realizar campanhas de prevenção adaptadas a esta comunidade, sendo os próprios elementos da comunidade os principais agentes e destinatários (utilizar membros-chave da comunidade – patriarca, as mulheres, as associações ciganas); • promover unidades móveis temporárias junto das comunidades ciganas no sentido de informar, orientar e criar laços de proximidade e de confiança para incentivarem e motivarem os ciganos a recorrerem aos serviços de saúde; • envolver as associações, as instituições locais e a comunidade cigana em acções de sensibilização e informação sobre as questões gerais de saúde utilizando meios e materiais adaptados a esta comunidade;
<p>Marginalização e exclusão destes membros às campanhas e programas públicos de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fomentar a presença e a participação dos membros da comunidade cigana no design, implementação, execução e avaliação dos programas que lhes são dirigidos; • promover o desenvolvimento de diferentes parcerias, articulando diferentes estruturas e sectores no âmbito da promoção da saúde das comunidades ciganas: Ministério da Saúde, Alto Comissariado para as Minorias Étnicas; Alto Comissariado para a Saúde; Coordenação para a Infecção VIH/Sida, Ministério da Educação, Comunidades Ciganas (associações ciganas) e outras organizações que trabalham no âmbito das comunidades ciganas; • envolver todos os Organismos e Departamentos do Ministério de Saúde visto que compete aos serviços centrais a formulação e a implementação de medidas que permitem melhorar o acesso à saúde e atenuar as desigualdades existentes.

Centros de Saúde e Áreas específicas de Saúde

Considerações prévias

Os **centros de saúde** são a porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde. Os profissionais destes serviços devem ser considerados como os “condutores” e os “assessores” dos pacientes no Sistema Nacional de Saúde. No caso das comunidades ciganas, esta função adquire especial relevância visto que muitas vezes estas comunidades desconhecem como utilizar os diversos serviços de saúde. Assim, é pertinente que estes serviços possibilitem o processo de “aprendizagem” das pessoas ciganas nos principais cuidados de saúde.

Algumas dificuldades que surgem nos Centros de Saúde estão relacionadas com o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do pessoal administrativo e de “segurança” sobre a cultura cigana. Em determinadas situações, surgem conflitos que

podem ser evitados se utilizarmos e interpretamos correctamente determinados códigos culturais que estas comunidades apresentam como, por exemplo, a linguagem, as tradições e os costumes.

É evidente que também algumas destas dificuldades estão associadas à relação que os ciganos estabelecem com os serviços de saúde e com os seus profissionais. Por outro lado, também é necessário a capacitação e o compromisso da população cigana para que conheçam o funcionamento dos serviços de saúde no sentido de se obter a utilização adequada dos mesmos. No entanto, a relação e a percepção que as pessoas ciganas têm sobre os serviços de saúde funciona basicamente na experiência que outros ciganos tiveram. Essa experiência, positiva ou negativa, conhecida “por boca a boca” condiciona a atitude perante os serviços de saúde.

Dificuldades	Recomendações
<p>Funcionamento ineficaz dos centros de saúde (falta de avaliação, de planificação; insuficiência de informação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • planificar e avaliar a satisfação/informação prestada pelos utentes e profissionais; • definir critérios de avaliação (como factor de coesão); • recorrer a meios alternativos de comunicação (audiovisual, formação de pares, articulação com parceiros da comunidade) • capacitar os profissionais de estratégias comunicativas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ adequação da linguagem. ▪ adequação do nível de informação a prestar. • procurar respostas mais adequadas de qualidade, não perdendo a especificidade do contexto e das comunidades ciganas; • normalizar procedimentos;

Dificuldades	Recomendações
<p>Relação de relativa distância entre as comunidades ciganas e os centros de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • cooperação com outras estruturas locais, fomentando o trabalho em rede (ligação com agentes locais – sociedade civil) • identificar profissionais de referência de forma a obter-se um acompanhamento mais próximo e uma relação de confiança; • apostar na existência e na importância de mediadores sociais/educadores sociais no sentido de proporcionar visitas domiciliárias (cuidados primários preventivo); • coordenar a informação entre as várias estruturas de saúde e apostar num sistema informativo adequado.
<p>Fase de integração/acolhimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • simplificar os procedimentos administrativos • acompanhamento personalizado; • capacitar o capital humano existente na fase de acolhimento/integração através da formação em relacionamento interpessoal (multiculturalidade e gestão de conflitos); • repensar o ambiente físico em termos de acessibilidade, de sinalização e de conforto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ novas soluções de organização do espaço através da cooperação e articulação com Faculdades de design, capitalizando o trabalho das turmas finalistas. Introduzir o conceito de Design Inclusivo; ▪ aproveitar os estágios das várias áreas científicas (marketing, comunicação, sociologia, enfermagem, entre outros) no sentido de rentabilizar esforço e mais-valias para o funcionamento adequado dos serviços de saúde; • informar particularmente os procedimentos dos serviços de saúde (guia de acolhimento); • blocos informativos/educativos nas salas de espera, através da implementação de um circuito interno de comunicação (mensagens escritas e visuais);

Dificuldades	Recomendações
<p>Planeamento Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausência de planeamento familiar • problema do género • ausência de vigilância na gravidez ou quando existe é tardia • maternidade precoce 	<ul style="list-style-type: none"> • abordar as presentes temáticas no seio das próprias comunidades; • organizar sessões de sensibilização (diminuir o nº. de gestações na adolescência respeitando a cultura cigana no que diz respeito à maternidade, uso de métodos contraceptivos, necessidade de vigilância na gravidez e de rastreio oncológico) • em situações de maior intimidade o profissional de saúde deve ser do mesmo sexo do utente com o intuito de facilitar a comunicação e evitar constrangimentos ou permitir o acompanhamento de outra pessoa indicada pela própria. • promover o intercâmbio entre a equipa no sentido de quebrar a questão do género em termos dos profissionais (quando é um médico do sexo masculino, as mulheres ciganas sentem-se um pouco inibidas);
<p>Saúde Infantil (higiene deficiente, alimentação inadequada, cobertura vacinal baixa, ausência de vigilância do desenvolvimento da criança, entre outros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • realizar sessões de educação para a saúde, recorrendo a formas lúdicas e proporcionando proximidade, de forma a trabalhar as seguintes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ importância da vacinação; ▪ higiene oral e corporal; ▪ hábitos alimentares, prevenção de acidentes e importância das consultas de vigilância • acessibilidade – horários de funcionamento • reforço positivo recorrendo à doação de brinquedos e livros
<p>Incidência de doenças infecto-contagiosas e toxicodependências (dificuldade em abordar estas questões junto das comunidades ciganas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • campanhas de sensibilização para adopção de estilos de vida saudáveis; • promover a formação de grupos de apoio constituídos por ciganos recuperados de problemas de toxicodependência, por exemplo; • trabalhar a relação entre os membros da comunidade e os técnicos (investimento numa relação assente na proximidade e na confiança); • atitude pró-activa dos profissionais face a comportamentos de risco; • estabelecer redes de referenciação eficazes que promovam a adesão das comunidades ciganas às estruturas de saúde adequadas.

As comunidades ciganas quando estão perante alguma doença recorrem, na maioria dos casos, aos serviços de urgência hospitalar. Desta forma, o **Centro de Saúde** não é o principal recurso destas comunidades. Por isso, é pertinente transmitir informação sobre a existência destes serviços (cui-

dados primários) e as especialidades que possuem, no sentido de favorecer a sua utilização e evitar o colapso dos serviços de urgências.

Relativamente às comunidades ciganas as especializações médicas que devem ser trabalhadas com especial atenção são: pediatria e a ginecologia

Pediatria

- **Vacinação:** em algumas comunidades a vacinação já está assegurada³, no entanto, é necessário continuar a insistir na importância das vacinas para a protecção de doenças graves. Deve-se, igualmente, incidir na explicação do calendário da vacinação, na importância do seu cumprimento e nos lugares onde é possível a vacinação;
- **Alimentação infantil:** não existe, em alguns casos, consciência da importância de que alimentação tem de ser equilibrada para o crescimento adequado das crianças, verificando-se alguns erros alimentares;
- **Prevenção dos acidentes domésticos:** é frequente que se tenha pouca consciência das lesões relacionadas com este tipo de acidentes. Muitas vezes estes acidentes estão relacionados com as más condições de habitabilidade.

Planeamento familiar e ginecologia

A reprodução e o sexo são um tema tabu, especialmente para as mulheres. A este nível é de salientar que o acompanhamento e a prevenção ginecológica nestas comunidades dizem respeito apenas à gravidez e ao parto. Por isso, é necessário ter em conta os seguintes aspectos:

- **Planificação familiar:** está condicionada por factores culturais, como por exemplo o desejo de formar uma família numerosa que assegure a continuidade da etnia e o prestígio/ valorização social que a mulher cigana adquire com o nascimento dos filhos. A maioria das mulheres ciganas conhece a existência dos diversos métodos contraceptivos, mas algumas mulheres não recorrem a estes métodos devido às expectativas das suas comunidades sobre a função de mãe. No entanto, esta situação está a mudar, principalmente, nas gerações mais jovens.
- **Consultas ginecológicas:** geralmente estão muito mistificadas e geram, por vezes, sentimentos de angústia e de medo nas mulheres ciganas pelo seu desconhecimento. Por isso é importante que:
 - Seja uma mulher (ginecologista) a realizar os diagnósticos ginecológicos regulares;
 - Ter em atenção os aspectos da relação profissional-utente (cliente);
 - Criar um clima de confiança e de compreensão;
 - Respeitar os aspectos culturais relacionados com o sexo e com a reprodução.
- **Menopausa:** este processo evolutivo é cada vez mais conhecido entre as mulheres ciganas. Todavia são ainda muitas as mulheres que o desconhecem e que enfrentam uma série de transformações no seu organismo que são interpretados de forma inadequada. As consequências agravam os transtornos psicológicos relacionados com o aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade.

Profissionais de saúde

Dificuldades	Recomendações
<p>Racismo e Intolerância</p> <ul style="list-style-type: none"> • preconceitos, estigmatização e discriminação • atribuição pela sociedade envolvente de uma entidade negativa (uma cultura e um estilo de vida encarado de modo negativo) • medo e desconfiança 	<ul style="list-style-type: none"> • trabalho contínuo de sensibilização de todos os profissionais que fazem parte dos serviços de saúde através de formação multicultural, recorrendo igualmente à distribuição de materiais informativos sobre as especificidades destas comunidades; • promover acções de proximidade face a esta população, tentando criar uma relação de confiança e empatia, na tentativa de desmistificar os estereótipos e os preconceitos existentes sobre esta comunidade. • compreender o discurso das comunidades ciganas e perceber que os ciganos têm outras referências e outras prioridades, respeitando a sua diversidade e a sua diferença;
<ul style="list-style-type: none"> • Barreiras de Comunicação (linguagem não adaptada às comunidades ciganas) • Lacuna de comunicação geral e interpessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • adaptação dos dispositivos informativos existentes às características das comunidades ciganas; • simplificar e fornecer a informação de forma compreensível, evitando uma linguagem técnica; • o profissional que faz o acolhimento deve converter-se numa referência-chave para eles, ou seja, devem tentar cativa-los do ponto de vista afectivo (mostrar sempre disponibilidade para escutar o que dizem, pensam e sentem); • é importante que os profissionais sejam fixos e que sejam uma referência no interior das comunidades ciganas; • é necessário que os profissionais sejam tolerantes e flexíveis com as normas e horários já que para as comunidades ciganas é especialmente difícil cumprir este requisito; • o mediador intercultural deve assumir um papel pertinente através do acompanhamento, de explicações e de transmissão de informação; • apostar numa comunicação mais apelativa, valorizando os seus elementos culturais; • dinamizar grupos de trabalho temáticos (com os profissionais de saúde) relacionados com as comunidades ciganas no sentido de melhorar a comunicação e os procedimentos com estes;

Dificuldades	Recomendações
<p>Ausência de conhecimento sobre as características e a cultura das Comunidades Ciganas por parte dos profissionais de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • apostar na formação intercultural dos profissionais de saúde durante o percurso académico e na vida profissional com vista à prestação de cuidados de saúde congruente com a cultura cigana; • incluir as características e os aspectos culturais da comunidade cigana nos diferentes níveis de formação: <ul style="list-style-type: none"> – formação inicial e nas várias áreas do social, incluindo as áreas de saúde; – formação especializada ou formação pós-graduada; – acções de formação para profissionais. • criar grupos de trabalho/fóruns de reflexão para os profissionais de saúde e da área do social no sentido de permanentemente promoverem o acesso destas comunidades aos serviços de saúde e de estarem atentos às dificuldades que estas apresentam (definição de práticas profissionais); • apostar na formação de mediadores para a área da saúde; • divulgação de experiências (programas/projectos) de promoção da saúde integral das comunidades ciganas no território nacional.

Comunidades Ciganas

Em relação às comunidades ciganas, há que considerar de forma mais efectiva aquilo que se conhece acerca dos padrões de utilização dos serviços de saúde por parte destas comunidades. Neste domínio, não pode deixar de ser referido um conjunto de elementos pertinentes: o desconhecimento dos recursos que os diversos serviços de

saúde dispõem e conseqüentemente, a sub-utilização ou utilização desadequada dos recursos, designadamente dos centros de saúde. É ainda de referir as atitudes dos profissionais que se caracterizam por uma certa discriminação e preconceito. São estes aspectos que influenciam o acesso/não acesso das comunidades ciganas aos serviços de saúde.

Dificuldades	Recomendações
<p>Não utilização/uso inadequado dos diversos serviços de saúde (não recorrem aos serviços de saúde para prevenir doenças, mas sim em casos limite e nesses casos, directamente aos serviços de urgência hospitalar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • acções de informação para as comunidades ciganas sobre os mecanismos e os procedimentos de funcionamento dos serviços de saúde, explicando o que é um centro de saúde, o que podem esperar dos serviços de saúde, o que se faz, quais são os procedimentos de acesso, entre outros; • colaboração entre os serviços de saúde e as associações ciganas – estratégia de acção que permite facilitar a relação com a população cigana e constituir um mecanismo de acesso aos serviços de saúde • meios/suportes informativos que tenham presente os vários serviços de saúde, os procedimentos, as regras, os direitos e os deveres. As estratégias de sensibilidade não poderão passar apenas por informação escrita, visto que existe uma elevada taxa de analfabetismo; • incluir o mediador como figura profissional nos serviços de saúde no sentido de fomentar pontes/laços entre as comunidades ciganas e os profissionais de saúde;
<p>Fraca consciência colectiva da importância da educação para a saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adopção de estratégias de proximidade no sentido de aproximar, intervir e levar esta informação aos locais onde eles se encontram; • descentralização dos cuidados primários de saúde através de unidades móveis; • sessões de educação para a saúde no sentido de demonstrar a eficácia do cumprimento de algumas “regras” de saúde; • sensibilizar as associações ciganas e os líderes das comunidades no sentido de obter uma consciência colectiva de educação para a saúde, pois estes encontram-se mais próximos das comunidades ciganas. Esta sensibilização pode ser realizada através do fomento e realização de actividades de formação na área da saúde;

Dificuldades	Recomendações
Altos níveis de pobreza, baixos níveis de escolaridade influenciam negativamente os padrões de saúde dos ciganos	<ul style="list-style-type: none">• necessidade de programas e estratégias de promoção da qualidade de vida destinadas a combater a pobreza (essencialmente ao nível da habitação; saúde; emprego/formação profissional; segurança social; entre outros):<ul style="list-style-type: none">– acção intersectorial numa perspectiva integrada, da participação das comunidades ciganas e dos agentes locais e sobretudo da sua cooperação para saírem de forma sustentada da situação de pobreza e exclusão social;– apostar num conjunto de respostas sociais assentes no reconhecimento de um direito de cidadania;– acções de pré-profissionalização, formação profissional e estágios profissionais de forma a facilitar a entrada destas comunidades no mercado de trabalho;– cursos profissionalizantes e a frequência do Ensino Recorrente enquanto oportunidade de conclusão de estudos ou cumprimento da escolaridade obrigatória;– criar uma resposta mais eficaz às necessidades de habitação;

Centros Hospitalares e Serviços de Urgência

A relação da população cigana com o sistema de saúde faz-se essencialmente pela experiência de contacto com o centro hospitalar que normalmente gera sensações de inquietude e angústia, partilhadas por todos os membros da família extensa. O desconhecimento sobre a organização e o funcionamento dos hospitais é uma dificuldade que muitas vezes provocam o surgimento de conflitos. Assim, é fundamental manter uma atitude negociadora e de respeito em relação aos costumes ciganos de forma a poder ajuda-los na resolução de situações conflituosas.

É conhecido o uso excessivo que muitas vezes os membros das comunidades ciganas fazem dos serviços de urgência. Contudo, esta situação está relacionada com a percepção que os ciganos têm da doença: pretendem rapidez no diagnóstico e no tratamento e associam a doença à morte. Utilizam estes serviços sobretudo quando se trata de crianças doentes e especialmente quando há sintomas de febre alta. Estas situações, que são entendidas como “muito graves” para a família cigana, levam a que os ciganos recorram aos serviços de urgência numa atitude de desespero.

Dificuldades	Recomendações
<p>Presença da família extensa</p> <ul style="list-style-type: none"> os familiares mais próximos entram num estado de luto que só termina quando o doente regressa a casa a família permanece à porta do hospital onde vão recebendo as manifestações de solidariedade de outros familiares e só o abandonam quando a situação do doente estabiliza. 	<ul style="list-style-type: none"> a existência de um elemento mediador (de preferência da comunidade cigana) para transmitir a informação de dentro para fora, e vice-versa. Este mediador deve ter presente a cultura cigana e os seus costumes (de preferência um membro da comunidade cigana); a necessidade de reorganizar e criar estruturas ao nível hospitalar que estejam adaptadas a esta comunidade como, por exemplo, identificar ou adaptar um espaço com as seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> facilitação no acesso aos sanitários e a sua manutenção; existência de uma boa iluminação nocturna; fornecimento de água através de torneiras estrategicamente colocadas; existência de caixotes de lixo e sua manutenção; identificação de um espaço físico capaz de receber uma tenda/abrigo familiar (pertencente ao não ao próprio hospital) promoção do não-conflito com a rotina dos centros hospitalares. articular com outras instituições, associações e outros agentes locais que sejam pertinentes para melhorar as condições de saúde destas comunidades;

Dificuldades	Recomendações
<p>Recurso à urgência em situações não justificadas (as comunidades ciganas recorrem a estes serviços quer numa situação de emergência, quer noutra situação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • os profissionais de saúde devem esclarecer em que situações se deve realmente aceder aos hospitais, incentivando o recurso aos centros de saúde para situações de menor gravidade; • fornecer um conjunto de elementos – uma espécie de “Kit” informativo sobre os diversos serviços de saúde e o seu funcionamento; • apostar na existência de agentes com uma relação de proximidade e de confiança junto das comunidades ciganas; • ter presente as crenças, as tradições, os costumes na intervenção a realizar junto destas comunidades, no sentido de permitir a interlocução no nível hospitalar (atendimento na urgência, consulta externa e internamento)
<p>Não permanecem no hospital o tempo necessário para o tratamento das suas doenças (assinam termos de responsabilidades por tal acto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • constituir equipas de rua e fomentar a cooperação com outras estruturas, designadamente a Rede de Cuidados Primários, no sentido de criar unidades de referência e de garantir a continuidade do tratamento iniciado na fase do internamento; • disponibilizar informação sobre as consequências da não adesão aos tratamentos e sobre os recursos disponíveis na comunidade que poderá utilizar, bem como reforçar a importância das medidas preventivas; • reforçar os cuidados domiciliários;

Estas recomendações são apenas algumas estratégias que contribuem para melhorar a intervenção dos profissionais de saúde e capacitar as próprias comunidades ciganas para o acesso e a utilização adequada dos diversos serviços de saúde existentes. Por isso, é pertinente ter presente que este guia pretende, através destas recomendações, **incorporar novos conceitos (mediação intercultural, diversidade), formas diferentes de observar a realidade, novas metodologias de intervenção**, entre outros, que permitam aos profissionais de saúde cumprir melhor as suas funções, obtendo melhores resultados no seu trabalho quotidiano e reduzir a possibilidade de surgimento de con-

flitos. Pretende, igualmente, facultar **um maior conhecimento sobre a comunidade cigana**, que lhes permitirá melhorar o trabalho com esta e contribuir para reduzir as desigualdades existentes assim como melhorar a sua qualidade de vida.

Em síntese, não se trata de obter uma **formação específica no atendimento de cada “grupo diferente”, mas sim ter** (à margem de alguns conteúdos) **ferramentas como a comunicação (empatia, proximidade), atitudes mediadoras, gestão de conflitos, entre outros que são universalmente válidas para trabalhar com grupos culturalmente específicos.**

Sistema Nacional de Saúde

Inclusão da diferença e da diversidade

Recomendações

- Colaboração intersectorial e articulação multidisciplinar dos profissionais.
- Realização de estudos e investigações a um nível micro, que ofereçam informação sobre as necessidades de saúde.
- Flexibilização dos procedimentos rígidos através da adaptação dos procedimentos de intervenção às características culturais das comunidades ciganas.
- Facilitar:
 - Informação sobre o funcionamento dos diversos serviços de saúde (normas, direitos e deveres)
 - A gestão das questões administrativas.
 - O acesso a outros serviços (serviço Social, Psicologia, entre outros)
- Intensificação da "humanização da assistência"
- Elaboração de folhetos e cartazes informativos adaptados à população cigana
- Apostar em experiências-piloto de Mediação Intercultural.
- Respeitar os elementos culturais das comunidades ciganas.
- Realização de acções de educação para a saúde.
- Informar e formar líderes da comunidade cigana, no sentido de transmitir e disseminar a informação relacionada com a saúde.
- Trabalhar com as famílias ciganas através de acções de sensibilização e informação sobre as questões gerais de saúde.
- Aproveitar o saber e a atitude permeável das mulheres ciganas.
- Realização de campanhas de prevenção e adaptação de estilos de vida saudáveis, adaptadas a estas comunidades com a colaboração de elementos da etnia cigana.

Centros de Saúde e Áreas Específicas de Saúde

Comunidades Ciganas: “capacitar” as comunidades ciganas para os cuidados de saúde e para a utilização adequada dos serviços de saúde.

Profissionais: conhecer a cultura cigana

Recomendações

- Potenciar o conhecimento da população cigana sobre a existência e o funcionamento dos Centros de Saúde e das várias especialidades médicas, especialmente Pediatria e Ginecologia.
- Desenvolver acções de sensibilização e de formação para os profissionais de saúde no sentido de transmitir um conjunto de conhecimentos sobre as comunidades ciganas
- Evitar preconceitos e estereótipos sobre a população cigana.
- Aquisição de competências mediadoras e de resolução de conflitos
- Colocar em prática técnicas de entrevista clínica centrada no paciente: utilização de uma linguagem clara, consideração dos aspectos subjectivos e ambientais da doença, comunicação não verbal, entre outros.
- Apostar num acompanhamento próximo dos doentes da etnifa cigana.

Centros Hospitalares e Serviços de Urgência

Resolução positiva de conflitos.

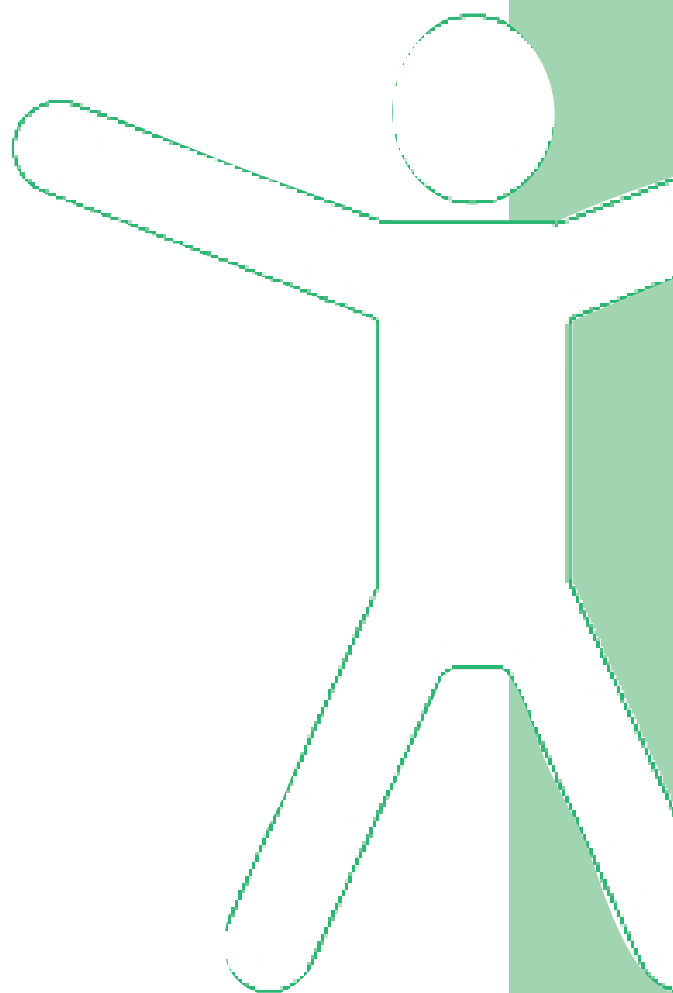
Uso adequado dos serviços.

Recomendações

- Transmitir as informações sobre o doente à pessoa que detém a máxima autoridade no grupo presente: tio ou tia (pessoas mais idosas, homem cigano).
- Explicar as normas eo funcionamento do centro hospitalar.
- Negociar o cumprimento das normas.
- Prudência na transmissão de informação quando se trata da morte de um familiar
- Apostar na presença do mediador intercultural nos serviços de saúde.
- Fomentar espaços adequados para a permanência da família extensa cigana.



Glossário de termos sobre a cultura cigana



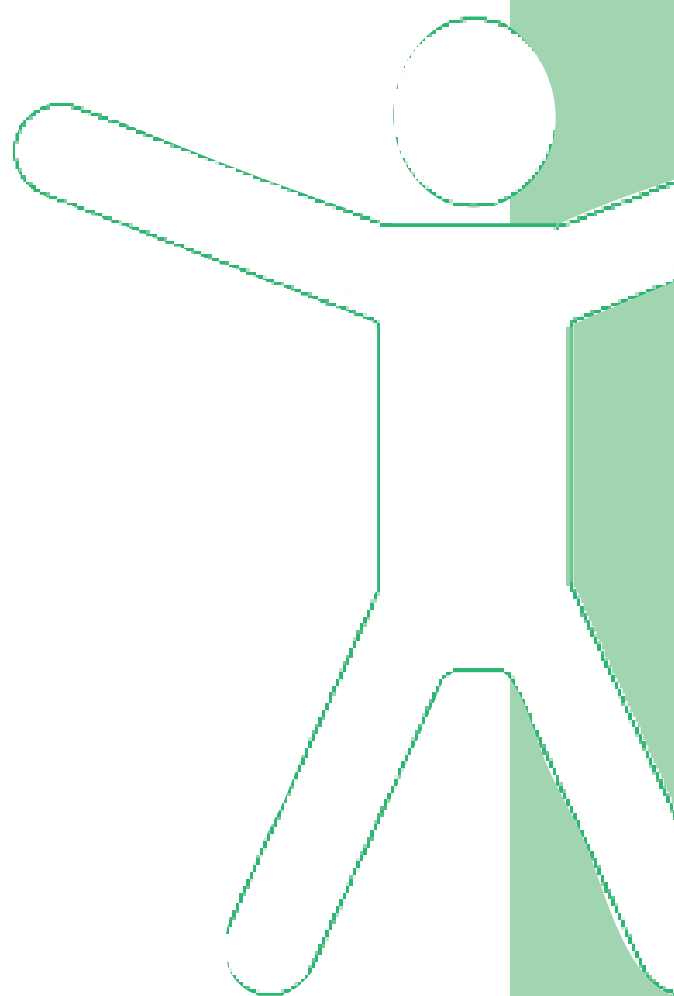
Glossário de termos sobre a cultura cigana

Etnia	(Grupo étnico, minoria étnica). Grupo de pessoas que partilham uma identidade colectiva e uma história comum. Possuem uma história, um conjunto de costumes, normas, crenças e tradições específicas.
Homem/ Mulher de respeito	Expressão para referir-se às pessoas adultas ciganas que pela sua trajetória de vida adquiriram o respeito e a confiança da sua comunidade. As suas opiniões e as suas decisões têm uma grande importância para os restantes membros da comunidade e assumem um papel decisivo na resolução de problemas. Este é o termo correcto a utilizar em vez de PATRIARCA, que é um termo não cigano mas aceitável entre a população cigana.
Tío	As pessoas mais velhas são muito respeitadas entre os ciganos. É aos mais velhos que são pedidos conselhos e orientações para resolver problemas. Chama-se "tio" ao homem mais velho e/ou mais respeitado da comunidade.
Cultura Agrafa (lei cigana)	A população cigana rege-se por leis próprias (conjunto de normas e costumes que tradicionalmente determinam o comportamento das comunidades ciganas), que não estão escritas mas que todos os membros conhecem muito bem. Os ciganos não escrevem a sua história nem a sua língua. Assim, os aspectos culturais vão sendo transmitidos de "boca em boca", de geração em geração.
Chavorrillo	Rapaz cigano
Moça	Expressão cigana para referir-se às moças solteiras. Este termo é utilizado a partir dos 12 anos de idade.
Primo/Prima	Termo que utilizam as pessoas ciganas para referir-se entre eles/elas. Não está relacionado com nenhuma relação de parentesco mas sim com a pertença ao mesmo grupo étnico
Payo/a	Pessoa não cigana. Não tem que ser interpretado no sentido negativo.
Namoro	Quando começam a namorar os ciganos não podem falar um com o outro, mandam recados por outra pessoa. Os homens ciganos não podem recusar um compromisso de casamento/namoro, enquanto que as mulheres podem recusar "dando cabaças".

Fugimento	Muitos ciganos para antecipar a data do casamento fogem para longe da família.
Pedimento	Cerimónia para conceder a mulher cigana em casamento. Acto em que tradicionalmente os noivos ciganos apresentam as suas famílias e se estabelece um compromisso formal entre ambos. O pedimento implica a aceitação por parte das famílias do relacionamento dos filhos. Equivale a “pedido de mão”. Pode ser habitual escutar a expressão “estar pedida”.
Virgindade	A virgindade da mulher (antes do matrimónio) é um dos costumes e de identidade mais importante da cultura cigana. Por isso, as meninas ciganas quando começam a crescer saem da escola porque não podem conviver com rapazes.
Povo Cigano	As expressões “povo cigano” ou “povo Roma” são formas coloquiais de referir-se ao conjunto de ciganos de todo o mundo. O povo cigano não está oficialmente reconhecido como tal pelo Direito Internacional, apesar de partilharem uma identidade comum.
Roma (Rom/Romí)	A tradução de cigano em romanó é “roma”, rom (masculino) e romí (feminino). O termo roma significa “cigano” e identifica todas as pessoas ciganas do mundo, no entanto os ciganos podem ser identificados de diversas formas mediante as regiões e os países: ciganos, tsiganes, gysies...
Sastipen	Saúde em Romanó.
Símbolos Gitanos	Os mais referidos são a bandeira, os símbolos da Roda de Carro e a Fogueira. Como festas de celebração têm: o dia 8 de Abril (Dia Internacional dos Ciganos) e o dia 24 de Junho (Noite de São João) Como expressões significativas: “sastipen” (saúde); o “sastipen ta lí”, o “sastipen thaj mesticen” (saúde e liberdade).



Anexos



Boas Práticas de Intervenção

Apresentamos neste ponto algumas intervenções consideradas boas práticas para trabalhar com as comunidades ciganas no âmbito da saúde. Trata-se de intervenções que facilitam o acesso adequado ao sistema de saúde, contribuindo para reduzir as suas desigualdades de saúde e a prevenção de possíveis conflitos.

Por um lado, a Mediação Intercultural, pode considerar-se como um recurso em si mesmo para fomentar a qualidade das intervenções nos serviços de saúde, visto que as suas técnicas e metodologias de trabalho servem para garantir o sucesso das intervenções terapêuticas quando se trata de pessoas ciganas. Por outro lado, os projectos locais constituem, igualmente, uma estratégia pertinente visto que a sua intervenção não incide apenas numa área isolada, mas sim numa acção integrada no sentido de minimizar as desigualdades sentidas e as situações de pobreza e exclusão social que estas comunidades apresentam.

Em ambos os casos, coloca-se em destaque a possibilidade de incorporar acções específicas na área da saúde que contribuem para a igualdade de oportunidades das comunidades ciganas.

A Mediação intercultural: a experiência do Hospital Dona Estefânia

A mediação é um recurso que actua como ponte entre a comunidade cigana e a sociedade maioritária no sentido em que promove o intercâmbio entre estes intervenientes. É portanto um processo, e não uma ferramenta “para apagar fogos” quando surgem conflitos.

“A mediação procura, por um lado, valorizar e afirmar as diferenças culturais, étnicas e sociais dos grupos minoritários, de modo a consolidar a sua identidade e, por outro lado, dar a conhecer publicamente essas diferenças, de modo a que exista um reconhecimento da pluralidade constitutiva da própria sociedade, facilitando a inter-relação e inter-compreensão dos diversos actores. (...) A mediação estimula a aquisição de competências, saberes, disposições que poten-

ciem as capacidades e o poder de actuação (...), localizando e diminuindo o ruído que perturba a comunicação entre eles e as instituições, de modo [a favorecer] uma dinâmica de comunicação que tenha por base o conhecimento e o respeito mútuo.”¹⁰.

Entendida na maior parte das vezes como um meio de resolução de conflitos, a mediação foi ganhando ao longo do tempo novos contornos e novos espaços de actuação. No caso português, estas mudanças e o reconhecimento de novos espaços de actuação de práticas de mediação são recentes e ganharam relevância com a entrada de Portugal na União Europeia.

Incluir experiências piloto de mediação intercultural nos centros hospitalares e centros de saúde permitirá trabal-

¹⁰ Ana Oliveira, Carla Galego, A Mediação Sócio-Cultural: um Puzzle em Construção, Observatorio da Imigração, Maio de 2005, p. 33

har com a população cigana aspectos relacionados com a educação para a saúde e o uso adequado dos serviços de saúde, de forma a melhorar as relações entre os profissionais de saúde e os doentes das comunidades ciganas, bem como prevenir o surgimento de possíveis conflitos

A experiência do Hospital Pediátrico Dona Estefânia retrata a importância de um mediador sócio-cultural, no sentido de estabelecer a ponte entre os profissionais de saúde e os membros da comunidade cigana: Os mé-

dicos e os enfermeiros sentem-se incompreendidos e nos ciganos não há compreensão pelo papel do médico”.

Perante a descrença e a desconfiança das unidades de saúde, esta figura é importante para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade cigana e, consequentemente, o seu acesso aos recursos de saúde existentes, diminuindo as barreiras culturais e o aumento do conhecimento das necessidades sentidas pela referida comunidade.

“Acreditam no que eu lhes explico porque eu sou um deles”¹⁴

Bruno Oliveira diz-se no meio de um ping-pong de “incompreensão”: médicos e enfermeiros não compreendem os ciganos e os membros da etnia desconfiam das unidades de saúde. Para ele, que fica no meio a tarefa não é fácil. Também porque é pioneiro e sente-se útil.

Há vezes em que não lhe basta dizer “eu sou cigano”, é preciso repetir o mesmo mas no dialecto da etnia: “Snhelo Calon”. Bruno Oliveira – o único mediador socio-cultural cigano a trabalhar num hospital português – explica que as palavras em calon funcionam como um “passaporte para a cultura cigana”.

Bruno tem 23 anos, não é moreno, não tem cabelo escuro, o que funciona como “uma barreira”: há famílias da sua comunidade que levam os seus filhos doentes ao hospital pediátrico Dona Estefânia, em Lisboa, onde trabalha, que não acreditam que é um deles. É o calon (...) que lhe serve de cartão de apresentação. Perante a descrença que às vezes persiste, há famílias com necessidade de se certificar que estão perante um cigano.

É o facto de pertencer à comunidade que lhe dá autoridade para dizer aos pais que os médicos não vão fazer mal à criança, que eles e enfermeiros são de confiança. A relação dos ciganos com a instituição de saúde é “marcada pela desconfiança e cepticismo (...)” É como se fosse uma “bola de ping-pong de “incompreensão”, explica Bruno Oliveira. Os médicos e os enfermeiros sentem-se incompreendidos e nos ciganos não há compreensão pelo papel do médico”.

Há pais que não deixam que os filhos levem soro, que têm dificuldade em que recebam injeções. Muitos ciganos perguntam-se: “será que estão a fazer bem? Não se sentem seguros”. Ao mesmo tempo as doenças são muitas vezes atribuídas “a explicações como a maldição, a inveja”. “Tenho que lhes explicar que há coisas para os homens resolverem, outras para Deus. São valores diferentes, sabe”?

O rótulo de cigano

Uma situação em que tem de intervir muitas vezes é a das visitas. Para muitas famílias é difícil aceitar que não pode haver mais do que dois visitantes à vez por cada criança. “Quando vêm todos é sinal de solidariedade (...)”

“Acreditam no que eu lhes explico porque eu sou um deles”, nota. “Os ciganos são fiéis uns com os outros. Sabem que não tinha coragem de dizer mentiras”. (...) Depois dos dois anos de curso de mediadores socio-cultural que o colocou no hospital Dona Estefânia, retomou os estudos mas não é por acaso que na escola onde está acabar o ensino secundário não disse a ninguém que era cigano. “Tive medo de não ser aceite.”

A generalização está sempre presente, também já a sentiu na pele: “Todos os ciganos são agressivos, não têm higiene, são ignorantes.” Aos 16 anos, quando era monitor num campo de férias (...), Uma criança que inocentemente, lhe disse que ele não podia ser cigano: “ Não, não és. Os ciganos cheiram mal e tu não cheiras”, repete a frase que memorizou e que era decerto, algo que a criança ouvia dos pais. (...)

Bruno sente-se representante da comunidade. (...) Há uma distinção que atravessa toda a conversa: educação e cultura. Pode-se ser cigano e receber educação. “Sou muito crítico em relação ao desprezo pela educação (na sua comunidade)”, salienta, mas remata: “Nem que vá para Marte sou cigano”.

Através do testemunho do Bruno Oliveira, podemos constatar que a mediação na área da saúde, constitui uma mais-valia na promoção da igualdade de oportunidades no acesso à saúde e na procura de estabelecimento de relações entre os profissionais de saúde e os membros dessa comunidade. Assim, o trabalho que é desenvolvido por este mediador tem-se revelado positivo e pertinente, uma vez que fomenta a ligação das famílias ao hospital, reforçando o diálogo entre os intervenientes. Esta situação só vem reforçar a importância e a utilidade da figura do mediador, em que o conhecimento dos códigos e das condutas culturais é um elemento importante para a qualidade do serviço prestado e para as mudanças significativas nos comportamentos. Os benefícios da mediação intercultural reflectem-se nos profissionais de saúde e, igualmente, na comunidade cigana.

Ao nível dos **profissionais de saúde** os benefícios incidem nos seguintes elementos:

- favorece as relações interpessoais reduzindo as barreiras de comunicação
- permite decifrar e compreender alguns aspectos culturais
- previne o surgimento de conflitos em determinadas situações, por exemplo quando se comunica o falecimento da pessoa cigana
- favorece a obtenção de melhores resultados nos tratamentos e prescrições médicas
- promove programas preventivos e de promoção de saúde eficazes.

Ao nível das **comunidades ciganas**, a mediação permite:

- uma melhor compreensão dos diagnósticos e tratamentos terapêuticos aumentando o sucesso na “cura” das doenças.
- uma maior compreensão das normas de funcionamento do sistema de saúde.
- a normalização do uso dos serviços de saúde
- um sentimento de maior segurança e confiança perante as instituições e profissionais de saúde.

A mediação procura ser o desenvolvimento de um processo de negociação que contribua com novas variáveis e dinâmicas para a integração das comunidades ciganas. O facto do mediador ser cigano dota a sua actuação de grande eficácia: *“Há vezes em que não lhe basta dizer “eu sou cigano”, é preciso repetir o mesmo mas no dialecto da etnia: “Snhelo Calon”. (...) as palavras em calon funcionam como um “passaporte para a cultura cigana”. (...) Perante a descrença que às vezes persiste, há famílias com necessidade de se certificar que estão perante um cigano.* Este facto é um requisito imprescindível para o acesso de pessoas ciganas a serviços, bens e recursos que de outro modo não seria alcançado. A própria experiência e actuação do mediador é um modelo de referência na facilitação das relações de proximidade e de confiança. A sua “autoridade incide na credibilidade pessoal e no grau de confiança que lhe é atribuído pelas comunidades ciganas.

Experiências em desenvolvimento

Saúde em Português

A Associação Saúde em Português (ASP) é uma associação de profissionais de cuidados de saúde primários dos países de língua portuguesa. Tem como principais objectivos a promoção, a divulgação e a aplicação de cuidados de saúde primários através da assistência médica e em cuidados de saúde, formação e investigação na comunidade dos países de língua Portuguesa, Macau, Goa e Timor.

Esta associação desenvolve, actualmente, o Projecto "Saúde e Integração"¹¹, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, em parceria com a Associação Cigana Cultural e Recreativa de Coimbra. Este projecto intervém em dois bairros (Rosa e Ingote - em que a população é maioritariamente cigana) em Coimbra e tem como principal objectivo melhorar a qualidade de vida das populações residentes e, simultaneamente, a sua inclusão social. Para tal, as actividades que estão a ser desenvolvidas incidem:

- na aplicação de um questionário no sentido de obter um diagnóstico da situação actual de saúde da população residente nesses locais e de actuar ao nível da prevenção;
- na realização de sessões de educação para a saúde dirigidas a grupos específicos tendo como áreas temáticas o planeamento familiar, a saúde materna e infantil, a vacinação, a higiene corporal, as doenças sexualmente transmissíveis;
- na realização de visitas domiciliárias às famílias de forma a sensibilizar, a esclarecer e a informar sobre as questões mais pertinentes de saúde.
- no rastreio de doenças como a hipertensão arterial, diabetes ou obesidade.

Como podemos constatar, este projecto desenvolve-se em proximidade com o grupo-alvo, pois só assim se poderá intervir adequadamente relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde (principalmente encaminhando as pessoas nos casos em que for necessário), criando as condições para reduzir as desigualdades de saúde existentes nesta comunidade. Este facto só é possível em articulação com as próprias comunidades pois é pertinente *conhecer bem para intervir com oportunidade*.

Novas Sendas – Cáritas de Aveiro

Este projecto é desenvolvido pela Cáritas de Aveiro (desde Janeiro de 2005/Dezembro de 2007) em parceria com um conjunto de entidades, no âmbito do Programa Operacional Emprego Formação e Desenvolvimento Social (Medida 5.1). O presente projecto tem como principais objectivos promover uma efectiva integração social da população (população de etnia cigana residente nos 3 bairros em Ervideiros- Aveiro e outros estratos da população local com problemas de integração social) na sociedade envolvente e fomentar o exercício de uma cidadania participativa e crítica da população destinatária. A intervenção do projecto é ampla, não se restringindo apenas a uma área. No entanto, os cuidados de saúde é uma área prioritária no projecto. Neste domínio foram trabalhados alguns temas, designadamente, a alimentação, a higiene social, a saúde da mulher (cancro da mama e planeamento familiar), adolescência, saúde infantil e vacinação. Assim, este projecto integra um conjunto de actividades, tendo por base um conjunto de áreas de intervenção. As actividades são:

- Encontros Temáticos - promoção de sessões de animação, informação e sensibilização sobre diversas temáticas relevantes de exclusão social dirigidas a agentes de intervenção (até ao momento foram realizadas duas sessões: educação - Integração Escolar da Etnia Cigana e

¹¹ Este projecto iniciou-se em Março de 2005

saúde – Cuidados de Saúde Primários e Factores e Comportamentos de Risco;

- Ser Mulher - ateliers dirigidos a mulheres adultas e adolescentes, de promoção e desenvolvimento de aprendizagens a nível da saúde e educação, estimulando a capacidade de gestão de recursos e saberes, provenientes das diferentes vivências;
- Novos Rumos – ateliers direccionados a homens adultos e adolescentes em situação de exclusão social, com o desenvolvimento de actividades promotoras de alteração de comportamentos nas áreas de saúde, higiene pessoal e doméstica, alfabetização, emprego e formação profissional;
- Trampolim – ocupação dos tempos livres das crianças em idade escolar, com actividades lúdicas e pedagógicas, permitindo a interiorização de novos conhecimentos, valores e práticas, potenciando hábitos de estudo, protecção ambiental e igualdade de direitos, deveres e oportunidades.
- Projectos Vida – trabalho quotidiano de apoio às famílias, sinalizando e encaminhando situações para as respostas existentes;
- Acções Sócio-educativas – desenvolvimento de 10 cursos de sensibilização, preparação e de pré-formação para 10 grupos de formandos (homens e mulheres).

Apesar de serem projectos pontuais, estas “pequenas experiências” permitem a implementação de melhorias na comunidade ao nível dos cuidados de saúde. Perante o exposto podemos concluir que o raio de acção dos projectos que se encontram a desenvolver no terreno é amplo, uma vez que se pode estender a várias áreas de interesse/intervenção. Este facto é pertinente visto que às várias áreas encontram-se interligadas entre si, por isso é necessário cada vez mais

apostar numa intervenção global e integrada. Assim, estes projectos revelam-se particularmente úteis, visto que constituem-se como uma estratégia de intervenção junto daqueles que por diversos motivos (social cultural, económico, político) se vêem privados de certos bens e serviços essenciais, como por exemplo a educação e a saúde, para a integração e coesão social.

A entrevista clínica com a comunidade cigana

A entrevista clínica é uma técnica utilizada pelos profissionais de saúde através da qual se inicia a relação entre estes e os doentes. Entram em jogo numerosos elementos das relações humanas. A comunicação verbal e não verbal tem um papel relevante no sentido em que condiciona as relações que se estabelecem. Desta forma, a “entrevista clínica” deve ser um processo de negociação em que se contrastam opiniões e alternativas entre os pacientes e os profissionais de saúde.

Alguns autores consideram que uma boa relação entre o profissional de saúde e o paciente melhora os resultados de saúde e a satisfação do doente. As habilidades/competências verbais e não verbais de comunicação, a expressão de sensibilidade por parte do profissional, especialmente nos primeiros contactos, determinam em grande medida, o sucesso da relação terapêutica.

No caso das minorias étnicas vemos como os elementos culturais influenciam a relação que estas comunidades têm com a saúde e a doença. Ao falar das comunidades ciganas, devemos ter presente que também os próprios elementos da cultura cigana referidos no ponto 3.2 deste manual, influenciam a componente subjectiva da doença. Através da entrevista clínica, o profissional de saúde e o paciente cigano podem estabelecer as bases de uma relação terapêutica baseada

no respeito mútuo, na confiança e na aceitação das diferenças.

Comunicação centrada no paciente

Nos últimos tempos desenvolveu-se uma nova forma de abordar a comunicação nas relações com os pacientes nas quais se tem em conta alguns aspectos que vão condicionar a situação clínica.

O modelo de comunicação centrada no paciente baseia-se nos seguintes elementos:

1. Exploração da doença e das vivências que o paciente tem: para além da exploração dos sintomas, deve-se ter em conta os seguintes aspectos,
 - A percepção do doente sobre a doença.
 - Os sentimentos que provoca (angústia, medo...etc).
 - As expectativas que têm sobre o profissional e a utilidade do tratamento
 - O impacto dos sintomas na sua vida quotidiana
 - A comunicação não verbal
2. Compreensão da pessoa na sua totalidade: ter presente os factores ambientais, sociais e familiares do paciente tais como as condições de habitabilidade, as relações e os apoios familiares, as necessidades económicas...etc.

3. Acordos com os pacientes: é importante que o paciente participe activamente no seu processo de saúde-doença. Assim, o técnico de saúde deve procurar a sua aceitação quer no diagnóstico proposto quer no tratamento terapêutico.
4. Incorporação da prevenção: a prevenção e a promoção incluem a redução de danos, a detecção das doenças e a diminuição do seu efeito.
5. Relação profissional-paciente: o profissional deve tentar melhorar a relação do paciente em cada encontro.
6. Realismo: tudo isto deve ser desenvolvido tendo presente as possibilidades reais do serviço em que trabalha o profissional de saúde: recursos e o tempo que dispõe. Sabe-se que muitos profissionais de saúde atendem um número excessivo de doentes, o que leva a que se valorize apenas os elementos deste modelo que são mais importantes para o processo e para o paciente.

A entrevista clínica centrada no paciente tem como principais objectivos:

- Diagnosticar correctamente a situação
- Assegurar o seguimento do tratamento
- Prevenir futuros problemas de saúde

Fases e Técnicas da entrevista clínica com a comunidade cigana

Fases de Acolhimento

- Objectivo:
 - Estabelecer uma relação terapêutica com empatia, qualidade, respeito e eficácia na comunicação.
- Técnicas:
 - Acolhimento cordial.
 - Contacto visual relaxado (acolhedor, informal, ...)
 - Tratamento por tu das pessoas mais velhas das comunidades ciganas
 - Saudação específica aos homens ciganos (aspecto que não deve ser considerado como discriminação em relação ao sexo, mas sim como um detalhe que condicionará a confiança de “cabeça de família”, e por conseguinte de todos os membros).

Delimitação da consulta

- Objectivo:
 - Clarificar a questão e obter os dados e a informação necessária para conhecer a natureza do problema, as expectativas e as crenças do paciente.
- Técnicas:
 - Perguntas abertas que “obriguem” o paciente a facultar informação e algumas sugestões, e que não se fechem em si mesmos.
 - Perguntas fechadas para obter informação específica que ajude a detectar a situação
 - Empatia: técnica verbal e não verbal que consiste em expressar solidariedade emocional com o paciente.
 - Baixa receptividade: deixar um pouco de tempo entre a intervenção do paciente e a do entrevistador, evitando interrupções.
 - Silêncios funcionais: intercalar momentos sem comunicação não verbal para proporcionar tempo de mediação com o paciente e captar determinadas reacções emocionais que possam surgir.
 - Facilitações: expressões verbais do entrevistador (“siga por favor”) e não verbais (consentimento com a cabeça), que ajudam o paciente a continuar a conversa.

Fase Exploratoria

- Objectivo:
 - Dizer uma frase chave que permita ao paciente ter conhecimento do que se vai fazer, explicando o que se espera e os motivos para a sua necessidade. Esta situação é mais delicada quando se trata de meninas entre 7-16 anos e de mulheres quando o profissional é do sexo masculino. O ideal é ser uma profissional mulher.
- Técnicas:
 - Verbalizar alguns procedimentos normais que existem no sentido de baixar os níveis de ansiedade e desconfiança.

Fase Resolutiva

Distintas etapas

Informação ao paciente: consiste em enunciar o problema detectado, informar sobre a sua natureza e acordar um plano preventivo e curativo.

- Técnicas:
 - Utilizar uma linguagem comum evitando dentro dos possíveis a linguagem técnica médica.
 - Atenção à comunicação não verbal do paciente que pode dar-nos sinais de incompreensão.
 - Bidirecionalidade: o paciente deve sentir que pode interromper para esclarecimento de dúvidas.

Negociação: pode suceder que o paciente tenha uma opinião diferente sobre o diagnóstico e o tratamento proposto pelo profissional. No momento em que estamos a falar sobre ele, pode-se utilizar as seguintes técnicas.

- Técnicas:
 - Reversão de ideias. Exemplo: “uma vacina é má, mas pior é ter uma doença e contagiar os nossos filhos”.
 - Sessão intencional. Exemplo: “parece-me bem ter a radiografia para depois seguir o tratamento”.

Definir um plano: deve-se definir um plano terapêutico tendo em conta as crenças, as opiniões e formas de vida do paciente para favorecer a aderência e evitar o não seguimento das prescrições médicas.

- Técnicas:
 - Informar sobre os benefícios do tratamento e da possível evolução desfavorável que pode ter se não seguir esse tratamento

Casos Práticos

Análise de Casos reais – notícias de imprensa

A importância de estabelecer uma relação de proximidade e de confiança com a população cigana é defendida pelos próprios técnicos, visto que esta população apresenta algumas resistências no acesso aos serviços de saúde, não existindo uma preocupação com práticas de prevenção (cuidado de saúde) e, conseqüentemente, a constatação de uma saúde deficitária. Perante este cenário, é necessário adoptar estratégias que possam alterar esta situação. Uma das estra-

tégicas importantes de referir é a implementação de Unidades Móveis que assegurem os principais cuidados de saúde. Esta estratégia está a ser desenvolvida em alguns locais e assume um papel fundamental na criação de condições de intervenção e acompanhamento das situações de saúde. Desta forma, a Unidade Móvel do Centro de Saúde do Seixal (integrado no projecto Saúde Sobre Rodas) perante o cenário descrito anteriormente, apostou nesta estratégia: “eles não nos vão procurar se estiverem saudáveis. A prevenção não existe e é nesse sentido que temos de estar alerta.”

NOTICIA 1¹⁶

Unidade Móvel garante cuidados nos bairros sociais

Longe do centro de saúde que serve quatro das maiores freguesias locais, o atendimento é feito numa carrinha. Equipa faz planeamento familiar e presta cuidados-base

(...) Longe do Centro de Saúde do Seixal – que abrange as freguesias do Seixal, Arrentela, Paio Pires e Fernão Ferro - quem vive na Cucena tem tratamento personalizado, pelo menos, uma vez por semana. Os enfermeiros deslocam-se ao bairro numa unidade móvel preparada para prestar cuidados de saúde e uma técnica da Câmara do Seixal garante o apoio social.

Mulheres no TOP

Desde de Setembro, o projecto “Saúde sobre Rodas” já fez 300 atendimentos em todo o concelho. (...) São as mulheres entre os 20 e os 39 anos quem mais recorre à carrinha. “ A maioria dos atendimentos é na área da vigilância infantil, vacinação e planeamento familiar”. Mariana Dupont, directora do Centro de Saúde do Seixal explicou ao JN que antes de cada visita ao bairro há uma preparação prévia.

(...) “Têm a porta aberta aqui no bairro (...) foi a melhor coisa que fizeram”. “Dão comprimidos e atendem as pessoas. Tenho o serviço completo porque até me tratam do rendimento (social de inserção)”, explica.

Susana Santos, enfermeira especialista em saúde infantil, conhece os utentes pelo nome e sabe quem deve, ou não, ser vacinado. “eles não nos vão procurar se estiverem saudáveis. A prevenção não existe e é nesse sentido que temos de estar alerta”, aponta.

Mais do que dificuldades económicas, é “a falta de orientação e conhecimento” que traz carências a esta população. Por isso, as equipas de cada centro de saúde fazem-se acompanhar de uma técnica da área social que encaminha as dúvidas e resolve problemas. “Há pessoas que não conseguem organizar-se e mobilizar recursos”, diz, por seu lado, Mariana Dupont.

Os objectivos do “Saúde Sobre Rodas” passam pelo combate ao insucesso escolar, a prevenção da gravidez na adolescência ou o apoio à mulher durante a gravidez e no pós-parto.

É de salientar que nestas visitas, as mulheres ciganas são as que recorrem com mais frequência a esta unidade visto que a “maioria dos atendimentos é na área da vigilância infantil, vacinação e planeamento familiar”. Podemos assim concluir que as unidades móveis junto das comunidades ciganas devem ser uma estratégia, visto que estas unidades têm como objectivo informar, orientar e criar laços de proximidade e de confiança para incentivarem e motivarem os ciganos a recorrerem aos serviços de saúde.

Como já foi referido ao longo do presente manual, a ausência das condições básicas de existência condicionam o estado de saúde das

comunidades ciganas. A condição de vida da maioria destas comunidades estão associadas à não resposta das necessidades elementares das condições básicas de existência. As comunidades ciganas, enquanto grupo social e economicamente desfavorecido, acabam por ser “atiradas” para os bairros periféricos, sem condições mínimas de higiene e de habitabilidade, designadamente sem água potável para consumo e até para a higiene pessoal. Estas condições têm consequências graves ao nível da saúde das populações e cria problemas ambientais e de saúde pública, condicionando negativamente o acesso e a promoção da saúde em geral. Desta forma, a saúde encontra-se relacionada com as

outras áreas da vida social, sendo necessário implementar programas e estratégias de promoção da qualidade de vida de forma a combater as situações de pobreza e exclusão que caracterizam estas comunidades. É neste sentido que a Câmara Municipal de Paços de Ferreira promoveu o

realojamento de famílias ciganas que estavam a viver num acampamento sem as condições básicas de existência. Assim, as famílias a realojar tiveram algumas sessões de sensibilização, no “sentido de preparar aquela comunidade para a anunciada mudança do local de residência, que

conduzirá ao abandono do actual acampamento”. Estas sessões compreendiam, igualmente, alguns ensinamentos sobre cuidados básicos de saúde e higiene, ministrados por duas finalistas de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Notícia 2¹⁷

Famílias Ciganas aprendem cuidados de saúde com finalistas de enfermagem

A comunidade, fixada há 13 anos no concelho, está a preparar-se para mudar do actual acampamento para novas habitações sociais

Várias famílias ciganas, fixadas há 13 anos em Paços de Ferreira, receberam ontem de manhã, no seu acampamento, alguns ensinamentos sobre cuidados básicos de saúde e higiene, ministrados por duas finalistas de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Esta acção, promovida pelos serviços sociais da Câmara local, constituiu mais um passo no sentido de preparar aquela comunidade para a anunciada mudança do local de residência, que conduzirá ao abandono do actual acampamento.

As jovens finalistas de enfermagem, munidas de bonecos de plástico, transmitiram algumas informações úteis, sobretudo cuidados a ter com os bebés. (...) Aprenderam a lavar correctamente um biberão, a mudar as fraldas de acordo com algumas regras e até a dar banho a um bebé numa banheira. Estas e outras informações eram acompanhadas pela exibição de material multimédia, com um aspecto gráfico simplificado, no qual era possível visionar algumas imagens, que ajudavam a uma melhor compreensão.

Fernanda Mendes, técnica da autarquia, explicou ao Comércio que a acção se inseriu no projecto “Querer Crescer”, frisando que o facto de se ter realizado numa barraca cigana se deveu à necessidade de adaptar as tarefas à realidade daquelas famílias, tendo em conta as limitações do local onde vivem.

Fernanda Mendes anota que estas pessoas são “em tudo semelhantes às outras famílias no que diz respeito à prestação de cuidados das crianças”, afirmando até que “têm mais-valias enormes que muitas vezes são desconhecidas da população”.

São pessoas que têm muitos cuidados ao nível da saúde e recorrem frequentemente aos centros de saúde”, explica a técnica. Questionada sobre o impacto que terá a mudança para casas ditas “normais”, mostrou-se segura de que tudo vai decorrer sem sobressaltos.

Prevenir a exclusão social

(...) Pedro Pinto (...) manifestou a sua certeza de que o trabalho em casa ao nível da educação para a saúde, planeamento familiar e cuidados de higiene vai permitir que as famílias “não sintam essa grande mudança, que significa passar de um acampamento com poucas condições para uma habitação condigna”. (...)

Além dos cuidados ao recém-nascido, técnicos de saúde e de acção social abordaram a componente da saúde oral (...). Segundo Pedro Pinto, este programa procura prevenir situações de exclusão social no processo de realojamento das famílias, “promovendo a inclusão social”.

Estes ensinamentos incidiram, basicamente, na saúde materna-infantil, no planeamento familiar e alguns cuidados de higiene. Estas temáticas contribuíram não só para preparação do realojamento, mas também para promover a educação para a saúde. Todo o trabalho que foi desenvolvido com esta comunidade pretendia promover a inclusão social. Tendo por base esta experiência, é de realçar dois elementos pertinentes que devem estar presentes em futuras intervenções:

- O facto desta experiência ter sido desenvolvida no próprio ambiente das comunidades ciganas – “facto de se ter realizado numa barraca cigana deveu-se à necessidade de adaptar as tarefas à realidade daquelas famílias, tendo em conta as limitações do local onde vivem”.
- A articulação entre os projectos e a existência de parcerias entre a Escola Superior de Enfermagem, a Câmara Municipal e o Centro de Saúde. A colaboração e a articulação intersectorial e multidisciplinar dos profissionais assumem um papel fundamental na intervenção/implementação de estratégias de forma a minimizar as desigualdades e as situações de pobreza sentidas por estas comunidades.

Questionário para identificação de preconceitos e de estereótipos em relação às comunidades ciganas

Perguntas gerais:

1. Seus contactos com as comunidades ciganas são:

- Habituais e frequentes
- Esporádicos
- Raros ou inexistentes

2. Estas relações dão-se por motivos:

- Familiares
- Profissionais
- Amizade

3. São reais os estereótipos que se aplicam às comunidades ciganas?

- Se têm esta fama, por algo será?
- Muitas vezes são certos
- Não, são ideias baseadas no desconhecimento

4. A comunidade cigana é:

- Diversa e heterogénea
- Marginal
- Socialmente inadaptada

5. A origem da comunidade cigana é:

- Andaluzia
- Europa
- Índia

6. As queixas da população cigana relativamente ao tratamento que recebem por parte da sociedade maioritária são:

- Lógicas e justificadas
- Uma desculpa
- Exageradas

7. Considera suficiente o esforço da população cigana para obter a integração e a convivência com a sociedade maioritária?

- Fazem tudo o que podem mas são alvo de muitas práticas de discriminação
- Podiam fazer mais
- Não querem integrar-se

8. Que grau de responsabilidade têm as pessoas ciganas nas situações de discriminação?

- Não têm culpa
- Muitas vezes provocam essas situações
- As suas atitudes são as principais causas do racismo existente

9. A imagem que os meios de comunicação transmitem sobre as pessoas ciganas corresponde à realidade?

- Sempre
- Às vezes
- Quase nunca

10. O que entende por racismo?

- Manifestações violentas contra as pessoas de outra raça, cultura, religião, ideologia, entre outros
- Rejeição e marginalização de pessoas de outras raças, culturas, religiões, ideologias, entre outros
- Percepções positivas ou negativas baseadas na raça, cultura, religião, ideologia, entre outros.

11. Pensa que as comunidades ciganas são vítimas de racismo ou classicismo?

- Racismo, o que se realça é a cor da pele e a pertença a uma cultura diferente da maioritária
- Classicismo, um cigano famoso com dinheiro aceita-se
- Nenhuma das duas

12. Qual é a sua opinião sobre a situação real das comunidades ciganas em relação ao racismo?

- É um problema que sempre existiu e não tem solução
- É um problema que se resolverá se todos se colocarem do nosso lado
- É uma situação menos grave do que se diz

Perguntas sobre a prática profissional com as comunidades ciganas no contexto dos serviços de saúde

- 13. Considera que os conflitos que surgem nos serviços de saúde com as comunidades ciganas são um problema:**
- Muito importante e que vai aumentando
 - Ocorrem em situações pontuais
 - É uma situação menos grave do que se diz
- 14. Quando tem que atender as comunidades ciganas no seu trabalho:**
- Colocam-se em alerta porque são pessoas potencialmente conflituosas
 - Tenta adaptar a sua intervenção tendo em conta as diferenças culturais
 - Tratam de igual modo como se fossem pessoas não ciganas
- 15. Considera que devem existir ações específicas com a população cigana nos serviços de saúde?**
- Não, porque são iguais aos outros cidadãos e têm os mesmos direitos
 - Sim, temos que ajudar a eliminar as desigualdades existentes e apoiar a sua integração
 - Sim, tem que existir serviços específicos somente para as comunidades ciganas
- 16. Considera pertinente conhecer aspectos da cultura cigana para o desempenho do seu trabalho?**
- Não penso que a cultura cigana seja tão diferente como a nossa
 - Sim, ajudava-me a compreender as atitudes e os comportamentos das pessoas ciganas
 - Sim, era importante obter conhecimento sobre todas as minorias étnicas e culturais que residem no nosso país
- 17. A formação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde ao nível da prevenção e da resolução de conflitos é:**
- Muito importante para abordar situações potencialmente conflituosas
 - Unicamente válida para o pessoal da segurança
 - Uma carga extra de trabalho
- 18. As competências de comunicação:**
- Não entram em jogo na relação terapêutica profissional de saúde-paciente
 - São uma ferramenta muito útil para as comunidades ciganas
 - São de igual importância como para a comunidade não cigana
- 19. As comunidades ciganas, em relação aos profissionais de saúde:**
- Pensam que estamos obrigados a fazer tudo o que eles pretendem
 - Têm expectativas irrealistas
 - Nunca nos fazem caso só quando as situações são extremamente urgentes
- 20. A presença da família extensa cigana nos serviços de saúde, especialmente nos hospitais:**
- É a causa de muitos problemas
 - É um valor cultural importante e há que ter estratégias para integrá-lo na organização do sistema de saúde
 - É desnecessário e é importante fazê-los compreender quais são as normas

21. Atender de forma específica as comunidades ciganas

- Implica que também temos que fazer com os outros grupos minoritários e que a atenção para a diversidade seja um elemento transversal nos serviços de saúde
- É impossível
- Não contribui para melhorar a situação

22. Considera que as pessoas ciganas quando acedem ao serviço de saúde

- Sentem desconfiança sobre a instituição
- Confiam na eficácia do serviço
- Depende de cada caso concreto e da experiência prévia que tiveram

23. Incluir a diversidade cultural no plano do sistema de saúde

- Não é uma competência/responsabilidade do sistema de saúde
- Contribuirá para melhorar a atenção das pessoas de outras culturas
- Não mudará a situação

24. A minha experiência profissional com pessoas ciganas foi:

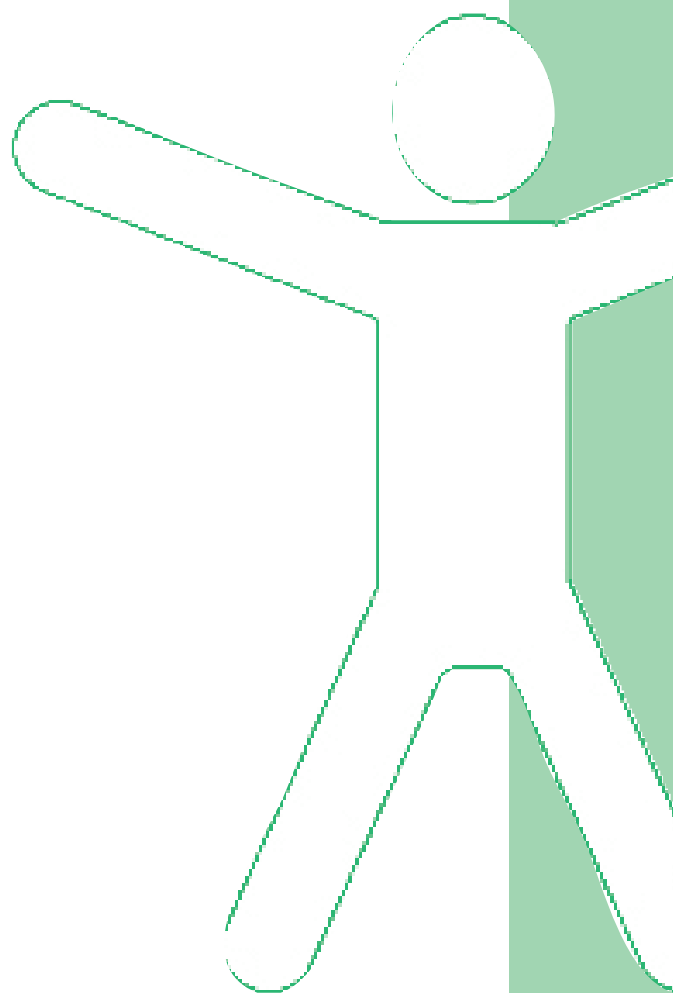
- Boa e normal
- Negativa em alguns casos e normal noutros
- Uma causa de stress no meu trabalho

25. Qual é a população que representa mais problemas na sua relação com os serviços de saúde

- Pessoas ciganas
- Pessoas da América do Sul
- Pessoas de Magreb



Bibliografia



Bibliografia

- Oliveira, Ana; Galego, Carla; A Mediação Sócio-Cultural: um Puzzle em Construção, Observatório da Imigração, Maio de 2005
- Sastipen ta li – Saúde e Liberdade, Ciganos – Números, abordagens e realidades”, SOS Racismo, Lisboa, 2001
- Second Report on Portugal, European Comisión Against and Intolerante, Adoptado em 20 de Março de 2002, Estrasburgo, 4 de Novembro de 2002
- Secretariado Diocesano de Lisboa da Obra Nacional para a Pastoral dos Ciganos; “O Jovem cigano e a formação - atitudes e perspectivas frente ao mundo do trabalho”, Dezembro de 1999.
- Silva, Luísa Ferreira et al; “A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária”; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra 2000.
- União Europeia; *Situação dos Ciganos na União Europeia Alargada*, 2004. Relatório publicado pela União Europeia

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.