



Laura Elisabete Figueiredo Brito
2010146789

Competência cultural em saúde

Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana

Tese de Mestrado em Antropologia Médica

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Competência Cultural nos Profissionais de Saúde

Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de Mestre em Antropologia Médica
realizada sob a orientação do Professor Doutor Jorge Varanda
(Departamento de Ciências da Vida da Universidade de
Coimbra)

Laura Elisabete Figueiredo Brito

2016

Índice

Siglas e/ou abreviaturas.....	I
Índice de gráficos	II
Índice de tabelas	III
Resumo:.....	IV
Abstract:	V
Introdução.....	1
Parte I – enquadramento teórico.....	6
1.Cultura e representações.....	6
1.1. Cultura, etnia e minoria	6
1.2. Representações – a importância da diferença	9
1.3. O ‘outro’ e o discurso biomédico	11
2.Saúde e cultura	13
3.Competência cultural.....	16
3.1. Etnografia e mediação cultural – instrumentos complementares da entrevista médica ..	19
4. Etnia cigana– história, estado de saúde e representações da doença	24
4.1. História.....	24
4.2. Saúde e doença na etnia cigana.....	26
4.3. Representações da etnia cigana pela sociedade.....	29
5.Estratégias para a inclusão das comunidades ciganas	31
Parte II – Estudo de caso	35
Metodologia	35
Resultados	37
1.Descrição da amostra	37
2.Competência cultural e opinião sobre diversidade cultural	37
2.1. Definição de competência cultural.....	37
2.2. Mediador cultural e sentimento sobre a diversidade cultural em contexto clínico	38
2.3. Definição de competência cultural – resposta aberta	41
3.Relacionamento e representação da etnia cigana	43
3.1. Diferenças culturais	44
3.2. Diferenças na saúde.....	46
3.3. Problemas sociais	49
4.Contacto com as comunidades ciganas	52
4.1. Frequência do contacto em contexto de centro de saúde e acompanhamento	52
4.2. Existência e justificação de estereótipos	53
4.3. Opinião sobre situações de discriminação	54
4.4. Experiência profissional com a etnia cigana	55

4.5. Atendimento e presença da família	56
5.Vocabulário	58
5.1. Vocabulário – resposta de profissionais administrativos e outros	59
5.2. Resposta de enfermeiros.....	59
5.3. Vocabulário – resposta de médicos	60
6. Questões	62
6.1. Situação socioeconómica:	62
6.2. Cultura e modo de vida	63
6.3 Saúde	64
7. Entrevistas	65
7.1. Contacto com a comunidade cigana	65
7.2. Sentimento do paciente cigano e opções de mudança.....	67
7.3. Prevenção e planeamento familiar	70
7.4. Planos de estudo, formação e comentários finais.....	71
Conclusão	75
Bibliografia.....	78
Anexo	83

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Jorge Varanda, pelo seu trabalho como orientador deste trabalho, pelos conselhos e o acompanhamento.

Aos meus pais e ao meu irmão, pela paciência e o incentivo sempre constante desde o início do meu percurso académico.

À Dr.^a. Fernanda Pinto Silva, por me ter dado a oportunidade de realizar este trabalho em parceria com a ARSC.

À Diana, à Daniela, à Mónica e à Lara, por terem acompanhado o meu percurso desde aquela tarde na Portagem em que tudo começou e nunca terem deixado de estar do meu lado; ao Fábio, por ter acreditado sempre, mesmo quando tudo parecia correr mal; ao Pedro, por ter sido uma peça essencial e continuar a saber fazer-me rir no momento certo.

À Cátia Cunha, desde o primeiro dia da Licenciatura até ao último do Mestrado, mais que uma colega antropóloga, uma amiga e com quem as conversas sempre me fizeram ver mais além durante este trabalho.

À Raquel, à Salomé e à Luísa que me incentivaram a chegar até aqui, que muitas vezes abdicaram da minha companhia para que este projeto se realizasse.

Aos membros da Quantunna – Tuna Mista da FCTUC, os meus irmãos de coração pelo incentivo, pela descontração, pelo companheirismo e por serem, sempre, um porto seguro.

A todos, o meu sincero obrigado.

Siglas e/ou abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

ENICC – Estratégia Nacional para Integração das Comunidades Ciganas

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Definição de competência cultural	38
Gráfico 2 – Presença de um mediador cultural.....	38
Gráfico 3 - Pesquisa sobre a cultura de um paciente	40
Gráfico 4 – Recorrer à família em caso de dúvida.....	40
Gráfico 5 – Sentimento perante pacientes de outra cultura	41
Gráfico 6 – Frequência das consultas	52
Gráfico 7 – Acompanhamento em consulta de rotina.....	52
Gráfico 8 – Contacto com a comunidade em contexto de centro de saúde	54
Gráfico 9 - Justificação do estereótipo.....	54
Gráfico 10 - Opinião sobre as situações de discriminação	55
Gráfico 11 - Experiência profissional com a comunidade cigana	56
Gráfico 12 - Sentimento de segurança	56
Gráfico 13 - Atendimento do paciente cigano	58
Gráfico 14 - Presença da família extensa.....	58

Índice de tabelas

Tabela 1- Identificação de diferenças culturais, na saúde e de problemas sociais.....	43
Tabela 2 - Diferenças culturais – respostas de profissionais administrativos e Outros	45
Tabela 3 - Diferenças culturais – respostas de enfermeiros.....	45
Tabela 4 - Diferenças culturais – respostas dos médicos.....	46
Tabela 5 - Diferenças na saúde – respostas de médicos e enfermeiros.....	49
Tabela 6 – Problemas sociais – respostas de todas as categorias profissionais	51
Tabela 7 – Vocabulário – Profissionais administrativos e Outros	59
Tabela 8 - Vocabulário - Enfermeiros.....	60
Tabela 9 – Vocabulário - Médicos	61

Resumo:

A presente dissertação pretende apresentar de uma forma geral a questão da competência cultural dos profissionais de saúde em Portugal, abordando especificamente a forma como estes representam e lidam com os pacientes de etnia cigana.

Estudos demonstram que os utentes se sentem por vezes incompreendidos pelos médicos e enfermeiros que os recebem e que quando as interações são mais compreensivas o processo terapêutico torna-se mais eficaz. A antropologia tem vindo cada vez mais a salientar a importância de um diagnóstico e terapêutica adaptada às variações culturais de cada utente, independentemente de este partilhar ou não a mesma cultura que o profissional de saúde. No caso particular da etnia cigana, a sua relação com os portugueses não-ciganos cria situações de incompreensão que se refletem no seu acesso aos serviços públicos, inclusive ao sistema de saúde.

Pretende-se com esta investigação mostrar respostas concretas sobre a forma como a competência cultural pode ser melhorada, como bons exemplos devem ser divulgados e como a presença de um antropólogo em contexto de centros de saúde e hospitais pode ajudar a construir uma biomedicina mais adequada a um mundo cada vez mais global.

Palavras-chaves: competência cultural; saúde; etnia cigana; representações; cultura.

Abstract:

This dissertation intends to present the issue of health professionals cultural competence in Portugal, addressing specifically to how they represent and deal with Roma patients.

Studies have shown that sometimes people feel misunderstood by doctors and nurses and when the interactions are more culturally competent, the therapeutic process becomes more effective. Anthropology has been increasingly drawing attention to the importance of a diagnosis and therapy adapted to the cultural specificity of each user, regardless of whether or not the health professional shares the same culture with their patients. In the Roma's particular case, their relationship with non-Roma Portuguese creates misunderstandings that are reflected in their access to public services, including in the health system.

The aim of this research is to find concrete answers to how cultural competence can be improved, how good examples should be spread and how the anthropologist presence in the context of health centers and hospitals can help to build a better biomedicine in the global world.

Keys-words: cultural competence; health; Roma; representations; culture.

Introdução

Abordar a temática da cultura e a associação entre cultura e biomedicina envolve diversos conceitos e práticas de difícil definição. A cultura assume-se como sendo constituída por estruturas de significado sobre o mundo (Geertz, 1989), estruturas que são construídas pelos indivíduos no seu contacto uns com os outros e que lhes permite atribuir um significado ao mundo que os rodeia. A cultura não tem fronteiras, fazendo com que cada indivíduo seja produto das várias influências a que são sujeitos ao longo da vida, criando uma diversidade imensa de culturas, significados e percepções. Nessa amplitude de interpretações torna-se importante para os indivíduos identificarem-se uns com os outros, formando grupos que partilhem a mesma forma de interpretar o que os rodeia, ou mais simplesmente, que partilhem a mesma cultura.

A identificação através da etnia ajuda ao sentimento de pertença entre pares. Todos possuímos uma identidade étnica, sendo a etnia uma categoria social baseada na percepção da partilha de uma experiência social entre indivíduos, criando uma ligação e diferenciação entre «nós» e os «outros» (Peoples & Bailey, 2012). No caso dos ciganos portugueses, a atribuição da designação de etnia deve-se à partilha de uma identidade comum, História e cultura própria que em certos aspetos difere daquela que é partilhada pelos não-ciganos e nessa diferenciação entre grupos, acaba por criar-se uma representação do ‘Outro’, que não interpreta o mundo como ‘Nós’.

As representações daqueles que não fazem parte da ‘nossa’ cultura incluem-se nos significados atribuídos ao mundo e envolvem atitudes e emoções. Na nossa relação com o ‘Outro’ é que definimos o ‘Nós’ e a estabilidade de uma cultura requer a marcação da diferença causando por vezes situações de marginalização e a criação de estereótipos (Hall, 1997). Os estereótipos criam-se a partir da associação de características simples e facilmente reconhecíveis a uma pessoa ou grupo, cristalizando a sua representação na restante população (Goffman, 1985). A atribuição de estereótipos é um hábito dos grupos reguladores, modificando a sociedade de acordo com a visão do mundo considerada correta e a biomedicina não escapou a esse hábito de procurar regular as populações.

Desde o início que a biomedicina é produtora de discursos que modelam a vida social. As imagens produzidas pela biomedicina durante o colonialismo possuíam uma grande autenticidade científica, mais do que as representações artísticas, tornando-as poderosas a nível político (Gilman, 1985). As populações residentes nas colónias foram durante largos anos consideradas como

primitivas, justificando dessa forma a presença dos Ocidentais, com o objetivo de ensinar-lhes como chegar à modernidade, mas mantendo ao mesmo tempo o controle sobre as populações e sobre a riqueza do território. A medicina tropical, enquanto especialidade, tornar-se-á uma aliada na regulação da população e ao longo de várias décadas, manter-se-á a ideia do ‘Outro’ como sendo um Homem primitivo, “sujo”, legitimando a atribuição da diferença aos grupos que fogem ao “normal” (Porto, 2002).

A saúde e a sua manutenção são um dos aspetos que provavelmente preocupa a vida humana. Saúde assume-se como a manutenção do bem-estar físico, mental e social para além da ausência de doença (WHO, 1946). As situações de saúde e doença não estão condicionadas somente à dimensão fisiológica, mas pertencem também à cultura, atribuindo-lhe um carácter subjetivo relacionado com a experiência do paciente e estritamente ligado à sua cultura (Good, 1994). A distinção entre patologia, doença e enfermidade é essencial para a determinação e demonstração da construção social e cultural por detrás da vivência da doença (Young, 1982); estas construções vão se refletir no encontro entre o profissional de saúde e o paciente e quando não são coincidentes dificulta o decorrer da narrativa de doença.

Sendo a doença um fenómeno que não é estritamente biológico (Langdon, 1995), a resolução da narrativa de doença exige uma interpretação e ação do meio sociocultural, sendo essencial que haja uma negociação para se encontrar a cura. A cultura, enquanto sistema de símbolos, fornece um modelo de e para a realidade. Fornece modelos inclusive para a realidade da saúde, permitindo aos indivíduos uma forma de interpretar o que lhes está a acontecer. Assim, é da maior importância que os profissionais de saúde estejam capacitados para entender o que é importante para o paciente e a sua família para além da cura da patologia que levou o indivíduo a pedir ajuda, sobretudo quando a cultura do profissional não coincide com a do paciente (Langdon, 1995).

A problemática da competência cultural surge da necessidade que os sistemas e seus agentes têm de adaptar o seu funcionamento à diversidade cultural dos indivíduos que recorrem aos serviços públicos. A competência cultural é um processo contínuo constituído por vários “patamares” (Cross, 1989) e para o desenrolar desse processo os sistemas/indivíduos necessitam de ter em conta vários componentes, como a sua sensibilidade inter e intracultural e a sua capacidade de adaptação que reflita a compreensão da diversidade cultural. Para um melhor encontro entre os profissionais de saúde e os pacientes, alguns autores propõe a inclusão da

etnografia de forma a contornar o domínio biomédico na narrativa de doença (Kleinman & Benson, 2006), procurando prevenir-se a construção de estereótipos sobre um paciente tendo em conta a sua cultura. Além disso, propõe-se a presença de um mediador cultural nas equipas dos serviços de saúde (Winkelman, 2009) com a ideia base deste funcionar como ponte entre os dois agentes no contexto clínico, preenchendo as lacunas entre as diferentes conceções de saúde. Estas propostas estão incluídas nas estratégias pensadas para melhorar o acesso dos utentes ciganos aos serviços de saúde.

É incerto o ano de chegada dos ciganos ao território português, os registos históricos indicam que a sua chegada terá ocorrido entre o século XIV e XV, causando espanto e incompreensão nas populações autóctones com que se cruzavam (Liégois, 1989). Rapidamente adotaram a língua portuguesa como língua de comunicação, guardando a língua Roma para as atividades específicas da sua cultura (Tomás *et al*, 2009) mas não foi por isso que se escaparam à perseguição e às medidas de extradição. Passados largos anos de perseguição, a discriminação racial é formalmente abolida em Portugal, reconhecendo-se a cidadania portuguesa a todos os nascidos no território português. No entanto, a desconfiança mantém-se junto da população não-cigana e o Estado continua a implementar medidas de vigilância e controlo sobre os membros deste grupo. Pode-se observar que entre ciganos e não-ciganos existe uma ligação baseada em estereótipos que por vezes são o único conhecimento de parte a parte; também os profissionais de saúde veiculam discursos sobre o português cigano e estas imagens, espontâneas ou manipuladas, inconscientes ou não, orientam as atitudes e comportamentos (Liégois, 1989), tendo um impacto na competência cultural e na sua capacidade de adaptação às especificidades culturais do grupo.

A saúde dos ciganos portugueses encontra-se de forma geral debilitada por vários motivos, alguns relacionados com a sua situação socioeconómica (FSG, 2007; Magano & Mendes, 2013). Além disso, a forma como entendem a saúde é diferente em alguns pontos em comparação com a cultura dita maioritária dos portugueses, nomeadamente na sua relação com o internamento (Silva, *et al* 2000). A cultura não pode ser separada do processo social que a cria, sendo um processo em constante evolução e uma boa relação médico-paciente relaciona-se com uma consideração profunda de como os fatores sociais, políticos e económicos podem alterar a prevalência e entendimento da doença (Bathia, 2011). Estas diferenças causam em certos momentos tensões entre os pacientes ciganos e os profissionais de saúde, ainda que a sedentarização e o contacto cada vez maior com portugueses crie uma diversidade comportamental neste grupo. No entanto, apesar

do aumento da sedentarização e do conseqüente aumento do contacto entre ciganos e não-ciganos, os estudos sobre os processos representacionais demonstram que aos portugueses ciganos são atribuídas características essencialmente negativas, estigmatizando estes grupos (Goffman, 1963) e colocando-os numa posição constante de marginalização em relação à normatividade (Davis, 2006).

Todas as sociedades encontram-se dentro de um determinado tempo histórico, social e geopolítico – esse aspeto contribuí para a configuração dessa sociedade e do pensamento dos que fazem parte dela. As características culturais que definem os grupos étnicos, são vistas como inseparáveis, imutáveis, distinguindo-os da cultura dominante e justificativos do seu estatuto desvalorizado (Magano, 2010). A adoção de práticas culturais diferentes da sociedade maioritária faz com que sejam compreendidos como uma minoria que não se adequa aos padrões culturais vigentes. Na saúde, esta situação vai refletir-se no seu acesso aos serviços e na forma como os profissionais irão lidar com a situação; se por um lado, o profissionalismo requer que tratem todos os utentes da mesma forma, a competência cultural em saúde solicita uma adaptação e compreensão da diferença. O êxito dos projetos depende, também, da revisão do funcionamento e capacidade dos serviços para lidarem com a diversidade cultural.

A presente investigação irá centrar-se na competência cultural nos profissionais de saúde, mais especificamente no seu contacto com a etnia cigana, encontrando-se enquadrada na Estratégia Nacional para Integração das Comunidades Ciganas (ENICC) que decorre até 2020 e centra-se em quatro áreas fundamentais: habitação, educação, emprego e saúde. No eixo relativo à saúde, uma das prioridades inclui a sensibilização cultural dos profissionais de saúde pelo que se procurou com este trabalho entender a forma como esta etnia é representada pelos profissionais de saúde, conseguindo-se uma perceção sobre a forma como os médicos e enfermeiros utilizam os seus conhecimentos culturais – tanto da sua cultura como a do paciente – para otimizar a interação com o paciente.

Este processo incluiu entender o que é o conceito de competência cultural, como é que o Sistema Nacional de Saúde interpreta as diferenças culturais, identificar a representação dos utentes ciganos por parte dos profissionais de saúde; compreender a vontade que os profissionais de saúde têm de alterar as situações menos positivas aquando do encontro com os pacientes ciganos. Os resultados poderão servir de base para a criação de novas metodologias de ação de sensibilização cultural, características essenciais num mundo em que a globalização promove o

contacto com várias culturas e em que os profissionais de saúde se deparam com características culturais com que podem ter dificuldade em lidar.

A primeira parte da dissertação consiste no enquadramento teórico e encontra-se dividido em cinco partes: 1) cultura e representações; 2) definição de saúde e a sua ligação com a cultura; 3) competência cultural; 4) comunidade cigana – história, estado de saúde e representação da doença; 5) possíveis estratégias. A segunda parte expõe os resultados obtidos durante a investigação sendo constituída por: 1) Metodologia; 2) Análise dos resultados e 3) Conclusão.

Parte I – Enquadramento teórico

Esta investigação pretende responder à questão: qual a competência cultural dos técnicos de saúde em Portugal relativamente à comunidade cigana? Para que seja possível, foi necessária uma revisão da literatura que diz respeito às temáticas de maneira a ter uma base teórica sustentável que permitisse enquadrar os resultados. Para fins de organização foram divididos em temas que serão apresentados de seguida.

1.Cultura e representações

1.1. Cultura, etnia e minoria

A definição do termo cultura é algo de extrema importância no que diz respeito à competência cultural e à representação que os indivíduos fazem do ‘Outro’. Sem cultura e a sua diversidade, a questão da capacidade que alguém tem de lidar com quem é diferente de si próprio não se colocaria, partindo do princípio que a cultura influencia inclusive a forma como interagimos com quem não faz parte do nosso grupo social, é preciso entender em primeiro lugar o que é a cultura.

O termo “cultura” é um dos termos mais difíceis de definir e tem sido amplamente debatido ao longo da história da Antropologia. Tylor (1871) definiu na sua obra *Primitive Culture: Researches Into The Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Custom*, como sendo, “*como um todo em que se inclui o conhecimento, crenças, arte, valores morais, leis, costumes e qualquer outra capacidade e hábito adquirido por um indivíduo enquanto membro de uma sociedade*”(Tylor,1871:1), afirmando ainda que a cultura é a base para o estudo das leis do pensamento e ações humanas, tendo a Antropologia o sistema necessário para analisar os elementos da civilização que são socialmente criados. A sua teoria assumia que a cultura é única, desenvolve-se de forma progressiva, sendo que todas as sociedades têm um ponto inicial semelhante e são capazes de ser categorizadas pelos seus diferentes níveis de avanço cultural. Ao longo dos anos, esta ideia de que a cultura poderia evoluir foi rejeitada, o conceito de cultura foi-se adaptando às mudanças científicas da época.

Alguns anos mais tarde, a cultura, independentemente da sua aparente simplicidade ou complexidade, é apresentada como possuindo um vasto equipamento – humano, material e

espiritual – que ajuda o Homem a lidar com problemas com que se defronta (Malinowski, 1970). A proposta de Malinowski é de que a cultura é um conjunto de instituições parcialmente autônomas e coordenadas cuja integridade e autossuficiência está intimamente ligada à capacidade de manter satisfeitas as necessidades básicas do indivíduo.

Como já foi dito, a Antropologia foi apresentando diversas definições e explicações para o conceito de cultura, Kluchohn (in Geertz,1989) conseguiu definir de 11 formas diferentes o que é Cultura passando por definições como “o legado social”, “uma teoria, elaborada pelo antropólogo, sobre a forma pela qual um grupo de pessoas se comporta realmente” e “um conjunto de técnicas para se ajustar tanto ao ambiente externo como em relação aos outros homens” (Geertz, 1989:4). Partindo da ideia de Weber (in Geertz, 1989:4) que o homem é um animal amarrado a teias de significado que ele próprio criou, Geertz assume a cultura como essas teias e a sua análise uma procura de significado. Uma das formas de se entender aquilo que é cultura, é entender aquilo que é a etnografia enquanto ciência que estuda a cultura em conjunto com a Antropologia. A etnografia tem por objeto de estudo as estruturas através dos quais as representações são produzidas, percebidas, interpretadas e sem as quais não existiriam como categoria cultural (Geertz, 1989).

Para além do que já foi apresentado, existem linhas de pensamento que definem a cultura como composta por estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos guiam o seu comportamento. “A cultura de uma sociedade consiste no que quer que seja que alguém tem de saber ou acreditar a fim de agir de uma forma aceite pelos seus membros” (Goodenough IN Geertz,1989:8). A cultura é, então, constituída por estruturas de significado socialmente estabelecidas e que são uma representação de um fenómeno psicológico, mental e a falta de entendimento entre diferentes representações, ou seja, diferentes culturas, não é a ignorância sobre o ato cognitivo, mas a falta de familiaridade com o universo imaginativo dentro do qual os atos atuam e têm significado. As descrições antropológicas não deixam de ser interpretações de segunda e terceira mão, uma vez que somente um ‘nativo’ pode fazer uma descrição em primeira mão da sua cultura, o que se pode tornar problemático uma vez que nem a Antropologia consegue realmente ter acesso a todas as redes de significado de uma cultura, de uma representação, pois está sempre dependente daquilo que o informante estiver disposto a expor (Geertz,1989).

Assumindo-se que a cultura é um conjunto de símbolos e significados, mas também de práticas e saberes, que as pessoas criam de forma a processar as interações sociais e que as orienta

nas suas formas de sentir, pensar e estar no mundo (Carpenter-Song *et al*, 2007) esta não tem fronteiras no sentido em que os indivíduos não pertencem a um círculo cultural único. Pelo contrário, vão alterando as suas formas de pensar, de viver e os significados que partilham com outros indivíduos (Malinowski, 1970). Vai influenciar também a saúde e a doença, na forma com a doença é conceptualizada, como a ajuda é procurada e se constrói a relação com os profissionais de saúde. É necessário sobretudo entender que o impacto da cultura pode não ser consciente, na medida em que esta é incorporada nas vidas dos indivíduos e para além disso esta nunca é estática e varia entre grupos e dentro dos grupos (Tseng&Streltzer, 2008).

No caso desta investigação, em que se procura entender a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes de etnia cigana, o termo ‘etnia’ define um agrupamento de seres humanos definidos pela sua origem e condição comum (Costa, 2006). Faz parte do vocabulário para indicar que os indivíduos de origem cigana estão numa ‘categoria’ para além de serem portugueses. A etnia pode ser entendida como uma forma de tracejar as fronteiras que definem os grupos sociais (Cohen,200). Todas as pessoas têm uma identidade étnica, sendo a etnia uma categoria social, baseada na perceção da partilha de uma experiência social – tradições, história – entre indivíduos e essa partilha é que distingue os indivíduos de uma etnia das outras etnias, criando-se uma ligação emocional e diferenciação entre ‘nós’ e os ‘outros’ (Peoples & Bailey, 2012). Para além disso permite a identificação de um grupo em relação a outro e acentua o sentimento de pertença ao grupo (Peoples & Bailey, 2012), o contraste cultural com membros de outro grupo esquematizando desenhando-se uma barreira étnica (Cohen,2000). Esta barreira vai ajudar a impor uma falsa ordem conceptual num campo bem mais vasto de variação cultural (Cohen, 2000) mas que ao mesmo tempo assegura a ligação entre os seus indivíduos pois o grupo social a que pertencemos pode ser criado, não somente pela partilha de bens, mas também pelas ligações sociais.

Assim, considera-se os ciganos uma etnia enquanto grupo de indivíduos que partilham entre eles uma identidade comum, um passado histórico, uma cultura própria que os distingue da restante população (Costa, 2006). Esta designação mantém-se apesar de em termos de legislação os cidadãos portugueses não poderem ser categorizados pela sua etnia, fazendo com que os grupos que não partilham historicamente, os mesmos fundos culturais dos portugueses não tenham uma designação legal, mas popularmente sejam designados como ‘etnia’ para indicar que pertencem a um grupo cultural com uma História diferente e que estão normalmente muito vinculados entre si (Costa, 2006). A relação negativa com a palavra ‘etnia’ acontece porque a palavra na sua

etimologia cedo começou a ter contornos que atualmente poderão ser considerados como propósitos racistas. Para além de etnia, os ciganos, cuja história será apresentada mais à frente é considerada uma minoria étnica – ainda que não reconhecida pelo Estado, o que interfere na forma como é representada junto dos não-ciganos. Entende-se por minoria um grupo numericamente mais pequeno em relação a um maioritário numa sociedade que, não tendo de sofrer desvantagens socioeconómicas, na maioria dos casos tem algum tipo de desvantagens (Tseng&Streltzer, 2008).

A interação com o ‘Outro’ encontra-se condicionada à nossa conceção cultural, à forma como o ‘Outro’ se identifica em relação a ‘Nós’ e como se irá demonstrar mais à frente, depende também da forma de representar aquele que não faz parte do nosso grupo social. Os profissionais de saúde não se encontram isentos dessa influência e no seu exercício profissional podem chegar a encontrar dificuldades e resistência de parte a parte, na sua interação com grupos minoritários. Essa resistência relaciona-se com barreiras históricas, de comunicação e a própria forma como os *media* e a cultura popular descrevem e representam as minorias influenciam a forma como o resto da população vê estes indivíduos e isso irá ter um impacto no comportamento dos profissionais de saúde.

1.2. Representações – A importância da diferença

A representação do ‘Outro’ em relação a ‘Nós’ e a forma como isso se procede é algo essencial para a coesão dos grupos sociais, pelo que para esta investigação foi importante entender: a) como ocorre o processo de representação da etnia cigana; b) qual o impacto no discurso dos profissionais de saúde e na sua competência cultural.

As representações são uma prática central de produção cultural, sendo a cultura o conjunto de significados partilhados e em grande parte veiculada pela linguagem. Afirmar que duas pessoas pertencem à mesma cultura é o mesmo que afirmar que esses dois indivíduos interpretam o mundo da mesma maneira – logo, a cultura depende da interpretação dos seus participantes, daquilo que acontece à sua volta e do significado que dão ao mundo (Hall, 1997). Damos aos objetos, pessoas e eventos significados a partir da estrutura de interpretação que lhe levamos através da linguagem, dando significado à forma como a usamos ou integramos no dia-a-dia e esse significado é o que dá sentido à nossa própria identidade, a quem somos e a quem pertencemos, o que significa que é constantemente produzida e permutada em cada interação pessoal e social. Para além disso, existe também aquilo que os organismos de governação social pretendem estruturar e formar, criando

eles próprios os significados desejáveis à ordem social e à conduta de ideias que pretendem obter (Hall, 1997).

A representação do ‘Outro’ que é diferente de ‘Nós’ inclui-se nos significados construídos e relaciona-se intimamente com a diferença envolvendo atitudes e emoções. A diferença é essencial por vários motivos, em primeiro lugar porque o significado não existe sem ela, tendo em conta que um significado é relacional, a diferença entre dois signos é que significa e tem significado, isto é, é na relação entre ‘Nós’ e os ‘Outros’ que nos conseguimos definir porque nós somos muitas coisas, inclusive, “o que eles não são”. O ‘Outro’ é essencial para o significado, pertencer a determinado grupo é negociado no diálogo entre esse grupo e os seus ‘Outros’ (Hall, 1997). A estabilidade das culturas requer que as coisas se mantenham no seu lugar, por isso muitas culturas acabam por fechar-se a estrangeiros, intrusos e “outros” como parte de um processo de “purificação” de forma a colocar cada “coisa” na sua categoria. A construção das sociedades baseia-se, além de outros processos, na construção de uma relação de similaridade/diferença, expressando uma noção relacional em que se opõe um grupo em relação a outro grupo, ou outra identidade social (Cohen, 1985). As barreiras simbólicas são centrais a todas as culturas, marcar a diferença leva-nos, simbolicamente a fechar barreiras, fortalecer a cultura. Estas barreiras marcam o início e o fim do grupo a que pertencemos, preservando a identidade da comunidade que é desafiada pelas exigências das interações sociais (Cohen, 1985) com os grupos dos quais desejam ser distinguidas. Nessa relação, os grupos vão também e expelir tudo o que é considerado impuro de forma a manter a coesão do grupo, criando estereótipos. O estereótipo pega em características simples, memoráveis e facilmente reconhecíveis sobre uma pessoa, reduzindo tudo sobre essa pessoa aqueles traços, fixando-a numa determinada imagem. Para além disso, ajuda à criação da normatividade, dividindo e excluindo aquilo que não se encaixa, criando barreiras simbólicas. São precisamente essas barreiras simbólicas que mantêm a ordem social, facilitando a ligação entre ‘nós’ e o exílio ‘deles’ que são de alguma forma diferente (Hall, 1997). O estabelecimento daquilo que é normal através do estereótipo é um hábito de grupos reguladores na tentativa de modificar toda a sociedade de acordo com a sua visão do mundo, sistema de valores, sensibilidade e ideologia. Esta visão é tão certa que apresentam como natural e inevitável, estabelecendo a sua hegemonia – uma forma de poder baseada na liderança de um grupo em vários campos de atividade de uma só vez (Hall, 1997). A manutenção da diferença é um discurso que irá transportar-se para a biomedicina, dando mais poder a políticas de categorização da população

e afastamento ou tentativa de assimilação daqueles que são diferentes do ‘normal’. Mais à frente poder-se-á entender a maneira como esta demarcação da diferença faz parte da criação de estereótipos e que por sua vez tem impacto na criação de estigma e representação da etnia cigana.

1.3. O ‘Outro’ e o discurso biomédico

A ciência, em particular a biomedicina, desde sempre que é agente de produção de discursos e de modelação da vida social e dos grupos em que atuam. Com o colonialismo, estes discursos alastraram-se a outros grupos sociais e foram utilizados como forma de controlo e de regulação de forma a manter a hegemonia do Estado-Nação. Gilman (1985) explicou no seu trabalho sobre a representação do corpo feminino no século XIX, como é que as imagens eram utilizadas para justificar determinado discurso. No caso da medicina, as imagens geradas tinham uma carga importante uma vez que lhe era atribuída uma autenticidade científica invés de estética, ainda que – tal como os ícones estéticos – as imagens produzidas pela medicina podiam relacionar-se ou não com uma realidade observada (Gilman, 1985).

Quando no século XVIII, a sexualidade dos negros (homens e mulheres) é vista como desviante, no caso da mulher esta é introduzida num contexto dito “científico” e passa a ser representativa da sexualidade dos negros de forma geral. Como já foi dito, as representações jogam-se numa relação dicotómica (Hall, 1997) e a natureza do negro estava em relação com a do branco, numa escala em que um era o oposto do outro e de maneira a ter justificação, esse paradigma ligou-se a diferenças observáveis e à distinção entre o patológico e o normal dentro do modelo da biomedicina. Estudos publicados durante esta época consideravam a “voluptuosidade” como lasciva e desconhecida do mundo europeu, apoiando-se nas descrições anatómicas de Cuvier levando à ideia do século XIX de que a mulher negra tinha um apetite sexual primitivo, mas também uma genitália primitiva. Daí ao entendimento de que as diferenças eram inatas e não adaptativas foi um pequeno passo, levando à disseminação de um discurso biomédico que apoiava a existência de uma doença congénita que por sua vez gerou o estigma da degenerescência destas populações. Em contrapartida, no século XIX, a prostituta também é analisada como mulher sexualizada, a sua fisionomia e fisiologia é estudada, demonstrando a necessidade de um controlo por parte do modelo médico. Parent-Duchalet (in Gilman, 1985) rejeita uma perspectiva de adaptação e considera a prostituição uma doença da sociedade, o que levou também à estigmatização destas mulheres – outros estudos que se seguiram corroboraram sinais de

degeneração, colocando-as no fundo da escala de beleza e apontando-lhes uma natureza primitiva. O que se pode observar daquilo que é apresentado por Gilman (1985), é que a ciência foi utilizada em diversos momentos para justificar a separação da sociedade em categorias, tendo em conta as características do indivíduo. Esta separação fez com que se criasse um discurso relativo à norma (Davis, 2006) que impunha uma determinada pressão sobre aqueles que estavam fora do “normal” para que se adaptassem, aceitando inclusive o auxílio da biomedicina para que se aproximassem o mais possível da norma. O que poderemos observar é que a etnia cigana irá incluir-se neste discurso da normatividade, fazendo com que sejam eles também considerados como os ‘Outros’.

Neste ponto, as percepções do negro e da mulher prostituta são semelhantes, os dois pertencem à categoria ‘Outros’, primitivos e associados a uma sexualidade desenfreada, que demonstrava descontrolo e uma regressão ao passado evolutivo, exprimindo emoções também elas primitivas. Claro que esta perda de controlo era vista como patológica recaindo no modelo médico a obrigação de controlar e resolver esta problemática. O objetivo da biomedicina era a eliminação das doenças sexualmente transmissíveis através da instituição do controlo social, controlo esse que existe desde o século XIX e continuou ao longo dos anos como representação do poder político, pois a patologia do ‘Outro’ era vista como uma impotência do Estado-nação, o que acabava por se transformar num medo interno de se perder o controlo sobre o mundo. Na mentalidade colonial reflete-se a visão de que o nativo precisava de controlo de forma à própria Metrópole poder controlar os seus próprios medos, utilizando para isso, a ciência como justificadora do discurso.

Para legitimar este discurso, surge a Medicina Tropical, uma “ciência colonial” ainda que não deixasse de ser medicina (Porto, 2002) e testemunha uma característica do colonialismo: a implantação de saberes, práticas e institutos disciplinares pelo Estado moderno e que relacionava m com a regulação da população. A Medicina Tropical torna-se útil no processo colonial pelo seu papel contras as endemias, sendo a colonização considerada uma “conquista civilizacional e sanitária” tendo por arma o conhecimento biomédico (Porto, 2002). A representação do ‘Outro’, criado pelo discurso biomédico ao longo dos anos e com especial foco no corpo colonial considerado primitivo, fez com que mesmo passadas várias décadas se mantivesse dentro da percepção da medicina a ideia de que o ‘Outro’ tinha características menos evoluídas e que a medicina tinha a solução para esta situação legitimando a continuação do uso de determinados discursos no que diz respeito a grupos que fogem ao “normal”.

A esta supremacia do discurso biomédico alia-se o senso-comum dos indivíduos, senso-comum esse que foi adquirido ao longo dos anos de formação de uma pessoa e que é uma demonstração dos processos de sociabilização a que foi sujeito desde sempre. As representações relativas à etnia cigana seguem também essa lógica relativamente às representações da etnia cigana, e a atribuição de estigmas e estereótipos a esta etnia terão uma consequência nos processos de sociabilização entre ciganos e não-ciganos.

A saúde e a forma como os indivíduos encaram as situações de doença estão relacionadas com a sua cultura e a sua história pessoal. Ainda assim, a biomedicina enquanto ciência procurou impor um discurso que fosse igual para todos os indivíduos e para todos os lugares do mundo, tornando-a objetiva, mas com algumas dificuldades de adaptação aos diferentes contextos culturais da humanidade.

2.Saúde e Cultura

A definição de saúde é um conceito central pois a questão da competência cultural em saúde coloca-se na capacidade de entender-se a existência de diversas formas de conceptualizar a saúde e que as definições biomédicas podem não abranger todas estas outras formas de pensar. Saúde, é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO,1946), definição esta que foi escrita no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde em junho de 1946 e que desde que foi adotada nos anos seguintes não sofreu alterações. De forma geral, a saúde surge como resultado de todos os fatores que intervêm sobre a vida dos indivíduos, os não modificáveis (genéticos) e os potencialmente alteráveis (comportamento, meios de vida, aspetos socioeconómicos). A preservação da saúde traduz-se numa normatividade relativa ao modo de vida, precauções e comportamentos que têm como razão de ser a perceção da vida saudável e do cuidado com o corpo (Silva, *et al*; 2000). A definição da OMS tem em conta que a saúde não é somente ausência de doença, mas na prática da biomedicina, de uma forma geral procura-se encontrar o foco da doença, ficando de parte outros fatores que estejam relacionados com a saúde do indivíduo e que afetam a sua forma de perceber a doença, nomeadamente os aspetos culturais.

A forma como as pessoas procuram ajuda e lidam com o problema está intimamente relacionado com a sua cultura. Byron J. Good sustenta a ideia de que as doenças pertencem a um

universo de representações, constituindo um modelo explicativo e que está dependente de muitas coisas inclusive da experiência subjetiva do paciente que está inserido num determinado contexto social (Good,1994). Numa das suas obras escreve: “*Disease belongs to culture, in particular to the specialized culture of medicine. And culture is not only a means of representing disease, but is essencial to its very constitution as a human reality*” (do original Good,1994:53), isto é, sem cultura a doença seria apenas um fator extrínseco à vivência humana, a cultura é que lhe cria um significado.

Na Antropologia Médica distingue-se patologia (*disease*), doença (*sickness*) e enfermidade (*illness*) que apesar de serem semanticamente semelhantes não têm o mesmo significado. Patologia refere-se às anormalidades na estrutura ou funcionamento de um órgão ou sistema de órgãos biológicos e é o local de ação do modelo biomédico (Young,1982). Doença, por outro lado é a percepção e experiência que o indivíduo tem da patologia que não está limitado às consequências físicas da patologia (Young,1982) e é essa experiência que é moldada pela cultura e que vai alterar a maneira com que o paciente irá lidar com a patologia e o processo de cura da mesma; enfermidade é a percepção social da doença atribuída ao doente pelas pessoas que o rodeiam. Os três elementos desta ‘triade’: patologia, doença e enfermidade têm um significado baseado numa construção social e a transformação da patologia em experiência humana e objeto de atenção médica ocorre através de um processo de atribuição de significado (doença) e expressão de sintomas e tudo isso é condicionado pela cultura, pelo grupo étnico, profissional, social e pela personalidade do paciente (Yew&Noor, 2014).

A cultura de um paciente vai alterar a forma como pensa, reage e lida com a sua doença. Inclui a percepção da mesma, o entendimento da doença e a forma como a ajuda é procurada e a utilização do sistema de saúde (quando este se encontra disponível). Na relação médico-doente, quando o universo referencial não é coincidente, o diagnóstico pode não ser totalmente eficaz, porque reduz o espectro das causas do sofrimento, uma vez que os sintomas ganham significado dentro de um sistema cultural e códigos simbólicos que sendo diferente entre o profissional e o paciente, pode criar discrepâncias de entendimento (Good,1994). Apesar destas constatações, a perspetiva cultural e social continua a ser pouco tomada em conta, a doença é vista como um problema de saúde que consiste numa disfunção fisiológica que resulta numa redução das capacidades física apesar de já há várias décadas que se defende que todo a narrativa da doença é

profundamente influenciada pela cultura do paciente e pelas pessoas com que interage (Yew&Noor, 2014).

Desde o início do século XIX que as práticas biomédicas são consideradas como o reflexo da prática científica, demonstrado em símbolos como por exemplo a bata branca que remete para a esterilidade do laboratório, da ciência, assim como para a interpretação cultural do branco como divino e puro, ao contrário do preto que é sinal de morte e de conspurcado (Lazare *et al*, 1995). Isto aliado à ideia de que a biomedicina possui o conhecimento ideal para o tratamento do corpo (admitindo uma dualidade entre mente e corpo) permite à maioria dos profissionais de saúde dominarem o discurso quando se trata de interagir com o doente, tirando mais conclusões dos resultados laboratoriais do que exposição do doente em relação aquilo que sente e como se relaciona com esse evento. Logo, quando se começa a ter em conta a cultura dentro da noção de saúde, a cultura biomédica não pode estar fora da equação, ainda que seja difícil para a ciência admitir que a própria biomedicina é uma forma de cultura, com os seus próprios valores e comportamentos que podem entrar em conflito com os sistemas de valores dos pacientes (Good, 1994). A cultura do médico vai impor-se na sua personalidade e vai moldar de forma perceptível os seus padrões de interação e comunicação. Também o profissional de saúde está inteirado da cultura biomédica, em que as tradições e práticas do serviço de saúde estão inclusas e que vai para além do conhecimento e da teoria. Exemplo disso é a conceção de sintomas, em que para a biomedicina são a manifestação física da patologia de que sofre o paciente, mas para o paciente, pode ser a manifestação de entidades transcendentais. Se o médico não tiver em conta a dimensão cultural do paciente nunca poderá interpretar corretamente os sintomas verbalizados pelo paciente e a sua forma de lidar com eles (Good, 1994).

Cada indivíduo, seja o profissional de saúde, o paciente ou a família do doente, interpreta a saúde através das “lentes” da sua cultura, a partir das construções que adquiriu ao longo da vida e das suas vivências, mas nada indica que estas “lentes” sejam únicas. É possível capacitar as pessoas para ver através de “lentes” culturais diferentes e estabelecer entre elas uma base comum desde que haja uma vontade de aceitar essas diferenças, podendo assim considerar-se que esse é o primeiro passo para a competência cultural.

3. Competência cultural

A competência cultural surge na biomedicina quando esta se confronta com situações de diversidade cultural com que tem dificuldade em lidar. Como se expôs anteriormente, a saúde e a cultura encontram-se intimamente ligadas e é necessário que os profissionais de saúde estejam em contacto com esta realidade para que a sua prestação consiga ir de encontro às necessidades de cada paciente, tendo em conta as suas especificidades.

A definição de competência cultural tem evoluído conforme as perspetivas, os interesses e a necessidade de ser incorporada, ou não, na legislação. Em 1989, Cross desenvolveu um estudo sobre a prestação de cuidados a crianças de vários contextos culturais em instituições de proteção infantil nos Estados Unidos (Cross *et al*, 1989), estudo esse que viria a tornar-se central para a definição daquilo que é a competência cultural. Nesse contexto, Cross define competência cultural como “um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que se unem de forma a capacitar um sistema/profissionais para trabalhar eficazmente em situações de diversidade cultural” (Cross *et al*, 1989), sendo que este é um processo contínuo que pode ser trabalhado.

Uma das formas de entender a competência cultural como um processo contínuo é visualizar um espectro em que num extremo se encontram situações de (i) “destruição cultural” e no outro extremo, situações de (vi) “proficiência cultural” (Cross *et al*, 1989) (Winkelman, 2009), entre os dois encontram-se mais quatro “patamares” – (ii) incapacidade cultural; (iii) cegueira cultural; (iv) pré-competência cultural; (v) competência cultural. O primeiro extremo é muito negativo e baseia-se em atitudes, políticas e práticas destrutivas para as culturas e os indivíduos que com ela se identificam (Cross *et al*, 1989). Seguem-se as situações de incapacidade cultural em que os sistemas e seus agentes não têm capacidade de providenciar uma ajuda adequada às minorias. Nestas situações, existe uma tendência para o etnocentrismo e ainda se acredita na superioridade racial do grupo dominante, assumindo-se uma atitude paternalista (Cross *et al*, 1989). Perto deste ponto de situação existe a “cegueira” cultural, em que o sistema propõe serviços considerados pelos próprios como não tendenciosos. Funcionam com o pensamento que a cultura da pessoa não é relevante, que todos são iguais e acredita que as técnicas usadas para a população dominante resultam para qualquer indivíduo e que haverá sempre resultados positivos, o que torna o sistema muito etnocêntrico e ineficaz para quem não pertence à cultura do sistema (Cross *et al*, 1989).

Já a tender para situações mais positivas, o patamar seguinte é denominado de “pré-competência cultural” - os sistemas entendem as suas fragilidades no atendimento de minorias e tentam melhorar os aspetos possíveis para receber uma população específica. Caracterizam-se por um desejo de prestar serviços de qualidade, procurando “o que podem fazer” para resolver os problemas (Cross *et al*, 1989). O passo seguinte será a competência cultural - as instituições caracterizam-se por aceitar e respeitar a diferença, ter avaliações contínuas relativamente ao conhecimento cultural, terem em atenção as dinâmicas da diferença e procurarem aumentar o seu conhecimento para adaptarem os serviços de acordo com as necessidades específicas dos pacientes (Cross *et al*, 1989). No extremo mais positivo do processo, encontra-se a proficiência cultural em que existe uma estima especial pela cultura. Não por uma cultura em particular, mas pela cultura enquanto elemento essencial na moldagem da vida dos indivíduos. Os sistemas que atinjam este estado procuram acrescentar conhecimento através de pesquisas, desenvolvendo novas terapêuticas que sejam adequadas a cada indivíduo e publicando e disseminando esta informação (Cross *et al*, 1989).

Este espectro da competência cultural proposto por Cross e os seus colaboradores é especialmente interessante pois explica de forma bastante clara cada “patamar” do processo de competência cultural permitindo as instituições e seus profissionais identificarem-se com um ou outro e qual o caminho a fazer. No entanto, é preciso ter algumas reservas em relação a esta escala pois nenhuma identidade (individual ou coletiva) é livre de influências históricas, sociais, económicas, a forma com que cada instituição e os seus profissionais lidam com as minorias varia conforme aquilo que foi vivenciado no passado.

É necessário definir quais as características essenciais da competência cultural e para isso é preciso considerar que esta tem base na inteligência social que Edward Thorndike (Chiu&Hong,2005) define como a capacidade de entender e gerir homens e mulheres e de agir de forma adequada nas relações humanas. Nesse sentido, os autores indicam vários componentes para a competência cultural, nomeadamente:

- 1) Sensibilidade para as variações intra e intercultural (Chiu&Chong,2005) e valorizar essa diversidade (NCCC,2004)
- 2) Ser consciente das dinâmicas inerentes da interação entre culturas (NCCC,2004).
- 3) Uso adequado de contextos culturais em interações interculturais (Chiu&Chong,2005)

- 4) Flexibilidade em trocar entre várias molduras culturais para atribuição de sentido (Chiu&Chong,2005)
- 5) Uso do conhecimento cultural para alimentar a criatividade (Chiu&Chong,2005)
- 6) Estar inteirado das suas próprias crenças culturais e da sua própria sensibilidade (Tseng&Streltzer, 2008).
- 7) Adaptar o serviço de forma a refletir uma compreensão da diversidade cultural (NCCC,2004).

A competência cultural relaciona-se, portanto, com a vontade dos sistemas e seus indivíduos de construir um entendimento entre as pessoas, de ser respeitador e aberto a diferentes perspectivas culturais. Construir relações é essencial para a competência cultural e considerar o entendimento das expectativas e atitudes de cada parte e, logo, a construção do conhecimento do outro (ACECQA,2014). Os seres humanos têm as mesmas necessidades básicas, mas têm variadas formas de obter resposta a essas necessidades e essas são produto do seu *background* cultural. Quando mal interpretado, “competência cultural na saúde” pode dar a sensação de que a cultura é uma ferramenta técnica através da qual os médicos podem ser capacitados, da mesma forma como são capacitados de executar tarefas básicas de cuidado em saúde nos seus primeiros anos de formação e é esse o maior problema com a ideia de competência cultural, que sugere que a cultura pode ser reduzida a uma competência clínica que os médicos podem treinar (Kleinman&Benson,2006). A cultura é mutável e não desagregável das condições económicas, políticas, religiosas, da idade, género e classe social. Uma interpretação errada pode levar à ideia de que aqueles que não partilham da mesma cultura que o profissional de saúde vão reagir de determinado modo (Santinho, 2012) surgindo afirmações como “os brasileiros são assim” ou “os ciganos reagem desta maneira” e que em consequência, a competência cultural poderá ser uma lista de atitudes a adotar ou evitar durante o acompanhamento de um paciente, o que pode levar à criação de estereótipos (Kleinman&Benson,2006). O conceito de competência cultural pretende demonstrar que as terapêuticas dadas como universais pela biomedicina podem não se aplicar a populações com sistemas de valores diferentes (Carpenter-Song *et al*, 2007) e é mais eficaz atuar a nível individual tendo em conta o *background* cultural do paciente.

É necessário que os profissionais de saúde adotem uma abordagem em que se entende que o comportamento é moldado pela cultura e é na cultura que determinado comportamento ganha significado e que, portanto, o conhecimento de padrões culturais e valores ajuda os profissionais a

transformar as situações de conflito em interações significativas. É de salientar que este conhecimento relativo à cultura aplica-se tanto a conhecer as perspectivas do paciente como as próprias enquanto indivíduo e enquanto profissional de saúde. O relativismo cultural aplicado às interações com os pacientes pede a identificação das nossas próprias assunções e a reavaliação da validade das mesmas, de forma a conseguir reformular novas ideias com base na perspectiva de outra cultura (Winkelman, 2009). A ideia a reter é que com a vontade suficiente e consciência de que todas as pessoas são produtos de influências culturais, com a informação e interação suficiente é possível criar sistemas de cuidados que possam se adaptar às necessidades específicas dos indivíduos e isso pode aplicar-se tanto a quem pertence a minorias como não.

3.1. Etnografia e mediação cultural – instrumentos complementares da entrevista médica

Podendo concluir-se que a competência cultural é um conjunto de comportamento, atitudes e políticas que vão unir-se de forma a facilitar a mediação entre indivíduos de diferentes culturas, é necessário perceber-se como é que isso se pode aplicar na vida real e as mudanças que poderiam efetuar-se nos sistemas de saúde para melhorar as interações em contexto de diversidade cultural.

Os cuidados médicos são uma ação complexa e muitas vezes as barreiras culturais complicam a situação fazendo com que os profissionais de saúde e os pacientes tenham dificuldade em entender-se relativamente às terapêuticas adequadas para o problema em causa (Putsch & Joyce, 1990). No entanto, quando se reflete sobre o contacto entre profissionais de saúde e pacientes, tenham ou não o mesmo fundo cultural, é evidente que os médicos e enfermeiros já parecem possuir uma ferramenta associada à sua formação que os permita conhecer o paciente e que tem por nome de entrevista médica. A entrevista médica é uma ferramenta básica para a prática clínica, uma fonte importante para a atribuição de um diagnóstico e a forma mais simples de conseguir a participação do paciente. O problema é que a maioria dos profissionais de saúde aprendem a entrevistar um doente ao manual indicado que faça a correspondência entre os sintomas expostos pelo doente e uma patologia (Lazare *et al*, 1995). A dominância biomédica introduz um grande viés que pode levar a uma visão etnocêntrica daquilo que é importante, levando a situações em que a visão do paciente é excluída. Esta forma de execução da entrevista acaba por tornar-se mecânica e dificulta a relação entre o profissional de saúde e o paciente (Lazare *et al*, 1995).

Uma das propostas feitas por Kleinman & Benson (2006) é a de que os profissionais de saúde recebam uma formação em etnografia de forma a ajudá-los a explorar a cultura do paciente que estão a tratar. Sendo a etnografia a forma que os antropólogos têm de descrever as formas de vida humanas num determinado contexto, os médicos poderiam construir “micro etnografias” que os ajudassem a construir o background cultural do paciente e que ultrapassavam as histórias clínicas focadas nas patologias e na expressão das mesmas em sintomas. Esta abordagem etnográfica pretende determinar a forma como o paciente reage à doença, o seu significado e o comportamento de resposta em relação ao problema (Johnson *et al*, 1995) ou seja, qual a importância da cultura na narrativa de doença do paciente. O papel do profissional de saúde, independentemente da especialidade, seria entender o que é a doença para o paciente e é neste detalhe que se encontra a diferença entre a entrevista médica dita clássica - em que se procura associar sintomas a patologias - e a entrevista médica de carácter mais etnográfico em que se procuram entender significados. O profissional de saúde deve conseguir entender a doença no contexto da vida do paciente através do tempo, o impacto no trabalho, na vida familiar e para a sua autoestima. Para conseguir esta informação os familiares e intérpretes, em casos em que o paciente e o médico não partilham o mesmo idioma, são de extrema importância pois possuem um maior conhecimento sobre a natureza do problema e pode ajudar a determinar os tratamentos, focando-se num trabalho conjunto para a resolução do problema de saúde. Apesar disso é também importante determinar quando é que as diferenças culturais são relevantes caso contrário corre-se o risco de manter ideias estereotipadas. As generalizações devem ser evitadas e deve-se encontrar a diferença entre a etnicidade comportamental em que a origem do paciente de facto condiciona o seu comportamento, valores e crenças e a etnicidade ideológica em que a origem étnica do paciente é somente uma condicionante histórica e familiar da sua vida e os valores associados a essa cultura não têm relevância para o paciente e para o seu percurso de saúde (Johnson *et al*, 1995). É necessário não considerar a cultura como um fator que ‘causa’ o comportamento de um indivíduo, a cultura pode não impelir o paciente a crer e agir de determinada maneira, atua antes de forma inconsciente e implícita de maneira a guiar as decisões do paciente. Ao atribuir-se os comportamentos de um doente à sua cultura segue-se depressa para a construção de estereótipos, levando à dedução de que ele irá reagir daquela ou de outra forma aos problemas de saúde. Assume-se assim que adotando uma abordagem etnográfica os profissionais deverão tornar-se capazes de entender e interpretar o significado dos sintomas para o paciente, integrando a

informação recolhida numa forma de explicar o problema que faça sentido para os dois lados constituindo um compromisso entre a explicação biomédica da patologia e o significado cultural da doença.

Os autores Kleinman & Benson propõem que a abordagem etnográfica para as entrevistas médicas deve ter em conta a teoria dos modelos explicativos. Os modelos explicativos partem do princípio que cada indivíduo possui um conjunto de ideias que incluem as suas convicções sobre a causa da doença, sintomas, a sua pato-fisiologia e o seu desenrolar em termos de severidade e tratamento. Estes modelos explicativos (Kleinman, 1978) são produtos históricos e sociopolíticos e são sujeitos a variações ao longo não só da vida e experiência do indivíduo, mas também do seu próprio encontro com o profissional de saúde, na medida em que a sua conceção de doença pode se alterar (Kleinman, 1978). Recorrendo assim às entrevistas médicas habituais e juntando-lhe esta abordagem etnográfica, os profissionais de saúde seriam capazes de entender como o mundo social afeta e é afetado pelas narrativas de doença. No entanto, este método não pode ser utilizado como se se tratasse de uma unidade de medida, uma vez que a cultura não é estática, varia entre indivíduos, gerações, grupos sociais e entre outros. No caso desta investigação defende-se que os profissionais de saúde que optarem por esta abordagem no tratamento dos pacientes de etnia cigana deverão ter em conta as várias formas que cada indivíduo tem de interpretar a doença e para além disso ter em conta a importância que a própria cultura cigana tem para esse paciente. Os modelos explicativos devem ser usados para averiguar o entendimento do paciente em relação à doença e pode ser executada em seis passos (definidos em Kleinman&Benson,2006): 1) identificação cultural – perguntar sobre a identidade étnica e determinar qual a importância disso para o paciente. Não se deve assumir o conhecimento prévio sobre um paciente de forma a não criar estereótipos; 2) identificar o que está em jogo – entender o que é importante para o paciente e as famílias em relação a um episódio de doença. Esta avaliação pode incluir relações próximas, recursos materiais, compromissos religiosos, entre outros; 3) Narrativa de doença - deve interrogar-se o paciente sobre o significado da doença e estar doente. O médico deve estar aberto a diferentes respostas; 4) *Stress* psicossocial – neste passo tenta-se perceber quais os problemas sociais/psicológicos inerentes ou não à doença que podem estar a perturbar a doença ou o tratamento; 5) Influência da cultura nas relações clínicas – os médicos devem conseguir entender neste momento qual o impacto da cultura biomédica nas práticas clínicas, incluindo os estereótipos, uso inapropriado e excessivo de tecnologia entre outros; 6) Problematização da

abordagem por competência cultural – numa fase final, é necessária entender a eficácia da abordagem. Todas as intervenções têm os seus efeitos negativos, neste caso, os pacientes e as famílias podem interpretar esta abordagem como intrusiva e pode até aumentar a sensação de estigmatização.

As competências necessárias para um trabalho neste sentido requerem muito tempo de desenvolvimento. Normalmente encontram-se fora do alcance da cultura biomédica que se apresenta pouco disposta a “emergir” os seus profissionais numa cultura de forma a dares-lhes o entendimento necessário para lidar com as diferenças (Winkelman,2009). A eficácia das relações interculturais e da alteração dos tratamentos abrange adotar uma variedade de regras de relação social que envolve comunicação verbal e não-verbal, na postura e na comunicação emocional. Segundo a proposta de Winkelman (2009), a formação dos profissionais de saúde tem alguma dificuldade em executar estas mudanças e a presença de um antropólogo nos centros de saúde e hospitalar como mediador cultural e formador poderia alterar o paradigma.

Tendo em conta a sua formação antropológica e em conjunto com os profissionais de saúde, os antropólogos médicos têm ferramentas necessárias que podem ajudar os médicos a melhorar :

- 1) Ensinar, treinar e mediar atividades que trabalhem a sensibilidade intercultural (Winkelman,2009);
- 2) Envolver as comunidades nas atividades (Winkelman,2009);
- 3) Advogar para o desenvolvimento das condições de saúde e educação para a saúde de grupos minoritários (Winkelman,2009);
- 4) Executar funções administrativas na organização cultural das instituições de saúde (Winkelman,2009);
- 5) Consultores relativamente à terapêutica – análise das expectativas e vontades do paciente.

Estas propostas apresentam ainda algumas imprecisões que precisam de ser discutidas. A inclusão de alguém fora do contexto biomédico para a eleição de uma terapêutica é incomum, para não dizer, inexistente. Um antropólogo não é médico/enfermeiro e não tem formação para executar tarefas desse cariz ou para aconselhar a mudança de tratamento pelo que, seria uma mais valia que o profissional indicado para esse cargo tivesse uma formação prévia na área da saúde ou tivesse acesso à informação necessária para poder opinar de forma consciente sobre as decisões terapêuticas. O antropólogo poderia atuar como mediador entre o paciente e o médico, de forma a facilitar o encontro entre os dois contextos, adquirindo conhecimentos sobre a forma como o paciente procura ajuda, entende a doença e usando formas de comunicação adequadas ao modelo explicativo do doente, o antropólogo ajuda a preencher as lacunas entre a biomedicina e as culturas

exteriores a esta (Winkelman,2009). Fica ainda por entender a nível administrativo como é que se poderia proceder à inclusão de um antropólogo nas equipas de saúde – para além de implicar mais mão de obra o que pediria uma revisão orçamental que os sistemas de saúde não estariam em condição de financiar, esta situação interfere com a hierarquia do próprio sistema de saúde pois não fica definido qual o lugar do antropólogo nesta situação. Além do mais, resta esclarecer dentro das propostas de Winkelman (2009), se não haveria sobreposição profissional, em que o antropólogo acabaria por “ocupar” o lugar dos profissionais administrativos, executando tarefas gerais e não somente relativas às questões de diversidade cultural. O papel do antropólogo no sistema de saúde é algo que ainda se encontra por definir e que ainda irá enfrentar várias barreiras, mas cuja inclusão poderá representar melhorias significativas nos planos de cuidados, no entanto, é preciso que estas propostas sejam revistas relativamente à sua exequibilidade, não esquecendo o funcionamento dos sistemas de saúde que há largos anos se encontra enraizado.

A sugestão de Kleinman da inclusão do antropólogo em contexto clínico (1982 in Winkelman, 2009) tem por base a negociação entre médicos e pacientes para a diferenciação entre patologia e doença. Exemplo disso é o caso da Lia Lee descrito por Fadiman (1997). Na obra *The spirit catches you and you fall down*, Fadiman, conta o caso de Lia Lee uma menina Hmong que sofria de casos severos de epilepsia. Os vários problemas de comunicação oral e escrita entre os pais e os profissionais de saúde, assim como o desencontro relativamente às crenças e aos tratamentos fez com que o problema da Lia se arrastasse e acabasse em situação de estado vegetativo. Ainda que seja correto afirmar-se que a qualidade do tratamento pode melhorar quando se acede a dimensões que assegurem o conforto físico e mental, respeitando os valores e envolvendo a família (Winkelman,2009), no caso da Lia Lee muitos outros fatores paralelos à falta de entendimento entre médicos e os seus pais fizeram com que os problemas se encadeassem. Mesma a presença de um tradutor não ajudou em toda a extensão pois muitas vezes a própria língua Hmong não tinha palavras que descrevessem certos conceitos biomédicos e impediam os pais de Lia de entenderem todos os problemas e tratamentos a que a sua filha era sujeita (Winkelman,2009). Para eles era mais simples continuar com a ideia de que “um espírito mau” se apoderava da alma da Lia e lhe causava as convulsões. No entanto, Fadiman foi também amplamente criticada por apresentar os problemas dos Lee como uma simples consequência do passado de perseguição e resistência à assimilação dos Hmong. O problema com esta abordagem é que também ajuda a aumentar os estereótipos quando interpretada da maneira errada e este é um

exemplo daquilo que por vezes acontece nos contactos interculturais com minorias (Lee & Farrell,2006). Os profissionais de saúde poderão ter uma certa tendência a partir do princípio que um indivíduo irá reagir de certa maneira ou resistir a um tratamento porque pertence aquela cultura particular, o que nem sempre acontece precisamente porque as pessoas são sujeitas a diversas influências que moldam a sua forma de agir.

A prática clínica culturalmente competente não faz suposições sobre o paciente a partir dos seus antecedentes, em vez disso, utiliza as capacidades de comunicação como a empatia de forma a entender as necessidades do doente. Um excelente cuidado médico é uma conjugação entre o conhecimento científico e um conhecimento em comunicação de maneira a entender as necessidades individuais do paciente, tendo em consideração os seus sentimentos e não esquecendo uma educação para saúde que torne o paciente capaz de tomar as melhores decisões relativamente à saúde.

4. Etnia cigana– História, estado de saúde e representações da doença

4.1. História

Ao longo do enquadramento teórico, tem-se vindo a falar amiúde da etnia cigana, de algumas especificidades e características, ficando ainda informações por transmitir. Os ciganos^{1,2} são originários do Norte da Índia, sendo que as primeiras migrações terão ocorrido há cerca de 1000 anos (Hartley Sutherland,2004). Textos antigos referem que os *callí* (Costa,2006) - ciganos da Península Ibérica - seriam originários de um povo de um reino fronteiriço ao Egipto; Gil Vicente é o primeiro autor português a referi-los numa das suas obras, “Auto das Ciganas” de 1521 e atribui-lhes origem no Egipto, supondo-se que teriam entrado em Portugal pelo Algarve, vindos da Estremadura espanhola. O seu contacto com os portugueses não-ciganos foi pautado por tentativas de controlo, começou com várias leis (Costa, 2006:297-319) e sanções específicas a este povo de maneira a afastá-los do território nacional, proibindo a entrada no território. Passou por penas de prisão, de morte, envio para as galés para os homens e envio das mulheres para trabalharem nas colónias ultramarinas e ainda prisão para quem não tinha domicílio fixo com

¹ Em algumas regiões do mundo são também designados de Rom, envés de *gypsie* que tem muitas conotações negativas (Hartley Sutherland,2004)

² Para mais informações sobre a História da etnia cigana ver Liégois, 1989

consequente institucionalização dos filhos na “Real Casa Pia”. Já em pleno século XX, por ser contra a Constituição e os ciganos serem considerados cidadãos portugueses, tornou-se proibido a busca às habitações ciganas sem autorização judiciária sendo que o Tribunal Constitucional ainda assim considerou o nomadismo como potenciador da criminalidade, na medida em que tornava o domicílio móvel, se desconhecia a identidade dos indivíduos e por estes se encontrarem muitas vezes em situação de carência económica (Costa, 2006:336).

Em Portugal, os ciganos não são institucionalmente reconhecidos nem como minoria nacional, nem como minoria étnica, não existindo medidas de políticas públicas dirigidas a pessoas ciganas (Magano&Mendes,2014) mas antes políticas de ‘integração’. A inexistência de reconhecimento leva à criação de imagens limitativas, deformadas, de inferiorização e desprezo, afetando e restringindo negativamente a vida das pessoas (Mendes, 2014). Por outro lado, o reconhecimento de uma minoria étnica poderia ir contra o princípio de igualdade de tratamento defendida pelo Estado (Silva, 2014) mas será que esta “igualdade” se reflete nas conceções que os portugueses não-ciganos fazem dos ciganos?

Estudos realizados demonstram que a população portuguesa (não-cigana) identifica os ciganos como “*nómadas*”, “*parasitas sociais*” e “*resistentes à adaptação a novos tempos e novos desafios*”, o que demonstra que são considerados um grupo que provoca indignação (Magano&Mendes,2014) – estes preconceitos vão manter a ideia de minoria, fazendo com que alguns grupos ciganos prefiram viver isolados, como se se tratasse de um micro sociedade. Esses preconceitos poderão ter consequências reais na integração e vida dos indivíduos. Em comparação com os imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) que também são alvos de discriminação em algumas situações, estes apresentam níveis de integração social e económicos mais elevados (Silva & Magano; 2000). Isto poderá dever-se a aceitarem a integração no mercado de trabalho de forma natural, não entrando em conflito com a sociedade maioritária e que esse fator seja essencial para que os indivíduos do grupo maioritário os aceitem com mais facilidade, vendo-os como pessoas trabalhadoras e dedicadas.

O sentimento de rejeição é algo que está a certo nível interiorizado por parte dos ciganos, o que pode provocar comportamentos de autoexclusão das instituições escolares, de saúde ou de formação (Silva et al; 2000). Estas situações podem ocorrer em diversos contextos, mas têm como catalisadoras situações de preconceito, explícito ou não, e que podem causar um certo desconforto ao indivíduo. Na sequência deste desconforto ou ideia pré-concebida de que serão mal recebidos

ou mal interpretados, as comunidades ciganas protagonizam situações em que exigem a imposição da sua vontade ou têm atitudes de provocação, ameaçando conflitos que desencadeiam medo e consequente rejeição (Silva & Magano; 2000). No entanto, estas situações ainda que conhecidas não devem ser tomadas como uma verdade e como algo que acontecerá cada vez que um cigano vá ao médico ou entre numa turma numa nova escola. Pode-se assumir que se encontram divididos entre a necessidade de integração numa sociedade maioritária intolerante (ou pouco tolerante) e o desejo de preservação da sua identidade e autonomia enquanto grupo (Silva & Magano; 2000).

Apesar de legalmente salvaguardados os direitos ao acesso aos direitos cívicos, sociais e políticos não têm sido proporcionados de forma igual (Silva & Magano; 2000) para ciganos e não-ciganos. Os ciganos vêm dificultado o seu exercício de cidadania continuando este ciclo de marginalização persistindo sentimentos de racismo que se traduzem em desigualdade sociais e criação de comunidades que continuam a isolar-se. Na área da saúde, isto pode traduzir-se em tentativas de evitar as consultas de rotina, fazendo com que os organismos de saúde não tenham a possibilidade de controlar ou questionar o estilo de vida dos mesmos; para além disso as conceções culturais, apresentadas de seguida, fazem com que por vezes os tratamentos não sejam seguidos por não se adequarem às crenças e valores (por exemplo, o uso de métodos contraceptivos) ou então ainda que optem por uma medicação que seja mais eficaz ainda que não tenha um resultado duradouro em vez da medicação receitada pelos profissionais de saúde e que podem exigir uma toma contínua ao longo da vida (por exemplo, o uso de anti-inflamatórios). Estes fatores vão fazer com que a saúde das “comunidades” ciganas apresente valores em determinados indicadores que ajudam a identificar situações de desigualdade social (Magano & Mendes, 2013).

4.2. Saúde e doença na etnia cigana

Os dados de saúde dos grupos minoritários apresentam geralmente uma maior incidência de doenças cardiovasculares, diabetes, asma e cancro. As causas para esta situação são multifactoriais, tendo por base fatores económicos e discrepâncias entre valores culturais (Betancourt *et al*, 2003). No caso dos ciganos, a situação de saúde deste grupo relaciona-se com a falta de igualdade em termos de oportunidades e acesso/utilização dos recursos (FSG, 2007) mas também com a própria forma como a saúde é encarada pelo grupo.

Os ciganos portugueses, têm uma esperança média de vida de cerca de menos 15 anos que a restante população, a mortalidade infantil é cinco vezes superior à média europeia e a idade média

ao 1º filho é de 17 anos (Comissão parlamentar de ética, sociedade e cultura, 2009). Em relação à vacinação cumprem o plano e frequentam algumas consultas de planeamento familiar e pré-natais, sobretudo quando incentivados pela Segurança Social. As principais áreas onde existem problemas são a higiene oral, as doenças psiquiátricas, a toxicodependência e os hábitos alimentares desadequados que por sua vez levam a outros problemas (Mendes,2014). Os erros alimentares em idades muito precoces desenvolvem-se rapidamente em disfunções alimentares, diabetes, tensão alta e outros problemas na vida adulta.

Entre 2007-2009 realizou-se um estudo em que um questionário foi administrado a nível nacional, num universo total de 7154 famílias ciganas (Magano & Mendes, 2013). Os resultados demonstraram que a maioria está inserido no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que os padrões de saúde são muito influenciados pelos baixos níveis de instrução. As doenças mais presentes são as patologias a níveis do sistema respiratório (asma e bronquite crónica) seguido do colesterol e da tensão alta (precisamente o contrário da população geral), a incidência destas patologias relaciona-se com a precariedade na habitação. A nível do acesso à medicação, o maior consumo é a nível dos antipiréticos e anti-inflamatórios sendo que a maioria destes não são prescritos por um profissional de saúde. Existe também uma parte de medicação que pelo contrário é prescrita, mas não é tomada, como a pílula, medicamentos para o colesterol e para os diabetes.

Os valores descritos no parágrafo anterior relativamente aos indicadores de saúde têm em parte origem em alguns fatores socioeconómicos, nomeadamente as condições gerais de habitação, difícil acesso à água, pobreza em geral e baixos níveis de escolaridade (Comissão Parlamentar de ética, sociedade e cultura, 2009). É importante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar o que está por detrás do discurso e que pode não estar relacionado com os biológicos e também identificar os valores culturais dominantes, adaptando-se a crenças e comportamentos que ajudem a prestar cuidados aos indivíduos. Alguns mediadores afirmam que a resistência dos ciganos em termos de cuidados de saúde relaciona-se com a dificuldade em cumprir regras de horários ou justificar a ida a determinados serviços. Por exemplo, o planeamento familiar, uma esfera da vida privada muito delicada para estes grupos em que não é bem-visto a mulher partilhar com estranhos os problemas e dúvidas que tenha respeitantes a esta área (Mendes,2014).

Para os ciganos a saúde não é entendida como uma necessidade primária desde que esta não seja impeditiva para a execução da vida diária. A sua preocupação surge sobretudo quando os sintomas são limitativos e incapacitantes, o que os leva a exigir uma intervenção imediata e

resolutiva. Assim, recorrem muito mais depressa aos serviços de urgência que aos serviços de centro de saúde. A doença é vivida como uma humilhação, um estado de impureza, uma sanção, e deixar-se tratar pela medicina significa desrespeitar as normas do grupo e só pode ter lugar se o grupo assumir as implicações da decisão (Silva *et al*; 2000).

Em certos casos, a comunidade cigana pode interpretar a integração e cumprimento daquilo que é imposto pelas organizações de saúde como uma sensação de perda das suas tradições e identidade, uma tentativa de forçar a assimilação e por último de controlar as suas vidas. O internamento é o mal maior uma vez que sugere a entrega a meio desconhecido, gerido por não-ciganos. O que pode ser entendido como falta de complacência pode ser na verdade uma tentativa de cumprir as regras do grupo e as tradições. É essencial para um paciente estar rodeado pela família, em casos em que os valores culturais diferem fortemente e têm dificuldade a adaptar-se à conceção biomédica, esta situação agrava-se e pode até dificultar o tratamento e o seu seguimento fora do meio hospitalar (Silva *et al*; 2000). Quando possível seria desejável permitir a presença dos familiares junto do paciente. Sendo um grupo com imenso respeito pelos mais velhos, estes poderão não aceitar procedimentos sem o consentimento dos seus parentes, nomeadamente certas cirurgias ou até, uma simples medicação como a dos diabetes – doença com uma grande incidência nestes grupos – que tem de ser tomada regularmente para evitar complicações. Nesse sentido, caso se identifique uma certa resistência por parte do paciente em aderir a uma terapêutica é importante tentar identificar quem será a pessoa que tomará as decisões e tentar contactar com ela para explicar os procedimentos e a importância deles para a saúde do paciente (Honer & Huppie, 2004). Existe um claro etnocentrismo da parte da biomedicina, em que o sistema de valores dominante é o dito “ocidental” e em que este é considerado neutro e sem necessidade de adequação. No entanto, a globalização pede uma adaptação aos valores culturais de outros grupos (Silva *et al*; 2000), é claro que, como todas as culturas, os grupos ciganos apresentam uma grande variabilidade e nem todos os indivíduos de etnia cigana exigem as mesmas adaptações pelos profissionais de saúde. No entanto, seria uma atitude positiva que nos primeiros encontros entre o médico/enfermeiro e o paciente, os primeiros procurassem optar por uma postura que ajudasse os dois partidos a entender o que está realmente em causa e quais as alterações necessárias a fazer.

4.3. Representações da etnia cigana pela sociedade

Como se viu inicialmente, as representações são uma forma de produzir cultura, de atribuir significado a determinado signo e de ordenar o mundo. A representação do outro é inclusive um mecanismo essencial para as sociedades e que ajuda à coesão do grupo em termos de identidade.

A partir da década de 70 do século XX e com os processos de sedentarização dos ciganos, o número de estudos sobre a etnia cigana em Portugal aumentou aliada à necessidade de entender-se as representações do ‘Outro’ e os processos de difusão de estereótipos negativos e positivos. A ‘união’ é a característica positiva mais salientada na avaliação do grupo étnico cigano; serem ‘violentos’ e ‘agressivos’ as características negativas mais apresentadas, o que leva a entender que a representação do cigano inclui um discurso predominantemente negativo que parece perpetrar-se a todas as profissões e classes sociais, inclusive os profissionais de saúde. Os ciganos têm presente no seu dia-a-dia a percepção de que o ‘Outro’ (não cigano) transmite determinados estereótipos sobre a sua etnia, *“as pessoas que não são ciganas têm uma ideia errada (...) generalizam”* (Casa-Nova, 2009:201). No entanto, também eles têm noções específicas dos não-ciganos como a *“avareza”*, a *“promiscuidade”* e a falta de valores morais: *“matam os filhos, violam crianças, não respeitam os mais velhos, são pessoas fracas”* (Casa-Nova, 2009:200). Pode-se observar nestes discursos a manutenção de estigmas sobre a etnia cigana, fazendo com que continuem a existir noções erróneas sobre estes grupos.

O termo estigma era originalmente utilizado para designar sinais corporais que evidenciariam algo de extraordinário/negativo sobre o estatuto moral de alguém (Goffman, 1963). Utiliza-se também como a designação de algo que identifica determinado atributo que torna um indivíduo diferente e que o coloca numa categoria em vez de outra. No caso dos ciganos, as expectativas dos não-ciganos em relação a eles tornam a sua pertença aquela etnia um estigma, fazendo com que se construam expectativas de ambas as partes em relação ao comportamento. Os ciganos esperam dos não-ciganos que estes os afastem e rejeitem, e os não-ciganos esperam que os ciganos se isolem relativamente à sociedade, mantendo a ideia de que os ciganos não conseguem enquadrar-se na sociedade. No fundo, o que está aqui em causa é a noção de normalidade – noção que surgiu no discurso da ciência numa época histórica muito específica (Davis, 2006). Num mundo em que tudo é tabelado, controlado e medido, torna-se natural afastar aquilo que é diferente ou tentar alterá-lo de maneira a aproximá-lo das normas da sociedade. A noção de norma está

intimamente ligada à estatística, quando os matemáticos começam a desenvolver um interesse pelas medidas humanas e criaram a ideia de “homem médio” - *l’homme moyen* (Davis, 2006:5) – isto é, uma pessoa que estaria dentro da média tanto fisicamente como moralmente.

Esta ideia torna-se socialmente muito poderosa pois o homem médio torna-se exemplo do estilo de vida das classes médias, que com a industrialização começavam a ter mais importância na hierarquia social. Aos poucos, todos aqueles que fugiam da norma eram considerados como desviantes e pode-se aplicar isto tanto aqueles que apresentavam deficiências físicas e mentais, como aqueles que não cumpriam as regras sociais (Davis, 2006). No caso da etnia cigana, esta terá sido sempre considerada como desviante da norma social pelo seu estilo de vida e por manter as suas tradições independentemente da sociedade em que se encontravam – a sociedade ‘normal’ e inserida nas normas impostas vai aos poucos colocando rótulos e estigmas naqueles que se encontram de fora da curva, inclusivamente nas minorias. Nessa relação social entre o “normal” – no contexto deste estudo, os ‘normais’ serão, portanto, os não-ciganos - e o estigmatizado, as interações são muitas vezes fontes de angústia pois há uma certa dificuldade em ultrapassar os preconceitos e em relacionar as expectativas em relação ao estigmatizado e a realidade (Goffman, 1963) mantendo-se ciclos de exclusão e também a manutenção de estereótipos.

Exemplo desta manutenção dos estereótipos e da consequente exclusão são os resultados de um estudo, em que numa amostra de 50 ciganos e 50 portugueses recolheram-se atributos positivos e negativos associados a uns e outros respetivamente (Fonseca *et al*, 2005). Das características utilizadas pelos portugueses para definir os ciganos, nas categorias positivas salientava-se a amizade, os valores no casamento, a cultura, os valores familiares, a prontidão para socorrer e a união. As características negativas mais apresentadas eram relativas à droga, a serem um grupo fechado, à falta de higiene e serem “*mentiroso*” e “*violentos*”. Os estudos realizados na área das representações demonstram que de alguma forma existe exclusão mútua entre grupos e um dos meios para inclusão seria a reorganização das fronteiras sociais, mas vê-se barrada pela dificuldade do grupo maioritário em fundir-se com o grupo minoritário, por medo de perder algum “poder” simbólico relativo ao outro grupo.

Os ciganos acabam por valorizar as características que os distingue (a independência, a coesão social) e o simples facto de se verem confrontados com a exclusão pode levar a respostas que mantenham a união do grupo, característica que lhes é inculcada como particular destas comunidades e muito valorizada tanto por ciganos como não-ciganos. No entanto, as

características negativas atribuídas também acabam por ser uma forma de justificar processos de discriminação ou de afastamento, mantendo-se uma ideia de que os ciganos irão reagir de determinada forma. Os profissionais de saúde, no seu contacto com estas etnias devem ter todas estas questões em conta, inclusive, precisam estar conscientes da sua própria perceção destas comunidades pois só assim é que se poderá atuar sobre a competência cultural dos profissionais relativamente ao contacto específico com estas comunidades.

5.Estratégias para a inclusão das comunidades ciganas

Em Portugal, em 2013, o Conselho de Ministros apresenta a solicitação da União Europeia para a integração das comunidades ciganas. O principal objetivo é ultrapassar o sentimento de desconfiança de parte a parte, que da maioria surja um respeito pelas tradições e valores e que da minoria haja uma conformação com os princípios e deveres essenciais do Estado do país em que residem (Diário de República,2013), sendo aprovado em Portugal a ENICC que servirá de guia de intervenção.

A ENICC encontra-se dividida em diversos eixos, sendo que esta investigação se encontra inserida no eixo da saúde (Diário da República, 2013: 2225). Tendo por base a Constituição da República Portuguesa que defende “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e que este é realizado pelo serviço nacional de saúde universal e geral, tendencialmente gratuito (Diário da República, 2013:2225), o desafio proposto é a operacionalização de estratégias que reduzam as desigualdades tendo em conta as características das comunidades ciganas. Considerando que a área da saúde tem os conjuntos de indicadores mais satisfatórios (EAPN,2009 *IN* Diário da República, 2013:2226) as prioridades encontram-se de uma forma geral viradas para a informação e sensibilização. A Prioridade 39 (Diário da República, 2013:2226) “Sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a diversidade cultural” é aquela onde a intervenção de um Antropólogo Médico seria mais necessária e onde se centra a essência desta investigação no sentido de entender qual a competência cultural dos médicos que contactam com estas comunidades. O Conselho de Ministros considerou que a formação dos profissionais é essencial para o trabalho com estas populações, tendo de conhecer especificidades e adequando as respostas. Propõem assim a realização de cinco ações de formação em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) entre 2016 e 2020 (Diário da República, 2013). Estas formações seriam feitas para os profissionais de saúde tendo como conteúdo uma sensibilização para a competência

cultural como uma característica essencial para melhorar os encontros entre os profissionais de saúde e os pacientes, independentemente da sua origem cultural. Especificamente sobre a etnia cigana, aconselha-se a identificação das questões dos próprios profissionais de saúde relativamente a este grupo de forma a esclarecer os participantes das formações relativamente a ideias pré-concebidas que possam ter. No que diz respeito aos formadores, aconselha-se a presença de um antropólogo, de alguém formado em mediação e também de um indivíduo da comunidade cigana, sendo que este último entenderá as dificuldades com que os ciganos se deparam de outra forma, assim como o porquê de por vezes tomarem certas decisões que podem parecer ir contra aquilo que é o melhor na perspectiva da biomedicina.

No caso específico do acolhimento nos centros de saúde/hospitais recomenda-se a simplificação dos procedimentos administrativos; um acompanhamento personalizado; formações em relacionamento interpessoal (multiculturalidade e gestão de conflitos); guias de acolhimento (FSG,2007). Para os profissionais, as recomendações baseiam-se num trabalho contínuo de sensibilização através de uma formação multicultural, recorrendo à distribuição de materiais informativos; promoção de ações de proximidade, na tentativa de criar-se empatia e desmitificar-se o estereótipo (FSG,2007). Também seria necessária a adaptação dos dispositivos informativos existentes às características das comunidades ciganas; a simplificação da informação de forma compreensível; existir um mediador intercultural que faria o acompanhamento, explicação e transmissão de informação. Neste sentido, o trabalho de um antropólogo poderia ser importante pois tem ferramentas conceptuais para entender a cultura (inclusive a hospitalar que é da maior importância em qualquer momento das interações entre os profissionais de saúde/paciente) e é capaz de trazer conhecimentos sobre a assistência ao paciente em vários pontos de vista (Deitrick *et al*, 2007). A visão holística de um antropólogo pode esclarecer os profissionais na determinação de quais os melhores cuidados para os pacientes/famílias e comunidades baseados no entendimento do contexto.

Em relação à presença de um mediador intercultural mantêm-se algumas questões nomeadamente se este deve ser cigano ou não, ou se isso não é sequer relevante; que tipo de formação deverá ter; qual o seu estatuto profissional e qual a sua descrição funcional nas áreas onde trabalha (Comissão Parlamentar de ética, sociedade e cultura, 2009). Entende-se por mediar, “estar entre”; “estar dentro”, isto é, compreender e conhecer sistemas culturais diferenciados (Casa-Nova, 2009). Um mediador é alguém que está entre dois ou mais contextos culturais que

não encontram entendimento face a uma mesma situação. Muitas vezes as pessoas utilizam processos mentais para encontrarem um significado, mas quando isso não acontece as conclusões que se tiram podem gerar conflitos. É nessas ocasiões que “mediar” se torna uma forma de remediar os conflitos, o que implica capacidade de antecipar, prever e conhecimento reflexivo sobre a realidade em que se está a atuar pelo que qualquer mediador cultural necessita de um período de imersão nas culturas que pretende relacionar (Casa-Nova, 2009). A presença de um mediador cultural é uma vantagem para se promover a igualdade de oportunidades no acesso à saúde e o estabelecimento de relações entre o médico e as comunidades ciganas (REAPN,2007). Entendendo melhor as minorias, melhora-se a comunicação e facilita a flexibilidade e abertura para a comunicação entre pessoas com culturas diferentes (Francis, 2010). É importante não colocar os problemas de comunicação nas diferenças culturais e a presença de um mediador poderá ser importante nesse sentido (Lee & Farell, 2006). Em investigações fora de Portugal, os resultados indicavam que a fraca aderência dos ciganos aos serviços de saúde estaria relacionada com as más experiências (pessoais ou familiares) e as baixas expectativas (Francis, 2010). Pode concluir-se que é urgente para a sociedade e para decorrer de um trabalho eficaz em competência cultural e mediação cultural que o papel do mediador seja legislado da forma mais correta e que lhe dê legitimidade perante os diversos atores das instituições (sejam elas centros de saúde, hospitais, escolas ou outros) para que a sua ação seja reconhecida por todos e que possam executar o seu trabalho nas condições devidas.

No que diz respeito à competência cultural na saúde ainda existem várias barreiras que têm de ser ultrapassadas para se conseguir atingir um estado em que se pode considerar que os cuidados prestados são culturalmente competentes. A barreira mais importante prende-se com a cultura da biomedicina que resiste em certos aspetos a reconhecer alguns limites nos seus modelos interpretativos de saúde (Good,1994). Um melhor entendimento da importância dada pelos profissionais de saúde à questão da competência cultural e a sua atitude relativamente a pacientes provenientes de outros contextos culturais possam esclarecer qual o plano de ação a seguir para conseguir atingir as metas necessárias para melhorar a prestação de cuidados.

É de grande importância que as estruturas de saúde estejam abertas a olhar as situações de doença e sofrimento de outra forma do que aquela que é assumida pela biomedicina. A pesquisa etnográfica e transdisciplinar, com a ajuda da antropologia, em que o “Outro” é visto como “Nós” poderia ajudar ao conhecimento e a uma interpretação mais perto da realidade dos pacientes. A

aplicação de métodos antropológicos no estudo da narrativa de doença dos pacientes poderia fornecer condições de proximidade e diálogo entre os pacientes e os profissionais de saúde. Esperar-se-ia que, nesse sentido, se criasse uma situação em que ambas as partes adquiririam conhecimentos sobre o outro de forma a tornar os encontros com os profissionais de saúde mais eficaz. A constituição de equipas transdisciplinares é algo central para a compreensão em profundidade de aspetos que nem sempre vêm ao de cima durante as consultas e ter em conta outras esferas do entendimento da doença e da enfermidade por parte do paciente poderiam alterar a narrativa da doença.

A sensibilidade dos profissionais de saúde não é algo inexistente, mas de forma generalizada pode-se considerar que existe ainda trabalho a realizar nesse sentido. Para uma implementação da competência cultural e formações nesse sentido, é necessário que a cultura biomédica se abra à diversidade, adaptando o sistema de saúde tornando-o mais humano, abrangente e também mais aberto ao diálogo entre outros domínios de conhecimento, como a antropologia. É necessário que se ultrapasse a determinação de que os médicos se encontram em posição única de poder e se assuma que têm a sua própria cultura enquanto indivíduos e para além disso ainda partilham da cultura biomédica que a sua formação profissional impõe e que por vezes os isola em relação aos doentes e em relação aos profissionais de saúde.

Parte II – Estudo de caso

Metodologia

Como metodologia para esta investigação realizaram-se inquéritos por questionário e entrevistas. Numa primeira fase realizaram-se inquéritos por questionário, método que se popularizou durante os anos 30 do século XX e que tem vindo a facilitar a recolha de informação sobre determinada população (Bernard, 2006). Com o advento das novas tecnologias começou-se a aplicar os questionários via telefone e mais recentemente via correio eletrónico, tal como é o caso desta investigação. As vantagens dos questionários aplicados via internet é que permite recolher uma grande amostragem a baixo custo; aplicação das mesmas perguntas o que evita alguns enviesamentos; um maior à vontade por parte dos inquiridos para admitirem comportamentos menos positivos relativamente a determinado assunto por estarem protegidos pelo anonimato. No entanto, existe a grande desvantagem de não se ter controlo sobre a interpretação das questões, neste caso tentou-se ser o mais claro e objetivo possível sobre as questões colocadas e disponibilizou-se um endereço correio eletrónico para onde os inquiridos poderiam remeter quaisquer dúvidas que tivessem relativamente ao questionário. A aplicação do questionário foi feita em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) – Departamento de Saúde Pública. O seu contributo para esta investigação centrou-se no envio dos questionários, no período de 10 de março a 29 de abril 2016, para os ACES, Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC) os profissionais de saúde da região Centro de forma a conseguir abranger o maior número possível de médicos e enfermeiros.

Para a construção dos questionários optou-se por uma introdução para identificação de idade, género, anos de profissão e zona geográfica em que trabalha e sem em caso algum se dar a hipótese de os inquiridos introduzirem o seu nome de forma a preservar o anonimato (Carmo&Ferreira,1998). De seguida encontravam-se questões relativas a duas temáticas: 1) Entendimento daquilo que é competência cultural – em que se procura entender o que os profissionais de saúde interpretam como sendo competência cultural, qual o peso da cultura na sua profissão e até que ponto estariam dispostos a aprender mais sobre determinada cultura e inclusive aceitar a presença de um mediador cultural; 2) Representação e conhecimento da etnia cigana – desta vez pretende-se entender o conhecimento que os profissionais de saúde têm relativamente às etnias ciganas relativamente à sua origem e às diferenças culturais, sociais e de saúde que estes

indivíduos apresentam; tal como a sua perspetiva relativamente às queixas e à sua experiência com indivíduos ciganos. A construção das entrevistas foi de encontro à construção dos questionários, sendo mais curtas devido às restrições de tempo inerente à profissão dos entrevistados (médicos e enfermeiros).

O questionário aplicado pretende entender várias dimensões da competência cultural – sensibilidade cultural associada à dimensão “atitudinal” isto é, relativa à atitude que o profissional de saúde tem numa situação em que não entende os códigos culturais; o conhecimento cultural relativo à dimensão cognitiva, relacionada com os conhecimentos que os indivíduos têm sobre uma cultura e quais as dúvidas que têm e finalmente a capacidade cultural associada à dimensão comportamental que é a conclusão prática das outras dimensões e da sua aplicação na vida corrente (Rew *et al*, 2003). Poderemos verificar com estes questionários qual a atitude a tomar relativamente à questão da diversidade cultural nos sistemas de saúde e por onde deveria iniciar-se a mudança. Para além, permitirá entender a forma como os profissionais de saúde representam os portugueses ciganos e como é que isso se traduz na forma como os profissionais de saúde consideram que os utentes ciganos irão reagir e como se viu no estado de arte, essa representação muito provavelmente refletir-se-á depois na forma como os discursos sobre determinado grupo são perpetuados e na forma como lidam com os pacientes.

No fim da recolha de dados passou-se à análise dos dados recolhidos, em que os inquéritos por questionário foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, sendo a parte quantitativa submetida à uma análise estatística através da utilização do programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). As entrevistas e anotações foram transcritas de maneira a constituírem uma base de dados qualitativa que será analisada para a obtenção das respostas às perguntas propostas para a investigação.

Resultados

1.Descrição da amostra

A amostra recolhida é de 196 indivíduos (N=196). Em termos profissionais, 97 são enfermeiros, 85 são médicos, 5 fazem parte do pessoal administrativo e 8 de Outros: 3 assistente social; 2 psicólogo; 2 nutricionista; 1 fisioterapeuta- por se encontrarem em menor número estas profissões foram agregadas numa só categoria. Em termos de idade, os indivíduos têm entre 26 a 68 anos, estando a maioria das respostas compreendidas entre os 31 a 40 anos (n=53) ou 51 a 60 (n=62) anos de idade.

A maioria dos inquiridos são mulheres, num total de 146 mulheres para 49 homens. No que diz respeito aos anos de profissão, as respostas vão de 1 a 37 anos de trabalho, sendo que a maioria conta entre 10 a 20 anos (n=54) e 21 a 30 anos (n=62) de exercício profissional. Em todas as profissões, a maioria das respostas vieram da zona geográfica de Coimbra (n=86), seguido de Viseu (n=48), Aveiro (n=21) e Leiria (n=21), existindo algumas respostas vindas do distrito de Castelo Branco (n=7) e da Guarda (n=5).

2.Competência cultural e opinião sobre diversidade cultural

2.1. Definição de competência cultural

Como se pode constatar (Gráfico 1), a maioria dos inquiridos afirma que competência cultural é conhecer todos os valores, comportamentos do paciente e respeitar e querer conhecer as diferenças. As opções indicadas nas respostas possíveis, evitavam propositadamente a definição oficial, no entanto, as opções permitiam diferenciar entre aqueles que entendem que competência cultural está relacionada com conhecer os valores e comportamentos do paciente tendo em conta a sua cultura e aqueles que por outro lado consideram como a capacidade de respeitar essas diferenças. No fundo, a resposta que se poderia considerar mais próxima do correto seria, portanto, a fusão dos dois conceitos, uma vez que é necessário existir um conhecimento prévio, no entanto cada indivíduo possui as suas particularidades e a cultura não deve ser generalizada pois podem cair-se em estereótipos.

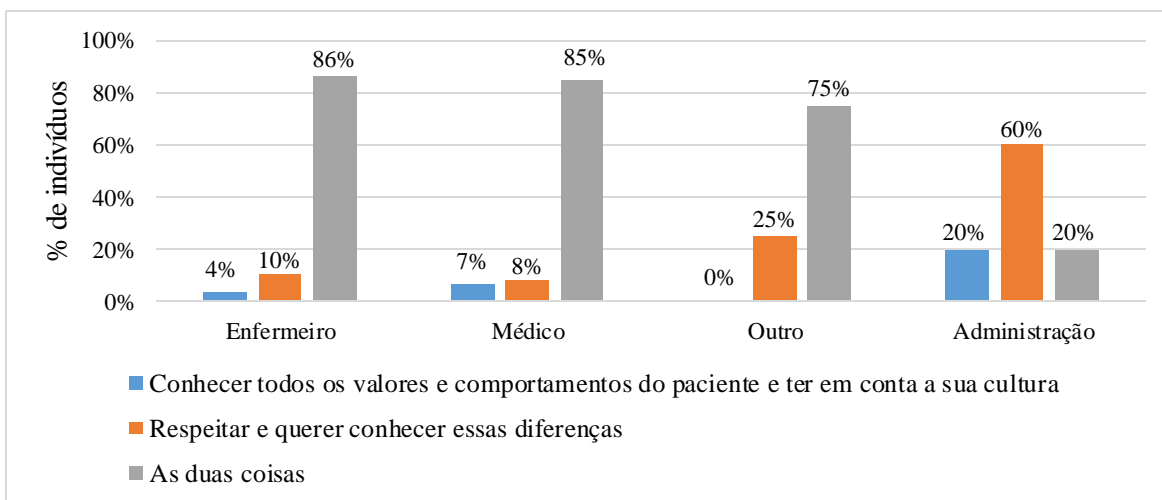


Gráfico 1 – Definição de competência cultural

2.2. Mediador cultural e sentimento sobre a diversidade cultural em contexto clínico

Uma das estratégias para uma melhor competência cultural defendida pela antropologia médica (Kleinman & Benson, 2006) é a presença de um mediador cultural numa equipa que se quer multidisciplinar de forma a poder-se apresentar várias perspetivas sobre aquilo que é importante para o profissional de saúde tendo em conta o que é importante para o doente e aqueles que o rodeiam. Considerando este olhar sobre as equipas na área da saúde, os sujeitos tiveram de indicar a sua opinião relativamente à integração de um mediador cultural na equipa. As respostas mostram uma receção positiva à ideia – em todas as categorias profissionais, entre 60 a 65% dos inquiridos diz que “sim, seria vantajoso” (Gráfico 2). 19% dos inquiridos (38 indivíduos) consideram vantajosa a presença de um mediador cultural apenas em caso de este não entrar em conflito com as decisões médicas. É também importante considerar que cerca de ¼ dos indivíduos (27%) não vê qualquer vantagem na presença de um mediador cultural.

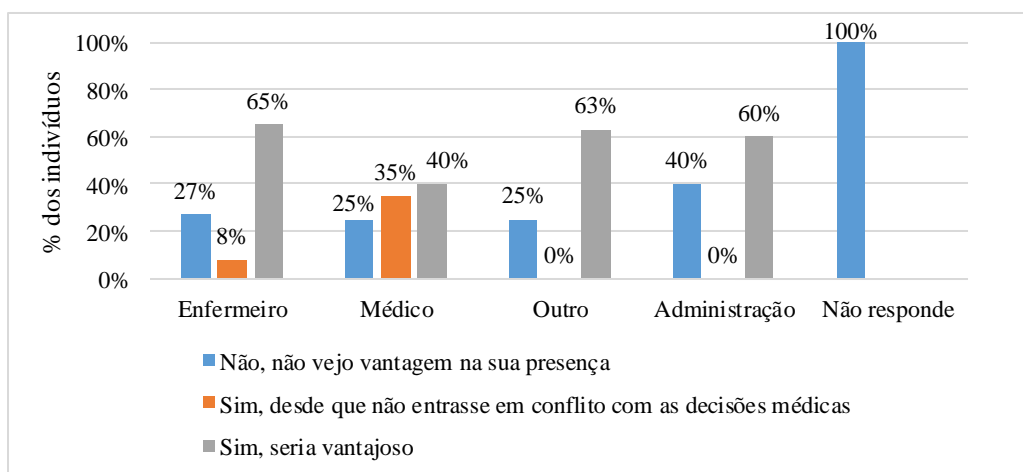


Gráfico 2 – Presença de um mediador cultural

De seguida efetuaram-se perguntas mais concretas sobre o comportamento dos profissionais de saúde, em contexto clínico no que diz respeito à cultura. Perguntou-se se consideravam que a cultura influenciava o seu comportamento, a maioria dos indivíduos afirmou que sentia que a cultura influenciava muito o seu comportamento, mas, um número bastante importante (51) tinha por opinião de que o profissionalismo impede essas influências. Sabe-se que, pelo contrário, cada pessoa é produto das diversas influências a que é sujeito ao longo da sua vida, e neste caso também, da própria cultura biomédica. Isto é, para além de serem sujeitos à cultura do grupo social em que cresceram são também uma demonstração das influências e dos comportamentos apreendidos durante o ensino da biomedicina e do seu desenvolvimento pessoal no mundo da medicina Ocidental.

Quanto à sua disponibilidade para obter informação sobre determinada cultura, nas categorias profissionais enfermeiros, médico e outro, as respostas indicam que a maioria seria capaz de fazer uma pesquisa por iniciativa própria sendo que no caso dos médicos, só 55% dos inquiridos diz que o faria, estando a restante maioria (43%) respondeu que não aprofundaria a pesquisa. No caso do pessoal administrativo, 60% das respostas vão no sentido de uma procura pouco aprofundada por informação sobre a cultura dos pacientes (Gráfico 3). Positivamente, em todas as profissões, os indivíduos consideram importante para o diagnóstico e terapêutica recorrer à família do paciente em caso de dúvida (Gráfico 4).

Sendo a maioria dos inquiridos profissionais de saúde que trabalham nas USP e UCC a sua relação com a etnia cigana é mais próxima do que potencialmente será a de um profissional de saúde de um centro hospitalar. Os objetivos destas unidades de saúde ³ consiste num acompanhamento da situação de saúde da população e que haja uma intervenção direta nos grupos de risco faz com que esteja de uma forma geral mais disponível para procurar informação sobre os grupos culturais que desconhecem. Esta atitude demonstra um comportamento muito positivo por parte dos profissionais de saúde que tendo em conta os anos de exercício profissional poder-se-á acreditar que é reflexo da experiência.

³ As USP consistem num “observatório de saúde da população”, recolhendo e analisando os dados de saúde da população. As UCC fazem um acompanhamento dos utentes e das famílias, de forma próxima podendo intervir nos bairros sociais e recorrer a unidades móveis. Para mais informações aceder ao site da Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/>

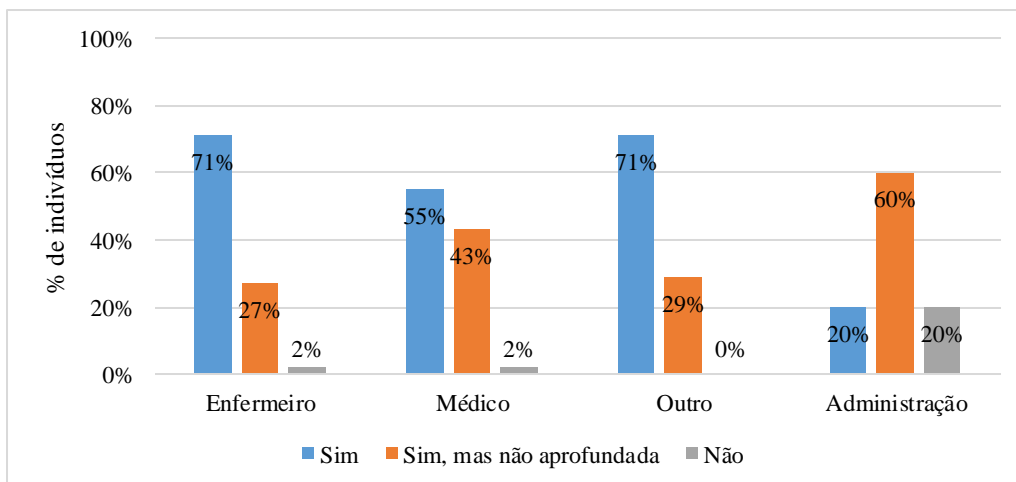


Gráfico 3 - Pesquisa sobre a cultura de um paciente

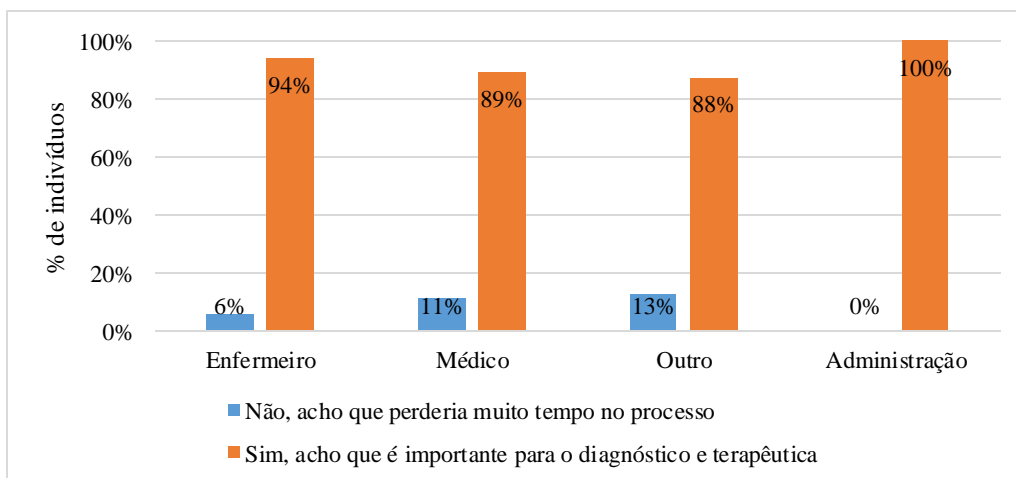


Gráfico 4 – Recorrer à família em caso de dúvida

As respostas às perguntas anteriores poderiam indicar que os profissionais de saúde estão preparados para lidar com pacientes de um contexto cultural diferente do seu, uma vez que estando dispostos a procurar informação sobre os pacientes seria de esperar que já alguma vez o tivessem feito e já tivessem adquirido algum desse conhecimento. Podemos observar que, quando questionados sobre o seu sentimento perante pacientes de outra cultura, a maioria dos enfermeiros (61%) diz que em algumas situações não sabe como agir; relativamente aos médicos, 51% respondeu que se sente sempre seguro quando está junto de um paciente de outra cultura. Na categoria Outro, metade dos inquiridos respondeu que em algumas situações não sabia como agir e em contrapartida, junto do pessoal administrativo as respostas demonstram que 80% dos inquiridos se sente sempre seguro junto dos pacientes de outra cultura (Gráfico 5), isto pode indicar que apesar da boa vontade que demonstram em saber mais e em querer prestar cuidados mais

eficazes, os profissionais de saúde continuam agarrados aquilo que a cultura da biomedicina lhes impôs, tendo dificuldade por vezes em ultrapassar certas barreiras que possam existir. A resposta a esta questão, é essencial para se entender o estado da competência cultural nos profissionais de saúde. Um dos primeiros passos necessários para que haja uma alteração a nível das interações em contexto de diversidade cultural é o reconhecimento da influência da cultura no comportamento e o reconhecimento da dificuldade que se pode ter em lidar com conceções culturais diferentes da que se está habituado. No caso dos inquiridos, pode-se considerar que estes têm noção da influência da cultura no comportamento, encontrando-se dispostos a entender as diferenças existentes entre diferentes grupos culturais, melhorando assim o encontro com o doente.

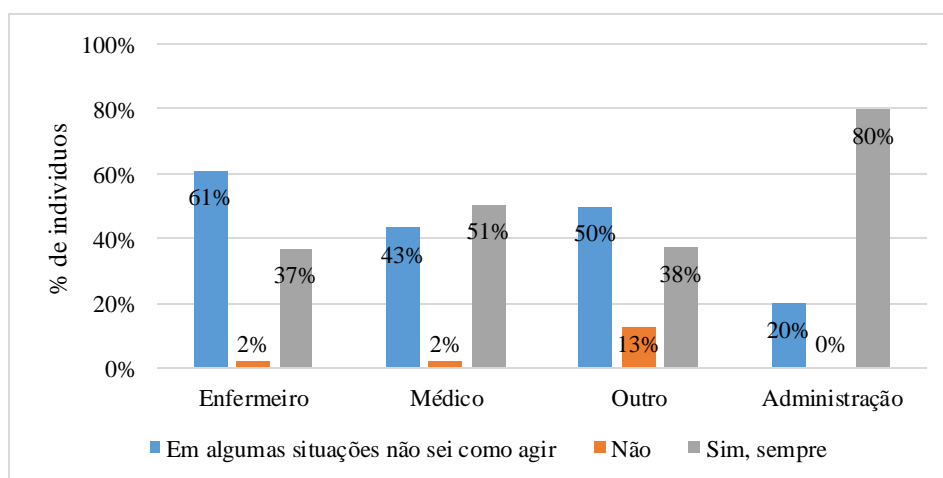


Gráfico 5 – Sentimento perante pacientes de outra cultura

2.3. Definição de competência cultural – resposta aberta

Por último pedia-se aos inquiridos que definissem por palavras suas o conceito de competência cultural. Obtiveram-se 132 respostas no conjunto das várias profissões, apresentando-se de seguida alguma das respostas:

“É a preservação da identidade do cidadão. Conhecer a sua cultura para poder atuar na doença, necessita-se de estimular a sensibilidade cultural para que possa haver um sistema de interação. Por vezes, a doença está associada à prática cultural. É preciso descodificar os sinais e sintomas de desconforto e se o doente está “apegado” a um ritual” (Administração, mulher, 54 anos, Coimbra).

“É a formação e o tipo de educação pessoal que permite a cada pessoa que está em relação com outra, evidenciar competências e o respeito para sentir a diferença no seio de pessoas que estão ao seu redor, sem exclusão, estigmatização ou marginalização” (Enfermeiro, homem, 55 anos, Aveiro).

“Do ponto de vista do médico conseguir estabelecer um plano de cuidados que seja compreendido pelo doente, aceite que ele adira e se mantenha no plano de cuidados, plano este acordado por ambas as partes” (Médico, mulher, 60 anos, Coimbra).

“Conceito de difícil determinação. É a competência de determinada pessoa para reconhecer e trabalhar as suas capacidades no entendimento das características culturais de cada pessoa, sendo neste contexto possível respeitar e entender as diferenças, obrigando a que sejamos suficientemente empáticos quando interagimos com pessoas diferentes, com culturas distintas da nossa. Esta competência encerra em si mesma a necessidade de sermos conhecedores de muitas outras áreas do conhecimento, nomeadamente a história, psicologia, sociologia e antropologia” (Médico, homem, 43 anos, Castelo Branco).

“É um conceito que versa reciprocidade, ou seja, é qualificativo do profissional e do utente; refere-se, quanto a mim, à adaptação suficiente do profissional às características do utente, mas também à adaptação deste último às regras e aos padrões do ambiente onde está inserido, daí que possa ser traduzido na capacidade de levar o utente à adesão e à capacitação, no que concerne às orientações dadas” (Psicólogo, mulher, 42 anos, Coimbra).

Como se pode observar as respostas, os profissionais de saúde conseguem definir com alguma precisão o conceito de competência cultural. Salientam a ideia de que a competência cultural parte do princípio que o profissional é capaz de considerar a diferença do paciente, evitando juízos de valor e adaptando a sua forma de agir às particularidades que encontra durante a consulta e ainda, que ser culturalmente competente consiste também na adaptação da terapêutica às diferenças culturais. Tendo em conta que existiam respostas (Gráfico 2) no sentido de se preferir que o mediador cultural não interferisse nas decisões médicas esta questão da adaptação da terapêutica pode ser, na prática, aquilo que é mais difícil de conseguir. Houve ainda bastantes indivíduos que indicaram que deveria ser um processo nos dois sentidos, uma negociação que poderia efetuar-se somente da parte do profissional de saúde em relação ao paciente, mas também ao contrário, criando-se uma adaptação comportamental por ambas as partes.

3. Relacionamento e representação da etnia cigana

A segunda parte do questionário tinha por objetivo retratar o conhecimento e a relação dos profissionais de saúde com as comunidades ciganas, com perguntas sobre aquilo que conheciam em específico sobre estes indivíduos e qual a sua relação enquanto prestadores de cuidados de saúde. As perguntas focavam-se no conhecimento relativo à cultura, aos problemas sociais e à relação dos ciganos com a saúde e as respostas dadas permitiram identificar quais as representações de senso-comum que os profissionais de saúde reproduziam e expunham no seu discurso quando questionados sobre determinadas temáticas. Na Tabela 1, encontra-se discriminado o número de indivíduos por cada categoria profissional que respondeu ‘sim’ ou ‘não’ às perguntas: a) Conhece diferenças culturais da etnia cigana? b) Conhece diferenças relativas à noção de saúde na etnia cigana? e c) Conhece algum dos problemas sociais da etnia cigana?

	Diferenças culturais		Diferenças na saúde		Problemas sociais	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Enfermeiro	86	11	37	59	57	39
Médico	65	18	37	45	43	40
Administração	3	2	1	4	2	2
Outro	5	2	3	4	4	3

Tabela 1- Identificação de diferenças culturais, na saúde e de problemas sociais

Com as respostas recolhidas procurou-se: (i) entender quais os conhecimentos dos inquiridos sobre o modo de vida, tradições e da organização social dos portugueses ciganos conhecidas pelos profissionais de saúde (diferenças culturais); (ii) perceber como é que os profissionais de saúde entendem que os portugueses ciganos lidam com a doença, os cuidados primários e a saúde de forma geral; (iii) entender quais os problemas socioeconómicos que os profissionais de saúde consideram ter maior incidência na vida dos portugueses ciganos.

Como se pode observar na Tabela 1, a maioria dos inquiridos diz conhecer diferenças culturais – independentemente da sua profissão; procurou-se entender quais as diferenças relativas ao modo de vida, tradições, relações sociais dos portugueses ciganos que eram. No entanto, no que

diz respeito às diferenças específicas à área da saúde, nas quatro categorias profissionais, dizem não ser capazes de apresentar diferenças. Relativamente aos problemas sociais, os enfermeiros são aqueles que têm mais respostas positivas quando questionados sobre a sua capacidade para apresentar problemas sociais; os médicos têm cerca de metade a dar uma resposta positiva e a outra metade a responder que não consegue fazer a representação de um problema social e no caso dos profissionais administrativos e da categoria Outros também se verifica esta divisão entre a resposta “sim” e “não”. As respostas foram divididas em temáticas e profissões, sendo que em alguns casos devido à escassez de respostas optou-se por colocar as temáticas numa mesma tabela ou todas as profissões de forma a facilitar a análise.

3.1. Diferenças culturais:

Nas quatro categorias profissionais representadas na amostra recolhida, a maioria das características que sobressaem relativamente à cultura, é o “*nomadismo*”; “*hierarquia social*” e a respetiva “*valorização do idoso, do patriarca*”; a “*união*”. Das tradições e práticas religiosas, salientam as particularidades das tradições de casamento e da relação com a morte de um ente querido – luto; banquete fúnebre; acreditar na vida para além da morte. Sem dúvida que um dos temas mais referidos e que por isso mereceu uma distinção é a questão da relação entre géneros, em que as comunidades ciganas são representadas como “machistas” e sempre em posição de colocar a mulher num plano secundário.

Notam-se aqui algumas ideias pré-concebidas sobre o facto de que a maioria dos ciganos mantém um estilo de vida nómada, quando na realidade apesar de ser por pressões de entidades públicas cada vez mais os ciganos têm vindo a assumir um estilo de vida sedentário, inseridos em bairros de habitação social. O que pode constatar em Coimbra é que existe um grande número de famílias a viver atualmente em habitações dos bairros sociais e o que as leva a desgostar essa situação diz respeito à conotação negativa que esses locais têm. Os bairros sociais são considerados marginais e com muitas situações de pobreza extrema. Segundo o mediador cigano, (Valente, 2014: 46-47) existem diversos pedidos de realojamento de forma a diminuir situações de marginalização e para poderem contactar com outras *famílias* “*com quem podes conviver, aprender e vice-versa*”.

Sobre as diferenças das relações entre género, o que outros estudos etnográficos indicam é que esta é uma ideia que tem mais de errado do que de verdadeiro. Nas comunidades ciganas, a

mulher tem um papel extremamente importante, não só na educação dos filhos e das filhas até ao casamento, mas como transmissora das tradições do grupo. Para além disso, no que toca à ação social são elas que na maioria dos casos tomam conta das etapas administrativas de forma a conseguir ultrapassar as dificuldades que encontram nas suas vidas (Valente, 2014) ainda que o facto de não conhecerem os seus direitos as possa colocar em desvantagem caso fiquem sozinhas por viuvez ou divórcio. Segundo o mediador cigano da Câmara Municipal de Coimbra (Valente, 2014: 57) “na comunidade que nós chamamos os ‘portugueses’ há uma maior emancipação da mulher cigana” e é essencial que se destaque o seu papel como pilar familiar e nesse sentido, as ações na saúde terão bastante impacto se dirigidas às mulheres pois estas são sem sombra de dúvida um veículo de transmissão de informação para os companheiros e familiares.

Modo de vida e organização social	Tradições e práticas religiosas	Relações entre géneros
Dialeto	Rituais de passagem	Papel da mulher
Nomadismo	Idade para terem filhos	
Vivem em função do presente	Luto	

Tabela 2 - Diferenças culturais – respostas de profissionais administrativos e Outros

Modo de vida e organização social	Tradições e práticas religiosas	Relações entre género
Nomadismo	Casamentos por conveniência	Não permitem as raparigas estudarem
Cuidados de higiene não são considerados importantes	Vida para além da morte	Relação de subjugação das mulheres perante os homens
Hierarquia familiar; relação entre eles e outros cidadãos; união entre pares	Dote	Mulheres responsáveis pela educação
Patriarcado	Religião é diferente	
Não dão importância à instrução		

Tabela 3 - Diferenças culturais – respostas de enfermeiros

Modo de vida e organização social	Tradições e práticas religiosas	Relações entre género
Comunidade fechada	Casamento por conveniência	Machismo
Não respeita as leis e regras dos serviços de saúde	Religião e tribalismo	Mulher tem um papel secundário
Nomadismo	Cultura transmitida empiricamente não se preocupam em enriquece-la	Iliteracia nas mulheres
Sentido de grupo muito marcado	Religião própria	Mulher subjugada
Hierarquia patriarcal	Flamengo	
Valorização dos idosos		

Tabela 4 - Diferenças culturais – respostas dos médicos

3.2. Diferenças na saúde:

Nas diferenças relativas à saúde, os médicos e enfermeiros foram as categorias profissionais cujas respostas se puderam analisar, sendo que tanto os profissionais administrativos como aqueles que foram incluídos na categoria ‘Outros’ não responderam a esta categoria. A maioria das respostas refletem uma representação da comunidade cigana como pouco adepta de cuidados de higiene e prevenção primária, inclusive “*não querem saber dela [da saúde]*”; segundo as respostas a mulher é a principal cuidadora dos doentes e a noção de doença para os ciganos está diretamente relacionada com a morte, fazendo com que os utentes ciganos abandonem os tratamentos quando desaparecidos os sintomas. Para além disso, as respostas enfatizam a saúde da mulher e o planeamento familiar, em que os médicos e enfermeiros consideram a etnia cigana como desconfiada desta especialidade, evitando-a ao máximo.

Numa entrevista com um mediador cigano, este salientou que a questão da prevenção é um problema importante e anda acompanhado do problema da iliteracia:

“Os ciganos são um grupo que ainda sofre muito com esta questão e por vezes é difícil conseguir transmitir a mensagem. (...) Temos insistido muito em meios audiovisuais (...) fizemos um projeto que retrata alguma das coisas erradas que os ciganos fazem, filmado com atores ciganos que é para as comunidades se reconhecerem” (B.G., mediador cigano, Coimbra).

Uma das propostas feitas pela competência cultural é a presença de um mediador cultural, mas uma das críticas apresentadas a essa proposta é não existir a indicação de, idealmente, qual deveria ser a formação e origem cultural do mediador. No caso da etnia cigana, o B.G. considera fundamental a presença de mediadores ciganos, que “fazem muita falta dentro das equipas para poderem desmontar estereótipos e ideias pré-concebidas acontecem nos dois sentidos”. Inclusive, ele salienta que *“os profissionais de saúde não estão especializados para trabalhar nem com as comunidades ciganas nem com outras minorias, ainda que os ciganos sejam portugueses (...) têm as suas próprias especificidades”*.

O problema da ausência da prevenção primária em saúde é, segundo B.G., algo que pode demorar décadas a ser resolvido. *“O acompanhamento é essencial e é mesmo importante a presença de um mediador intra-étnico, que conheça as dificuldades, as dúvidas, os problemas para poder dar um acompanhamento mais próximo e fazer essa monitorização, chamar as pessoas”*. Inclusivamente, este mediador contou que ao longo dos seus 20 anos de trabalho como mediador cigano houve momentos em que teve de levar crianças à consulta no lugar dos pais, pois estes tinham de *“ir para a feira e não podiam perder um dia de trabalho e isso é mais um dos problemas que existe, há muitos ciganos que vivem em situações de pobreza – e vivem ao dia a dia, não podem perder um dia de trabalho”*. Assim, explica que a ideia não seria substituir os pais, mas fazer com que a criança consiga ir às consultas e depois fazer de intermediário entre o médico e os pais para que estes num outro momento possam ir também eles à consulta com os filhos. A informação transmitida pelo mediador cigano indica que existem dois problemas centrais no acesso dos utentes ciganos aos sistemas de saúde, um deles é a questão da iliteracia e outro é a situação socioeconómica. A iliteracia coloca os utentes numa situação em que se torna difícil para eles entender a informação transmitida pelas campanhas de saúde. A adaptação dos meios de comunicação, e colocar os portugueses ciganos como atores das campanhas de prevenção, seria uma das formas de veicular a informação necessária sobre problemáticas como a higiene dentária, a alimentação, o planeamento familiar. Assim, para além das campanhas serem aceites de forma mais positiva seriam também melhor compreendidas. No que diz respeito à situação socioeconómica, o mediador cigano sugere uma monitorização das famílias e um acompanhamento próximo. Este acompanhamento deveria ser idealmente feito em conjunto com

alguém da própria etnia cigana ou que já tenha tido contacto com estas comunidades de forma a evitar que estes interiorizem as perguntas como uma forma de controlo e perseguição.

Como podemos observar pelas respostas, os profissionais de saúde salientam que os utentes ciganos têm “urgência no atendimento” e que “(...) abandonam o tratamento”, o que pode parecer de certa forma paradoxal – parte-se de pressuposto que os ciganos não querem saber da saúde, mas estes têm uma maior afluência às unidades de urgência hospitalar. Pode-se perceber nesse comportamento o porquê de se manter a ideia de que os utentes ciganos têm uma noção de doença associada à morte, pelo que procuram soluções rápidas, abandonando o tratamento assim que os sintomas desaparecerem. Segundo o mediador cigano, os médicos *“não podem ser flexíveis, não podem dar alta a um doente só porque ele quer pois estão a por a sua vida em causa”*, pelo que se expõe nesta afirmação que ao adaptar-se o atendimento ao utente cigano, não se deve aceder a todas as exigências. É necessário também cumprir as regras criadas para manter a segurança e saúde do paciente, sem esquecer de transmitir a importância de se cumprirem essas regras.

Existem outras regras que, por outro lado, deveriam ser adaptadas. De forma geral, todo o doente sente necessidade de ter perto de si a sua família e próximos, sendo que o acompanhamento familiar pode fazer parte da terapia e ajudar à cura. No caso da etnia cigana, a presença da família é essencial, esta etnia atribui à união familiar e do grupo uma importância muito grande. Em caso de doença, é como se o problema do paciente se alastrasse a todo o grupo:

“o que às vezes os técnicos não entendem é que não é só o indivíduo que está doente, quem está doente é a família. O indivíduo é a família e a união é algo muito importante pelo que a presença da família é essencial na maioria dos casos” (B.G.). Para os profissionais de saúde torna-se difícil de gerir estas situações – é preciso encontrar um meio termo entre o cumprimento dos protocolos que permitem somente a presença de um acompanhante e o pedido das famílias ciganas de acompanharem o seu familiar. Em jeito de conclusão, o que fica de aconselhamento é *“uma maior formação intercultural aos técnicos que estão no atendimento, são os primeiros a receber os doentes e precisam também de ser informados daquilo que podem fazer para ajudar o processo” (B.G.)*.

Higiene e prevenção	Vivência da doença	Saúde da mulher e planeamento familiar
Ausência de conceito de prevenção	Procuram soluções rápidas	Ausência de planeamento familiar
Não gostam de ser controlados, aparecendo quando querem	Doenças são importantes quando põem em causa a vida	Descuram medidas de contraceção
Prevenção não passa pela adoção de estilo de vida saudável	Maior uso de serviços de urgência	Mulheres sempre acompanhadas pelo companheiro
Tratam-se com produtos da tradição deles	Desaparecido o sintoma abandonam o tratamento	Atenção a se é um médico ou uma médica que faz a consulta
Não querem saber dela [da saúde]	União perante a doença	

Tabela 5 - Diferenças na saúde – respostas de médicos e enfermeiros

3.3. Problemas sociais

Referente aos problemas sociais, as respostas foram de forma geral mais escassas e repetitivas do que nas diferenças culturais e diferenças relativas à saúde em todas as categorias profissionais. A maioria das respostas incide sobre a questão da exclusão social, da iliteracia, da pobreza e dos problemas de relacionamentos com os não-ciganos, em que os ciganos são representados como sendo estigmatizados, vítimas de preconceitos, mas por outro lado, pouco abertos a fazerem cedências no seu comportamento de maneira a serem aceites de forma mais fácil pelos não-ciganos.

Um estudo de 2013 em que se observaram vários fatores em 7154 famílias (Magano & Mendes, 2013), apresenta resultados que vão de encontro às ideias veiculadas pelos profissionais de saúde – as comunidades ciganas continuam a viver em condições mínimas de habitabilidade, o que vai acentuar a exclusão social, sendo que 52,50% vivia em condições precárias. A nível educacional, a grande maioria não possuía nenhum nível de escolaridade, e apenas 38,3% da

população adulta tem o ensino primário completo (Magano & Mendes, 2013). Deve-se, no entanto, salientar que esta é uma situação com tendência a alterar-se pois ao contrário do que admite o senso-comum, a maioria das crianças encontram-se escolarizadas, invertendo-se assim as situações de iliteracia. No que diz respeito ao trabalho, das 7154 famílias estudadas (Magano & Mendes, 2013), 44,3% dos indivíduos eram desempregados ou tinham um trabalho informal, existindo ainda uma parte beneficiária de reformas ou outros (27,4%). 8% possuíam negócios familiares, associados a atividades esporádicas como a venda ambulante, entre outros (Magano & Mendes, 2013). O que estes números indicam é que ainda existe uma grande parte da população que se encontra em situações de emprego precário ou em situação de beneficiamento do RSI; estas condições criam uma reprodução da exclusão social, de uma sociedade que exige que os seus elementos estejam integrados no mercado trabalho. A situação de empregabilidade dos ciganos portugueses torna-se mais precária aliada à iliteracia, que os empurra para empregos precários e mal remunerados, além do progressivo desaparecimento de atividades artesanais e comércios tradicionais que durante largos anos foram a principal fonte de rendimento destas comunidades (Liégois, 1989).

A consciência dos problemas sociais que condicionam a vida dos ciganos promove um entendimento da situação do paciente, o que em termos de competência cultural em saúde é fundamental, pois presume-se que o profissional de saúde seja capaz de entender que as situações de saúde e doença estão associadas a vários fatores – não só culturais, mas também fatores económicos e de condições de vida. Daí requerer-se aos profissionais de saúde que procurem entender o que está por detrás do discurso do paciente, sendo que em alguns casos o não cumprimento de terapêuticas pode não estar relacionado com a cultura do paciente cigano, mas antes com a sua situação económica, de educação e habitação. Relembra-se o testemunho de B.G. que teve de acompanhar crianças às consultas para os pais poderem continuar a sua atividade profissional, caso contrário perderiam o rendimento daquele dia, isto é, não é que os pais não quisessem levar o/a filho/a à consulta, mas a sua situação económica não lhes permitia perder um dia de trabalho.

As respostas a estas três questões – diferenças culturais, diferenças na relação com a saúde, problemas sociais – são essenciais para entender a representação produzida pelos profissionais de saúde pois aqui fica exposta a ideia que os profissionais de saúde têm dos seus pacientes ciganos e isso poderá ter impacto na forma como recebem os utentes no contexto clínico. Aos grupos

étnicos são atribuídas características intrínsecas, distinguindo-os da cultura dominante e justificam o estatuto desvalorizado, e as assimetrias do poder, o que contribuiu para a manutenção destas representações. No entanto, como se pode observar, existem muitos casos em que estas representações estão erradas ou são deturpadas, como a questão da habitação, da situação da mulher; mas, como seria de esperar tendo em conta a sua profissão, as suas representações da etnia cigana relativamente às conceções de saúde aproximam-se bastante da realidade quando comparados com o testemunho do mediador cigano, assim como o conhecimento dos problemas sociais.

Socioeconómicos	Relação com não-ciganos
Pobreza e mendicidade	Dificuldade em compreender normas de horários e regras sociais
Desemprego	Integração
Exclusão social	Discriminação
Iliteracia	Preconceito
Criminalidade	Beneficiários de vários rendimentos sem que para tal tenham que exercer qualquer função na comunidade
Não cumprem regras nacionais	Estigma
Baixa escolaridade	Dificuldade em conciliar as crenças e rituais com a sociedade e cultural

Tabela 6 – Problemas sociais – respostas de todas as categorias profissionais

O que se pode concluir deste exercício pedido aos profissionais de saúde, é que a forma como representam a etnia cigana é semelhante à do senso-comum – o que seria de esperar pois os profissionais de saúde são também eles influenciados pela cultura que os rodeia e por aquilo que lhes tem sido inculcado durante a sua vida. No entanto, no contexto clínico deve precaver-se a manutenção de representações que não estejam próximas da realidade para que o profissional de saúde consiga entender o que está realmente em causa para aquele paciente, evitando basear-se nas suas conceções que advém do senso-comum e das ideias veiculadas pela sociedade maioritária.

4. Contacto com as comunidades ciganas

4.1. Frequência do contacto em contexto de centro de saúde e acompanhamento

Como podemos constatar pelo Gráfico 6, tanto no caso dos enfermeiros como dos médicos, a diferença percentual entre aqueles que dizem ter um contacto esporádico (algumas vezes durante o ano) e os que dizem ter um contacto frequente (várias vezes por mês), é praticamente irrisório; ainda que, os enfermeiros tenham um contacto mais frequente que os médicos. No caso do pessoal administrativo, o contacto é tido como mais esporádico com 60% de respostas nesse sentido e na categoria Outro (que como foi indicado inclui várias especialidades da área da saúde) o contacto é tido como raro ou inexistente.

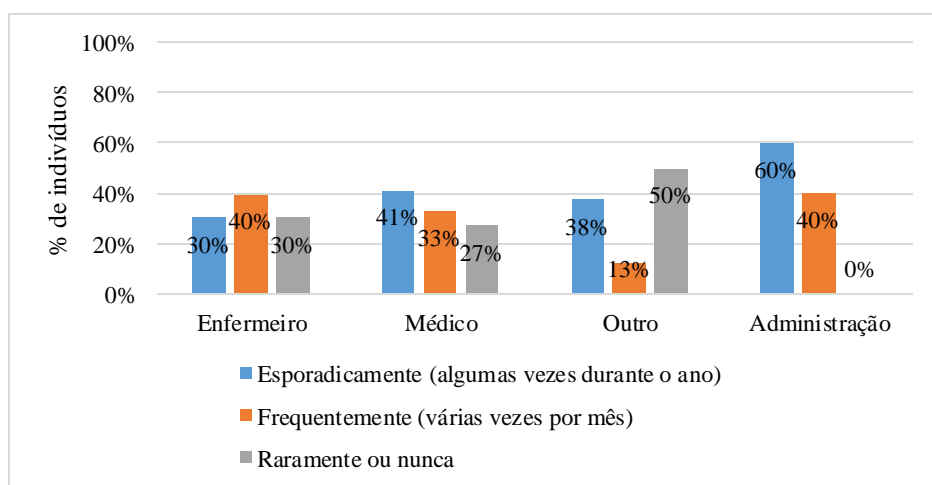


Gráfico 6 – Frequência das consultas

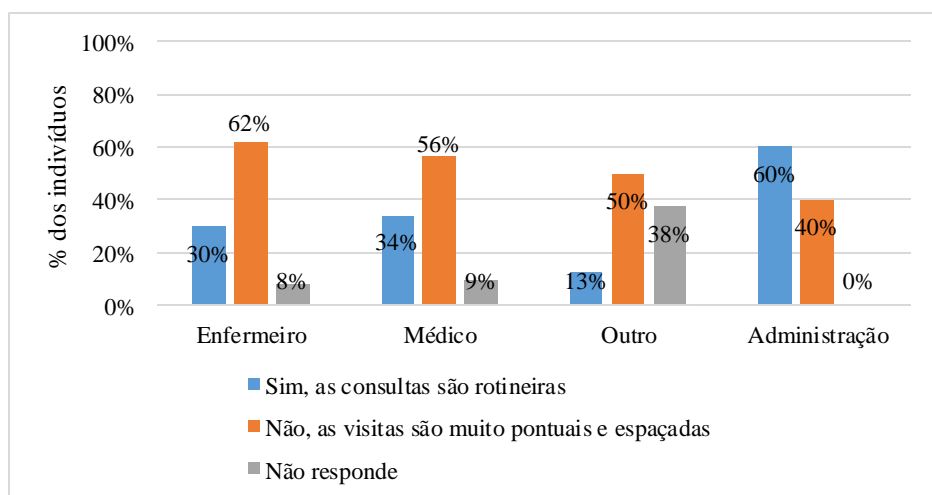


Gráfico 7 – Acompanhamento em consulta de rotina

Quando questionados sobre se conseguiam manter o acompanhamento em consultas de rotina, a maioria tanto dos enfermeiros como dos médicos dizem não conseguir manter um acompanhamento, pelo contrário, as visitas são muito pontuais e espaçadas. O que se pode constatar, é que de uma forma geral os profissionais de saúde inquiridos têm um contacto escasso com pacientes ciganos. Do pouco contacto podem advir construções representacionais baseadas mais no senso-comum de cada indivíduo e não na observação direta. Isto é, os profissionais de saúde agarram-se às ideias que têm dos portugueses ciganos e transportam essas representações para as interações em contexto clínico. Provavelmente isto acontecerá também com outras minorias, não só com a etnia cigana, mas que neste caso vai ajudar a salientar a ideia – também veiculada pelo mediador cigano durante a entrevista – de que é essencial existirem formações específicas para estes profissionais, desde os empregados administrativos e auxiliares, passando por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros.

4.2. Existência e justificação de estereótipos

A maioria dos inquiridos admite a existência de estereótipos para com as comunidades ciganas (Gráfico 8). Na opinião dos enfermeiros, os estereótipos são baseados em desconhecimento e injustificados, já para os médicos a maioria dos estereótipos são justificados. É de notar que a maioria dos enfermeiros que responderam a este inquérito encontravam-se enquadrados em USP, pelo que de uma forma geral mantém um contacto mais próximo com estes pacientes, o que faz com que tenham em conta que a maioria dos estereótipos não têm justificação. No caso dos profissionais administrativos e outros, as opiniões encontram-se divididas entre os estereótipos serem injustificados e justificados não havendo uma diferença significativa. Pode-se aqui concluir que os profissionais de saúde têm consciência que existem representações de senso-comum sobre estas comunidades que são veiculadas no discurso do dia-a-dia. Faltou saber se conseguem identificar que eles próprios enquanto profissionais são portadores desses discursos e que isso tem influência na forma como recebem o paciente.

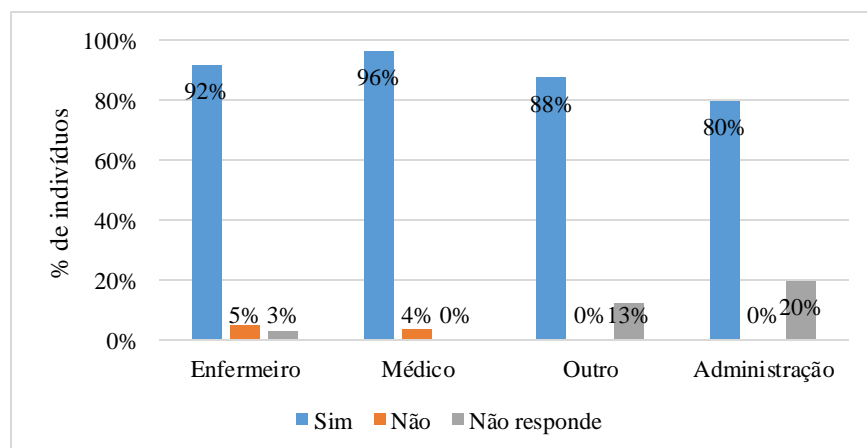


Gráfico 8 – Existência de estereótipos

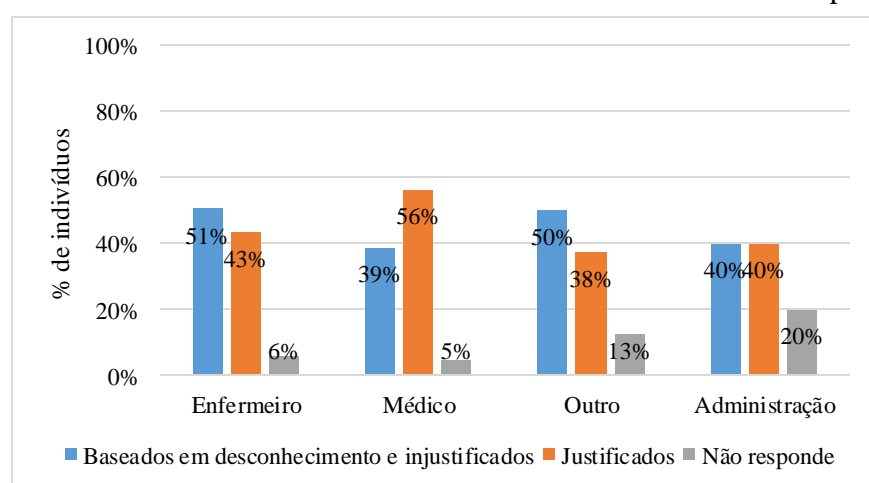


Gráfico 9 - Justificação do estereótipo

4.3. Opinião sobre situações de discriminação

Relativamente às situações de discriminação – assunto que inclusive é referenciado em todas as profissões como sendo um problema social que as comunidades ciganas enfrentam – tanto nos enfermeiros como nos médicos, a resposta indica que consideram um problema que se resolve à base do conhecimento entre ciganos e não ciganos. No entanto, é necessário assumir-se uma postura um pouco mais crítica relativamente a esta questão, o conhecimento mútuo é algo importante para que se quebrem estereótipos entre as duas culturas, mas por outro lado este conhecimento pode abrir espaço para que se mantenha a justificação para a exclusão, mantendo-se a ideia de que existe um motivo para se ter determinada opinião sobre o grupo – seja no sentido dos profissionais de saúde para com os utentes ciganos ou estes últimos para com os profissionais. É necessário enquadrar o conhecimento dentro do contexto cultural, dar-lhe um significado que

seja entendível para quem não faz parte do grupo social em causa para que assim se ultrapassem as barreiras.

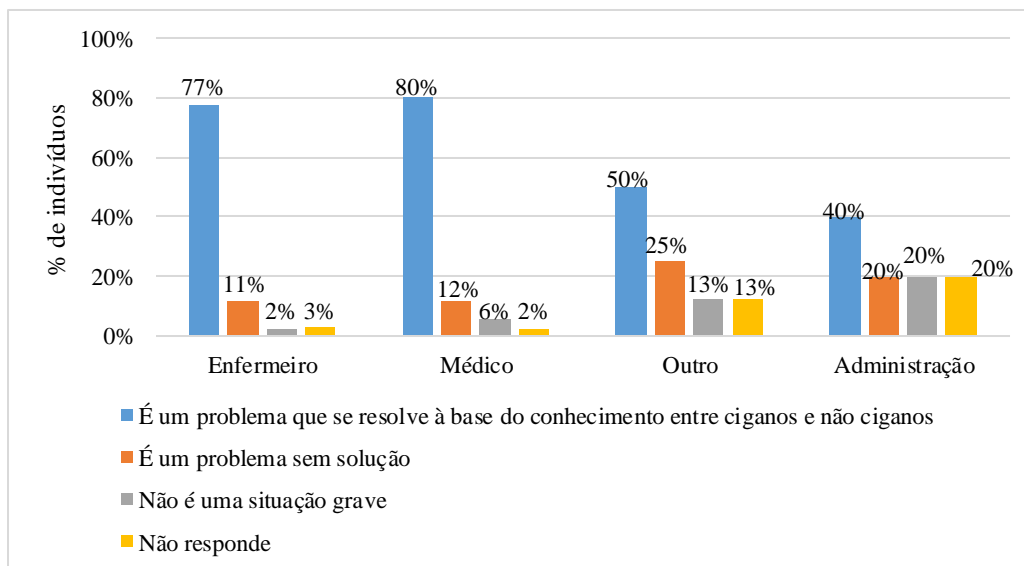


Gráfico 10 - Opinião sobre as situações de discriminação

4.4. Experiência profissional com a etnia cigana

De forma geral, a experiência profissional dos inquiridos com a comunidade cigana foi boa e normal; apesar de transparecerem a ideia de que o seu contacto com os utentes ciganos ser breve e esporádica, além destes não cumprirem a terapêutica indicada. No caso dos enfermeiros e médicos, existe algumas respostas que indicam casos negativos. Relativamente ao sentimento de segurança, os números indicam que poucos são aqueles que têm receio de potenciais conflitos (13% para os enfermeiros e outro; 16% para os médicos e 0% para o pessoal administrativo); este sentimento de insegurança poderá estar relacionado com a ideia de que são um grupo conflituoso e que parte para a violência quando contrariados pelo que poderemos estar a observar a manutenção de um estereótipo sobre a etnia cigana. A diferença entre os que não se sentem seguros e aqueles que sentem alguma tensão pode demonstrar uma certa atitude defensiva por parte dos profissionais de saúde, situação que em grande parte deverá ser reflexo das ideias pré-concebidas que têm destas comunidades. Seria necessário um estudo mais detalhado junto dos profissionais de saúde e da etnia cigana de maneira a conseguir entender-se que momentos de tensão poderão existir e onde é que a comunicação falha ao ponto de transmitir sentimentos de insegurança, que

inclusive poderão também estar presentes no entendimento do paciente cigano em relação ao profissional de saúde.

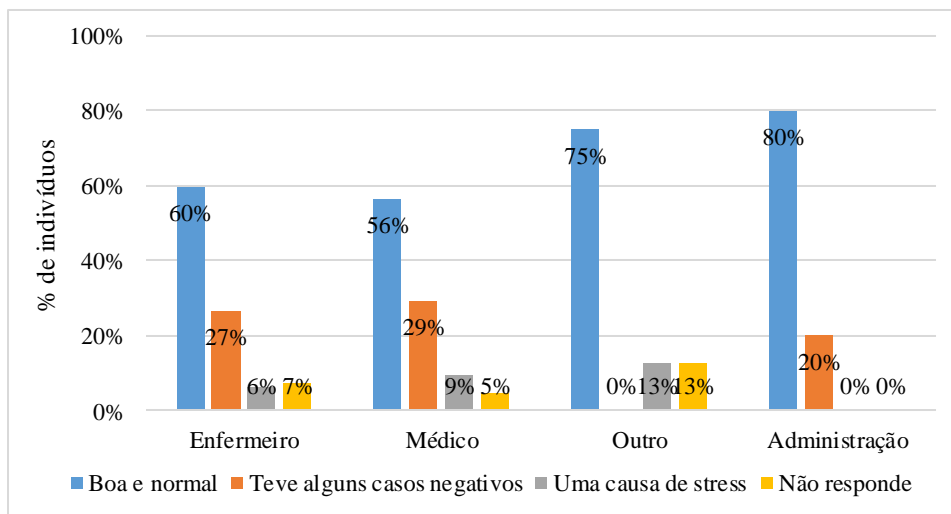


Gráfico 11 - Experiência profissional com a comunidade cigana

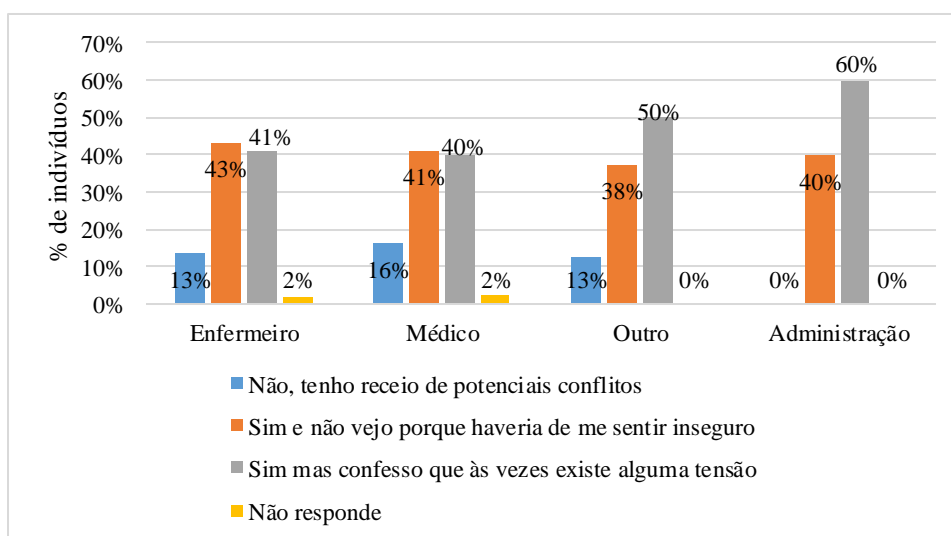


Gráfico 12 - Sentimento de segurança

4.5. Atendimento e presença da família

Quando questionados sobre o seu comportamento profissional com os utentes ciganos, um total de 18 pessoas no conjunto das quatro categorias profissionais disse ficar em alerta por serem pessoas potencialmente conflituosas, aparecendo novamente nestas resposta a ideia de que os ciganos são indivíduos com tendência a partir para a violência. A repetição de uma mesma imagem sobre um grupo social, como se explicou no enquadramento teórico, faz com que os estigmas sobre

esse grupo se mantenham. No caso da etnia cigana, o facto de serem associados à violência mantém o estigma. As respostas recolhidas junto dos médicos mostram que 56% dos inquiridos diz que trata os pacientes ciganos de forma igual a qualquer outro paciente, assim como o pessoal administrativo com 80% das respostas nesse sentido. Nas respostas obtidas juntos dos enfermeiros, 43% diz que adapta a sua intervenção às diferenças culturais contra outros 43% que diz tratar os pacientes ciganos da mesma forma. Os profissionais incluídos na categoria Outros, do seu lado encontram-se divididos com 50% das respostas para cada lado, entre aqueles que adaptam a sua intervenção e aqueles que não consideram isso necessário (Gráfico 13). Acontece que, o que se pede aos profissionais de saúde, a nível da competência cultural é precisamente uma adaptação em situações de diversidade cultural. É natural que este seja um processo demorado e que exija uma aprendizagem específica, de forma a conseguir-se ter em conta quais os comportamentos a alterar e as especificidades a ter em conta sobre determinada cultura e neste caso, sobre a etnia cigana.

Uma das características principais destas comunidades e que é inclusive referenciado como uma diferença na saúde pelos profissionais de saúde, é a presença da família extensa no local de tratamento. Procurou-se saber qual a opinião dos profissionais relativamente a esta situação e as respostas indicam que no caso dos enfermeiros (61%), médicos (42%) e outro (75%), a maioria afirma que é um valor cultural importante e que deve ser respeitado. No entanto, é de salientar que 40% da categoria profissional dos médicos respondeu que a presença da família extensa é algo desnecessário que se devem cumprir as normas. A entrevista ao mediador cigano deu-nos a entender que efetivamente a presença da família é algo de extrema importância devido ao valor que dão à família e à coesão do grupo. Esta torna-se uma situação problemática para os serviços de saúde que têm de fazer por cumprir as regras de uma forma geral, mas ao mesmo tempo, sentem-se compelidos a ceder a estas situações – seja por medo das represálias ou por compaixão – o que pode também causar indignação por parte dos utentes não-ciganos que provavelmente também quereriam estar com as suas famílias junto de si.

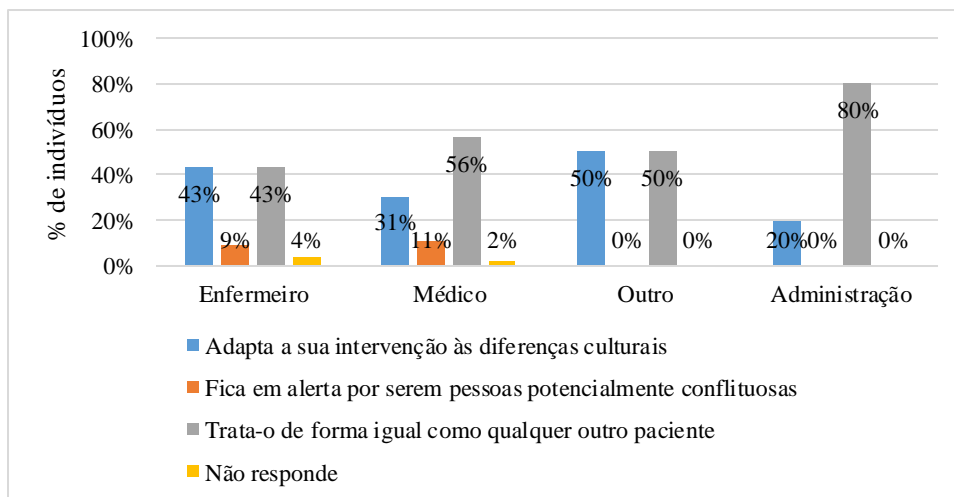


Gráfico 13 - Atendimento do paciente cigano

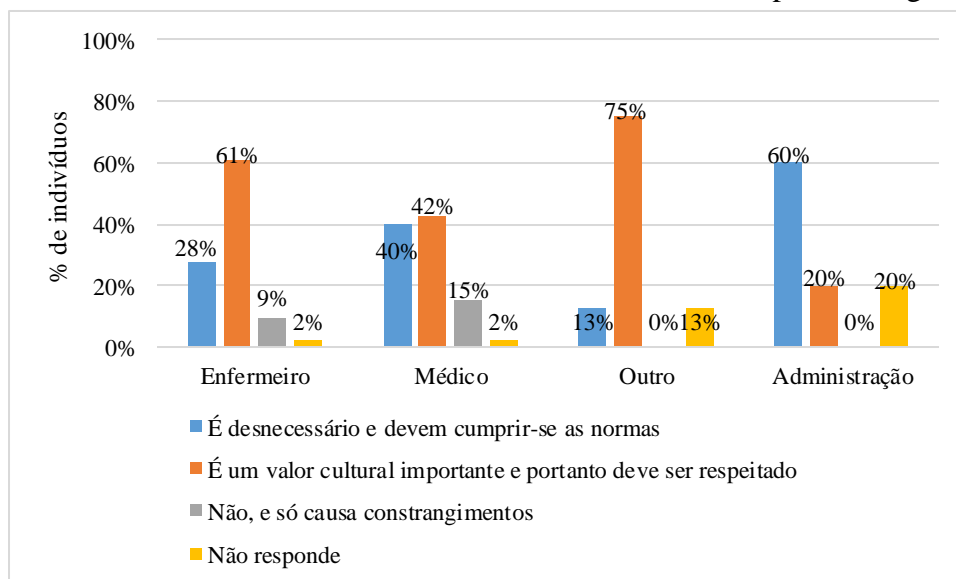


Gráfico 14 - Presença da família extensa

5. Vocabulário

Na última parte do questionário pedia-se aos profissionais de saúde que indicassem qual a palavra que associavam em primeiro lugar às comunidades ciganas. As respostas foram agregadas em “vocabulário positivo” e “vocabulário negativo”, demonstrando as representações que os profissionais de saúde têm sobre os portugueses ciganos. Procurou-se entender quais as noções/palavras que os profissionais de saúde associam aos ciganos e a partir das respostas determinar os estereótipos construídos em torno da etnia cigana.

5.1. Vocabulário – resposta de profissionais administrativos e Outros

Diferença
Nómada
Gregários
Droga
Confusão
Porcos

Tabela 7 – Vocabulário – Profissionais administrativos e Outros

Tendo em conta a escassez de respostas dadas pelos profissionais administrativos e da categoria Outros, agregaram-se as respostas das duas categorias numa só lista. As respostas iam todas no sentido de uma opinião negativa sobre as comunidades ciganas, identificando-as como ‘*diferentes*’, mas também com tendência a serem ‘*complicadas*’.

5.2. Resposta de enfermeiros

O vocabulário positivo utilizado pelos enfermeiros para representar as comunidades ciganas vai no sentido da sua diferença e características próprias, salientando-se mais uma vez a liberdade e a união comunitária, assim como as particularidades artísticas que lhes são associadas como a música e a dança. No caso do vocabulário negativo, mais uma vez sobressai a ideia da falta de higiene, da pobreza e da conseqüente utilização do RSI. Estas comunidades são também representadas por estes profissionais como sendo agressivos, colocarem entraves à sua própria integração e inclusive como sendo “auto discriminadores”.

Vocabulário positivo	Vocabulário negativo
União	Pobreza
Especificidades próprias	Receio
Direitos	Sujidade
Liberdade	Desrespeitadores
Equidade	Agressividade
Dança e música cigana	Desigualdades
Cultura	Comodismo

Tabela 8 - Vocabulário - Enfermeiros

5.3. Vocabulário – resposta de médicos

O vocabulário mais positivo relacionava-se sobretudo na relação humana e de como deveriam ser respeitados na sua diferença; também salientavam o aspeto comunitário. Além do mais, referem palavras que associam estas comunidades à liberdade e à expressão artística.

No vocabulário negativo transmite-se a ideia de que as comunidades ciganas para além de serem fechadas sobre si próprias, são desorganizadas, conflituosas e como tendo pouca vontade de cumprir as regras impostas pela sociedade tornando-os marginais. Encontram-se também palavras que revelam um sentimento de insegurança por parte dos médicos, para além da ideia de que estas comunidades tendem a descuidar a higiene – ideia que ao longo do questionário é repetida em várias perguntas de resposta aberta.

A análise que se pode retirar do vocabulário apresentado corrobora com os processos de representação que já foram apresentados anteriormente. A manutenção dos estereótipos ajuda à construção de barreiras sociais, os ciganos permanecem ainda como um grupo pouco conhecido pela sociedade maioritária, criando imagens limitativas, deformadas e até de algum desprezo (Mendes *et al*, 2014). Como se pode observar nas tabelas (Tabela 7, 9 e 11), o vocabulário negativo utilizado para representar estas comunidades pressupõe que estas comunidades são fechadas, conflituosas e desadaptadas – isto é, continuam a ser alvo de perceções negativas face à população portuguesa (Magano & Mendes, 2013). No entanto, é preciso ter em conta que os estereótipos são de uma forma geral desajustados pois retratam um grupo social como homogéneo (Costa, 2010)

mas sustentam os sentimentos de insegurança e a categorização social, por serem diferentes dos portugueses não-ciganos. A manutenção de estereótipos é negativa para o avanço da competência cultural, por justificar e manter comportamentos negativos para com a diversidade cultural do ‘Outro’ pois esses estereótipos ficam associados aquela cultura, quando o que se pede aos profissionais de saúde é que tenham em conta que a cultura não tem de ser causa de determinado comportamento, assumindo além disso a diversidade que existe dentro de uma própria cultura.

Vocabulário positivo	Vocabulário negativo
Seres humanos	Marginal
Artistas	Desorganização
Olé!	Ladrão
Pessoas como outra qualquer	Carências
Comunidade	Higiene
Liberdade	Possibilidade de conflito
	Fechados
	Insegurança
	Interesse económico
	Desadaptados
	Rebeldia

Tabela 9 – Vocabulário - Médicos

6. Questões

A pergunta final do questionário pedia que os profissionais inquiridos colocassem uma questão sobre as comunidades ciganas que gostariam de ver esclarecida. Tendo em conta que as perguntas expostas se centravam nas mesmas temáticas, optou-se por não dividir por categoria profissional, mas antes em três temas: (i) perguntas relativas à situação socioeconómica; (ii) perguntas relativas à cultura e modo de vida da etnia cigana; (iii) perguntas relativas à saúde.

6.1. Situação socioeconómica:

- Como fazer ver a comunidade cigana que têm direitos, mas também devem ter os mesmos deveres que todos os outros membros da sociedade?
- Será que a legislação em vigor em relação à atribuição de habitação, RSI, ou atividades do Centro de Emprego, tem em conta o estilo de vida de trabalho para os quais os ciganos foram moldados desde pequenos na sua cultura?
- Porque não estão no mercado de trabalho normal?
- Crianças de etnia cigana com dificuldades de aprendizagem devem ser apoiadas como não-ciganas por terem direitos iguais, ou como crianças que pela sua cultura nunca vão ser iguais às outras?
- A cultura cigana tão autocentrada será apenas resultado da sua história de exclusão ao longo dos séculos?
- Se estão a usufruir dos benefícios da nossa sociedade porque não se integram da mesma forma?
- Porque não aceitam um não sem dizer logo que é racismo?
- Que iniciativas da comunidade cigana existem para promover a sua integração? Existe alguma associação que promova esta sensibilização da comunidade?

A maioria dos profissionais refletem nas suas dúvidas relativas sobre a situação socioeconómica das comunidades ciganas a sua representação destas últimas, ou seja, como beneficiárias de apoio social sem quererem cumprir as regras impostas pela sociedade não-cigana. Estas questões estão de acordo com a ideia de que estas comunidades se mantêm à parte da sociedade da qual querem na mesma ter benefícios. O que pode estar aqui em causa, é a

reivindicação de direitos – enquanto cidadãos – e também a reivindicação do direito a manterem as suas especificidades culturais. Pode observar-se também um foco na noção dos portugueses ciganos como os ‘Outros’, mantendo estas pessoas à margem da sociedade dita maioritária e dificultando os processos de integração numa sociedade em que são, legalmente, considerados como cidadãos. Os preconceitos relativos aos ciganos continuam associados aquilo que é considerado por muitos membros da sociedade portuguesa como um abuso das prestações do Estado e da segurança social, o que vai levar à rejeição e exclusão dos grupos ciganos com justificação de que são diferentes e incompatíveis com a vida da sociedade maioritária.

6.2. Cultura e modo de vida

- Porque não investem na educação dos filhos?
- O casamento de jovens adolescentes é mesmo necessário?
- Porque queremos anular a sua diferença e não respeitamos as suas crenças e cultura?
- Porque motivos as famílias persistem na manutenção da sua linguagem nos seus contextos de vida e em consequência as crianças não falam corretamente, depois não escrevem bem, não acompanham o percurso escolar dos filhos?
- Como vivenciam a morte dos seus entes queridos?
- Porque é que as mulheres rapam o cabelo?
- A visão sobre o papel da mulher?
- Quais os seus objetivos de vida?

Como foi visto na questão relativa às diferenças a nível cultural, as questões da educação e do casamento eram aquelas que eram mais referidas e nesse sentido também, as questões colocadas sobre a cultura cigana são reflexo dessas diferenças apontadas. No Estudo sobre a Comunidade Cigana (Mendes *et al*,2014), os investigadores perguntaram quais os aspetos e costumes da cultura ciganas considerados mais relevantes e a manter segundo os inquiridos ciganos. As respostas indicavam que a família, o respeito pelos mais velhos, a virgindade da mulher, o casamento segundo a lei cigana e a própria lei cigana eram as práticas e valores que assumiam uma maior significação social, daí a manutenção de certos costumes. Nesse mesmo estudo (Mendes *et al*,2014), os autores recomendam que é necessária uma divulgação mais ampla

da cultura cigana, através de vários canais e assumir essa divulgação como uma estratégia de aproximação e inserção dos ciganos na sociedade local, promovendo ao mesmo tempo a valorização da diversidade cultural. Esta divulgação deveria ocorrer a nível dos profissionais de saúde, enquanto interventores sociais, de maneira a eliminar aos poucos das suas intervenções os preconceitos existentes.

6.3 Saúde

- Porque é que não frequentam as consultas e não vacinam as crianças atempadamente?
- Porque não vêm a consulta de planeamento familiar?
- Como conseguir passar a nossa agenda para uma pessoa da etnia cigana? Fazer perceber o que seria importante para a sua saúde
- Como posso tratar uma pessoa de cultura cigana sem entrar em conflito com a família?
- O porquê da necessidade de fazerem imperar a sua opinião e urgência no atendimento
- Que procedimentos recusam em absoluto e qual a forma de contornar a questão?
- Porque é que não cumprem os horários de agendamento das consultas?
- Como posso ajudar para cumprirem a terapêutica?
- O que esperam do SNS?
- Qual a perspectiva da comunidade cigana relativamente aos cuidados de saúde primários?
- Medicina tradicional cigana, existe?

Na área da saúde, a grande maioria das questões colocadas pelos enfermeiros relacionavam-se tanto com as consultas de prevenção, de planeamento familiar, a forma de passar “a nossa agenda” de maneira a fazer-lhes entender o que é importante para a sua saúde e também faziam várias perguntas sobre qual seria a forma de contornar situações negativas e em que o utente se recusasse a algum procedimento. As últimas três questões identificadas demonstram um outro interesse, mais focado na visão do utente cigano sobre a doença, sobre aquilo que espera quando

vai à consulta. Retomando as afirmações do mediador cigano que foi entrevistado, o que está em causa a nível da saúde seria em primeiro lugar uma adaptação da forma como a informação é divulgada junto das comunidades ciganas – o problema da iliteracia é algo que deve ser combatido, são necessárias estratégias que consigam chegar a todos de forma igual e que a informação sobre a prevenção seja transmitida de forma eficaz. Um profissional de saúde culturalmente competente também terá essa sensibilidade, de conseguir adaptar a forma como expõe a informação sobre a terapêutica à pessoa que tem à sua frente e às necessidades desta.

7. Entrevistas

As entrevistas foram realizadas durante o mês de maio, nos estabelecimentos da ARSC, tendo em conta que as entrevistas iam de encontro às perguntas do questionário, a análise que se segue retoma as temáticas mais importantes.

7.1. Contacto com a comunidade cigana

Nas entrevistas realizadas nota-se uma dualidade de perceções entre os enfermeiros e os médicos e, ainda, dentro de cada categoria profissional entre aqueles que têm ou tiveram um contacto mais próximo e aqueles que pelo contrário tiveram um contacto mais escasso. No caso dos enfermeiros, o caso de uma enfermeira com 23 anos de profissão diz:

“[tenho tido] mais contacto desde que integro uma unidade de contacto direto com estas comunidades, em que fazemos a prevenção dos cuidados primários.” (Enfermeira M.)

O seu trabalho, na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) consiste em realizar diversas intervenções junto da comunidade cigana, na “prevenção precoce” pelo que a sua relação com estes grupos é de alguma proximidade, que se tem construído ao longo do tempo:

“A relação com eles é um processo de dualidade, nós temos de vê-los numa perspetiva holística, mas a adaptação tem de ir nos dois sentidos. É necessário que haja uma negociação por ambas as partes e que haja recetividade nos dois sentidos para que haja mudança”. Salienta que: “Penso que os profissionais estão cada vez mais bem preparados (...). No entanto, por vezes relativamente ao Rendimento Social de Inserção existe alguma tensão. São agregados que não têm cuidados com a alfabetização; poucos cuidados com a prevenção e têm comportamentos de

risco e que põem em causa o acesso ao RSI, mas que por outro lado, têm dificuldade em aceitar que devem cumprir certas formas para ter acesso aos benefícios.” (Enfermeira M.)

No enquadramento teórico, explicou-se como é que a biomedicina se tornou parte das ações de controlo da população (Gilman, 1985; Porto,2002). No discurso da Enfermeira M. podemos encontrar indícios de que a biomedicina continua a funcionar em conjunto com o Estado e as suas políticas. O acesso ao RSI exige o cumprimento de várias condições prévias e os cuidados primários em saúde fazem parte dessas condições, fazendo com que se consiga manter a monitorização dos indivíduos, evitando que estes não cumpram as regras impostas.

Um dos médicos entrevistado e que trabalha num centro de saúde de Coimbra respondeu relativamente ao seu contacto com os utentes ciganos:

“Acho que houve sempre um contacto positivo. Na verdade, não tenho grande contacto, mas aquele que tenho tem sido normal. As situações menos positivas estavam relacionadas com o incumprimento das orientações. Percebe? Acho que isso está relacionado com as diferenças que eles têm” (Médico P.)

Este testemunho reflete a ideia que os profissionais de saúde mantêm de que os utentes ciganos não têm vontade de cumprir com os tratamentos e é neste assunto que se vão encontrar os conflitos entre os profissionais e os utentes ciganos. Os enfermeiros e médicos vão esforçar-se por fazer cumprir as normas, as indicações que têm para tratar determinada patologia e por vezes, aliado a uma pressão para resolver o problema, vão ter dificuldade em encontrar espaço para negociar com o paciente e para explicar a importância de se seguir o tratamento. O que pode acontecer nesses casos é perderem-se informações importantes para o paciente que depois acabará por fazer interpretações próprias daquilo que não entendeu ou que não quer cumprir. Necessita-se claramente de uma formação dos profissionais de saúde, de maneira a conseguirem ter ferramentas que lhes permitam contornar estas situações mas também, uma formação a nível das comunidades ciganas, não só sobre prevenção que – a par do planeamento familiar – é uma das áreas que os profissionais consideram ser mais descuradas pelas comunidades ciganas mas também sobre a importância de colocarem as suas dúvidas no consultório e explicarem ao médico/enfermeiro aquilo com que não concordem de forma a poder estabelecer-se outro plano de cuidados. Além disso, a própria representação da etnia cigana como pudemos ver nas respostas ao inquérito contribuem para a manutenção da ideia de que os utentes ciganos preferem evitar as consultas. No entanto, a verdade é que ao longo dos anos esta situação tem-se alterado, os portugueses ciganos

encontram-se inscritos nos centros de saúde e comparecem às consultas ainda que em alguns casos frequentem mais vezes os serviços de urgência. Pode-se concluir que é também necessária uma reavaliação das representações que os portugueses não-ciganos fazem dos portugueses ciganos.

7.2. Sentimento do paciente cigano e opções de mudança

A competência cultural parte do princípio que os indivíduos deverão saber valer-se das suas capacidades empáticas para poder criar uma ligação com os pacientes, independentemente da sua cultura. Qualquer paciente espera do profissional que este seja capaz de se identificar com o seu sofrimento e isso por vezes, não acontece pelos mais variados motivos. Entender como os profissionais de saúde acham que os utentes ciganos se sentem nas consultas, é essencial para poder avaliar a forma como percebem as necessidades dos seus pacientes. Assim, as respostas iam no sentido sobretudo da diversidade de comportamento,

“Já temos um grupo alargado que teve acesso a mais oportunidades e que apresenta um comportamento bastante positivo naquilo que se espera deles, estão conscientes do que precisam de saber e de fazer para manter o estado de saúde que têm e quais as mediadas de prevenção e até as conseguem cumprir. Há outras famílias que estão desintegradas e têm dificuldade em acatar alguns comportamentos benéficos” (Enfermeira M.)

“Penso que há uma diversidade de comportamento, não é algo estanque que se possa dizer eles sentem-se assim ou assado. Temos um grupo que está ‘mais evoluído’ e vê-nos com bons olhos, além de que isto depende muito da experiência. São grupos muito unidos, o que faz com que se um teve uma má experiência vai influenciar os outros membros, mas se teve uma boa experiência também vai dizer bem o que levará o restante grupo a seguir e aderir às consultas. Infelizmente continua a haver grupos mais fechados e que recorrem a nós para lhes resolvermos situações de emergência, não vêm para pedir aconselhamento e serem acompanhados, mas como disse há uma variedade de casos e que depende sobretudo da opinião dos líderes e dos indivíduos mais velhos” (Enfermeira B.)

Do lado dos médicos, o Médico P. demonstrou uma opinião diferente dos colegas afirmando que:

“É difícil saber o que eles sentem, mas penso que continuam fechados e pouco recetivos a receber ajuda” (Médico P.)

A Médica O., do seu lado, apesar de admitir que “*não faço ideia nenhuma*” (Médica O.) uma vez que a sua situação profissional na ARSC, não está relacionada com o atendimento direto de doente, diz que a situação “*talvez esteja melhor que há uns anos, talvez não haja tanta segregação*” (Médica O.), e conta que:

“Fui delegada de saúde, havia um grupo que lá viva por perto e tentamos uma interação e um plano de prevenção e foi bastante bom. O meu marido era conhecido como ‘o vacineiro’, os pequenitos fugiam dele quando o viam chegar porque já sabiam que vinha lá ‘a pica’...então tínhamos de arranjar formas de tornar as coisas mais...doces...para eles. Os mais velhos respeitavam muito, procuravam seguir os conselhos e foram famílias bastante acarinhadas.”

Pode-se então dizer que os profissionais de saúde consideram que já houve uma mudança no paradigma da saúde das comunidades ciganas e mudanças por parte dos serviços de saúde pública, mas existe ainda um caminho a percorrer e mudanças que podem ser feitas. Assim, procurou-se entender qual seria para os profissionais as estratégias a adotar:

“Envolver o líder – matriarca, patriarca da família ou o líder do grupo em si pois têm uma capacidade diferente de ‘convencer’ o paciente a cumprir aquelas indicações que nós não temos, também porque percebemos o que está em causa” (Enfermeira M.)

“Os princípios destas comunidades são muito diferentes dos nossos, são mais fechados e para contornar isso é preciso que tenhamos muita compreensão e uma atitude assertiva. Temos de estabelecer uma relação de empatia, conhecer a história, a religião e só assim é que é mais fácil criar uma estratégia para resolver os problemas” (Enfermeira S.)

Assume-se nesta postura a ideia de que as comunidades ciganas continuam a ter em consideração a palavra dos mais velhos e a própria estrutura do grupo faz com que as figuras de “poder” consigam ter uma influência no comportamento de cada indivíduo e, portanto, a manutenção de uma relação positiva e de informação com o líder seria uma das formas de fazer com que estes grupos aderissem mais ainda às medidas de prevenção. Também fica claro que se considera importante o conhecimento prévio da comunidade. Em segundo lugar, existem medidas de ‘coação’ que idealmente seriam evitadas:

“Outra medida é a convocatória, a ida ao domicílio, falar sobre o RSI que será retirado caso não cumpram as indicações. Muitas famílias entendem que é preciso dar algo em troca – aceitar a escolaridade obrigatória, ir às consultas – para ter uma vantagem” (Enfermeira M.).

No entanto, esta medida peca pelos meios humanos, as unidades de intervenção não têm pessoas nem transporte para poder chegar a todas as situações que necessitem de uma convocatória presencial

“Só que estas idas ao domicílio estão muito condicionadas pelas condições de trabalho que as unidades têm, tanto a nível humano pois faltam pessoas que possam fazer essas deslocações e também a nível de equipamento, se não houver viaturas para que essas pessoas se possam deslocar também dificilmente os utentes irão fazer a deslocação e logo aí se perde o processo de negociação” (Enfermeira M.)

Salientam também novamente a diversidade de comportamento, algo que é da maior importância ter em conta uma vez que não se pode esperar de um indivíduo que ele reaja de determinada maneira pois isso mantém a continuação dos discursos construídos à base de estereótipos:

“Cada cigano, cada pessoa é um ser único e quando estamos em frente a um grupo diferente temos de ter capacidade diferente para resolver o problema, mas vê-se já que começam a ter comportamentos de preocupação, sobretudo a nível da vacinação nota-se uma grande adesão aos cuidados e por isso não se deve generalizar o que achamos deles...” (Enfermeira S.)

“Seria importante conhecê-los melhor. A ideia que se faz de um cigano é que são agressivos, são porcos...há muitas ideias pré-concebidas. Nós não temos uma boa impressão deles, mas eu noto uma evolução nos ciganos atuais, que se esforçam para terem uma vida honesta. Este estigma tem de ser alterado. Temos de vê-los com capacidade de adaptação...” (Médica O.)

A nível da competência cultural é importante que os profissionais de saúde tenham precisamente esta noção da diversidade de comportamento que existe dentro de uma cultura. Como se explicou no enquadramento teórico, deve-se evitar as generalizações relativamente a um grupo, se não, corre-se o risco de se manterem preconceitos relativamente a determinado grupo. No caso da etnia cigana, é preciso ter-se em conta que o processo de sedentarização alterou em vários aspetos o comportamento deste grupo, assemelhando-se cada vez mais à sociedade dita maioritária. Apesar disso, os portugueses não-ciganos desconhecem algumas dessas mudanças, mantendo uma representação de um grupo fechado que não se quer adaptar.

7.3. Prevenção e planeamento familiar

A ausência de prevenção para a saúde por parte da etnia cigana é um dos problemas mais apontados por parte dos profissionais de saúde. De uma forma geral, estes têm consciência das melhorias a nível da vacinação, mas consideram que ainda existe um trabalho a fazer. Os dados de saúde da etnia cigana demonstram que a nível da prevenção ainda se podem fazer progressos, sendo que a maioria dos problemas encontram-se a nível da saúde oral, da alimentação e das doenças psiquiátricas. O planeamento familiar continua também uma especialidade que os portugueses ciganos evitam frequentar por vergonha ou por desconhecimento. Procurou-se entender como é que os profissionais de saúde encaram estas problemáticas e o que acham que é possível fazer-se a nível dos sistemas de saúde para que haja uma melhor aceitação por parte da etnia cigana no que à prevenção primária diz respeito:

“Em relação à vacinação sem dúvida que se deu um salto qualitativo, houve uma mudança de paradigma” (Enfermeiro A.)

“Acho que a nível da vacinação já se fez muito e bom trabalho. Para se atingir esse resultado foi preciso muito trabalho” (Médica O.)

A Enfermeira que trabalha na CPCJ salienta que *“os ciganos são tão preocupados com a saúde dos filhos como os outros e já conseguem entender o benefício da vacinação e de que ela seja feita em determinada altura de forma a preservar a saúde da criança”* (Enfermeira M.). O grande trabalho de momento parece situar-se na área da saúde oral:

“(…) é necessário investir nessa área, fazer o mesmo que se fez com a vacinação, explicar porque é que é importante.” (Enfermeira M.)

A ideia principal que é transmitida a nível estratégico é a comunicação, fazer-se uma explicação exaustiva daquilo que é importante cumprir-se para se manter uma vida saudável:

“Os profissionais de saúde devem transmitir uma boa imagem, têm de dar a perceber que as perguntas que são colocadas são para ajudar... (...) fazer exigências e não explicar pode tornar o processo muito difícil, não nos podemos esquecer que são muito protetores. Dentro da comunidade há uma dualidade de comportamentos e é preciso ter discernimento suficiente para perceber o que está por trás das pessoas, explicar os procedimentos e estar atentos aos pormenores, fazer as perguntas certas no momento certo” (Enfermeira S.)

“Se eles não entenderem a importância e a intenção eles nunca vão aderir.” (Médica O.)

A Médica O. considera que as medidas de prevenção relacionam-se sobretudo com a higiene e segundo ela é necessário saber adequar o discurso ao indivíduo:

“É preciso adequar à idade e às condições de vida, se forem de um bairro e socialmente integrados não se vai fazer a mesma ação, é diferente de quando são nómadas, a atitude tem de ser diferente. Devem ser tratados de igual para igual, e quando eles não vêm, então devemos ir nós até eles” (Médica O.)

Relativamente ao planeamento familiar, a Enfermeira M. foi a única dos entrevistados a referir o assunto e segundo ela, é algo que tal como a vacinação precisa de ser trabalhado numa noção de custo-benefício:

“O planeamento familiar é algo muito complicado pois são um grupo que tem vergonha de mostrar o seu corpo a um estranho, é preciso explicar a relação entre o custo de se mostrar e o benefício que traz a ida a essas consultas” (Enfermeira M.)

Para além disso, é necessária uma sensibilização dos homens, de forma a aceitarem que as suas esposas, filhas, vão às consultas e falem destes assuntos sem terem medo das represálias:

“É também preciso uma sensibilização da comunidade masculina, demonstrar que é o melhor para a companheira e que as gravidezes podem ser planeadas, desejadas e sobretudo acompanhadas” (Enfermeira M.)

7.4. Planos de estudo, formação e comentários finais

As noções de saúde e doença podem ter várias interpretações conforme a ciência que se dedica ao seu estudo. A antropologia médica procura entender a saúde e a doença dentro do contexto cultural da doença, quais os itinerários terapêuticos, o impacto de outros fatores no desenrolar da doença, a importância da família, entre outros aspetos. A biomedicina foca-se sobre a resolução da patologia, procura uma cura para o problema que o doente apresenta e por vezes, peca na procura dos outros motivos por detrás da doença e, por vezes, sobre o porquê de determinado tratamento não ser seguido pelo paciente. Podemos então considerar que existe uma dualidade de entendimento no que diz respeito à saúde e à doença, em que as ciências sociais têm conta certos aspetos e a biomedicina outros. A inclusão de mais cadeiras relacionadas com as ciências sociais nos programas curriculares da medicina e da enfermagem poderiam ajudar a contornar alguns problemas que estas áreas continuam a enfrentar no que diz respeito ao atendimento de pacientes que fujam aquilo que é esperado. Procurou-se saber qual a perspetiva sobre os planos de estudo no sentido de preparem

os profissionais para situações de diversidade cultural. No caso da medicina, o Médico P. respondeu que:

“Penso que não [tenha sido muito referido] pelo menos não enquanto andava a tirar o curso e daquilo que tenho conhecimento atualmente mantém-se esta situação” (Médico P.)

A Médica O. afirma que existem algumas cadeiras de sociologia, mas que estas *“não (...) preparam minimamente. Nem para a etnia cigana, nem para qualquer outra minoria (...)”* e nesse sentido, demonstra mais à frente que *“considero importantíssimo!”* que se façam formações sobre a cultura cigana de forma a poder capacitar os profissionais de saúde de conhecimentos sobre esta comunidade. No entanto, apesar de também concordar a Enfermeira M. diz que pensa que:

“Seria mais interessante que a formação acontecesse a nível da pós-graduação – sobretudo que fosse uma formação prática. Ter perspetiva holística é necessário, mas é preciso alguma maturidade profissional para poder entender o que está realmente em causa, e sobretudo é preciso que o percurso esteja dirigido nesse sentido e que se tenha contacto com essas comunidades. É algo demasiado complexo para ser apresentado de formas teórica pois depois no terreno as coisas não se procedem de forma com esperamos” (Enfermeira M.)

Portanto, para esta profissional o que está em causa é a componente prática da formação e que tem uma importância inquestionável. Sem essa parte, os profissionais de saúde continuam presos a concepções sobre a comunidade – como estes serem desconfiados, serem conflituosos e não aceitarem a intervenção dos enfermeiros – e vão acabar por cair novamente em ciclos de estereótipos, em que pensam que para determinada população é necessária aplicar aquela reação, quando na realidade, como já foi exposto, a variabilidade cultural é algo presente em todos os grupos sociais e não se deve usar a cultura como justificação para determinada prática pois isso pode não corresponder à vontade do indivíduo, fazendo com que a interação entre o utente e o profissional de saúde continue ineficaz. Apesar disto, os profissionais de saúde mostraram-se dispostos a participar de ações de formação, afirmando ainda que:

“Sim, sim. Sou defensora de que deve existir mais conhecimento e informação disponível e criar espaço para que esse conhecimento seja adquirido” (Enfermeiro B).

Em jeito de conclusão, pode-se afirmar que a diversidade cultural é um assunto que exige reflexão e em que os profissionais de saúde se continuam a debater apesar das mudanças que têm visto ao longo dos anos de exercício profissional e que a situação da comunidade cigana não lhes é indiferente, independentemente do maior ou menor contacto com estes grupos. É um problema

que merece consideração, mas que será um trabalho diário que não se poderá conquistar em alguns meses.

“É importante saber lidar com o dia a dia. A comunidade cigana está mais integrada atualmente, não só graças ao conhecimento que temos sobre eles, mas também devido ao esforço que eles estão dispostos a fazer para se integrar e para cumprirem as regras.” (Enfermeira M.)

“A diversidade cultural é uma realidade com que temos de lidar, não só com as comunidades ciganas, mas também com outros grupos e é preciso adquirir bons conhecimentos para sermos os mais corretos possíveis” (Enfermeiro B)

No entanto, nota-se a diferença entre quem mantém um contacto mais próximo, pois deixa aberta a ideia de que é necessário, dentro do processo de negociação, deixar-se espaço para a diferença e a expressão cultural:

“Ainda assim penso que é importante que não haja atropelo no processo e que haja tempo para que os profissionais de saúde pensem no porquê de se reivindicarem certos direitos e de manterem as suas especificidades” (Enfermeiro A)

Nesta afirmação podemos ver que é também necessário deixar-se espaço para que estas comunidades, se assim o desejarem, tenham espaço para viverem a sua cultura e para liderem com os problemas de saúde à sua maneira. Relembremos o caso da Lia Lee (Fadiman,1997), em que existia uma batalha entre o sistema de saúde para impor o seu tratamento e os pais da menina continuavam a recorrer à medicina tradicional dos Hmong na tentativa de salvar Lia. Ainda que a biomedicina tivesse os métodos científicos adequados para conseguir uma terapêutica adequada, a medicina tradicional funcionava para os pais e familiares da menina tal como a biomedicina. Mais do que curar o corpo, queria curar a sua alma e faltou espaço a esta família para que pudesse executar as cerimónias em próprio contexto hospitalar. É certo que existem regras nos sistemas de saúde que são necessárias cumprir por motivos de higiene ou de seguranças dos próprios utentes. No caso dos ciganos, o que está em causa não são os benefícios da biomedicina, da prevenção e das melhorias na salubridade que os avanços na ciência trouxeram às sociedades modernas, mas antes, a liberdade cultural de um grupo que quer manter aos seus valores apesar dos vários anos de tentativas de aculturação por parte do grupo maioritário:

“As más situações é por sabermos pouco e acho que devemos aprender a trata-los por igual e dar-lhes igualdade de oportunidade de se fazer ouvir” (Médica O.)

A comunicação é essencial e a forma mais eficaz de dar-se a entender aquilo que está em causa. Tanto por parte dos profissionais de saúde que querem explicar o porquê de exigirem o cumprimento de certas indicações – na sua tentativa de manter a saúde do indivíduo – e da parte das comunidades ciganas que querem ver as suas especificidades culturais respeitadas.

Conclusão

Neste trabalho procurou-se entender o que é competência cultural, a forma como os profissionais de saúde encaram esse conceito e as situações de diversidade cultural, assim como a representação que fazem dos utentes ciganos e o impacto dessas conceções no atendimento de pacientes ciganos. Partindo dos conhecimentos teóricos apresentados por outros autores, podemos admitir que a cultura tem uma influência central na vida dos indivíduos – sendo constituída por estruturas de significado que vão permitir a interpretação do mundo que rodeia as pessoas de determinado grupo cultural. A etnia cigana apesar do seu contacto com não-ciganos há vários séculos continua a manter as suas especificidades culturais e tradições, cedendo aos poucos a certas características da sociedade maioritária; os profissionais de saúde por sua vez, ainda que considerem que o profissionalismo os impede de estarem a ser influenciados pela sua cultura, demonstram no seu discurso as representações de senso-comum da cultura maioritária não cigana em relação aos portugueses ciganos, demonstrando que a cultura em que cresceram enquanto indivíduos pode não interferir no seu desempenho enquanto profissionais mas interfere no seu entendimento do paciente.

Os resultados obtidos demonstram que a competência cultural é reconhecida como um conjunto de conhecimento prévios dos valores e comportamentos do paciente. Os profissionais de saúde inquiridos salientavam que deveriam ter em conta a diferença do paciente, evitar juízos de valor, adaptar a forma de agir e que além disso, deveria ser um processo nos dois sentidos – havendo uma adaptação tanto da atitude do profissional de saúde como do paciente. A presença de um mediador cultural nos serviços de saúde foi considerada importante, desde que este não interferisse com as decisões tomadas pelos profissionais de saúde. É importante salientar que o papel do mediador cultural ainda não é reconhecido em Portugal, pelo que a sua inclusão em equipas multidisciplinares é algo que ainda demorará a acontecer, mas que permitiria às equipas nos sistemas de saúde uma abertura a outras formas de pensar as situações de saúde e doença, o que seria um benefício para os pacientes, sobretudo tudo em conta o número de profissionais que responderam não saber como agir na presença de pacientes de fundo cultural diferente do seu.

Relativamente ao conhecimento e representação das comunidades ciganas, a maioria das respostas dadas pelos profissionais de saúde inquiridos eram semelhantes a outros estudos sobre as representações das comunidades ciganas entre portugueses não-ciganos (Casa-Nova, 2009;

Fonseca *et al*, 2005), com destaque para a questão da habitação, da higiene, da união e do papel da mulher na comunidade cigana. No que diz respeito à saúde, os profissionais de saúde demonstravam-se cientes do problema de as comunidades ciganas darem pouca importância aos cuidados de prevenção e evitarem as consultas, procurando soluções rápidas para problemas crónicos. Além disso, o vocabulário utilizado pelos grupos profissionais inquiridos para definir as comunidades ciganas reitera alguns estereótipos sobre os portugueses ciganos, como o facto de serem nómadas, desrespeitosos e agressivos e num sentido mais positivo, a sua união, liberdade e vida em comunidade – valores que na sociedade portuguesa são valorizados em detrimento da individualidade da modernidade.

Das entrevistas efetuadas salienta-se a ideia da negociação e de se explicar o benefício de certas intervenções e medidas de prevenção. Os profissionais de saúde entrevistados, deram a entender que atualmente existe uma grande diversidade de comportamento entre os portugueses ciganos sendo necessário dar a conhecer os casos de sucesso pois as boas experiências de um dos membros do grupo acabam por influenciar o comportamento do restante grupo. Além disso, a envolvimento do líder é da maior importância de forma a ‘convencer’ o paciente a cumprir certas indicações e que as influências das diferentes perceções sobre a saúde poderiam influenciar os resultados obtidos. Finalmente, consideravam que é necessário tempo para que os profissionais de saúde também possam refletir sobre o porque dos pacientes ciganos quererem manter e acompanhar os seus valores e não cederem aquilo que lhes pedem e salientavam também a importância de haver um maior conhecimento.

Tendo em conta os resultados, pode-se concluir que a competência cultural nos profissionais de saúde não é um conceito desconhecido, mas estes continuam a agir da forma como a sua formação em biomedicina lhes ensinou a lidar com os pacientes, sendo que a experiência profissional modificou a sua opinião relativamente a determinados comportamentos dos pacientes ciganos. No entanto, percebe-se uma vontade geral de aprender mais e de combater as situações de discriminação nas situações de diversidade cultural. A vontade de querer saber mais como se pode apreender pela perspectiva apresentada por Cross (1989), e tendo em conta o processo indicado por este autor poder-se-á considerar que os profissionais de saúde portugueses se encontram na fase de pré-competência cultural (Cross *et al*, 1989), em que se admite as fragilidades no atendimento às minorias e existe um desejo de aprender mais. Pode-se desta forma concluir que

a competência cultural em saúde é um processo em desenvolvimento em Portugal, sendo que seria positivo um investimento nesta área.

O não reconhecimento dos ciganos enquanto minoria étnica causa certos problemas, a criação de estratégias próprias por parte do Estado sem, no entanto, reconhecer que os ciganos são uma minoria nacional cria uma dualidade de pensamentos, em que por um lado estes não podem ser diferenciados por serem cidadãos portugueses, mas são também alvo de políticas próprias que pedem a sua “integração”. O que levará a concluir que é também necessária uma revisão da posição que os portugueses ciganos ocupam na sociedade para que estratégias como o ENICC sejam aplicadas de forma mais eficaz. Além do especto formativo sobre a atitude profissional aquando do atendimento de pacientes ciganos, é necessário atuar-se sobre a representação que os portugueses fazem dos ciganos. Os estereótipos veiculados têm um impacto na forma como são atendidos nos serviços de saúde e estão associados ao relacionamento entre ciganos e não-ciganos ao longos dos anos.

Com a investigação realizada conseguiu-se entender junto dos profissionais de saúde, quais as necessidades que estes continuam a enfrentar no seu contacto com pacientes ciganos. No futuro, investigações a nível nacional poderiam ajudar a perceber a forma como os serviços de saúde encaram a questão da diversidade cultural e como é que os profissionais de saúde adaptam o seu comportamento à presença de pacientes ciganos, permitindo uma visão mais alargada do problema tendo em conta as especificidades regionais do país. Além disso, seria da maior importância que alguns trabalhos se debruçassem sobre a perspetiva que os indivíduos de etnia cigana têm sobre os sistemas de saúde, considerando a diversidade de comportamentos que este grupo apresenta e evitando cair em estereótipos sobre a sua atitude perante a saúde.

A diversidade cultural sempre existiu, não é um produto do século XXI, no entanto, a modernidade parece trazer novos desafios ao Estado e à forma como as políticas são construídas para lidar com a diferença sem cair no erro de segregar. A competência cultural em saúde irá continuar a enfrentar entraves no seu desenvolvimento até ao patamar de proficiência, mas não é um percurso em vão; não só os portugueses ciganos poderão ter proveito destes avanços, mas todas as outras minorias, o que permitirá a construção de um sistema de saúde mais eficaz, sensível e justo para os seus utentes.

Bibliografia

Australian Children's Education and Care Quality Authority (ACECQ). 2014. *What does it mean to be culturally competent?* [online] [Australia], ACECQ. [acedido a 31-10-2015]. Disponível: <http://wehearyou.acecqa.gov.au/2014/07/10/what-does-it-mean-to-be-culturally-competent>

Bathia, Nita. 2011. Medicine and Cultural Competency: What Anthropology Can Teach Us. *Intima – a journal of narrative medicine*. Fall 2011. Academic

Bernard, Russell H. 2006. *Research methods in Anthropology, qualitative and quantitative approaches– 4th edition*. Oxford. Altamira Press

Betancourt, Joseph R. *et al.* 2003. Defining Cultural Competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care IN *Public Health Reports* Volume 118

Carpenter-Song et al. 2007. Cultural Competence Re-examined: critique and directions for the future. *Psychiatric services*. [online] Volume 58 No 10 1362-1365. [consultado em: 2-11-2015]. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2007.58.10.1362>

Carmo&Ferreira.1998. *Metodologia da Investigação – guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa

Casa-Nova, Maria José. 2009. *A mediação intercultural e a construção de diálogos entre diferentes: notas soltas para reflexão*. Atas do Seminário Mediação Socioeducativo: contextos e atores. Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Cohen, Anthony. 1985. *The symbolic construction of community*. Routledge. London

Cohen, Anthony. 2000. *Signifying identities. Anthropological perspectives on boundaries and contested values*. Routledge. London

Costa, Manuel Augusto Abrantes. 2006. *Ciganos – Histórias de Vida*. Edições Minerva Coimbra

Costa, A. 2010. A Criação da Categoria Imigrantes em Portugal. *Revista Visão: Jornalistas entre estereótipos e Audiências*. Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. Lisboa

Comissão parlamentar de ética, sociedade e cultura. 2009. *Relatório das audições efetuadas sobre Portugueses Ciganos no âmbito do Ano Europeu para o Diálogo Intercultural*.

Chiu&Hong.20005. Cultural Competence: Dynamic Processes IN Elliot, A.J. & Dweck C.S. *Handbook of Competence and Motivation*. The Guilford Press. New York (489:505)

Cross *et al.* 1989. *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown, University Child Development Center – Washington D.C.

Davis, Lennard J. 2006. Constructing Normalcy: The Bell Curve, the Novel, and the Invention of the Disabled Body in the Nineteenth Century IN Davis, Lennard J. (Ed).2006. *The Disability Studies Reader*. Routledge. USA.

Diário da República, 1ª série – nº 75-17 de abril de 2013, Resolução do Conselho de Ministros nº25/2013 (2211-2239)

Deitrick, Lynn M. *et al.* 2007. Applying anthropology at an academic community hospital: collaborations across the continuum of care IN Garner, A, A. Greene & Tomlinson, K.(eds). 2007. *Anthropologist working with others: translations, transgressions, transformations*. London: Berg Publishers

Fadiman, A. 1997. *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her Americans Doctors and The Collision of Two Cultures*. New York, Farrar, Strauss and Giroux

Fonseca, E.P; Marques, J.M; Quintas, J; Poeschl, G. 2005. Representações sociais das comunidades ciganas e não-cigana, implicações para a integração social. Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, Lisboa.

Fundación Secretariado Gitano (FSG). 2007. *Guia para a intervenção com a comunidade cigana nos serviços de saúde*. A.D.I.

Francis, Gill. 2010. *Developing the cultural competence of health professional working with gypsy travellers* IN Journal of Psychological Issues in Organizational Culture, Volume 3, Number S1.

Geertz, Clifford. 1989. *A interpretação das culturas*. LTC – Grupo Editorial Nacional. Rio de Janeiro

Gilman, S.L. 1985. Black Bodies, White Bodies: Toward an Iconography of Female Sexuality in Late Nineteenth Century Art, Medicine and Literature in Gates, H. LG (ed) “*Race*”, *Writing, and difference (A critical inquiry book)*. The University of Chicago Press (223:261)

Goffman, Erving. [1963] 2004. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Nova Iorque. 4ª Edição. Tradução.

Good, Byron. 1994. How does medicine construct its objects IN *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge, Cambridge University Press

Good, Mary-Jo Del Vecchio *et al.* 1994. Pain as human experience: an anthropological perspective. Berkeley, University of California Press

Hall, Stuart. 1997. *Representation: Cultural representations and signifying practices*. Sage Publications. London

Hartley Sutherland, A. 2004. Roma of the United States and Europe IN Ember C, Ember M, (Eds). *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Yale University. Kluwer Academic/ Plenum Publishers; (923-928)

Honer, D; Hoppie, P. 2004. *The enigma of the gypsy patient* IN RN Magazine Aug1, 2004;67:33

Johnson, Thomas M. *et al.* 1995. *Cultural factors in the medical interview* IN Lipkin, Mack Jr *et al* (eds). 1995. *The Medical Interview – Clinical Care, Education and Research*. Springer-Verlag. New-York

Kleinman, Arthur. 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems IN *Social Science and Medicine*, VOL 12:85-93

Kleinman&Benson.2006. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Plos Medicine*. [online] Vol 3 Issue 10 [consultado em 2-11-2015]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030294>

Langdon, E.J. *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a Prática Médica*. 1995. [online] Palestra na Conferência 30 anos Xingu [consultado em 1-06-2016]. Disponível em: http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm

Lazare, A.; Putnam; S.M. & Lipkin, M.Jr. 1995. Three functions of the medical interview IN Lipkin, M. Jr; Putnam, S.M. & Lazare, A. (eds). 1995. *The Medical Interview – Clinical Care, Education and Research*. Springer-Verlag, New-York

Lee, A.S.; Farrell, M. 2006. Is cultural competency a backdoor to racism? IN *Anthropology News – Rethinking Race and Human Variation (edition February and March 2006)*. American Anthropological Association

Liégois, Jean-Pierre. 1989. *Ciganos e Itinerantes*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Lisboa.

Magano, O. 2010. *Tracejar vidas normais: estudo qualitativo sobre a integração social de indivíduos de origem cigana na sociedade portuguesa*. Tese de Doutoramento em sociologia. Especialidade Relações Interculturais. Universidade Aberta. Lisboa

Magano, O & Mendes, M (orgs) 2013. *Ciganos Portugueses: olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas sociais em projetos de intervenção social e cultural*. CEMRI – Lisboa

Magano, O & Mendes, M. 2014. Ciganos e políticas sociais em Portugal IN Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Malinowski, Bronislaw. 1970. *Uma teoria científica da cultura*. Zahar Editores. Rio de Janeiro

Mendes, Manuela *et al.* 2014. Estudo Nacional Sobre as Comunidades Ciganas – Observatório das Comunidades Ciganas – ACM.I.P. Lisboa

National Center for Cultural Competence (NCCC).2004. *Definitions of Cultural Competence*. [online] [Washington], NCCC. [acedido a 31-10-2015]. Disponível em: <http://nccccurricula.info/culturalcompetence.html>

Peoples, J; Bayley, G. 2012 [2009]. *Humanity – An Introduction to Cultural Anthropology* – 9th Edition. Wadsworth, Cengage Learning,USA: 389-394

Porto, Nuno. 2002. O corpo nas colónias: A comunidade na margem do Império – o caso da companhia de Diamantes de Angola IN Ramalho, M.I. & Ribeiro, A.S. (eds). *Entre ser e estar: raízes, percursos e discursos da identidade*. Edições Afrontamento: 312-352

Putsch, R.W; Joyce, M. 1990. *Dealing with patients from other cultures* IN Walker, H.K; Hall, W.D; Hurst, J.W. *Clinical Methods: the history, physical & laboratory examinations*. 3rd edition. Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia:1050:1065

REAPN. 2007. *Comunidade Ciganas – Retrato Geral*. REAPN. Porto

Rew, L; Becker, H; Cookston, J; Khosropour, S; Martinez, S. 2003. Measuring Cultural Awareness in Nursing Students. *The Students of Nursing Education*, 2003 Jun;42 (6): 249:57

Santinho, C. 2012. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico* [online], 22 | 2012. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/594>; DOI: 10.4000/sociologico.594

Silva, L.F. et al; 2000. “*A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária*”; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra.

Silva, L. F. & Magano, O. 2000. *A integração/exclusão social de uma comunidade cigana residente no Porto*; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra

Tomás, M.I.; Binet, M.; Madeira, A.; Crispim, M.L. 2009. Projecto Meridium Relatório Nacional – Portugal. FCSH - UNL. Lisboa

Tseng, W-S; Streltzer, J. 2008. *Cultural Competence*. Springer. USA

Tylor, Edward. 1871. Primitive Culture. Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom. Vol. I. John Murray, Albemarle Street. London.

Valente, Sónia Carina Simões. 2014. *Políticas de Integração Social Cigana em Coimbra – A importância da mulher cigana*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social e Cultural, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Winkelman, M. 2009. *Culture and Health, Applying Medical Anthropology*. San Francisco (85-120)

WHO, 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York.

Yew, V.W.C; Noor, N.A.M. 2014. Anthropological inquiry of disease, illness and sickness IN *Journal of Social Sciences and Humanities*. Vol9. No2. (2014) 116-124. Faculty of Social Sciences and Humanities. Universiti Kebangsaan Malaysia

Young, Allen. 1982. The Anthropology of illness and sickness In *Annual Review of Anthropology*

ANEXO

Anexo I – Inquérito aos profissionais de saúde

Investigação sobre a relação dos profissionais de saúde com as comunidades cigana

Identificação:

Idade: _____ Homem___ Mulher___ Profissão: _____

Há quantos anos exerce a profissão? _____

Instituição em que trabalha atualmente: _____

1.O que entende por competência cultural?

- a) Conhecer todos os valores e comportamentos do paciente e ter em conta a sua cultura
- b) Respeitar e querer conhecer essas diferenças
- c) As duas coisas

2.Qual seria a importância de dar mais formação aos profissionais de saúde a nível da competência cultural?

- a) Muito importante porque permite adquirir formas de compreender outras perspetivas relativamente aos problemas de saúde
- b) Somente válida para o pessoal administrativo que tenham de explicar processos burocráticos aos pacientes
- c) Um trabalho extra que não irá modificar as interações entre os profissionais e o paciente

3.Incluir o estudo da diversidade cultural em ações de formação específicos para os profissionais de saúde seria:

- a) Importante e melhoraria a situação tanto do profissional de saúde como do paciente
- b) Não mudaria a situação
- c) Não é da competência dos serviços de saúde

4. Acha que os centros de saúde teriam vantagem em integrar um mediador cultural na equipa de profissionais?

- a) sim, seria vantajoso
- b) sim, desde que não entrasse em conflito com as decisões médicas
- c) Não, não vejo vantagem na sua presença

5. Acredito que os meus comportamentos são influenciados pela minha cultura:

- a) Muito
- b) Pouco
- c) Não considero relevante, o profissionalismo impede essas influências

6. Se precisar de mais informação sobre a cultura de um determinado paciente teria a iniciativa de fazer uma pesquisa:

- a) Sim
- b) Sim, mas não aprofundada
- c) Não

7. Se precisar de mais informação sobre a cultura de um determinado paciente recorreria à família para me elucidar:

- a) Sim, acho que é importante para o diagnóstico e terapêutica
- b) Não, acho que perderia muito tempo no processo

8. Sinto-me confortável com os pacientes independentemente da sua cultura:

- a) sim, sempre
- b) em algumas situações não sei como agir
- c) Não

9. O que é para si competência cultural?

10.Sabe qual a origem da comunidade cigana?

- a) Europa
- b) India
- c) Andaluzia
- d) Outro_____
- e) Não sabe

11.Consegue definir uma diferença cultural entre ciganos e não-ciganos?

- a) Sim
- b) Não

11.1. Se sim, indique qual: _____

12.Consegue identificar os problemas sociais dos ciganos?

- a) Sim.
- b) Não

12.1. Se sim, indique qual: _____

13.Conhece as principais crenças dos ciganos relativamente à saúde?

- a) Sim.
- b) Não

13.1. Se sim, indique qual: _____

14.Costuma contactar com a comunidade cigana no contexto de centro de saúde?

- a) Frequentemente
- b) Raramente ou nunca
- c) Esporadicamente

15. Se sim, consegue manter o acompanhamento do paciente cigano em consultas de rotina?

- a) Sim, as consultas são rotineiras.
- b) Não, as visitas são muito pontuais e espaçadas

16. É importante para si conhecer a cultura cigana para desempenhar o seu trabalho?

- a) Não, não é assim tão diferente
- b) Sim, ajudaria a compreender atitudes e comportamentos
- c) Não, o contacto é tão escasso que não se justifica estar a aprender mais sobre esta comunidade em específico.
- d) Sim, não só sobre os ciganos, mas sobre outras minorias existentes em Portugal

17. Na sua opinião, a comunidade cigana pode ser considerada:

- a) Marginal e mantém-se afastadas de normas sociais
- b) Diversa e heterogénea havendo casos pontuais de marginalização
- c) Bem integrada na sociedade

18. Considera que existem estereótipos em relação à comunidade cigana?

- a) Sim
- b) Não

18.1. Se sim, esses estereótipos são:

- a) Justificados
- b) Baseados em desconhecimento e injustificados

19. Qual é a sua opinião sobre as situações de discriminação desta comunidade

- a) É um problema sem solução
- b) É um problema que se resolve à base do conhecimento entre ciganos e não ciganos
- c) Não é uma situação grave

20. Nos últimos seis meses, quantas queixas recebeu por parte de um indivíduo da comunidade cigana relativamente à forma de tratamento por parte dos profissionais de saúde?

- a) nenhuma

- b) 1 a 5
- c) 6 a 10
- d) > 10

21. No último ano, quantas queixas recebeu por parte de um indivíduo da comunidade cigana relativamente à forma de tratamento por parte dos profissionais de saúde?

- a) nenhuma
- b) 1 a 5
- c) 6 a 10
- d) > 10

22. Ao longo dos seus anos de serviço considera que as queixas foram:

- a) raras
- b) esporádicas
- c) frequentes

23. Considera que essas mesmas queixas são justificadas?

- a) Sim, são um retrato real das opiniões da sociedade
- b) Sim, mas as situações negativas foram despoletadas pelo paciente
- c) Não, são exageradas e reflexo da ideia pré-concebida de que irão ser maltratados

24. A minha experiência profissional com a comunidade cigana foi:

- a) Boa e normal
- b) teve alguns casos negativos
- c) uma causa de *stress*

25. Sente-se seguro na presença de ciganos?

- a) Sim e não vejo porque haveria de me sentir inseguro
- b) sim, mas confesso que às vezes existe alguma tensão
- c) Não, tenho receio de potenciais conflitos

26. Considera que as comunidades ciganas conseguem integrar-se positivamente na sociedade portuguesa?

- a) Sim, mas encontram vários entraves
- b) Sim e são bem-recebidos
- c) Não e não querem integrar-se

27. Considera que potenciais situações de discriminação em contexto clínico são da responsabilidade:

- a) Dos profissionais de saúde
- b) Dos indivíduos das comunidades ciganas
- c) Um problema de ambos

28. Como encara os conflitos nos serviços de saúde com as comunidades ciganas:

- a) São um problema importante e que tem vindo a aumentar
- b) Ocorrem pontualmente e são facilmente resolvidos
- c) São raros, logo não é necessário dar muita atenção a esses problemas

29. Quando tem de atender um paciente cigano:

- a) Ficar em alerta por serem pessoas potencialmente conflituosas
- b) Adapta a sua intervenção às diferenças culturais
- c) Trata de forma igual como qualquer outro paciente

30. Considera que é importante existirem ações específicas com a população cigana?

- a) Não, porque são iguais aos outros pacientes e têm os mesmos direitos e deveres
- b) Sim, é necessário eliminar desigualdades
- c) Sim, mas os cuidados específicos terão de ser extensíveis a todas as culturas

31. As comunidades ciganas, em relação aos profissionais de saúde:

- a) Acham que é obrigação dos profissionais fazer tudo como desejam
- b) Têm expectativas exageradas
- c) Só recorrem em caso de urgência

d) Não sentem diferença entre as comunidades ciganas e outros pacientes

32. Entende a presença da família extensa dos pacientes ciganos no local de tratamento e a sua envolvimento na terapêutica?

a) Não, e só causa problemas

b) É um valor cultural importante e, portanto, deve ser respeitado

c) É desnecessário e deve-se fazer cumprir as normas

33. Quando pensa na comunidade cigana qual é a primeira palavra que lhe surge?

34. Escreva alguma pergunta que gostaria de ver respondida em relação às comunidades ciganas (cultura, estilo de vida...) e que o poderiam ajudar a entender determinados comportamentos durante as consultas:

Anexo II – Guião de entrevista a profissionais de saúde

- Introdução
 - Agradecimento pela entrevista
 - Tema do trabalho (“competência cultural nos profissionais de saúde – contacto com as comunidades ciganas”)
 - Objetivo da entrevista
 - Funcionamento da entrevista
1. Há quanto tempo exerce a sua profissão?
 2. O que o motivou a escolher este percurso profissional?
 3. Ao longo desses anos como tem sido o seu contacto com utentes ciganos?
 4. O que é para si competência cultural?
 5. Acha que se tivesse tido uma formação particular para lidar com utentes de etnia cigano, a sua experiência teria sido de alguma forma diferente?
 6. Como acha que os ciganos se sentem quando chegam às consultas nos centros de saúde?
 7. O que acha que poderia fazer de diferente na forma como lida com as decisões terapêuticas relativas a utentes ciganos?
 8. Nos resultados do inquérito muitos profissionais de saúde indicavam que os ciganos descuidavam as medidas de prevenção. O que acha que se poderia fazer para mudar essa situação?
 9. Acha que os planos de estudo da medicina/enfermagem preparam os profissionais para as situações em que têm de contactar com pacientes que não partilhem uma cultura semelhante à sua?
 10. Estaria disposto a participar em ações de formação sobre a cultura cigana, entre outras
 11. Existe mais alguma coisa que considere relevante e que transmita a opinião dos profissionais de saúde relativamente à competência cultural dos profissionais de saúde em Portugal?

Conclusão e agradecimento

Anexo III – Guião de entrevista à ‘comunidade’ cigana

- Introdução
- Agradecimento pela entrevista
- Tema do trabalho (“competência cultural nos profissionais de saúde – contacto com as comunidades ciganas”)
- Objetivo da entrevista
- Funcionamento da entrevista

1. Uma das afirmações feitas pelos profissionais de saúde é que não conseguem dar seguimento ao acompanhamento porque os pacientes ciganos não comparecem às consultas.

Qual a sua opinião sobre isto?

2. Como acha que os ciganos são recebidos nos centros de saúde?

3. Acha que os médicos estão preparados para tratar utentes ciganos?

4. Há alguma prática médica que seja recusada?

5. Existe alguma medicina tradicional?

6. Se pudesse mudar alguma coisa no atendimento o que seria?

7. Acha que os pacientes estariam dispostos a esclarecer os médicos e os enfermeiros sobre as dúvidas que estes têm?

Conclusão e agradecimento