

SAÚDE / DOENÇA é QUESTÃO DE CULTURA

Atitudes e comportamentos de saúde materna
das mulheres ciganas em Portugal

Luísa Ferreira da Silva

Estudo desenvolvido no âmbito do CEMRI - Centro de Estudos das Migrações e Relações
Interculturais / Universidade Aberta e FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.



acime

Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, INOVAÇÃO E ENSINO SUPERIOR

Biblioteca Nacional- Catalogação na Publicação
Saúde / Doença é questão de cultura -
Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal
/ Luísa Ferreira da Silva.
(Olhares:2)

ISBN 989-8000-01-5

CDU 397

316

613

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Saúde / Doença é questão de cultura -
Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal

AUTORA

Luísa Ferreira da Silva

EDITOR

Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

Praça Carlos Alberto, 71, 4050-440 Porto

Tel.: 222 046 110 Fax: 222 046 119

e-mail: acime@acime.gov.pt

Rua Álvaro Coutinho, 14, 1050-025 Lisboa

Tel.: 218 106 100 Fax: 218 106 117

e-mail: acime@acime.gov.pt

CONCEPÇÃO GRÁFICA

Helena Valente

CAPA

Jorge Vicente

FOTOGRAFIA DE CAPA

Jorge Firmino

IMPRESSÃO

Textype, Artes gráficas, Lda.

Primeira edição

Abril 2005

Tiragem

1000 exemplares

ISBN

989-8000-01-5

Depósito legal

226227/05

Apresentação	6
Introdução	8
Parte I	
Um Confronto de Culturas	10
1. Saúde e doença no contexto social	11
2. A exclusão socio-cultural dos ciganos portugueses	14
3. A saúde como significante de cultura	19
4. O estado de saúde dos ciganos portugueses em contexto europeu	22
Parte II	
Atitudes e Comportamentos de Saúde Materna das Mulheres Ciganas em Portugal	26
5. A pesquisa	27
5.1. Objectivos e método	27
5.2. Amostra	32
6. Vivências e comportamentos de saúde	50
6.1. Representações sociais de saúde e doença	52
6.2. Recurso à medicina	56
6.3. Vacinação	61
6.4. Saúde materna e reprodutiva	64
6.5. Saúde do recém-nascido	73
Conclusão	76
Referências bibliográficas	82
Anexos	89
Anexo 1 - Locais de residência das entrevistadas	90
Anexo 2 - Instituições que colaboraram com envio de dados	92

Nota de Abertura

“SAÚDE / DOENÇA É QUESTÃO DE CULTURA”

“No mesmo espaço físico podem conviver e convivem de facto, grupos humanos diversificados: origem, cor, língua, cultura, religião, etc., constituem pólos simbólicos aglutinadores para aqueles que neles se reconhecem colectivamente como “nós” e que assim se distinguem dos outros, dos “vocês” ou “eles”...

Nada mais natural, mais humano, já que distinguir, diferenciar, não é necessariamente dividir nem opor. Mais ainda, creio que uma sociedade multi-cultural ou intercultural é mais dinâmica e viva. Como dizia alguém “a interculturalidade está para o género humano como a bio-diversidade para a natureza”...

Vêm estas considerações teóricas a propósito da publicação do estudo “Saúde/Doença é Questão de Cultura”, referenciado concretamente à comunidade cigana, há já tantos séculos entre nós, de Norte a Sul, e ainda tão desconhecida e/ou incompreendida...

Aqui se mostra muito claramente, como uma questão de saúde, aparentemente neutra e considerada básica nas sociedades contemporâneas ocidentais, é também uma questão de cultura; saúde-doença, cor clara ou escura, medicina curativa ou preventiva, tudo isto e muito mais não é só, mas é também e muito, uma questão de cultura.

Sem a quebra de tabus e o desfazer de preconceitos não é possível o verdadeiro diálogo intercultural e o autêntico conhecimento mútuo.

Que este Estudo – agora publicado com base em verdadeiro e paciente trabalho de campo e com a colaboração de tantas pessoas e instituições, se torne um passo significativo no caminho que todos temos a percorrer: - conhecer – compreender –interagir - num respeitoso e genuíno diálogo intercultural.

P. António Vaz Pinto

Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas

As condições de vida da população cigana portuguesa são grandemente marcadas pela não resposta às necessidades elementares em matéria de saneamento, habitação e acesso a água potável em condições condizentes com a sociedade moderna em que se integram, pela situação de ocupação / trabalho muito precária e pelo quase total analfabetismo.

Uma pesquisa por entrevista com mulheres ciganas verifica que as causas da distância que a população cigana mantém com a instituição da saúde, particularmente na sua vertente preventiva, se enredam na circularidade da rejeição mútua entre as duas formas de vida em confronto, a da sociedade dominante, com códigos de modernidade, e a do grupo excluído com a sua identidade de que resiste a abdicar. Elas remetem para o isolamento relativamente às estruturas sociais modernas, para uma racionalidade não biomédica no entendimento do corpo, para a resistência à norma dominante de “governabilidade” dos corpos.

A prevenção das doenças, nesse entendimento pré-científico, liga-se fundamentalmente com a ‘naturalidade’ da vida (ligada à natureza e não vivida no interior de edifícios fechados) e, sobretudo, com o evitamento do contágio simbolizado pelo ‘outro’. Mas ‘outro’ que não é bactéria, vírus, ou outro agente cognitivamente percebido (como o entende a medicina). O ‘outro’ a evitar é o modo de vida dos não-ciganos. É esse o sentido cultural da preocupação de evitar o símbolo da doença, a medicina.

Apresentação

A pesquisa a que esta publicação se refere contou com a participação empenhada de várias pessoas. Fátima Sousa participou em todas as fases do trabalho, com uma grande disponibilidade e espírito curiosamente criativo. Luísa Oliveira foi quem nos estimulou e apoiou com conhecimentos sobre os ciganos, na fase de construção do projecto, além de ter participado na sua fase de lançamento. Isabel Sani, Ana Poupino e Olga Magano colaboraram no trabalho de campo com um grande sentido de profissionalismo e disponibilidade. Carmen Santos e Maria Jorge Tristão deram um excelente apoio de secretariado. À Olga Magano e ao Rudy van den Hoven agradecemos as leituras que fizeram do texto que melhorou a partir dos seus comentários. À Alda Sousa, o apoio que nos deu no trabalho estatístico. E ao José Manuel Calheiros, o enriquecimento que deu ao projecto com as suas sugestões.

Foi também contributo relevante a reflexão colectiva em que tivemos oportunidade de participar, ao longo de dois anos, no âmbito do projecto *ROMEUROPE - La Santé des Roms* (de coordenação de Médecins du Monde

- France e financiada por UE/DGV e Ministère des Affaires Sociales - France) entre 1998 e 2000. Dessa equipa faziam parte especialistas da cultura cigana, representantes de associações ciganas e técnicos da acção humanitária e social no terreno, junto de comunidades ciganas. Foi para nós um privilégio poder com eles conviver e debater, durante longas horas, questões da história, da cultura e da vida dos ciganos perspectivadas para a análise da sua relação com a saúde.

Agradecemos a todas as pessoas que colaboraram mediante o fornecimento de dados, a troca de impressões, a passagem de informação e a mediação junto de associações, grupos, comunidades e pessoas ciganas. Nessas pessoas em que se incluem muitos(as) técnicos(as) de organizações e de associações, incluem-se também muitos representantes da “comunidade cigana”. É fácil listar as instituições que colaboraram – em anexo tal lista é apresentada. Mas seria muito difícil listar individualmente todas as pessoas que nos apoiaram e colaboraram, nessas mesmas instituições – e que, enquanto pessoas, se distinguem das organizações em que se inserem, fazendo a diferença entre elas, ao assumirem o empenho da efectiva colaboração. O reconhecimento não se traduz assim na inscrição do seu nome neste relatório; mas as pessoas que contribuíram para este trabalho sabem que algo invisível nos reconhece mutuamente e que em qualquer momento estaremos disponíveis para com elas colaborar dentro das nossas possibilidades. Designadamente às pessoas da “comunidade” cigana que no terreno nos apoiaram, manifestamos o nosso sincero agradecimento e a solidariedade também feita de disponibilidade para apoiar que se torne visível a discriminação que fortemente atinge o seu povo. Uma teia internacional de laços informais e de forças associativas e de intervenção política começa a desenhar-se com nitidez em torno desse objectivo.

Um agradecimento especial é devido a todas as pessoas da ‘comunidade’ cigana portuguesa que nos abriram vias para o acesso aos grupos e à cultura cigana. Nestes, não queremos deixar de referir Vítor Marques, Manuel Ximenes e Carlos Jorge Sousa.

Às mulheres que aceitaram dar-nos o seu testemunho em entrevista, manifestamos a nossa particular gratidão e a confiança em que este relatório expressa a verdade do que nos transmitiram. Com a esperança de que a exposição de tal verdade venha a contribuir para uma melhoria da sua situação na sociedade que se quer democrática.

Introdução

“As crianças ciganas têm boa saúde,... andam sempre ao ar livre e ao sol! Não precisam de andar sempre nos médicos! Os vossos é que estão sempre dentro de casa, são branquinhos...!”. Quando ouvi esta afirmação feita por uma mulher cigana com quem conversava sobre assuntos relacionados com a saúde e a doença, senti que estava perante o essencial daquilo que procurava compreender.

Em outras conversas com outras mulheres da mesma etnia verifiquei que aquele dito não correspondia a um acaso, a uma mera forma de expressão que se tinha proporcionado no contexto daquela conversa pois que o mesmo sentido daquela frase me aparecia em outras como, por exemplo: *“Os vossos meninos tomam vacinas e remédios mas são menos fortes que os nossos!”*

Na simplicidade de quem afirma uma evidência, aquela mulher explicava-me quão absurda pode parecer a preocupação do sistema médico em pretender atrair aos cuidados médicos regulares crianças em boa saúde. Ao mesmo tempo, situada nesse nível da comunicação em que cada frase diz muito mais do que as palavras que contem, ela denunciava a pretensa neutralidade da minha conversa dirigida à obtenção de informação sobre a relação das ciganas com o sistema de saúde. Na verdade, implícita nas minhas perguntas, aparecia-lhe a invectiva constante do sistema dominante (não cigano) em que me incluiu (...os vossos...) no sentido de que, para o seu próprio bem, as crianças devem ser levadas aos médicos com regularidade. Foi a essa tentativa de sedução que ela respondeu.

Aquela resposta inicia este texto porque nela se encontram alguns dos principais argumentos presentes na moderna discussão antropológica e sociológica sobre a relação entre saúde/doença e medicina: o saber popular como conhecimento feito de observações empiricamente associadas (a palidez denuncia fragilidade); a cultura (um aspecto da cultura cigana que é a vida próxima da natureza) configurada em representações sociais (a representação social de saúde natural); e a exclusão do conhecimento científico socialmente vulgarizado (distância em relação à noção de saúde como resultado de prevenção médica).

Vamos começar por situar o pensamento sobre estes temas antes de analisarmos, com dados concretos, a relação dos ciganos com a saúde.

Parte I

Um confronto de culturas

1. Saúde e doença no contexto social

A saúde / doença distribui-se de forma desigual entre as sociedades e entre os grupos sociais no interior de cada sociedade, com regularidades de dispersão que demonstram a interferência dos factores socio-económicos e outros factores ambientais na vida bio-psicológica. De uma forma geral, os grupos sociais com melhor estatuto socio-económico têm maior probabilidade de viver com saúde e de ter uma vida mais longa¹. As condições materiais da existência são por si mesmas responsáveis por grande parte das diferenças no estado de saúde dos grupos humanos, desde logo pelas situações de carência que determinam ao condicionarem o acesso a água, a alimentação e a habitação conveniente (OMS e Portugal, 1985).

Mas a marca do social, visível em toda a sua evidência nas estatísticas da mortalidade, descobre-se também nas atitudes e comportamentos do quotidiano associados à saúde / doença de que são exemplo as práticas alimentares, o consumo de tabaco e os acidentes. Vários estudos têm mostrado, por exemplo, que o tipo de alimentação das famílias com poucos recursos é, grosso modo, menos saudável do que o das famílias com recursos mais elevados, na medida em que se verifica menor consumo de vegetais, frutos e peixe fresco, e maior consumo de gorduras e de alimentos que 'enchem', como batatas, pão branco, biscoitos e bolos (Grignon, 1980; Calnan e Williams, 1991; Peres, 1995; Goody, 1998). O facto de estas famílias despenderem na compra de bens alimentares em geral, e particularmente na dos alimentos considerados saudáveis, uma proporção do orçamento familiar inferior à das classes médias (Blackburn, 1991) confirma a teoria que, articulando a estrutura social e a cultura, afirma que os gostos, como hábitos culturais, são condicionados economicamente (Bourdieu, 1979). A opção por um tipo de alimentos mais 'pesados' não deve ser entendida como uma mera questão de gosto, mas como um hábito cultural condicionado economicamente

Com efeito, os recursos económicos condicionam a variedade de opções possíveis aos vários níveis da vida em sociedade, desde a instrução à habitação (condições de espaço, aquecimento, humidade, etc.), trabalho

¹ Na sequência do 'Black Report' (Townsend and Davidson, 1983), vários estudos têm tratado esta matéria. Drulhe M. (1996) para uma revisão dos trabalhos franceses e Nettleton S. (2001), para revisão dos estudos ingleses

(limitações de horários, transportes, esforço físico, condições de segurança, tempo de lazer, entre outros), etc. o que, em conjunção com o capital cultural e social ('bens' não materiais mas que são reconhecidos pela sociedade como ligados ao estatuto da pessoa, como sejam a família de origem, o nível de instrução, o estatuto da profissão, etc.) modela estilos de vida diferentes nos diferentes grupos sociais e que vão por sua vez modelar as atitudes dessas mesmas pessoas face à existência.

Isto é, como formas de ser que se traduzem em práticas sociais quotidianas a todos os níveis da vida em sociedade, desde a organização do tempo, às opções relativas à forma de gastar o dinheiro, à importância atribuída à instrução, à valorização profissional, à planificação do futuro, etc. configurando tipicidades de grupo social, os estilos de vida não são apenas resultantes da livre decisão individual embora esta não deixe de estar presente no espaço que se joga entre o condicionamento pelo 'habitus' (Bourdieu, 1979) e a construção pelo actor (Berger e Luckmann, 1999). É assim que se encontram nos trabalhadores manuais estilos de vida caracteristicamente mais funcionais do que reflexivos, mais centrados nos aspectos físicos do que nos intelectuais, mais voltados para o quotidiano do que para a previsão do futuro (Calnan e Williams, 1991).

É na perspectiva dos diferenciados estilos de vida que se compreendem os comportamentos individuais associados à saúde/doença (o tipo de alimentação, o hábito de fumar, a prática de exercício físico, etc.) e os de utilização dos recursos em caso de doença que é, de forma geral, menos preventiva nas classes baixas do que nas classes médias e altas da hierarquia social (Last, 1987). Como explica Boltanski (1971), se o interesse e a atenção que as pessoas dão ao corpo aumenta à medida que se sobe na hierarquia social e que diminui a resistência física exigida pelas condições de vida, talvez seja porque o desenvolvimento de uma relação reflexiva com o corpo seja pouco compatível com a sua utilização intensa. "Os determinismos sociais não informam o corpo de forma imediata através de uma acção que se exerceria directamente sobre a ordem biológica, mas são investidos pela ordem cultural que os re-traduz e os transforma em regras, em obrigações, em interditos, em repulsa ou em desejo, em gostos ou em aversões" (Boltanski, 1971: 208)

De acordo com as condições de vida em que são socializadas e com os valores e as práticas do seu grupo de pertença, as pessoas dos diferentes grupos da sociedade tendem a interpretar diferentemente a razão de ser daquilo que lhes

acontece, a valorizar diversamente o que é mais e menos importante, a agir de formas distintas face a situações aparentemente equivalentes (Hoggard, 1998). É assim que se compreende que a razoabilidade das práticas de promoção da saúde e de prevenção da doença que parecem normais às pessoas dos grupos sociais que vivem com um sentimento de estabilidade assegurada, caia por terra face às lógicas populares. O comportamento de fumar, por exemplo, muito mais frequente entre as classes desfavorecidas, aparece, à luz do olhar dominante, como um contra-senso pois não só estraga a saúde como aumenta a despesa dos que já poucos recursos têm. Ele é no entanto apresentado, nas declarações dos próprios, como uma estratégia necessária para lidar com o stress da vida, um compromisso em que, segundo dizem os médicos, se arrisca a saúde física mas, face às dificuldades da vida, se melhora a saúde mental (Blaxter, 1998).

2. A exclusão socio-cultural dos ciganos portugueses

A expressão exclusão socio-cultural é por nós utilizada para acentuar o cariz cultural da exclusão social, noção que no pensamento comum se tornou próxima da de pobreza. A exclusão socio-cultural de uma categoria ou grupo de pessoas refere-se a essas formas de pensar e de ser em que a distância ao estilo de vida dominante, como formas de fazer consensuais à maioria da população, é resultado de condicionamentos socio-estruturais, sejam eles económicos, etários, étnicos ou outros. É um fenómeno que existe para além desses condicionamentos sociais (nem sempre ela é coincidente com a pobreza ou com a mera exclusão social) na medida em que a integração não se refere apenas a realidades objectivas (poder ir à escola ou ir ao médico sem pagar, por exemplo) mas implica as atitudes subjectivas face a essas realidades (perceber, sentir e acreditar que vale a pena ir à escola, ou que vale a pena ir ao médico). A relação dos excluídos com a sociedade e as suas instituições pode ou não ser marcada por condições reais que impedem ou dificultam a vida em sociedade (falta de dinheiro, desconhecimento da língua, etc.). Mas ela é sobretudo feita de distância cultural o que faz com que, do ponto de vista dos 'integrados' ou grupo que se autopercebe e que é reconhecido como a 'boa sociedade', os excluídos são não membros da 'boa sociedade', os que estão fora dela (Neiburg, 2000).

Como explicou Norbert Elias (2000), a relação entre integrados e excluídos assenta na posição de poder que permite a um grupo, os integrados, estigmatizar o outro, os excluídos. Nessa figuração interdependente dos dois grupos implicados, os integrados baseiam a razão de ser da inferioridade dos excluídos nas características produzidas pela própria condição de exclusão, imputando-lhes o estigma de não observantes das normas e, portanto, de contacto desagradável.

Serem pobres, sujos, analfabetos, ignorantes das noções de prevenção da doença, etc., constituem sintomas da exclusão dos ciganos. Mas disso a sociedade os acusa como se eles fossem os verdadeiros culpados. Com base nessa exclusão efectiva que, como veremos, integra elementos de auto-exclusão por parte dos ciganos, quer como afirmação de cultura própria que não se pretende diluir na cultura dominante, quer como reacção à exclusão de que são alvo, a sociedade portuguesa auto-justifica, activa ou passivamente, atitudes de discriminação que constituem outros tantos factores de exclusão.

Em Portugal e, de um modo geral, na Europa (de Ocidente e de Leste) os ciganos têm sido impedidos de se integrar à sociedade global com o fundamento das particularidades de vida nómada, de resistência à escolarização e à profissionalização e de forte solidariedade interna marcadamente anti-‘não-ciganos’ (Liégeois, 1989; Fraser, 1997; Portugal, 1999). No entanto, como afirma Marcel Courthiade², os ciganos europeus, desde há séculos que não são nómadas mas sedentários, estilo de vida que os Estados lhes impuseram. No caso dos ciganos portugueses, a sua presença no país é secular embora marcada por longos episódios repressivos. Presentes em Portugal desde os séculos XV-XVI, os ciganos foram vítimas de perseguições e várias outras medidas repressivas a par de imposições integradoras tendentes a aculturá-los (Nunes, 1981; Coelho, 1995). São hoje algumas dezenas de milhar de pessoas³ dispersas em grupos de maior ou menor dimensão pelo país, na sua grande maioria sedentarizados (Reis, 2001) numa organização social estruturada em torno da família.

No que respeita à instrução, oficialmente, os ciganos portugueses estão obrigados à escolaridade obrigatória até aos 16 anos, como qualquer jovem português. Na prática, uma proporção importante não conclui a escolaridade obrigatória. À inscrição (que, hoje em dia, já abrange uma grande parte das crianças ciganas nos primeiros anos de escolaridade) segue-se o abandono ou a frequência muito irregular e sem sucesso. O analfabetismo está presente numa prevalência largamente maioritária (Costa, 1996; Liégeois, 2001). Os ciganos ‘não gostam’ da escola, numa atitude que é paradigmática dos efeitos da interiorização do estigma que se auto-reproduz ao reproduzir as razões que o justificam (Goffman, 1998; Elias, 2000).

Nesse ‘não gostar da escola’ operam a não tradição da escolaridade (analfabetismo quase total dos adultos, sem disposição psicológica para a alfabetização dos jovens) e as contradições culturais que opõem o sistema escolar, transmissor dos valores e do modo de vida da sociedade dominante, ao sistema da vida cigana com a sua cultura que se traduz numa cosmovisão e num modo de estar característico, desligado das convenções que, na sociedade dominante, constituem a educação/civilidade. A especificidade do dia-a-dia cigano reside numa organização do quotidiano centrada na vida

2 Afirmações orais ouvidas ao próprio em reuniões conjuntas no quadro do projecto ROMEUROPE (Silva, 2001)

3 Liégeois, J.-P., 1989 aponta um valor entre 30 e 40 mil ciganos em Portugal; a Unión Romani aponta para entre 50 e 100 mil

familiar em cujo contexto se fazem todas as aprendizagens, isenta de horários rígidos e de ritmos regulares impostos do exterior e disponível para a viagem no sentido de deslocações do grupo familiar em qualquer momento que ao próprio grupo convenha).

A escola é uma instituição estranha à sua cultura e à sua tradição que ataca os fundamentos simbólicos do seu sistema de valores. A essa barreira simbólica se associam os factores sociais tais como as condições de carência em que frequentemente vivem (e que nomeadamente se reflectem na higiene e vestuário das crianças), as barreiras linguísticas, as da falta de treino pré-escolar e as atitudes pré-concebidas dos professores e colegas, dando lugar a esse sentimento internalizado de rejeição que, transmitido da geração dos pais para a dos filhos, cria obstáculos de monta à relação das crianças com a aprendizagem (Cortesão, 1995; Enguita, 1999).

A exclusão social dos ciganos é particularmente visível no mercado de trabalho de onde eles estão praticamente ausentes. Não porque não trabalhem, mas porque a sociedade não reconhece às suas actividades o estatuto de trabalho, excepto na vertente de comércio nas feiras. No universo cigano, o trabalho não é uma actividade individual mas desenvolve-se no contexto da vida do grupo familiar, sem patrões, nem horários rígidos, nem 'locais de trabalho' para onde cada um se dirige diariamente. Além disso, os ciganos mantêm com o trabalho uma relação marcada pelo utilitário - trabalhar o necessário para viver - o que é mal compreendido e não aceite pela cultura do consumo e da produtividade. Nas sociedades modernas em que a variada gama de ocupações tradicionais dos ciganos se reduziu à venda ambulante e aos trabalhos agrícolas temporários (estes cada vez mais substituídos pela mecanização), é cada vez mais difícil realizar o seu desejo de adaptar o trabalho às necessidades concretas (Garrido, 1999)⁴.

A necessidade, imposta pela sobrevivência, de diversificação das actividades económicas no sentido do ajustamento ao mercado de trabalho disponível é contrariada pelo sentimento de grupo de oposição a uma integração que lhe vai afectar o modo de vida do quotidiano e a estrutura familiar (Garrido, 1999). A coesão familiar é determinante na cultura cigana, não no sentido

⁴ A rapidez com que se estendeu o comércio de drogas nas comunidades ciganas é atribuída por Garrido (op. cit.) a essa dificuldade estrutural de organizar o trabalho em torno do comércio legal.

nuclear de pais e filhos, como na sociedade dominante, mas no de um grupo muito mais amplo que abarca pessoas com parentesco e sem ele (no sentido que lhe dão os não-ciganos). A importância da família revela-se nas funções de autoridade, segurança e controlo social que a constituem no espaço de liberdade e de realização. Neste contexto familiar, a individualidade não tem o sentido de entidade independente que lhe atribuem as sociedades modernas.

Por parte da sociedade dominante, as políticas de formação profissional e de emprego não têm contribuído para o sucesso da inserção profissional pela sua falta de adaptação às especificidades da cultura cigana. Na ausência de dados publicados sobre a situação portuguesa⁵, tenha-se em conta que em Espanha, país em que a luta contra a exclusão dos ciganos tem uma consistência muito superior à que se verifica em Portugal, as experiências de formação profissional dos ciganos têm tido muito pouco êxito, sobretudo no que respeita à fase da verdadeira inserção profissional (García, 1999). A empregabilidade exige que a formação não dê unicamente atenção à aprendizagem de uma profissão, mas trabalhe, com iniciativas flexíveis e duradoiras, o itinerário completo que vai do acolhimento até à inserção, ao mesmo tempo que regulariza, normaliza e apoia a organização das actividades profissionais em que trabalha uma proporção considerável da população cigana (idem).

A exclusão dos ciganos portugueses também se verifica ao nível habitacional, embora se verifique a integração de famílias ciganas nos bairros de habitação social⁶. A convivência em espaços de residência mistos é motivo frequente de mal-estar entre os dois grupos de população, ciganos e não-ciganos, com irrupção de conflitos e de atitudes xenófobas que reflectem a difícil tolerância da população dominante face a um modo de vida que lhe é estranho e a confronto com comportamentos incómodos para a sua forma de estar, em grande medida sentidos como ameaçadores de acordo com os estereótipos presentes que atribuem aos ciganos a prática de justiça directa e violenta.

5 A informação recolhida aponta para que alguns projectos de desenvolvimento local têm desenvolvido programas de formação profissional mas com pouco sucesso ao nível da inserção.

6 A sedentarização em condições de segurança funcional tem sido aliás defendida como factor capaz de contribuir para a integração dos ciganos no modo de vida dominante quando apoiada por projectos sociais que incluem o alojamento em meio urbano e em contexto residencial de não ciganos na medida em que actua como estímulo do investimento em projectos de futuro e contraria o habitus identitário da vida centrada no presente (Castro, 1995)

A aquisição de casa própria é-lhes frequentemente impossibilitada, de forma informal mas eficaz, pela vizinhança. A residência faz-se frequentemente em habitats muito precários, em habitação do tipo barraca em terrenos 'livres' (do domínio público ou privado), o que os sujeita a ameaças e expulsões repetidas.

Nas configuração da exclusão social dos ciganos vemos assim interpenetrar-se o estigma que lhes é atribuído pelo grupo dominante com os sintomas em que ele se baseia e que são produzidos pelo próprio grupo cigano, seja como resultado das condições da exclusão, seja como afirmação da sua identidade cultural específica resistente a deixar-se integrar. Portadores de uma cultura própria não reconhecida e discriminada, os ciganos, relacionam-se com a sociedade dominante numa atitude de desconfiança própria dos grupos discriminados em que a defesa da coesão do grupo e do seu fechamento às influências do exterior procura assegurar o equilíbrio assente nos valores tradicionais. Atitude colectiva que reforça os argumentos da discriminação, numa dinâmica circular de mútua atribuição de preconceitos que contribui para a reprodução da exclusão.

É no contexto dessa relação histórica interdependente da exclusão socio-cultural dos ciganos que tem origem na posição de poder do grupo dominante que se pode compreender a relação dos ciganos com a instituição saúde.

3. A saúde como significante de cultura

Como realidade que se impõem a todos os grupos humanos, a doença é um domínio esclarecedor das construções culturais e das organizações que socialmente lhes correspondem. Como é que os ciganos se organizam face à saúde? Inseridos numa sociedade mais ampla de contornos modernos mas distantes dela por uma cultura tradicional que mantém com apego e resistindo à integração, em que medida os ciganos se distanciam ou se aproximam da instituição científica da saúde? Vimos como a sua atitude cultural face à escola e à profissionalização é de auto-exclusão (em complemento, em parte reactivo, à exclusão de que são alvo). Mas a escola é uma instituição social dispensável no sentido em que a alfabetização de massas é uma criação recente que está para além da satisfação das necessidades elementares da sobrevivência. A preparação para a vida adulta é dispensável num sistema social em que a aprendizagem dos papeis se faz no meio familiar, associando as crianças, progressivamente, ao trabalho dos adultos. Em contrapartida, face à saúde/doença, todos os grupos humanos necessitam de sistemas de cuidados. Na ausência de um sistema de cuidados próprio, popular ou alternativo, os ciganos não conseguem 'passar ao lado' da instituição biomédica da saúde embora mantenham com ela uma relação em que está necessariamente presente a dimensão da sua exclusão social como posicionamento com características específicas.

A medicina é uma das instituições dominantes das sociedades desenvolvidas, tida em alto conceito valorativo como representante da competência científica e tecnológica aplicada ao funcionamento do corpo. A medicalização da saúde que estendeu o controlo da medicina a muitos domínios da vida que antes não tinham uma conotação de doença, (toxicodependência, insucesso escolar, problemas conjugais, etc.) (Illich, 1975), alargou a sua abrangência à própria noção de risco, ou seja, transformou todos os indivíduos em doentes potenciais a vários níveis.

A preservação da saúde, definida como um direito e um dever, é associada à organização do sistema de cuidados médicos que acompanham o ciclo da vida desde antes do nascimento até ao falecimento⁷. O nascimento e a morte deixaram de ser acontecimentos naturais, vividos no lar, para passarem a

⁷ A medicina ocupa-se 'de nós' para além da morte, se se tiver em conta a autópsia e a doação de órgãos para a prestação de cuidados a outros

ser actos médico-hospitalares; a infância é regularmente acompanhada por consultas e actos médicos preventivos; a maternidade / paternidade pressupõe uma preparação medicamente orientada; o envelhecimento prepara-se e controla-se com exames médicos e terapêuticas.

Estar ou ser doente é, na nossa sociedade, um papel social a que correspondem reconhecimento, direitos e obrigações. Ele contém, nomeadamente, o pressuposto do recurso à medicina em caso de doença (Parsons, 1955; 1975). Mas nessa dinâmica social que desde a segunda metade do século XX vem fazendo coincidir a saúde (medicalizada) com a vida, o papel de doente passou a incluir a expectativa social da submissão à medicina por parte de todas as pessoas em todos os momentos da vida, numa perspectiva de prevenção. A sociedade utiliza as suas instituições para velar sobre esse desempenho – família, escola e emprego, nomeadamente, para além da própria instituição de saúde, encarregam-se desse controlo: uma pessoa doente deve ir ao médico e tratar-se; uma mulher grávida deve ir ao médico saber se precisa de se tratar. Hoje em dia, nos países desenvolvidos, estar doente é ser seguido pelo médico e estar de boa saúde é também ser medicamente acompanhado: o diagnóstico, as prescrições do médico, os exames e os tratamentos ritmam e estruturam a percepção que se tem da doença (Herzlich e Pierret, 1991).

O sistema de saúde assenta nesse princípio da exclusividade da medicina em matéria de saúde e doença e assume as preocupações decorrentes do saber médico das quais retira as directivas que são divulgadas à generalidade da população no sentido de submeter à medicina todos os acontecimentos relativos ao corpo, na doença como na saúde. Para além do recurso regular aos cuidados médicos, a dominância da saúde traduz-se também numa normatividade relativa aos comportamentos do quotidiano, orientações de vida que têm como razão de ser uma percepção da saúde como resultado dos cuidados com o corpo. A alimentação é assunto da medicina, como o é também o consumo de álcool ou de tabaco, o exercício físico, etc.

Socializados nessa relação de dependência para com a medicina, os indivíduos das sociedades modernas interiorizam a noção de responsabilidade pela saúde como associada à prática individual de comportamentos quotidianos ditados pela medicina e à atitude generalizada de dependência da medicina em caso de doença. Ser modernamente responsável é confiar na medicina como sistema pericial, é abdicar de querer perceber o sintoma no contexto global da vida, é abandonar os saberes tradicionais e o recurso às terapêuticas

não cientificamente fundadas. Este modo de vida 'responsável' caracteriza a maneira de ser da generalidade da população, socializada no meio cultural dominante. Ele faz parte do que consiste na sua integração social.

A distância em relação a esse modo de vida é uma das facetas daquilo em que consiste a exclusão cultural da população cigana. Os ciganos são grandemente alheios a essa forma de ser que aparece à população geral como 'naturalmente' razoável no sentido de algo que parece evidente, algo que 'é assim porque assim deve ser'. A sua separação social (habitacional, profissional, e educativa no sentido de escolarizada) não se limita a criar barreiras à acessibilidade e à assimilação da informação vulgarizada de conhecimentos da medicina. Isolando-os culturalmente, ela condiciona a interiorização das formas de estar que supõem um conjunto de códigos partilhados. Ela determina a sua desadequação, frequentemente referida pelos profissionais, nas interações inter-culturais: insubmissão às regras organizacionais (aguardar a sua vez, respeitar o estatuto dos profissionais), rebeldia face ao pressuposto de confiança nas orientações terapêuticas (repetição de consultas em curto espaço de tempo para confirmar o diagnóstico e a terapêutica), não acatamento das instruções médicas (comportamentos preventivos de saúde), etc.

Entre, por um lado, a instituição de saúde, convencida da superioridade da ciência e sensível ao questionamento da sua autoridade, e, por outro, a população cigana, arreigada à sua forma de ser e sensível na percepção dos preconceitos pejorativos e das atitudes xenófobas mais ou menos declaradas que face a eles têm os não-ciganos, a convivência é tudo menos fácil (Comissão das Comunidades Europeias, 1994). Do lado da instituição, o comportamento 'desrespeitador' dos ciganos é percebido como ameaçador e provocatório, percepção que reforça o preconceito que justifica o estigma. Do lado dos ciganos, as atitudes dos profissionais são sentidas como discriminatórias, sentimento que reproduz o estigma que o preconceito justifica.

A bibliografia confirma que a relação dos ciganos com os profissionais de saúde é marcada por uma atitude reivindicativa no sentido de serem rapidamente atendidos (Comissão das Comunidades Europeias, 1994) e que, de uma forma geral, a população cigana faz dos serviços de saúde uma utilização esporádica, apenas em caso de doença, privilegiando o acesso pelas urgências hospitalares em detrimento das consultas de cuidados primários (Romàn, 1986; Antunes, 1997; Portugal, 1999; Silva, 2001).

4. O estado de saúde dos ciganos portugueses em contexto europeu

Do ponto de vista do estado de saúde e apesar de não existirem indicadores epidemiológicos específicos sobre a população cigana da União Europeia, o conhecimento empírico existente permite avaliá-lo como pior do que o das populações gerais dos países em que se inserem (Romàn, 1986; Liégeois, 1989; Comissão das Comunidades Europeias, 1994; Fernández, 1997; Marques, 1997; Silva, 2001). A maioria dos autores faz referência à característica jovem da estrutura etária dos agrupamentos ciganos, com muita população jovem e diminuta população idosa o que permite supor taxas de mortalidade elevadas (comparativamente à restante população) quer na infância, em relação com a vulnerabilidade a acidentes que se associa aos seus carenciados habitats usuais, quer ao longo da vida. O estudo coordenado por Serrote (1993),⁸ encontrou uma dimensão média de seis elementos para a família nuclear, uma pirâmide etária com mais de 50% de população jovem (até aos dezanove anos) e cerca de 6% de idosos (a partir dos sessenta anos), taxas de fecundidade que são duas ou três vezes superiores às da população geral para os escalões etários que vão dos quinze aos vinte e nove anos de idade e uma idade média das mães ao nascimento do primeiro filho situada abaixo dos vinte anos⁹.

Outros dados dispersos acrescentam-se a esta situação de exclusão dos ciganos dos indicadores gerais de saúde dos países desenvolvidos, nomeadamente no que respeita às baixas taxas de vacinação e de acompanhamento médico da gravidez (Liégeois, 1989; Serrote, 1993; Marques, 1997), bem como uma percentagem considerável de partos sem assistência médica (Marques, 1997) e uma quase total falta de informação sobre o vírus da imunodeficiência humana (Gomes e Gomes, 1998)¹⁰.

8 Este estudo que abarca a “comunidade cigana do Alentejo”, tem uma indicação clara da constituição da amostra que, embora não avaliada com rigor (rigor que é impossível de alcançar dado o não registo oficial da etnia e tendo em conta a atitude activa dos ciganos de evitar a exacta identificação da constituição dos seus grupos), é o que maior confiança nos merece no sentido de quantificar dados demográficos sobre a população cigana de Portugal.

9 Não referimos os dados relativos à mortalidade pela fragilidade dos dados recolhidos, tal como é reconhecido pelos próprios autores.

10 Estudo realizado com ciganos toxicodependentes em estabelecimento prisional português que encontrou uma alta taxa de infecção pelo vírus da hepatite B.

Nos ciganos são frequentes as afecções respiratórias, ósseas, digestivas, reumáticas e cardíacas, em relação com as condições ambientais e residenciais e o muito importante consumo de tabaco (Romàn, 1986; Comissão das Comunidades Europeias, 1994; Fernández, 1997)

O relatório europeu (Comissão das Comunidades Europeias, 1994) alerta para a importância da “patologia da sedentarização”, responsável por uma pior saúde dos ciganos sedentários do que dos nómadas, devido ao seu usual alojamento em péssimas condições. Essa patologia manifesta-se por um superconsumismo de cuidados médicos, sintoma de uma grande inquietação psicológica e de perturbações psico-somáticas derivadas da forte tensão psíquica a que estão sujeitos por uma vida de instabilidade, exclusão e medo.

Em Portugal não existe nenhum estudo sobre a saúde dos ciganos nem dados epidemiológicos específicos.

A realidade da vida da população cigana de Portugal permite supor que o seu estado de saúde seja marcadamente mais gravoso do que o da média da população. Com efeito, o conhecimento sociológico demonstra que uma maior mortalidade, por todas as principais causas de morte, afecta os grupos de população socio-economicamente mais desfavorecidos, como sintetizou Chauvin (1998). Da mesma forma, é legítimo supor que a relação dos ciganos com a instituição saúde seja marcada pela desconfiança e cepticismo, características dos excluídos face às instituições, como encontrou Aillet (1998).

Tendo em conta a sua condição de exclusão e a atitude distante que a ela se alia, justifica-se a hipótese de um generalizado alheamento da informação médica disseminada na população geral, designadamente no que respeita à prevenção da doença e à promoção da saúde. Com efeito, os testemunhos episódicos dos profissionais das organizações do sistema de saúde genericamente concordam na crítica aos ciganos como sendo desleixados do ponto de vista da medicina preventiva (particularmente no que respeita à vacinação das crianças e à maternidade) e não cumpridores das orientações terapêuticas a partir do momento em que sentem melhorado o eventual estado que os fez procurar a medicina. Os ciganos, segundo aqueles profissionais, só se preocupam quando estão doentes e tudo o que querem é obter consultas rápidas, “serem atendidos antes dos outros”.

Assim equacionada, a hipótese da 'má saúde' dos ciganos e da sua má relação com a instituição saúde, remete para as condições sociais em que vivem, justificando-se buscar a sua confirmação epidemiológica e caracterizar a situação em relação com os factores sociais que a ela se associam. No entanto, não é esse o nosso intuito. O que nos motiva, num olhar sociológico, não é o estado de saúde dos ciganos ou a sua determinação social, mas é a compreensão das articulações que se estabelecem entre as condições de vida que determinam a saúde e o ambiente cultural que determina as concepções de saúde/doença. Nessas inter-relações se jogam as atitudes e os comportamentos que contribuem para moldar o estado de saúde dos indivíduos e dos grupos. Independentemente da relação que associa exclusão social com pior saúde, interessa-nos perceber como essa relação funciona no caso dos ciganos.

A exclusão social é uma categoria conceptual na qual se incluem diversos tipos de situações que têm em comum a total ou a deficiente participação nas instituições sociais. Mas essa falta de participação é de tipos diferentes e enraíza-se em razões diversas. No caso dos ciganos, como vimos, o elemento cultural está presente como componente que remete para uma característica étnica ou identitária de um povo¹¹, e não apenas como diversidade de um grupo no interior de uma população. A ser assim, o alheamento dos ciganos em relação à instituição saúde, mais do que desleixo, configurará resistência profundamente arraigada nas suas concepções do mundo e da identidade.

11 Não queremos com isto significar a nossa defesa da existência de 'um povo cigano'. Apenas remetemos para a consciência do 'ser cigano' como algo que aproxima múltiplos grupos dispersos pelo mundo.

Parte II

Atitudes e comportamentos de saúde materna das
mulheres ciganas em Portugal

5. A pesquisa

5.1. OBJECTIVOS E MÉTODO

O objectivo da pesquisa foi dirigido ao conhecimento e procura de compreensão dos processos presentes na relação da população cigana portuguesa com a saúde, através da análise das atitudes e comportamentos declarados de mulheres ciganas adultas de diferentes idades no que respeita à saúde materna e infantil. A opção pela delimitação da pesquisa centrando-a nas problemáticas da maternidade e da primeira infância atendeu à importância desses dois domínios enquanto indicadores de saúde geral, bem como teve em conta o conhecimento empírico de que aqueles são domínios de relevo no que respeita à preocupação com a saúde nas comunidades ciganas (Silva, 2001). Obviamente, tal compreensão supõe uma abordagem contextualizada em que o que diz respeito à maternidade e à infância é enquadrado no conjunto das condições de vida das pessoas entrevistadas e em aspectos mais gerais da problemática da saúde tais como a auto-avaliação do seu estado de saúde, a opinião sobre os serviços e as experiências relevantes neste domínio.

O que se pretendeu avaliar não foi o estado de saúde das pessoas encontradas mas a sua própria percepção sobre ele e sobre os comportamentos de saúde (no sentido de atitudes e actuações) associados à maternidade, incluindo-se aí aspectos da saúde das crianças no primeiro ano de vida.

A investigação foi desenvolvida pelo método de entrevista com guião construído 'ad hoc' após realização de entrevistas exploratórias e pré-teste.¹² Todas as entrevistas foram realizadas por entrevistadoras do género feminino uma vez que se tratava de conversas com mulheres sobre questões da sua intimidade em que mais ou menos explicitamente estavam presentes aspectos da vida familiar e da vida sexual. Na cultura cigana, os espaços de género são bem diferenciados e é do conhecimento geral que, no interior do sistema de saúde, as mulheres ciganas evitam ter de lidar com profissionais do género masculino.

¹² A pesquisa foi inicialmente concebida como recorrendo à observação participante, o método mais adequado aos seus objectivos. Mas condições exteriores, ligadas ao programa de financiamento (grande atraso na aprovação inicial do programa) condicionaram o método de trabalho que teve de ser limitado à entrevista.

O mote para a entrevista foi centrado no interesse em conhecer as condições de vida da população cigana, sem explicitar o interesse pela saúde. Este tema era abordado a partir do meio da entrevista. As entrevistas foram de condução semi-directiva e de orientação empática, realizadas com grande respeito pela liberdade de expressão, procurando que cada nova pergunta surgisse na sequência da resposta anterior.

O primeiro contacto com as pessoas entrevistadas foi, de um modo geral, mediado inicialmente, em cada grupo, por um(a) técnica(o) ou membro de ONG ou instituição local, conhecida(o) da pessoa a entrevistar. Em alguns (18) casos, a(o) mediador(a) esteve presente no primeiro encontro e até na entrevista; mas, na maioria dos casos, apenas criou as condições para a recepção da entrevistadora que se apresentava posteriormente, não acompanhada. Algumas entrevistas foram realizadas por abordagem directa do grupo, sem mediador.

As entrevistas tiveram lugar maioritariamente no habitat da entrevistada, ora no interior da residência, ora à porta da mesma. A realização da entrevista à porta da residência não deve ser entendida como sinónimo de má receptividade. É à porta de casa que as pessoas entrevistadas passam muito do seu tempo, sentadas ou em pé, a conversar, e foi aí que, naturalmente, se dispuseram a receber-nos. Algumas entrevistas tiveram lugar em instituição social ou médica porque a entrevistada assim o escolheu. Algumas entrevistas foram realizadas na rua onde as entrevistadas se encontravam a vender ou a pedir. Em alguns casos as entrevistas foram realizadas em estabelecimento prisional onde as entrevistadas se encontravam detidas¹³.

As entrevistas não foram gravadas nem, durante a sua realização, se utilizou qualquer tipo de registo. Foi criado um formulário de recolha de dados que a entrevistadora utilizava para registo em momento imediatamente posterior à finalização da entrevista mas em espaço distante do local onde ela tinha tido lugar¹⁴. Com este procedimento pretendeu-se diminuir a provável resistência, mais ou menos consciente, a falar de si, por parte de pessoas em situação secular de discriminação social, na situação de serem entrevistadas por 'representantes' da cultura dominante. A desconfiança latente tipicamente presente neste tipo de contactos fez a sua aparição nos casos em que a

¹³ O anexo 1 apresenta dados detalhados por local de entrevista

¹⁴ A duração das entrevistas situou-se entre 30 e 90 minutos, sendo maioritários os casos de duração entre 45 e 60 minutos

entrevistadora se apresentou sem mediação prévia de pessoa conhecida do grupo. Nesses casos verificou-se, de forma geral, uma atitude explícita de controlo da situação por parte dos homens da população que se aproximavam para receber a entrevistadora com o intuito de se inteirarem das suas intenções antes de lhe permitirem o acesso às mulheres.

Na quase totalidade dos casos a pessoa foi entrevistada sozinha ou apenas acompanhada por familiares. Em alguns casos estava, além disso, acompanhada por elementos do seu grupo de residência.

Ainda que, de uma forma geral, a realização das entrevistas não tenha colocado problemas do ponto de vista da receptividade à entrevistadora¹⁵ e da disposição a colaborar, nela se descobriram dificuldades especiais no que respeita à comunicação entre entrevistada e entrevistadora, actrizes de palcos diferentes. Por parte de quem entrevista, pessoa tecnicamente sensibilizada para as dificuldades prováveis e para as que ia encontrando, foi procurada a adequação do discurso, da linguagem e da atitude. Porém, uma barreira perceptível se fazia sentir, relacionada com a distância cultural e social que separa a população cigana, em geral, da população não-cigana. Barreira que está para além dos problemas gerais da técnica de entrevista e dos problemas particulares que ela coloca em situações diversas. Trata-se, neste caso, da dificuldade específica da conversa desigual (uma pessoa interroga e a outra responde) entre uma mulher não-cigana, representante das classes dominantes e uma mulher cigana, vítima de discriminação devido ao próprio facto da sua etnia e portanto, de forma mais ou menos consciente, em atitude de desconfiança, medo e/ou agressividade. Conversa que aconteceu uma única vez (só em raros casos se realizou uma segunda entrevista) e que portanto não criou condições ao desenvolvimento da relação capaz de tornar

15 A receptividade à entrevista foi considerada “muito boa” ou “boa”, na quase totalidade dos casos. Só em seis casos foi considerado haver má receptividade que se traduziu em falta de abertura ao diálogo, falta de sinceridade (apreciação da entrevistadora) e falta de respostas. Duas dessas situações respeitam a mulheres de uma mesma comunidade de barracas em terreno isolado, comunidade da qual, no momento, havia homens em situação de prisão (tal era o caso do marido de uma das entrevistadas); a barreira inicial, à chegada, foi constituída pela agressividade das crianças e só foi vencida quando a entrevistadora perguntou pelo “patriarca” do grupo (cujo nome conhecia); em três casos são mulheres que foram entrevistadas em estabelecimento prisional por entrevistadora que, por imposição da instituição, era técnica do estabelecimento; num outro caso, de uma mulher habitando um bairro de habitação social, não se perceberam razões de tipo social que possam funcionar como justificação para esse comportamento.

possível uma exposição mais íntima do que a da imagem que se aceita dar de si num primeiro encontro.

Outro tipo de dificuldade teve a ver com o ambiente físico no qual as entrevistas decorriam: à porta da habitação, de pé ou sentada nos degraus da entrada ou num banquinho; na cozinha ou, por vezes, na sala, rodeada de crianças e/ou outras mulheres. Esse é o ambiente que deixa à vontade as entrevistadas já que é o seu ambiente de vida quotidiana. Mas ele confunde os códigos internos estruturais que dão forma à maneira inconsciente de “saber estar” do corpo e mente da entrevistadora. Não é imediatamente que as nossas estruturas internas se adaptam a iniciar uma conversa com algum grau de intimidade com uma pessoa que está de pé à nossa frente, à porta de uma barraca, com um bebé que choraminga e a quem ela vai falando, com uma criança ao lado que nos observa sem cerimónias, com homens que passam para a frente e para trás e perguntam “o que quer a mulher?”, numa conversa em que a entrevistada muda de assunto – se se fala de contraceção, por exemplo – quando se aproxima um homem, ou uma mulher mais velha.

A condução da entrevista também apresentou algumas dificuldades relacionadas com a mudança frequente de tema e com as interrupções, atitudes em que não era fácil distinguir se se tratava de cansaço ou de desejo de pôr fim ao que podia ser sentido como devassa da vida.

As entrevistadoras sentiram ainda limitações na capacidade de comunicação verbal e não só por questões de língua ou sotaque que dificultam a compreensão. Por vezes, a pessoa entrevistada ralha “noutra língua” a uma criança, sem que a entrevistadora perceba o que é dito; interrogada sobre a existência de uma língua só dos ciganos (o ‘caló’ referido na bibliografia), a entrevistada afirma categoricamente que tal não existe e que falou “o português”. A incompreensão situou-se também a outro nível, mais fundamental, o do significado de determinadas expressões ou formas de dizer, relacionado com os códigos internos do grupo. É assim que a referência ao “casamento cigano”, ou a afirmação de que “a menina cigana é uma princesa, tem-se com ela todo o cuidado”, ou de que “as meninas, pelos 10-12 anos, têm de deixar a escola para ajudar a mãe” – significa a importância do controlo do grupo sobre a virgindade da rapariga no momento do casamento. Estas são expressões que, quer pelo conhecimento da bibliografia, quer por outras situações prévias em que o nosso contacto com ciganos tinha sido mais profundo, se nos tornaram passíveis de compreensão/interpretação de acordo com os códigos de comunicação do

grupo. Mas o facto de nelas se encontrar um significado para nós, à primeira vista, oculto, alerta para a provável existência de outras fórmulas significantes de realidades culturais de cuja presença não suspeitamos e que tenham passado despercebidas no conjunto das entrevistas.

5.2. AMOSTRA

A população cigana de Portugal não é oficialmente identificada¹⁶. O seu reconhecimento passa pela aparência (o olhar que detecta a apresentação física e gestual característica) e refere-se, grosso modo, aos cigana/os em situação de (maior ou menor) exclusão social já que, quando integrados, se tornam, enquanto cigano/as, invisíveis, salvo aquele/as que deliberadamente se pretendem fazer notar, afirmando a sua identidade étnica¹⁷. A nossa amostra foi construída 'ad hoc' a partir de conhecimento prévio das investigadoras e de contactos com organismos do poder local e outros organismos (ONG, IPSS, etc.)

Foram realizadas, em diferentes pontos do País, 91 entrevistas com mulheres ciganas casadas, ou seja, vivendo ou tendo vivido com companheiro conjugal¹⁸. Do ponto de vista das características pessoais, a amostra é bastante jovem, com a grande maioria das mulheres em idades inferiores a 40 anos e cerca de um terço com menos de 26 anos¹⁹ (Ver quadro 1).

A construção da amostra não teve qualquer preocupação de representatividade estatística, inviável, aliás, já que não é conhecido²⁰ nem o volume nem as características de distribuição da população. Ela obedeceu ao critério de diversificação da sua base, quer quanto ao local quer quanto ao tipo de residência e ainda quanto à idade das entrevistadas. À partida, foram excluídos os grupos publicamente referenciados na imprensa como ligados ao tráfico de droga por forma a evitar sobrecarregar as condições da entrevista com reacções de desconfiança.

¹⁶ Em acordo com as normas europeias de não discriminação

¹⁷ Este é um fenómeno relativamente recente em Portugal, de certa forma, apanágio daqueles/as que se investem numa função de defesa dos direitos étnicos. Corresponde à mudança de atitude da sociedade dominante no sentido de um maior universalismo (crença na igualdade dos seres humanos), consequência da democratização política da sociedade e da disseminação de noções desenvolvidas pelas ciências sociais em torno do conceito de cultura. Em contexto de crítica da discriminação dos grupos étnicos, a auto-afirmação da identidade cigana funciona como alargamento do espaço social capaz de dar visibilidade política à disputa pelos instrumentos de poder na sociedade.

¹⁸ Em todo o texto será este o sentido dado à expressão "mulher casada"

¹⁹ Este dado não autoriza qualquer ilação relativa a aspectos demográficos da população já que o método de constituição da amostra (dirigida a mulheres casadas que foram contactadas por selecção de um(a) mediador(a) ou, uma vez no local, por iniciativa da própria entrevistadora) influenciou os resultados do ponto de vista das idades das entrevistadas.

²⁰ Um inquérito realizado pela ANAFRE (Portugal, 1999) às 4221 freguesias do país obteve apenas 1097 respostas das quais 770 em branco.

A amostra é diversificada no que respeita à localização geográfica em dezasseis concelhos do país, ao tipo de zona residencial (urbana ou rural) e ao tipo de habitação (habitação social, barracas / acampamentos e habitação cooperativa, alugada ou própria).

Localidades ²¹
<p>36 lugares dos quais 32 em zonas urbanas, dispersos por 16 concelhos dos distritos de Beja, Braga, Bragança, Coimbra, Évora, Porto, Lisboa e Setúbal (mais 13 entrevistas realizadas em 2 estabelecimentos prisionais e cujos locais de residência não foram, pelas próprias, identificados)</p> <p>Situam-se em zonas urbanas os 15 bairros de habitação social e as casas e apartamentos privados (próprios, alugados ou 'ocupados').</p> <p>Os 12 'bairros' de barracas/acampamentos tanto se encontram em zonas urbanas (5:12), como em zonas não urbanizadas (7:12)</p>
Tipo de habitação abrangida:
<p>15 bairros de habitação social 12 acampamentos (barracas, caravanas, tendas) 4 locais que associam habitação social ou cooperativa e barracas 5 habitações privadas</p>

Tipo de habitação das entrevistadas
<p>Barracas / acampamentos: 38 barracas 2 tendas 2 caravanas</p> <p>Habitação social: 35 apartamentos de habitação social</p> <p>Outros: 9 apartamentos 4 casas 1 prédio inacabado</p>

Consideradas as mulheres da amostra individualmente, verifica-se que a amostra é equilibrada entre o número de pessoas que residem em barracas / acampamento e o das que residem em habitação social, categorias que, em conjunto, correspondem à quase totalidade da amostra.

²¹ Ver anexo 1

Não se encontraram famílias nómadas ou viajantes (que, aliás, se fez esforço por encontrar, com deslocações a acampamentos referenciados como sendo de ciganos “nómadas”). O que se encontrou foram famílias que realizam deslocações de carácter temporário, quase sempre por motivo de trabalho, a feiras, festas ou outros eventos, mas cujo local de habitação permanece constante. Em alguns casos, por imposição policial, os grupos são obrigados a abandonar um local e a ir para outro que às vezes se situa no Município vizinho; as pessoas sentem no entanto aquela região como o seu local de vida, dali se consideram e nessa região se mantém ao longo dos anos.

Tempo de residência no local²²

A maioria das pessoas entrevistadas (49:81) reside na mesma habitação há mais de 6 anos. Apenas em 11 casos se encontrou tempo de residência, na habitação actual, inferior a 2 anos - são 7 casos de residência em andar/casa e 4 casos de residência em “barracas”.

Em 10 casos em que não se conhece o tempo de residência no mesmo local, 6 são de residência fixa (pedra e cal); em 4 casos – entrevistas de mulheres presas –, esta questão não foi esclarecida.

Este resultado, contrastante com a representação social dominante que continua a atribuir à população cigana o estatuto de nomadismo em vias de sedentarização crescente, condiz com a bibliografia recente (Portugal, 1999; Reis, 2001) e com os resultados do estudo ROMEUROPE (Silva, 2001). A viagem continua a estar associada ao modo de vida cigano, comportamento frequente para procura de trabalho, deslocações a feiras e a festas, visitas a familiares, encontros de família alargada, etc.. Mas esse modo de vida não exclui a sedentaridade entendida como local de referência a que se regressa e com a qual se identifica a residência²³.

22 Por uma questão de rigor na apresentação, os dados são apresentados em valores absolutos e referidos, em cada caso, ao número de respostas obtidas à questão em causa. A opção por este tipo de apresentação descritiva deve-se a que os dados se referem a uma investigação de carácter qualitativo, com amostra de reduzida dimensão e sem representatividade estatística. Eles não devem ser objecto de generalizações.

23 Os países do centro da Europa, de uma forma geral, disponibilizam parques próprios para o estacionamento de ciganos e outros habitantes que têm a viagem

CONDIÇÕES HABITACIONAIS

As condições habitacionais são desiguais consoante as pessoas residem ou não em “casas de pedra e cal” (39 apartamentos de habitação social, 5 outros apartamentos e 4 casas individuais das quais uma é uma divisória adaptada num antigo quartel militar). Nesses casos, a deficiência mais notória da habitação é a que se relaciona com o espaço, verificando-se que famílias relativamente numerosas residem por vezes em apartamentos pequenos e com poucas divisões. Na população que reside em barracas/acampamento (e no caso de residência em prédio inacabado) observam-se, de forma geral, condições de grande precariedade no que respeita ao isolamento do exterior, aos materiais de fabrico do alojamento e às inexistentes infra-estruturas. O tipo de habitação que prevalece neste sub-grupo é a “barraca” ou construção ilegal, feita com materiais variados, frequentemente com piso de terra batida, sem divisões, sem janelas, sem chaminé e sem infra-estruturas. Duas entrevistadas residem em tendas de lona e uma em caravana.

como modo de vida familiar. Ai eles podem instalar-se durante temporadas, com condições infra-estruturais (água, saneamento, electricidade, etc.) e com direitos reconhecidos no que respeita ao acesso às instituições (escolares e médicas, por exemplo) sem obrigatoriedade de prova de residência fixa. Mas esta estrutura não substitui a habitação própria que, na maioria dos casos, possuem. Os parques de estacionamento correspondem ao reconhecimento do direito dos ciganos a viajarem e, quando em viagem, a acamparem em condições dignas. Eles fazem parte de uma exigência das associações de ciganos em vários países europeus e de maneira nenhuma devem ser entendidas como substituição do reconhecimento do seu direito à habitação em condições idênticas às dos outros cidadãos. Nesse sentido, este tipo de situação não pode ser confundida com as tentativas de alguns municípios portugueses de confinar os ciganos a zonas delimitadas onde residiriam em 'ghetto'

Acesso a infra-estruturas

Para as necessidades de água, a população que reside em barracas / acampamento recorre a fontes diversas como seja um fontanário público, uma obra em construção, uma bomba de gasolina, um riacho, habitação da vizinhança, etc..

A inexistência de casa de banho nas barracas / acampamentos obriga à utilização de casa de banho pública (quando ela existe por perto) ou a outras situações mais naturais (terreno ao ar livre).

A instalação eléctrica existe na maioria das habitações de tipo “pedra e cal”, embora não esteja presente em 4 casas arrendada/própria; nos outros casos, ela ou não é efectivamente usada (13:87) ou é “puxada” por meio de ligação ilegal (23:87); em 2 casos é obtida por meio de gerador.

É flagrante o contraste das condições de vida de cerca de metade da população entrevistada com o nível de desenvolvimento do país em que se insere. Não falta só a habitação em condições mínimas de isolamento e conforto mas até o acesso a água potável e a instalações sanitárias. Estes são, por definição da Organização Mundial de Saúde, recursos básicos que se supõem adquiridos por todos os cidadãos dos países desenvolvidos (OMS e Portugal, 1985). Com efeito, vários estudos têm mostrado, no interior das sociedades desenvolvidas, que a habitação em condições deficientes é um factor importante de problemas de saúde (Blackburn, 1991).

INSERÇÃO RESIDENCIAL

No que respeita à inserção pela via da habitação verifica-se que as pessoas contactadas não estão, de forma geral, isoladas em agrupamentos só de população cigana mas integradas em agrupamentos habitacionais onde residem ciganos e não-ciganos. Esse é o caso da quase totalidade dos bairros de habitação social, à excepção de um que só tem residentes ciganos. Zonas mistas quanto ao tipo de população são também todos os casos de residência em apartamentos ou casas individuais.

Os nove aglomerados exclusivamente constituídos por população cigana correspondem, na sua maioria, a zonas de barracas/acampamentos (constituídos apenas por casas abarracadas ou incluindo tendas, caravanas

ou carrinhas) situados em zonas não urbanizadas. No entanto encontram-se três zonas de barracas/acampamentos de população mista (cigana e não-cigana), dois deles localizados em zonas urbanizadas e um em zona não urbanizada.

Inserção residencial
Apenas 10 dos 36 aglomerados visitados são constituídos exclusivamente por população cigana. Trata-se de 8 casos de barracas / acampamentos e de 1 bairro social.

Assim, apenas 8 das 91 entrevistadas não estão em situação de convivência, pela via da proximidade da habitação, com população não cigana. Trata-se de mulheres que residem em barracas / acampamento só de ciganos e em local afastado de zona urbanizada. Todas as outras, no local de habitação ou na vizinhança próxima, estão em presença de população não cigana. Entre os dois grupos de população a convivência pode ser mais ou menos estreita quando todos estão em situação habitacional semelhante. Em alguns casos de acampamentos em zonas urbanizadas encontra-se a solidariedade da parte de vizinhos não-ciganos a qual se manifesta pela dádiva de água, autorização de utilizar as instalações sanitárias, dar apoio no recurso aos serviços, etc.

Uma indicação de sentimento globalmente positivo, por parte das nossas entrevistadas, em relação à vizinhança é o facto de o desejo expresso de mudar de habitação aparecer sobretudo nas mulheres que habitam nas condições mais precárias e associado à vontade de ter uma casa, justificada com o mau estado da habitação ou com o desejo de se aproximar da família. No entanto, nem todas as mulheres residentes nesse tipo de habitat afirmam o desejo de mudança de habitação. Em cinco casos (mulheres jovens, entre os 19 e os 35 anos), a resposta à nossa questão valorizou prioritariamente o apego ao local e ao grupo de ciganos onde se encontram inseridas.

A coesão social inter-grupal manifesta-se no facto de, de uma forma geral, se pudessem escolher, as pessoas preferirem que o realojamento se realizasse em grupo e não individualmente (por famílias nucleares). Os casos de escolha pela individualização do realojamento foram justificados com problemas interpessoais no contexto de relações com familiares próximos e só num caso foi ele referido ao desejo de se isolar do contexto cigano.

Em momento nenhum foi evidente o interesse de separação da comunidade pela via do realojamento. Essa atitude a que se referem alguns profissionais que trabalham com comunidades ciganas como sendo progressivamente mais presente nas mulheres jovens ciganas, é usualmente justificada pelas potencialidades que cria à integração individual na medida em que subtrai a(s) pessoa(s) ao controlo social exercido pelo grupo, nomeadamente no que respeita à mudança de comportamentos no sentido da aproximação ao estilo dominante. Eventualmente, ela corresponderá mais à projecção das expectativas dos profissionais do que às dos próprios indivíduos a quem se referem. Na realidade, tal isolamento das famílias contribuiria também para a perda do suporte social e para o enfraquecimento dos laços afectivos primários, o que se sabe fragilizar as pessoas do ponto de vista da saúde física e mental como provam os estudos de psicossociologia da saúde²⁴. O sucesso psicológico e social da integração inter-culturas supõe a capacidade de preservação da identidade em condições da sua afirmação e desenvolvimento (Maalouf, 1998)

INSERÇÃO COMUNITÁRIA E FAMILIAR

As entrevistadas vivem em ambiente de família alargada, ou seja, não vivendo, na sua maioria, em agregados familiares alargados, a verdade é que, de uma forma geral, residem na proximidade da(s) família(s) de origem - da própria, da do marido ou da de ambas. Quando tal não acontece, há quase sempre primos, cunhados e tios nas redondezas.

24 PAÚL (2001) *Psicossociologia da saúde* Climepsi Editores, Lisboa para uma revisão breve desses estudos

A família extensa

De uma forma geral (67:71), na vizinhança da habitação da entrevistada reside(m) a(s) família(s) de origem - a própria, a do marido ou ambas.

Apenas em 9 casos as famílias das entrevistadas estão isoladas relativamente a familiares (todas estas famílias residem em bairros de habitação social).

As mulheres entrevistadas vivem, na maioria dos casos (59:87), em família nuclear (em 1 caso trata-se de uma mulher que vive só).

As restantes (28:87) vivem em agregados familiares alargados a ascendentes - da sua família de origem ou da do marido -, a descendentes ou a ambos. É frequente, nas famílias alargadas, a presença de familiares colaterais (primos, cunhados, irmãos, etc.).

A bibliografia é pródiga em referências à inserção comunitária dos ciganos na família extensa que não é apenas uma estratégia de defesa dos valores culturais mas é, em si mesma, um valor cultural fundamental da cultura cigana (Ramirez-Heredia, 1974; Garrido, 1999). Em meio urbano como em meio não urbanizado, em bairros de barracas / acampamentos como em bairros de habitação social, a inserção em família extensa continua a estar associada a este grupo étnico apesar da estrutura habitacional ser mais marcada pelo alojamento em família nuclear.

INSERÇÃO ECONÓMICO-PROFISSIONAL

Os recursos económicos dos agregados familiares em que se integram as mulheres entrevistadas são em grande medida derivados da actividade de “vendas” a que se associa, em alguns casos, o “rendimento mínimo garantido” (RMG).

“Vendas” inclui as feiras e os mercados, a venda ambulante, a venda de porta em porta, a venda na rua e a venda “nos semáforos” (aos automobilistas, nos cruzamentos). De uma forma geral o que se vende são roupas e/ou sapatos mas também pode ser sucata que “se caçou”, cestos de auto-produção, ou pequenos artigos vários comprados no mercado como esponjas, esfregões, pensos rápidos, etc. A venda destes últimos artigos é sobretudo referenciada

por mulheres residentes em zonas urbanas, na proximidade de estradas e habitando tendas, ou por mulheres recentemente realojadas em habitações sociais.

Um único caso difere nitidamente dos outros pelo tipo de bem que se vende - bem alimentar, de auto-produção - e pela lógica moderna em que se integra: *“fiz um curso de culinária e agora estamos a por em prática o que aprendi e é isso que vendemos”*.

As vendas são a actividade profissional largamente predominante. Nela se ocupam 52:91 mulheres e, na maioria dos casos, também os respectivos cônjuges. Apenas duas das mulheres que *“andam nas vendas”* referiram uma actividade diferente para os companheiros; em contrapartida, em 7 casos em que a mulher não trabalha, foram indicadas as vendas como actividade do homem.

As poucas mulheres que não trabalham nas vendas têm profissões pouco qualificadas - 1 trabalha como jardineira, 1 em limpezas e 3 em trabalhos agrícolas (apanha da azeitona, do tomate e na vindima).

Também para os cônjuges, nas raras vezes em que a sua actividade não é de vendas, ela é (ou foi) de auxiliar nos serviços ou na construção civil.

Há 2 mulheres desempregadas, de serviços auxiliares, na indústria ou nos serviços e 1 reformada.

Outras 31 mulheres não têm qualquer actividade de tipo profissional. São maioritariamente mulheres com idades acima dos 40 anos e que dão a entender que esta situação de inactividade é nova pois respondem com frequência *“agora não trabalho”*, situação que é por vezes atribuída a *“não há nada para vender”*. Nas zonas urbanas aparece também como causa de inactividade a actuação da Polícia que *“anda sempre atrás de nós e a multa às vezes é mais cara que a mercadoria”*.

Em 9 casos é explicitamente indicado que *“andamos à esmola”*.

Neste contexto de grande precariedade da situação de trabalho e de recursos económicos, o RMG²⁵ é referido como suporte indispensável a que se acrescentam as pequenas receitas esporádicas da actividade possível - “*não é muito, mas junta aos pouquinhos que se vai fazendo*”. Outro estudo, na região de Lisboa, encontrou resultados semelhantes, com o RMG a contribuir para o equipamento essencial da habitação e para a compra de mercadorias que se rentabilizam nas “vendas” (Moisés, 2000).

Na verdade, a maioria das mulheres jovens (até à idade de 40 anos) que integraram o estudo são activas no mercado de trabalho embora num tipo de actividade não profissionalizada e até não legalizada que aos olhos do senso comum não-cigano aparece como ‘não trabalho’. Este um dos estereótipos atribuídos aos ciganos pelo facto de dificilmente se sujeitarem a horários de trabalho integrais e dependentes de terceiros. Mas o facto de organizarem o trabalho de acordo com um modo de vida culturalmente condicionado ao sentimento de liberdade não significa que não trabalhem e que não vivam o trabalho como uma sobrecarga, principalmente pelas condições de ilegalidade em que é muitas vezes realizado. Ser feirante implica pagamento de licenças e investimentos avultados de que muitas famílias não podem dispor.

A inactividade das mulheres mais velhas é um elemento interessante de revelação do estatuto superior associado à idade. Já trabalharam, nas condições adversas que as mais novas ainda enfrentam, mas agora dão-se o direito de não o fazerem. Tendo em conta a baixa esperança de vida média dos ciganos, a idade precoce da maternidade e as suas difíceis condições de vida, compreende-se que essa opção que se apresenta como associada ao envelhecimento se faça a partir dos 40 anos.

ALFABETIZAÇÃO E ESCOLARIDADE

A alfabetização (saber ler e escrever) está ausente na quase totalidade das mulheres com mais de 40 anos²⁶ e em cerca de metade das com idades mais jovens.

25 A presença do RMG (28:80 casos) aparece fortemente associada à situação de não trabalho da mulher e às zonas em que existem projectos de desenvolvimento local (26:28 casos com RMG estão nestas zonas).

26 A associação entre alfabetização e idade inferior ou superior a 40 anos é estatisticamente significativa pelo teste do Qui-quadrado.

De uma forma geral, não é manifesto o interesse pela aprendizagem da leitura e da escrita, embora algumas mulheres tenham referido a vontade que teriam de, também elas, aprenderem a ler o que se lhes afigura impossível devido à vida familiar. Encontrou-se um único caso de (projecto de) frequência de curso de alfabetização. Ele respeita a uma mulher que recebe RMG mas há mais 16 mulheres analfabetas que recebem RMG e não estão inscritas em cursos de alfabetização.

O desinteresse pela escolaridade é visível no que respeita à escolarização das crianças que, não sendo declaradamente rejeitada, é aceite com pouca convicção, num estilo de frequência escolar em que a assiduidade não é imposta. A escolarização parece ser representada pelo “estar matriculado” e eventualmente frequentar a escola num ritmo nem regular nem assíduo que corresponderá, em grande parte, à vontade da criança: “*o mais velho fugia da escola, mas esta gosta*”. Em alguns casos, as crianças em idade escolar estavam ao lado da entrevistada no momento da entrevista, em horário de funcionamento da escola e, com toda a naturalidade, a mãe explicava que, nesse dia, a criança tinha faltado à escola porque “*hoje dói-lhe os dentes*”, ou “*magoou-se num pé*”, etc.. A frequência com que estas situações aconteciam confirma o conhecimento existente sobre a prática de grande absentismo escolar por parte das crianças ciganas a que nos referimos atrás.

Mas, antes de mais, há que ter em conta que falar de escolaridade, neste meio, significa falar dos primeiros quatro anos do ensino básico. São poucos os casos de crianças que completaram esse nível de ensino e ainda mais raros os que iniciaram a frequência do nível subsequente (Sousa, 2001). A pressão social no sentido da escolarização das crianças funciona não só no sentido de fazer matricular a criança mas também no de sentir necessidade de se justificar face à entrevistadora: “*os outros não foram, mas este agora vai*”. É superior a escolarização das crianças actuais em relação às das gerações anteriores e só num caso nos foi explicitamente declarado que as crianças não estão a frequentar a escola porque, tendo estado matriculadas numa outra zona da cidade onde viviam, não trataram da transferência para a escola da nova residência onde a família foi realojada há cinco meses. Por muito desleixada que esta situação pareça ser, ‘típica’ do desinteresse cigano pela escola, a verdade é que, numa família não-cigana e socio-economicamente integrada, já deparámos com uma situação idêntica.

As crianças em idade escolar estão de uma forma geral matriculadas na escola (36:43 das famílias com crianças em idade inferior a 14 anos).

O desinteresse pela escolarização configura uma atitude grupal que tem a marca de uma cultura não letrada em que a organização da vida dispensa a alfabetização. “*De que serve estudar? ao cigano ninguém dá emprego!*” traduz uma percepção da inutilidade de uma aprendizagem que só a possibilidade de arranjar um emprego (ou tirar a carta de condução²⁷) poderia justificar.

Mas a escola não é apenas inútil. Ela é desorganizadora do modo de vida cigano na medida em que exige regularidade de presença num mesmo local e cumprimento de horários. Ela impede que as crianças acompanhem os pais nas suas actividades e que façam a aprendizagem da ‘profissão’ que irão um dia desempenhar. A escola é, além disso, uma ameaça para as normas internas do grupo na medida em que põe as crianças ciganas em contacto próximo com a cultura do ‘outro’ cuja adopção o grupo pretende impedir. O receio dessa ameaça é simbolizado pela eventualidade do casamento de uma jovem cigana com um jovem não-cigano. A escola, como local de convívio entre uns e outros, deve ser evitada pelas raparigas em idade de casarem ou seja, em idade de maturidade biológica (identificada pela menarca). “*Eu tenho 3 rapazes; assim é bom! porque se fosse uma menina, tinha de a tirar da escola*”, ou, evidenciando já a mudança de atitude face à escola: “*O meu irmão está sempre a insistir para eu tirar a menina da escola, mas eu não tiro!*”. A verdade é que, na cultura cigana, de família patriarcal, a rapariga que casa com um não-cigano é “*uma filha que se perde*” pois, indo viver para ‘o lado’ do marido, vai deixar de ser cigana. Contrariamente ao rapaz cuja mulher, ainda que não-cigana, passará a integrar o grupo do marido e adoptará a sua cultura.

Finalmente, importa atender a que outros estudos que têm encontrado níveis de exclusão escolar semelhantes acentuam a responsabilidade da instituição escolar na incapacidade para integrar com sucesso as crianças ciganas (Comissão das Comunidades Europeias, 1994; Cortesão e Pinto, 1995).

27 Essa é aliás a razão que justifica que muitos homens possuam um diploma de escolaridade obrigatória ao qual têm acesso, muitas vezes, com a convivência dos professores que se satisfazem com conhecimentos rudimentares.

O CASAMENTO

Para a grande maioria das mulheres entrevistadas, o casamento foi “à moda cigana”, isto é, com a festa tradicional na comunidade (55:80), ou “juntaram-se”, isto é, sem qualquer espécie de cerimónia (17:80). Apenas em 4 casos o casamento teve lugar “na igreja”; em 4 outros casos “com papéis”.

Metade das mulheres em união de facto “juntou-se” antes dos 17 anos²⁸.

O casamento é “à moda cigana”, com a festa tradicional na comunidade. Existem também casos de união de facto em que o casal se juntou ‘sem casar’: “juntámo-nos”. É quase inexistente o casamento “na Igreja” (católico) e o casamento “com papéis (civil).

O casamento é o reconhecimento de uma nova família que se forma, de acordo com as normas da cultura e obedecendo à ritualização que reproduz o apego aos valores. A indiferença do casamento cigano pelas normas dominantes da sociedade e do seu estado de direito (ainda até muito recentemente a união de facto não era legalmente reconhecida e nesse quadro recaem as uniões ‘à cigana’) é reveladora da auto-afirmação da sua identidade cultural apesar do seu não reconhecimento social mais amplo.

Paralelamente ao casamento cigano, ‘o casamento’, o grupo aceita a união de facto, embora possa nem sempre “a ver com bons olhos”. Este tipo de casamento pode ser adoptado por mulheres já adultas, separadas do primeiro cônjuge, por exemplo. Mas corresponde também a um tipo de união culturalmente definida que funciona como o espaço de liberdade para o casal impor aos pais e ao grupo uma união que não se prevê que eles aceitem ou que se pretende apressar. Ele é reconhecido pelo grupo que lhe estabelece normas e regras: a mulher foge ou é raptada - “fomos dar um passeio e fugimos”, ou “ele raptou-me”²⁹ - embora sempre para casa de alguém ‘de respeito’ e não para ir viver directamente com o companheiro. A vida conjugal espera pela aceitação da situação de facto criada.

28 Não aparece estatisticamente significativa a associação entre este tipo de união e a idade de “casamento” que é muito jovem, de forma geral.

29 Este tipo de situação não corresponde a uma tradição presente apenas nas mulheres mais velhas; ela é um facto do presente que nos foi apresentado por três mulheres com idades entre os 20 e os 26 anos.

Com efeito, embora o casamento seja com frequência “arranjado” pelo pai, pelo avô, ou pela mãe, ainda durante a infância da rapariga ou já com esta em idade de casar, a mulher tem a possibilidade de recusar esse noivo e escolher o seu companheiro, sem que isso constitua drama familiar. O “arranjar” do casamento significa o selar de uma amizade através da aliança preferencial.

A norma que regula a aliança é endogâmica e quase metade das mulheres declaram estar casadas com um primo, noção que se aplica a relações familiares em graus diversos e até pode não significar necessariamente consanguinidade³⁰. Entre os ciganos as pessoas podem tornar-se primas “por adopção” o que significa uma solidariedade especial que se transforma numa relação de confiança e afectividade com direitos e deveres idênticos à que existe entre familiares.

O casamento é endogâmico em grande parte das mulheres (31:65)

Nos 10 casos em que se aprofundou a procura de compreensão da noção de primo, verificou-se que em 6 casos ele “é primo direito” e em 4 casos “é primo afastado” ou “primo segundo o que leva a supor que, de facto, na maioria das vezes existirá uma relação de parentesco mas que pode ser mais ou menos afastada.

As restantes situações de casamento dividem-se em proporção semelhante pelos casos em que o cônjuge era conhecido da família (17:35) e aqueles em que era desconhecido (17:35)

Na cultura cigana, a importância do casamento e sua precocidade é a da importância fundacional de uma nova família onde se fundem todos os valores (coesão, solidariedade, respeito pelos mais velhos, protecção das crianças, transmissão de cultura, respeito pela palavra e a ideia de presente) e se organiza o trabalho (Garrido, 1999). Casar é passar para o estatuto de adulto/a, passagem que se dá no fim da infância, sem o período de maturação que a juventude constitui para as sociedades escolarizadas. Estatuto que só é plenamente assumido, no entanto, ao nascimento do primeiro filho (Costa, 2001).

30 A predominância do casamento entre primos foi objecto de um estudo espanhol onde se atribui à consanguinidade o excesso de malformações congénitas encontrado na população cigana comparativamente à população geral do país (Mañez, 1998) .

A idade de casamento destas mulheres é muito mais jovem do que a da média da população portuguesa nos tempos actuais. Pelos critérios vigentes das sociedades desenvolvidas, estas mulheres casaram ainda adolescentes. São raras as que casaram com idade superior a 19 anos e a maioria não tinha ainda 17 anos quando casou. Destas, mais de metade não tinha ainda 15 anos.

A precocidade do casamento é característica das sociedades não escolarizadas e relaciona-se com o estatuto dos papéis sexuais em que ser mulher (ser homem) adulta(o) é ser casada(o) e em que ao 'ser noiva' se associa o valor da virgindade. Assim, a cultura dispõe as expectativas de acordo com os valores que preza e reproduz a sua essência. Para as mulheres ciganas, casar cedo é o natural e o desejável. As três mulheres que nos contaram o seu 'rpto' para casar tinham, à altura, idades entre os 13 e os 15 anos.

Idade de casamento
A idade de casamento encontrada é, para quase todos os casos (74:82) inferior a 20 anos.
Ela é maioritariamente inferior a 17 anos (51:82 casos), sendo em muitos casos inferior a 15 anos (23:51).
Nos 8 casos em que a idade de casamento foi superior a 20 anos, ela não ultrapassou os 26 anos em nenhum caso.
A incidência de casamento em idade inferior a 17 anos aparece, na nossa amostra, um pouco mais frequente nas mulheres com idades superiores a 25 anos (27:51) do que nas mais novas do que 26 anos (20:28).

Os dados de que dispomos parecem ser indicativos de uma tendência para a mudança no sentido de um ligeiro aumento da idade de casamento³¹, tendência de mudança que (Baumont e Deschamps, 2000) também encontraram em estudo com mulheres ciganas em França.

31 A associação não é estatisticamente significativa. Esta tendência só poderá ser verificada por estudo de maior representatividade e que inclua mulheres não casadas.

SÍNTESE DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O nosso estudo refere-se assim a uma amostra de mulheres ciganas adultas, aleatória e diversificada quanto ao local e tipo de residência. Com efeito, na amostra estão presentes famílias residentes nos tipos de habitação referidos na introdução, com particular relevo para a habitação social e a habitação tipo barraca, esta em condições de grande carência de infra-estruturas.

Atendendo ao esforço que foi feito para descobrir e contactar famílias ou grupos nómadas e à realidade das características da amostra, podemos considerar que ela confirma a sedentaridade da população cigana portuguesa. As deslocações, muito presentes em alguns grupos, são provisórias e não põem em causa aquele conceito.

A população, nomeadamente pela via da integração nos bairros de habitação social, está razoavelmente misturada com a população de não-ciganos no que se refere à proximidade habitacional. Não foram visíveis traços de mal-estar acentuado relativamente a esta convivência mista. Com efeito, as entrevistadas que declararam o desejo de mudar de local de residência apenas se referiram às más condições da habitação e a conflitos intra-familiares.

No entanto, a amostra revela também que é real a exclusão social da população cigana como tal. No que respeita à organização do trabalho das mulheres entrevistadas, ela faz-se em torno da actividade comercial de iniciativa individual mas não regulamentada ou não obediente aos códigos de regulamentação pelo que a ameaça do confronto com a Polícia e das suas consequências está presente e condiciona a relação ao trabalho. Em muitos casos, aquela actividade, apresentada como comercial, configura, nos códigos da sociedade moderna, uma actividade de capacidade produtiva irrelevante. Além disso, é visível a distância cultural ao campo da escolaridade, pelo menos nas condições em que ela se lhes apresenta. Não são só as mulheres mais idosas que são analfabetas na quase totalidade; são-no também a metade das mulheres adultas mais jovens; e, pelos dados relativos à frequência escolar das crianças, adivinha-se que o continuarão a ser as jovens do futuro próximo.

A amostra dá-nos a perceber o universo cultural cigano como distante do universo da modernidade, não só pelos elementos constituintes da realidade atrás referidos, mas também pela importância da presença da estrutura

familiar alargada em que as entrevistadas se inserem e a qual continuam a reproduzir. No seu interior, o 'casamento cigano' e a endogamia continuam a fazer a lei, mantendo o fechamento da comunidade sobre si própria.

QUADRO 1

Síntese das características socio-demográficas da amostra

Habitat (n=91)	urbano (n'=72)	Acampamento (só ciganos) Acampamento (misto) ap.to social (só ciganos) social (misto) outro (misto)	10 13 1 38 10
	descampado (n''=19)	Acampamento (só ciganos) Acampamento (misto)	17 2
Tempo de residência (n=81)		< 2 anos 2- 6 anos > 6 anos	11 21 49
idade (n=89)		< 20 20 - 25 26 - 40 41 - 60 > 60	8 21 37 21 2
situação conjugal (n=91)		Casada Separada Viúva	82 5 4
tipo de casamento (n=80)		À moda cigana "juntos" ¹ Na igreja No registo civil	55 17 4 4
ocupação (n=91)		Vendas Outra ocupação sem trabalho	52 7 32
alfabetizadas (sabe ler e/ou escrever)** (n=77)		< 41 anos (n'=57) ≥ 41 anos (n''=20)	30 3

* Dadas as características da população, nem sempre foi possível obter respostas a todas as questões (por desconhecimento, vontade de não responder, etc.); "n" indica, em cada caso, o número de respostas às questões em causa (para ambos os quadros)

** associação estatisticamente significativa, entre alfabetização e idade. Neste caso, como em todos os outros em que, ao longo do texto, indicamos a existência (ou não) de associação estatisticamente significativa, ela foi verificada pelo teste de qui-quadrado.

6. Vivências e comportamentos de saúde

Nas diferentes sociedades e nas diferentes épocas de uma mesma sociedade ao longo do tempo, o corpo, a saúde e a doença são realidades vividas diferentemente. A relação que intimamente cada pessoa mantém com a sua saúde / doença não é apenas uma relação 'natural', no sentido de directa e unicamente resultante das percepções do corpo e dos seus sinais. A noção que se tem do corpo, da sua fisiologia, da sua capacidade de resistência, dos cuidados a ter com a sua protecção, são noções construídas culturalmente, ao longo do tempo e transmitidas pela convivência colectiva.

A própria percepção do corpo é condicionada pelo ambiente cultural em que a pessoa vive, onde foi e é socializada na cultura do grupo que integra (Mauss, 1985). Como explicou Boltanski (1971), a sensibilidade e a atenção aos sinais do corpo, ou seja, aquilo que faz a resistência à própria dor e a decisão de procurar o médico em caso de sinais (que, para outra pessoa, seriam sintomas) de doença estão muito menos presentes nas pessoas dos grupos sociais a quem o dia-a-dia pede esforço e resistência física. Com efeito, não só a habituação faz diminuir a sensibilidade, como a exigência de utilização do corpo não se coaduna com a atitude de lhe dar muita atenção. Cria-se, nestes grupos sociais, uma cultura de 'resistência' que apelida de 'fracos' ('queixinhas' ou 'maricas') os que 'se dão' à doença.

Também as representações sociais ou 'imagens de referência' colectivas sobre o que é saúde ou o que é doença e sobre a medicina, reflectem a cultura do grupo com os seus valores, os seus ideais e as suas crenças. No passado da nossa sociedade, a doença foi ao longo de muitos séculos um assunto de religião antes de ser uma responsabilidade de médicos e a noção de prevenção das doenças, de diagnóstico e de tratamento era muito diferente da que hoje temos. O século vinte, com o desenvolvimento da medicina e da indústria farmacêutica, modificou profundamente a nossa noção da doença que hoje é encarada como um 'objecto' a cargo da medicina à qual deve recorrer a pessoa que tem sintomas de adoecer. Hoje, ao contrário de no passado, temos da doença uma representação que a liga à possibilidade de evitamento (vacinas, visitas periódicas ao médico para detecção precoce, etc.) e de cura (pelos medicamentos e tecnologias). Essa representação da saúde como algo que cada pessoa pode auto-construir se seguir os conselhos da ciência médica, influencia a atenção dada ao corpo, seja na sensibilidade aos seus sinais, nos cuidados que a ele se dedicam, na procura de consultas

e outros recursos, no cumprimento das orientações terapêuticas, etc. Nos nossos dias considera-se que a saúde é um valor que está para além do 'Deus queira...' do passado. A saúde vive-se como um recurso que se cultiva.

Mas, na medida em que a cultura de um grupo está em relação estreita com a sua história e com as suas condições de vida, não é de admirar que nos grupos sociais no interior de cada sociedade se verifiquem atitudes e comportamentos variáveis. Mais uma vez, elas não reflectem apenas os condicionamentos do quotidiano (falta de dinheiro, ou de transportes, por exemplo) mas são inspiradas pela cultura do grupo, essa 'organização' colectiva da forma de pensar a existência, feita de valores, de crenças, de símbolos, de normas que o grupo interioriza e assume como naturais. Que dá a cada grupo a sua razão de ser como é e de viver como vive.

6.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

Na população entrevistada, a noção de saúde remete quase sempre para a de não-doença. A forma de o exprimir pode ser referindo doenças havidas e os médicos e serviços a que se recorre ou recorreu, ou pode, pelo contrário, afirmar que tal não tem lugar na vida da entrevistada o que é sinal de saúde. Implícita ou explicitamente, afirmam a saúde como não ter doenças e não necessitar de serviços médicos

“eu tenho saúde, nunca estou doente; o meu filho, é que ando sempre a correr com ele para os médicos...”

“não tenho problemas de doença; não me queixo de nada”

“sou saudável, nunca tive nenhuma doença”

Apenas uma única entrevistada nos respondeu com uma visão afirmativa que remete quer para o bem-estar e a energia, quer para a capacidade funcional de realizar a função que lhe compete

“sou alegre, dinâmica e forte; enquanto a minha filha vai a uma feira, eu vou a três”

São 41:80 as mulheres que responderam ter boa saúde. A menos boa saúde está associada significativamente³² à idade superior a 40 anos.

A auto-declaração do estado de saúde como ‘boa’ aparece em pouco mais de metade das entrevistadas. Este nível de satisfação com a saúde é baixo relativamente ao encontrado na população geral portuguesa em que 68% das mulheres classificam a sua saúde como boa³³ (Portugal, 1997b). Tendo em conta a juventude da nossa amostra, a hipótese mais plausível de associação desta má auto-avaliação do estado de saúde é com a história de vida da população, designadamente a situação de grande precariedade em que viveram e, de uma forma geral, ainda vivem. Relembremos a ‘patologia da sedentarização’ a que fizemos referência atrás e que nos remete para uma vivência de somatização de queixas relacionadas com os ataques à auto-estima (exclusão aos vários níveis da realidade social, discriminação,

³² Teste de Qui-quadrado

³³ Consideram-se as respostas “muito boa”, “boa” e “razoável”

ameaças, etc.), para uma realidade exterior de más condições de sobrevivência (habitações pouco espaçosas e com pouco grau de privacidade no caso dos bairros sociais; barracas de construção precária, pouco isoladas das intempéries, muitas vezes de chão de terra batida) e para condições esforçadas de realização das tarefas ligadas ao trabalho (transporte de pesos, andar de porta em porta, fugir à polícia, etc.).

Com efeito, a auto-declaração de má saúde apresenta uma multiplicidade de queixas usualmente vago e, por vezes, contraditório. As perturbações psicológicas (“nervos”, “depressão”, dores de cabeça”, etc.) estão entre as queixas predominantes que incluem ainda as relativas às vias respiratórias, ao sistema ósseo e ao sistema circulatório. Relativamente às doenças referidas pelas entrevistadas fica uma impressão de similitude com as doenças mais prevalentes na população geral, particularmente nas mulheres idosas. A diferença residirá em que, nas mulheres da população geral, este tipo de queixas (sistema respiratório, ósseo e circulatório, nomeadamente) prevalece em grupos de média de idade mais elevada do que a da população desta amostra que tem, na quase totalidade, menos de 60 anos. Vários estudos empíricos encontram na população cigana em situação de precariedade uma predominância de doenças associadas às condições precárias de vida – nomeadamente doenças infecciosas e degenerativas (Comissão das Comunidades Europeias, 1994; Mañez e Garcia, 1998; Silva, 2001).

As doenças referidas são muito variadas, enunciadas em linguagem popular (dor de barriga, dores nas pernas, anginas, etc.) à mistura com muitos termos médicos (cefaleias, artroses, anemia, arritmia do coração, diabetes, hipertensão, epilepsia, otite, etc.) cuja utilização nem sempre é medicamente correcta.

Nas declarações das entrevistadas, a avaliação de boa saúde aparece de certa forma associada à capacidade de evitar a medicina, seja no recurso aos serviços, seja na submissão às orientações terapêuticas. Assim, nunca ter ido ao médico, é critério para se considerar em boa saúde. Tal como o parece ser a não obediência às prescrições limitativas do quotidiano por parte de alguém que, apesar disso, não evidencia mal-estar. “*O meu homem é que tem boa saúde. Come de tudo e nada lhe faz mal... a médica não quer que ele coma por causa do colesterol*”. O facto de poder comer de tudo e não sentir efeitos negativos é sinal de boa saúde, sinónimo de grande capacidade

de resistência, numa compreensão da saúde que, como se referiu atrás, a associa à inexistência de sintomas perceptíveis de doença ou mal-estar e remete para uma visão naturalista do corpo de que está ausente o conhecimento científico sobre o desenvolvimento silencioso da doença como resultado de um processo que se passa no tempo. Nesta visão da doença, ou se está doente, com sintomas, ou não se tem sintomas e se está não-doente. A doença não é algo que se desenvolve mas algo que ‘acontece’, ou que ‘se apanha’ como descreveu Backett (1990).

É no contexto desta visão não cientificamente informada que a reacção à doença parece, do exterior, aos médicos e enfermeiros, desleixada. Frequentemente se lhes ouvem críticas dirigidas ao facto de os ciganos esperarem estar muito mal para procurarem o médico. A verdade é que, na sua relação com a doença, enquanto não se está mal não se está doente! Tal é ilustrado, por exemplo, com o caso de uma menina de sete anos, mordida na mão por uma ratazana, a quem a mãe *“pus-lhe tintura e amarrei-lhe a mão com um pano”*. A noção de risco de prevenção da infecção provável, mediante medicamento adequado e de vacinação, está, aparentemente, ausente. Se (quando, diríamos nós) a mão ficar demasiado vermelha e quente e inchada, justificar-se-á então ir ao médico.

Relativamente às crianças são relatados muitos casos de doença que envolveram internamento hospitalar, bem como muitas situações de deficiência e acidentes. Esses são os casos em que, aos seus olhos, a medicina se justifica, os casos de doenças ‘verdadeiras’ porque de sintomas evidentes: *“enterite”, “queimaduras”, “meningite”, “infecção nos rins”, “fraqueza devido a fome”, “gastroenterite”, “bronquite”, “leucemia”,* atropelamentos, quedas, etc.

A sociologia da saúde/doença ensina a encarar como manifestações culturais e sociais este tipo de atitudes em que as sociedades ou os grupos ‘decidem’ o que constitui doença, seleccionando os factos que devem ser considerados sintomas patológicos (Mauss, 1985). O mesmo é dizer que a doença é um fenómeno significante de cultura que expressa crenças e valores e traduz a relação com a ordem social.

Ter boa saúde pode ser concomitante com mal-estar físico não categorizado como doença: *“tenho muitas dores de costas e de cabeça, mas tenho boa saúde”*. Com efeito, como mostram os estudos sobre a doença crónica, as pessoas tendem a banalizar os sintomas habituais, integrando-os na rotina

do quotidiano sem lhes darem significado de doença no sentido de crise. Aqui encontramos uma semelhante desvalorização do sintoma que não chega a ser considerado doença mas algo que tem, naturalmente, a ver com a usura do corpo. Incomoda, mas nada há a fazer. *“Tenho muitas dores nas costas. Foi dos anos que dormi no chão”; ... puxei muita carroça”*.

Esta visão da saúde como algo que se avalia pelo aspecto exterior, físico ou funcional, justifica a pouca utilização que os ciganos fazem dos serviços de cuidados primários. Ela torna-se explícita nas declarações relativas à saúde das crianças: *“as crianças ciganas têm boa saúde,... andam sempre ao ar livre e ao sol! Não precisam de andar sempre nos médicos! Os vossos é que estão sempre dentro de casa, são branquinhos ...!”*; *“os vossos meninos tomam as vacinas e remédios mas são menos fortes que os nossos!”*. A boa saúde das crianças ciganas é assim contraposta à das crianças não-ciganas e justifica a atitude de ir menos ao médico que é criticada aos ciganos como sendo de desleixo face à saúde. Se os não-ciganos vão mais aos médicos é porque têm menos saúde.

Assim, na representação que as mulheres que entrevistámos nos apresentam sobre a saúde, evidencia-se a conotação com a vida na natureza enquanto que a de doença se refere à “falta de cores” das crianças, numa referência indirecta à vida de interior. É interessante verificar que nela se descobre o elemento básico sobre que assentam as representações de saúde-doença que Claudine Herzlich encontrou nas classes médias da sociedade parisiense: a saúde do lado da natureza e a doença do lado da vida urbana, artificial (Herzlich, 1969). O que não se encontra na população por nós entrevistada é o ‘paradigma higiénico’ que as sociedades modernas sobrepuseram a essa representação, ou seja, o conjunto de práticas ‘antinaturais’ de higiene quotidiana através das quais se liberta o corpo da intoxicação pelo modo de vida urbano, anti-natural e se restitui ao corpo o seu estado ‘natural’. Na concepção de saúde que as mulheres ciganas apresentam, construída numa racionalidade a-científica, a vida na natureza, não intoxicada, dispensa a necessidade de ‘higienização’.

6.2. RECURSO À MEDICINA

Em consonância com a representação de saúde numa concepção de tipo negativo - de não-doença - encontra-se uma proporção relativamente importante de mulheres não inscritas em médico de família. Embora algumas delas expliquem que a situação é conjuntural: *“agora não tenho porque o meu médico mudou”, “desde que vim para aqui não tenho, ainda não me fui inscrever”* ou *“não tenho, estou em lista de espera”*, a verdade é que a proporção de não inscritas é muito elevada. No entanto, ela não pode justificar a acusação frequente que o senso comum faz aos ciganos de desinteresse por essa prática normativa do sistema na medida que a não-inscrição é significativamente mais importante nas mulheres que se mudaram para a residência actual há relativamente pouco tempo (inferior a um ano).

Inscrição em médico de família
São 19:79 as entrevistadas que não estão inscritas em médico de família (obrigatório no sistema de saúde português) o que aparece associado ao tempo de residência actual inferior a 1 ano.

De uma forma geral, a ida ao médico é referenciada apenas em relação com doenças - *“vou quando é preciso”* o que está de acordo com a visão presente sobre a saúde/doença. Algumas declarações deixam perceber a confusão entre dois sentimentos de medo - o medo da doença e o medo da medicina:

“eu não vou ao médico; se não souber o que tenho, ando bem; mas, se eu souber o que tenho, estou sempre a pensar nisso...”

“vou à Maternidade buscar uma carta para ir fazer exames; já devia ter ido na semana passada mas não fui porque já sabia para o que ia...” (mulher grávida de 7 meses com queixas de fortes dores *“na barriga e nas costas”*).

Em caso de necessidade, o recurso tem lugar indiferentemente no centro de saúde ou no hospital - nas *“urgências”*. A escolha do recurso a utilizar é variável e depende de muitas circunstâncias. Uma razão se evidencia: ao centro de saúde vai, usualmente, quem tem uma boa relação estabelecida com o(a) médico de família - *“gosto muito do meu médico”*; *“não gosto de ir para o hospital porque é uma grande confusão”*.

Ao hospital vai-se, nomeadamente, quando é noite ou quando a doença é grave - o que pode significar apenas febre alta ou dor forte. Mas não se esqueça que a decisão de ir à noite pode ser tomada precisamente para facilitar o acesso directo ao hospital que, de dia, é dificultado: *“gosto mais de ir logo ao hospital; mas eles mandam-nos embora, buscar o P1 ao centro de saúde; por isso agora passo primeiro pelo centro”*. O hospital/urgência é encarado como um recurso a par do centro de saúde, mas considerado mais facilitador pois que não só não é preciso marcar, como se realizam uma série de actos, no mesmo espaço e em pouco tempo: consulta médica, exames, medicamentos, ‘tudo’.

“no hospital fazem todos os exames”

“no hospital dão os remédios”

Este mesmo tipo de razões de procura dos serviços de urgência hospitalar pela população geral aparece no estudo que Peneff (2000) realizou em serviços de urgência hospitalar em França. Este tipo de comportamento não é portanto específico dos ciganos ou dos grupos de população em situação de exclusão embora esteja relacionado com as condições de atendimento oferecidas pelos centros de saúde e que são traduzidas nas queixas gerais de perda de tempo: *“não gosto de ir para o centro de saúde, perde-se lá 3 ou 4 horas”*. Esse tempo, nas condições de espera nos serviços públicos, parece provavelmente mais longo do que o tempo que também se espera nas clínicas privadas. Ao que não será alheio o relacionamento médico-doente, de cariz bastante formal e distante em Portugal, país fortemente estratificado onde a profissão de medicina é de estatuto muito elevado, e, especificamente, a relação estigmatizada dos serviços com os ciganos. É assim que algumas famílias das mulheres entrevistadas, com *“cartão”* espanhol, isto é, direito a assistência médica em Espanha, aí se dirigem, porque *“os médicos lá são melhores”*, ou *“lá somos mais bem tratados”*.

A clínica privada exige disponibilidade económica, *“não tenho dinheiro para ir para as clínicas”* e é raro ser indicada como recurso. No entanto, a relativa ausência de dados relativamente às consultas privadas pode ser ilusória quanto à realidade pois acontece ter como resposta *“vou sempre ao médico do centro de saúde porque não tenho dinheiro para clínicas”* e, na sequência da conversa, ouvir que, *“nessa ocasião fui a muitos médicos”*, incluindo consultório privado e uma clínica em Espanha. Na verdade, ambas as respostas serão verdadeiras, só que uma se refere às situações mais rotineiras e a outra às excepcionais.

Na prática, em caso de doença, a procura de recursos é múltipla, “*eu vou ao centro de saúde; se não me dão cura, vou ao hospital*”, tendo sido encontrado um caso em que, na véspera e no dia da entrevista, a entrevistada levou o filho duas vezes ao centro de saúde, uma vez ao hospital pediátrico e uma à urgência do hospital geral porque “*ele não melhorou; não come, está sempre assim (a gemer)*”. Tendo presente a noção de doença como algo que ‘acontece’ e não que ‘se desenvolve’, percebe-se no comportamento face a ela o outro lado dessa noção: a doença pode ‘ser erradicada’ pelas técnicas médicas e, quando não o é, quando o resultado do tratamento não resulta em cura imediata, isso significa que o médico não aplicou a boa técnica. O remédio é procurar outro médico.

Como foi explicado por um “Mais Velho” (cigano com prestígio na comunidade),

“os ciganos dão muito carinho a quem está doente; se não melhora, levam a outro lado; quando tiram uma pessoa do hospital, não é para levar para casa; é para levar a outro médico, ... mas isso não vai dizer ao médico...”.

Recurso à medicina
23 mulheres respondem recorrer sempre ao centro de saúde 9 respondem recorrer sempre ao hospital 27 respondem recorrer a um ou outro desses serviços, consoante as situações ³⁴ .

Nesta forma de estar sobressai a angústia perante a doença e também perante a incapacidade da medicina de a ela pôr cobro no imediato. Tal desejo e, afinal, tal crença na medicina, leva a que, em casos de doença, frequentemente se procurem múltiplos serviços médicos até a saúde regressar. Como explica Sutherland (1992) para os ciganos, os médicos são pessoas que dispõem de um stock de medicamentos e de técnicas curativas, nem todos sendo igualmente competentes; um bom médico é aquele que cura.

³⁴ Não aparece associação estatisticamente significativa com o tempo de residência (superior a 1 ano) no mesmo local.

Recurso a saberes populares

Recursos não médicos estão também presentes (explicitamente abordados pela entrevistadora) mas são menos enunciados (14:51), sejam eles recursos de terapias complementares e populares, “*o meu homem foi ao torceiro*”, ou “*faço um chá de umas ervas que ali tenho*” ou de auto-medicação ou medicação por farmacêutico(a) “*vou à farmácia e compro um remédio*”

A hospitalização é encarada diferentemente consoante se trata de uma hospitalização por parto, numa maternidade, ou de uma hospitalização por doença, num ‘verdadeiro hospital’. Aí reside a divergência principal entre as respostas que valorizam positiva ou negativamente a estadia hospitalar. A linha de demarcação por esses dois tipos de instituições é estabelecida pela possibilidade de contágio e simbolizada pela alimentação:

“a comida da Maternidade, as ciganas comem, porque lá só se tem bebés; mas no hospital há pessoas doentes, com infecções e outras doenças; aí não come!”

“no hospital não se sabe quem faz a comida, sabe-se lá se é limpo!”.

O contágio que se evita, mediante a recusa da alimentação confeccionada no hospital, é o contágio do ‘outro’, o não-cigano, num registo que a antropologia remete para a simbologia do limpo/sujo e puro/impuro; por extensão, cigano/gadgé (Sutherland, 1992).

A bibliografia refere frequentemente, a propósito da solidariedade familiar, que, nos casos de hospitalização, é frequente a visita diária aos doentes, visita que é sempre acompanhada do fornecimento de refeição cozinhada pela família (Nunes, 1981; Liégeois, 1989; Dias, 1995; Gomes e Gomes, 1998). Esta é uma prática simbólica das regras ciganas em matéria de higiene alimentar que interdita de comer com os não-ciganos cuja diferença / impureza arrisca manchar e tornar impuro o cigano (Liégeois, 1989).

Nem todas as respostas são explícitas quanto ao sentido oculto das razões do comportamento frequente de recusa da alimentação hospitalar. No entanto, as razões apresentadas são sempre centradas no gosto, essa construção cultural

por excelência (Bourdieu, 1979). “Os ciganos não comem o que comem os Portugueses”, “a comida lá é insossa” ou “metia nojo” são as expressões mais usadas e que se referem ao aspecto da comida “branca” e “deslavada” por oposição à comida cigana: “a nossa comida é mais apurada”.

A alimentação como motivo apontado para não ter gostado de estar no hospital aparece em metade (8:16) dos casos em que foi explicado algum motivo. Nos casos de hospitalização, a alimentação fornecida pelo hospital foi frequentemente recusada e substituída por alimentação levada por familiares (23:43) ou, em alguns casos, (4:43) consumida apenas em pequenas quantidades e complementada com alimentação familiar - “às vezes tomava o pequeno almoço porque tinha fome e ainda demoravam a chegar” (os familiares).

6.3. VACINAÇÃO

É ainda a simbologia do contágio que faz aparição no medo das vacinas cuja consequência imediata (dor, inchaço, febre) é encarada como sinal de doença. A vacinação dos adultos é rara, explicada pela aversão “às *injecções*”, pelo medo *da dor e dos inchaços* que provocam. A das crianças, mais frequente devido à imposição escolar, é também muito precária.

Vacinação das entrevistadas

Apenas 12:77 mulheres afirmam estarem vacinados todos os elementos da família, com o plano de vacinação em dia. Outras 10 mulheres afirmam estarem todos os seus elementos vacinados mas só com “algumas” vacinas.

As mulheres entrevistadas não estão, elas próprias, vacinadas (44:79); só algumas 17:79 afirmam ter “*todas as vacinas*”. A vacinação que fizeram foi, usualmente realizada “*quando era bebé*”, “*na escola*” ou “*quando estive no hospital para ter o bebé*” e não foi actualizada.

A vacinação (“*todas as vacinas*”) é mais prevalente nas mulheres mais novas (menos de 25 anos)³⁵.

Vacinação das crianças

São 56: 75 as mulheres que afirmam que os/as filhos/as têm “*todas as vacinas*”.

14:75 afirmam que “*têm algumas vacinas*” ou que “*alguns/mas têm vacinas mas outras não*”³⁶.

5 entrevistadas das quais 2 com filhos em idade escolar declaram que os/as filhos/as não estão vacinados/as.

A relação da população com a prática de vacinação aparece como uma relação de distância / evitamento. No entanto, não se encontra já uma atitude

³⁵ Associação não estatisticamente significativa.

³⁶ É estatisticamente significativa a associação da resposta que “os filhos têm apenas algumas vacinas” com a residência em barracas/acampamentos

de rejeição da vacinação das crianças o que, pelo contrário, é regra no caso dos homens – *“chegam a dar um nome trocado e a vir com o boletim de vacina de uma criança com o mesmo nome, só para fugirem a ser vacinados”* como nos afirmou um médico de família – e, de forma menos marcada, também aparece nas mulheres.

As autoridades escolar e médica vão vencendo essa resistência no que respeita às crianças. Mas se em alguns casos foi perceptível, em algumas entrevistadas, um empenhamento convicto sobre as vantagens da vacinação, ele existe a par de outros casos em que mulheres jovens, com menos de 30 anos de idade, fazem prova de um total alheamento da crença nas vantagens da vacinação das crianças: *“o bebé foi vacinado quando nasceu; a outra não”* (bébé com 11 meses e criança com 4 anos); *“quando a criança é pequenina tem-se um cuidado diferente de quando já são maiores”* (crianças de 7 meses, 5 e 8 anos)

A associação³⁷ da vacinação *“com todas as vacinas”* com a frequência (matrícula) escolar (mas não com o RMG) significa que a vacinação é recente e circunstancial e, muito provavelmente, não será prosseguida - *“quando nasceram, tomaram as vacinas, mas agora não sei se as têm todas... os mais novos, sim por causa da escola!”*.

De uma forma geral, as vacinas que cada um *“tem”*, adulto ou criança, correspondem a situações / momentos em que alguém vacinou mas não conquistou para o interesse em dar continuidade a esse acto ao longo do tempo. Não existe uma adesão à vacinação mas antes uma submissão à imposição de vacinar.

Estas atitudes e comportamentos face à vacinação serão porventura dificilmente compreendidos por quem vive num meio social bem integrado. Mas tenha-se em conta o analfabetismo da população cigana e o seu escasso contacto com as instituições da sociedade dominante que justificam que ela seja uma população ‘incrivelmente desinformada’ em tudo o que se refere aos riscos, à prevenção da doença e à promoção da saúde, como escreveu Teresa San Román (Román, 1986). A informação sobre as vantagens da vacinação é provavelmente já conhecida da maioria das mulheres ciganas, por via da exigência que dela faz a escola e dos contactos com a medicina de

37 Estatisticamente significativa

cuidados primários. No entanto, a capacidade de adesão a essa informação seguramente que encontra barreiras nas concepções dos ciganos sobre o corpo e a doença. Se é um facto que as representações do interior do corpo são variáveis e, cientificamente erróneas em grande parte da população escolarizada (Helman, 2000), na população cigana portuguesa, analfabeta, certamente que as representações populares impregnarão com superioridade os aspectos do conhecimento apreendido por via intelectual. As pessoas ‘sabem’ que as vacinas se tomam para evitar as doenças, mas os seus efeitos não são visíveis a não ser estatisticamente. Na racionalidade popular é mais credível a experiência que ensina que “*as vacinas não curam e às vezes até matam*”, com referências a casos de crianças que ficaram doentes por causa das vacinas.

A reacção de medo perante uma técnica médica invasiva que frequentemente provoca mal-estar e/ou febre e cujo mecanismo de funcionamento não é entendido expressa-se em frases do tipo “*as vacinas fazem inchaços e os homens têm medo*”. Não tendo aprofundado a interpretação desta frase, não deixamos de constatar que ‘os inchaços’ são também característicos da ‘papeira’, doença que, segundo os conhecimentos da medicina, põe em perigo a virilidade masculina.

6.4. SAÚDE MATERNA E REPRODUTIVA

Os dados relativos à maternidade situam esta população como população de risco nos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989). Com efeito, a grande maioria das mulheres teve o primeiro parto antes da idade de vinte anos e mais de metade destas teve-o antes dos dezassete anos. Nessa maioria se incluem muitas mulheres hoje jovens, embora, comparando as mulheres dos diferentes grupos de idades, pareça estar em curso alguma diminuição na precocidade do primeiro parto³⁸.

A quase totalidade das mulheres teve o primeiro parto antes da idade de 20 anos (63:88) e deste grupo, mais de metade (32:63) teve-o antes da idade de 17 anos.

Não é possível relacionar os dados da nossa pesquisa com as estatísticas existentes relativamente à maternidade precoce na população geral já que os dados deste estudo se referem ao tempo de vida de um grupo de população e as estatísticas existentes se referem ao total de mães de um dado ano. A título indicativo, situa-se no entanto que a taxa de mães com menos de 20 anos ao nascimento do primeiro bebé era, em Portugal, de 21,3 por mil no grupo etário dos 15-19 (Portugal, 1997a).

A precocidade do primeiro parto é um elemento integrante do estatuto de mãe que a cultura cigana reconhece à mulher e faz parte das estratégias de aliança entre as famílias. Como elemento de cultura, ele articula-se com as condições de vida do grupo das quais, de certa forma, é reflexo. É assim que altas taxas de maternidade precoce se verificam, genericamente, nas sociedades e nos grupos sociais em situação de precariedade económica. Ela é aliás um dos factores em que se enreda a reprodução da exclusão social pelos efeitos que se lhe associam no percurso socio-profissional das mulheres (Lereno, 2000).

Para a mulher cigana, o nascimento do primeiro filho significa a sua plena aceitação como mulher adulta, a plena aceitação do casal como família. A gravidez é o complemento natural e esperado do casamento que, por norma, é em idades 'adolescentes', termo que, no âmbito da cultura cigana, não faz

³⁸ A associação entre as idades da mãe, ao momento do primeiro parto e idade actual, não é estatisticamente significativa.

sentido: comparada à adolescência das sociedades modernas, escolarizada, a passagem das crianças ciganas para a idade adulta parece dar-se directamente.

É assim que neste contexto de grande expectativa em relação ao primeiro parto, parece à primeira vista paradoxal que seja extensa a declaração de adesão das mulheres por nós entrevistadas à prática de contracepção. Na verdade, a adesão à contracepção deve ser interpretada no seu contexto de manutenção do valor da maternidade 'precoce' (precoce no ponto de vista dominante, não no da cultura cigana) e compreendida não como desejo de atrasar a primeira gravidez mas como vontade de espaçamento das gravidezes, após a primeira.

Encontra-se com efeito a declaração de uma larga adesão aos meios contraceptivos, particularmente entre as mulheres mais novas. Entre as que não utilizam algum método contraceptivo as justificações são usualmente circunstanciais e não de oposição de princípio:

“já experimentei a pílula mas dei-me mal; ainda pensei no aparelho mas havia pessoas que diziam que fazia mal” (48 anos de idade, 6 filhos)

“estou a pensar pôr o aparelho porque não quero ter mais filhos” (20 anos, 2 filhos).

A presença da moral cultural aparece na oposição de algumas mulheres que pode ser declaradamente normativa *“todas as mulheres deviam ter filhos”* ou *“as mulheres casadas devem ter os filhos que vierem”* ou pode referir-se a razões de ordem mais pragmática *“tira o prazer”* ou *“o meu homem é contra”*. Mas, num caso como no outro, está implícita a resistência cultural à introdução de um comportamento que ataca a tradição da família ampla a que a mulher dedica a sua vida.

Contraceção

A questão “que acha da contraceção para não ter filhos” recebeu uma grande maioria de respostas favoráveis (55:63), dispersas pelos vários escalões etários.

22:79 mulheres declaram nunca terem usado nenhum meio contraceptivo. Declararam-se contra a contraceção 5 mulheres, entre os 19 e os 42 anos.

Em 1 caso (16 anos) há desconhecimento do que é a contraceção: “*não sei o que é*”. Um caso de não-resposta aparece como refúgio para não tomar posição “*não sei; não é comigo!*”

A adesão às práticas contraceptivas é maior por parte das mulheres mais jovens relativamente às mais velhas (mais de 40 anos)³⁹

A laqueação de trompas está presente em 7 mulheres das quais 1 com idade entre os 20-25 anos e 5 com idade de 26-40 anos.

Outras 2 mulheres muito jovens, ambas com 27 anos (7 e 3 filhos), gostariam de já ter sido submetidas a intervenção de laqueação de trompas e só não o fizeram porque o/a médico/a não concordou

As 10 mulheres que declararam ter tido abortamentos ao longo da vida, referiram um total de 20 situações. Só uma destas entrevistadas tem entre 20-25 anos; todas as outras têm idades superiores.

Nesta amostra de mulheres, falar de contraceção implica a generalidade dos meios contraceptivos femininos os quais são bem conhecidos. A ‘pílula’ é usada pelas mulheres enquanto muito novas. A partir dos 20 anos, após terem tido pelo menos um filho, aparece “o aparelho”, a “injecção” e a ‘laqueação’. Nas mulheres um pouco mais velhas, a partir dos vinte e cinco, trinta anos, a laqueação das trompas está muito presente, como realidade ou como desejo, para pôr fim à possibilidade de continuar a engravidar. Resultados semelhantes são encontrados por (Baumont e DEschamps, 2000) e pelo estudo Romeurope (Silva, 2001).

³⁹ A associação não é estatisticamente significativa

O uso da pílula dispensa consulta médica, submetendo-se a uma lógica de informação no grupo, entre mulheres jovens: “*eu não sabia tomar*”, “*eu tomava de dia e enjoava, só depois é que soube que podia tomar à noite*” ou “*ninguém me ensinou a tomar*”. Essa autonomia da medicina que a ‘pílula’ permite torna-a mais acessível e mais efectivamente utilizada, do que o dispositivo intra-uterino. Embora o menor uso deste deva também ser pensado em relação com preconceitos que nos foram referidos por alguns profissionais de saúde como vigentes nas mulheres ciganas: “*com o aparelho não se pode fazer esforços*”; “*não se pode transportar coisas à cabeça*”, etc. e que nos recordam preconceitos semelhantes ouvidos a mulheres não-ciganas (“*o aparelho enferruja*”). Não se esqueça que o ‘aparelho’, técnica invasiva ‘permanente’ que ocupa o corpo da mulher e o impede de engravidar, representa uma ameaça simbólica à capacidade de procriação sobre que assenta o estatuto do homem na sociedade patriarcal, como referiu Petonnet (1985) a propósito da população (portuguesa e espanhola, nomeadamente) imigrante em França.

Por profissionais de enfermagem e de medicina foi-nos referida a procura das consultas de planeamento familiar por algumas mulheres sem o conhecimento dos respectivos maridos. Tal não nos foi referido por nenhuma das entrevistadas. No entanto, os silêncios e as mudanças de assunto, o olhar que controla os movimentos do homem e das crianças nas proximidades e ainda o controle discreto mas atento exercido por alguns homens no decurso da entrevista, admitem pensar que haja assuntos de que uns(umas) não devem falar na presença dos outros(as).

Vários casos de aborto nos foram apresentados com muita naturalidade num discurso leigo que os explica da forma que foram percebidos nas informações a que tiveram acesso: “*os sangues não ligavam*”, “*estava mal colocado na barriga*”, “*tinha dois úteros*”. O aborto foi-nos sempre apresentado como resultado de processo espontâneo e não provocado intencionalmente o que estará muito provavelmente influenciado pela normatividade dominante quanto a esta matéria. Apesar de ser grande o número médio de filhos por mulher, é-se levado a admitir que, nas condições de vida destas mulheres e no contexto do tipo de contracepção utilizada, a interrupção voluntária da gravidez será uma prática ainda corrente e, sobretudo, tê-lo-á sido no passado que ainda abrange muitas das entrevistadas. O estudo europeu em que participámos com elementos ciganos e não-ciganos na sua equipa coordenadora, concluiu pela importância do aborto como prática contraceptiva entre as mulheres

ciganas da Europa (Silva, 2001). Na pesquisa que efectuámos, nenhuma mulher explicitamente referiu ter provocado o aborto.

O parto hospitalar é hoje em dia reconhecido como de interesse para a saúde da mãe. A representação tradicional sobre o parto encara-o como um acontecimento da comunidade que se deve passar em casa e associa a necessidade de ir ao hospital com “*não ter corrido bem*”. Mas esta concepção está a mudar, com as mulheres entrevistadas, na sua quase totalidade, a terem tido partos hospitalares e, em geral, a terem-se mantido no hospital pelo tempo medicamente determinado. O que leva à mudança é a constatação prática de que o parto, evento de risco para a mãe, é menos perigoso se acontecer no hospital:

“... antigamente muitas mulheres morriam no parto; agora as mais novas vão para o hospital, fazem elas bem!”.

O parto
70:81 respostas indicam que todos os partos foram hospitalares
8:81 (todas com mais de 25 anos) indicam que o foram em alguns casos mas não noutros
Apenas 3 mulheres (todas com mais de 40 anos) respondem não ter tido nenhum parto em hospital.
Em 53 respostas, apenas 3 mulheres afirmam ter permanecido no hospital apenas “algumas horas” ou “ <i>um dia</i> ”;

Contrariamente ao estereotipo do senso comum sobre a recusa da estadia hospitalar por parte das mulheres puérperas, é raro nos dias de hoje, segundo as declarações das nossas entrevistadas, que a estadia hospitalar por parto seja abreviada para limites de tempo inferiores aos medicamente estabelecidos. No entanto, o abandono do hospital, “*fugi*”, foi-nos relatado por uma mulher, com orgulho por ter sabido corresponder às imposições do seu papel de mãe: “*não tinha só aquele filho; e os outros? tinham ficado sózinhos!*”. Noutro caso, a razão da fuga tinha sido de ordem pessoal, “*apagam a luz de noite e eu tinha medo*”, num registo que apela para a diferença de hábitos culturais. Tenha-se em conta que muitas destas mulheres não estão habituadas a estar estendidas numa cama, no interior de um edifício fechado e às escuras.

Escreveu Fátima Pinto (1995:164) que a separação forçada (a autora refere-se aos casos de doença ou de prisão, mas pode ser extensiva à de hospitalização por motivo de parto) é vivida com angústia e perturbação em que “os familiares mais próximos (família nuclear e alargada) entram num estado de luto”. Anuncia-se aqui um conceito de pessoa em que o indivíduo existe primariamente como parte do sistema familiar e em que a comunidade está mais presente do que a sociedade orgânica. Face à ameaça com que a doença confronta o grupo, a resposta é solidária e toda a família se aproxima (acampa nas proximidades do hospital).

A aceitação do sistema médico de saúde no que se refere ao parto é claramente pragmática, justificada pela constatação da sua utilidade do ponto de vista da diminuição da mortalidade materna. Ela não significa submissão à normatividade da medicina nem aproximação do raciocínio científico no que tem de justificação do parto hospitalar, no pensamento do senso comum, como diminuição dos riscos para o bebé. A adesão ao sistema médico de saúde no que se refere ao parto é de ordem pragmática, justificada pelos benefícios visíveis tal como se encontrou no que se refere à adesão às práticas contraceptivas. Nessa medida, ela não se verifica no que respeita ao acompanhamento médico da gravidez em relação a cujas determinações médicas preventivas as mulheres ciganas não se submetem. Aqui, os benefícios não são visíveis numa lógica de pensamento popular não cientificamente informada. No que respeita à gravidez, o único benefício visível da consulta médica é o de poder ficar a saber o sexo do bebé e, já agora, ‘se está tudo bem’:

“fui lá quando estava no 5º mês; depois ainda fui mais 2 ou 3 vezes

a médica fez-me uma ecografia e disse que estava tudo bem; depois não fui lá mais”

“queria saber se era menino ou menina”,

Acompanhamento médico da gravidez

A maioria das mulheres consultaram médico(a) uma ou algumas vezes quando estavam grávidas. No entanto há mulheres que não o fizeram - 23:66 na primeira gravidez e (retirados os casos de gravidez única) 17:50 na última gravidez. Esta total não consulta médica durante a gravidez observa-se não só em mulheres mais velhas mas também em mulheres jovens: não o fizeram, na primeira gravidez, 12:51 das mulheres que actualmente têm menos de 40 anos; e não o fizeram também, na última gravidez (retirados os casos de gravidez única), 8:38 dessas mesmas mulheres⁴⁰.

Entre as que tiveram algum acompanhamento médico da primeira gravidez (43:66), apenas 22 dizem “*ter ido ao médico muitas vezes*”. Todas as outras (21:43) respondem ter “*lá*” ido “*algumas*” ou “*poucas*” vezes

50:68 não referem a adopção de nenhum comportamento especial durante a gravidez⁴¹

Com efeito, a procura da medicina durante a gravidez não se deve a uma convicção esclarecida sobre a razão de ser que medicamente justifica tal prática. A contabilidade do número de vezes que se vai à consulta não é referida à visita mensal ou quinzenal, mas às noções mais vagas de ter “*lá*” ido “*muitas*”, “*algumas*” ou “*poucas*” vezes. A deslocação à consulta não é, para a maioria das nossas entrevistadas, um acto de rotina em que se obedece à marcação médica da consulta, mas corresponde a uma decisão que pode ser motivada pela desconfiança de que algo pode não estar bem: “*fui lá porque tinha dores*”.

O acompanhamento médico da gravidez tem maior incidência nas mulheres mais jovens mas, mesmo nestas, é maioritariamente inadequado, segundo os critérios médicos. No entanto, apreciou-se alguma diferença nas atitudes de mulheres mais jovens e mais velhas face à questão do “porquê (não ir

⁴⁰ Não é estatisticamente significativa a associação entre acompanhamento médico da primeira gravidez e idade actual da mulher.

⁴¹ A observação de cuidados especiais pela mulher grávida não está estatisticamente associada com a idade nem com a inscrição em médico de família. Porém encontra-se associação com a vigilância da gravidez, embora este resultado seja questionável devido ao pequeno volume de respostas a esta questão.

ao médico)? As primeiras frequentemente não respondem e baixam os olhos numa aparência de reconhecimento de submissão à crítica implícita na pergunta; embora algumas respondam de forma afirmativa defendendo a não necessidade de acompanhamento da gravidez – *“estar grávida não é doença!”*. As mulheres mais velhas, mais frequentemente, contestam o implícito contido na questão da entrevistadora afirmando claramente uma visão anti-biomédica da gravidez:

“se da primeira vez correu bem, nas outras já sei como é, vou lá fazer o quê?”,

“deve-se ir ao médico na primeira vez, mas nas vezes seguintes já não é necessário, já se sabe como é”

“se tudo correu bem na primeira, depois é mais fácil”.

Assiste-se assim a um mecanismo de naturalização versus medicalização da gravidez, do tipo *“a mulher cigana é rija”*, como foi declarado com orgulho, por um homem, a propósito da sua mulher nunca ter ido ao médico enquanto estava grávida. Esta reacção contém uma representação da feminilidade como integrando a capacidade física de viver sem ajuda os processos corporais naturais. Aparenta estar ausente da representação da gravidez alguma noção de risco – para além da que é anunciada, eventualmente, por uma dor constante ou outro sinal de anormalidade do processo.

Em acordo com esta visão naturalista da gravidez, está a grande despreocupação quanto à eventual necessidade de cuidados especiais a observar pela grávida. Os que são referenciados, por algumas das mulheres, referem-se a noções gerais para as práticas do quotidiano como *“não fazer esforços”*, *“não comer certas comidas”* ou *“não tomar café”*.

Da mesma forma, o período puerperal não é encarado como necessitando de cuidados especiais, não sendo declarado, na generalidade, nenhum cuidado especial com a saúde da mãe após o nascimento do bebé. Uma única mulher fez referência indirecta às consultas pós-parto mas para declarar que após ter saído do hospital *“nunca mais lá voltei”*. Com efeito, regressada do hospital, a mulher retoma o seu quotidiano habitual, excepto em poucos casos excepcionais em que diz ter ficado de cama algum tempo após o regresso a casa.

Descobre-se assim, em matéria de saúde materna, uma capacidade pragmática de detectar e adoptar as práticas consideradas benéficas – contracepção, recurso à medicina durante a gravidez como meio de detecção de anomalias ou correcção de problemas, parto em hospital e, veremos adiante, adopção de aleitamento artificial – mas sem submissão à lógica biomédica de controlo do uso dos recursos (contracepção) ou dos processos naturais (vigilância médica regular da evolução da gravidez e do puerpério).

6. 5. SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

De um modo geral, o tratamento que se dá ao bebé aparenta que ele não é encarado como um ente muito frágil a necessitar de protecção especial, embora seja alvo de muito carinho e atenção. Aparece frequentemente, bem agasalhado, ao colo da mãe, designadamente se está acordado, quer a mãe esteja dentro quer esteja fora de casa e, com frequência, dorme na cama dos pais.

A amamentação é uma prática largamente maioritária e muito prolongada no tempo (para além de um ano na maioria dos casos em que se apurou este dado).

Amamentação
47:76 mulheres amamentaram todos os filhos
14:76 amamentaram alguns
15:76 nunca amamentaram
Não amamentaram:
7:23 das mulheres até 25 anos
8:50 das mulheres com mais de 25 anos

De uma forma geral, a amamentação prolonga-se enquanto a mãe tem leite, sendo entretanto a criança iniciada à alimentação dos adultos, por sua própria vontade e por incitamento daqueles - *“ele está ao meu colo e vai tirando; o pai também gosta de lhe dar do prato dele; tem de se habituar, não é?”*.

A longa duração do período de amamentação permite, por vezes, que a mãe amamente, no mesmo período, 2 ou até 3 filho(a)s, *“enquanto há leite, serve para todos”*. Esta prática que nas sociedades modernas é cada vez mais rara, estará em relação provável com as restrições alimentares devidas à falta de recursos económicos, *“mamou até aos 6 anos; o outro leite é muito caro”* e também, com a forma natural e liberal de lidar com os desejos das crianças nesta cultura. A criança cigana, no que se refere à alimentação, não tem habitualmente regras impostas, fazendo a sua própria aprendizagem de construção dos hábitos a alimentares adultos (Magano, 1999). Durante o dia, serve-se do que está disponível, fruta, pão, doces, etc., nos momentos em

que ela própria escolhe, sem ser forçada, embora seja incitada, a participar das refeições.

Os casos de não amamentação foram atribuídos a razões aparentemente exteriores à vontade da mãe: “*falta de leite*” ou “*o bebé recusou o leite*”, excepto num caso em que a resposta é de tipo diferente, centrada no bem-estar da mãe: “*para não estar presa por todas as mamadas*”. Esta última resposta abre para a probabilidade de esta ser uma prática em mudança no sentido da adesão à modernidade pela via da facilitação da vida quotidiana através do consumo (de leite artificial), tal como comentam frequentemente as/os profissionais de enfermagem. Com efeito, na amostra, as mulheres mais jovens estão mais representadas entre as que não amamentaram os filhos. Deste ponto de vista da integração pragmática na vida moderna foi interessante constatar que muitas das mães mais jovens utilizam, nos bebés, fraldas descartáveis.

Todos os relatos de quem contacta com populações ciganas coincidem no reconhecimento da importância que aí é dada ao bem-estar e à saúde das crianças. Estas têm um grande espaço de liberdade em relação à qual a atitude dos adultos é de vigilância protectora e não de imposição de regras. Uma criança doente é uma criança rodeada de cuidados e de preocupação entre os quais se inclui a procura de consultas médicas que se podem repetir num ritmo acelerado até que sejam visíveis as melhoras.

No entanto, paradoxalmente para a mentalidade dominante, no primeiro ano de vida, a consulta pediátrica de rotina não é, habitualmente, procurada, embora se reconheça a sua prática mais frequente por parte das mães mais jovens. Mais uma vez se nos depara a representação da medicina como prática de cura em situações de doença ou de perigo reconhecido mas a que não se reconhece competência preventiva, de acordo com uma concepção da doença em que os processos interiores do corpo não são compreendidos à luz das explicações da ciência.

O bebé é levado ao médico se está doente (34:63).

Apenas 16:63 mulheres referenciaram a prática de consultas de rotina

7:63 referenciaram a ida ao médico “*para fazer as vacinas*”.

Em 6 casos foi claramente respondido que nunca se tinha levado o bebé ao médico. Nestes casos se incluem 4 mulheres jovens (com idades entre 20 e 30 anos), 1 mulher com 38 anos e 1 com 66.

Levar o bebé ao médico para consultas de rotina encontra-se em duas vezes mais nas mulheres com idades até 25 anos (7:20) do que nas mulheres com idades superiores (7:41)⁴²

42 Estatisticamente, a associação não é significativa.

Conclusão

As entrevistas realizadas com mulheres ciganas informam sobre a sua relação com a instituição de saúde e esclarecem sobre as razões socio-culturais que a fundamentam. Nesse sentido, esta 'amostra', embora não representativa do ponto de vista estatístico e portanto não permitindo ilacções generalizadoras dos factos encontrados, proporciona um nível de compreensão sobre a articulação dos processos que se jogam no posicionamento individual, esses sim, representativos da dinâmica da cultura em que as entrevistadas se integram. É essa compreensão que busca a representatividade qualitativa.

Antes de mais, o estudo identificou uma situação de grande exclusão em matéria de saúde, entendida esta no sentido elementar de participação nas condições básicas de existência. As condições de vida de cerca de metade da população entrevistada estão afectadas pela não resposta às necessidades elementares em matéria de saneamento, habitação e acesso a água potável (em condições condizentes com a sociedade moderna em que se integram). Embora esta situação só afecte metade da população entrevistada (e relembramos que ela foi seleccionada precisamente de forma a incluir as duas categorias de população, a de pessoas integradas em bairros de habitação social e a de pessoa a residir em habitação tipo barraca), ela está associada à exclusão social que se traduz, para a globalidade da população estudada, em situação de ocupação / trabalho muito precária e em quase total analfabetismo. Nesse sentido, a exclusão social da população cigana de Portugal deve ser entendida como um fenómeno característico da sua posição na sociedade portuguesa e não como um fenómeno confinado à parte da população excluída das políticas habitacionais.

Neste estudo, as causas da exclusão do mercado de trabalho e do sistema escolar não foram alvo de investigação aprofundada. No entanto, os dados produzidos são condizentes com o conhecimento bibliográfico referido de que essas causas se enredam na circularidade da rejeição mútua entre as duas formas de vida em confronto, a da sociedade dominante, com códigos de modernidade, e a do grupo excluído, com a sua identidade cigana. À luz dessa exclusão social se compreende a relação de relativa distância que a população cigana mantém com a instituição da saúde, particularmente na sua vertente preventiva. Ela remete para o isolamento relativamente às estruturas sociais modernas, para uma racionalidade não biomédica no entendimento do corpo, para a resistência à norma dominante de “governabilidade” dos corpos.

Exteriores à forma de ser e de pensar dominante, os ciganos não são ‘corpos dóceis’ no sentido em que Foucault (1976) cunhou o termo, o de indivíduos competentes pois impregnados pelos mecanismos da disciplina normalizadora que se traduz em disposições concretas que investem o corpo, a saúde, a alimentação, e todas as relações da vida social. Também Norbert Elias (1989) apresentou a era da modernização da história do Ocidente como a de um impulso histórico para a civilidade ou auto-controle dos impulsos corporais, em relação com a emergência do estado-nação e com o desenvolvimento da disciplina social. O processo civilisacional refere-se a essa transformação da disciplina social em auto-disciplina sobre os gestos, as emoções e os pensamentos que levou o homem moderno a interiorizar os comportamentos que hoje assume como espontâneos no que respeita ao pudor nas funções naturais, à delicadeza nas formas de estar à mesa e de vestir, ao controlo da agressividade, etc., da mesma forma que encara como exigências da higiene comportamentos que no passado foram códigos de distinção ou refinamento. São essas formas de estar e de ser que se colam à visão moderna do humano e à consciência da civilização como superioridade, regulamentadas por códigos cuja não-observação submete o seu autor à crítica e lhe retira poder negocial (de influência). Aí residem as raízes da exclusão socio-cultural dos ciganos como povo não integrado à modernidade pela via da discriminação que reforça os estereótipos ao mesmo tempo que os confina a condições de vida em que a exclusão se reproduz.

No seu estudo sobre a saúde de um grupo cigano, Teresa Ramón (1986: 147) ilustrou esta realidade sociológica através da experiência concreta da vida dos ciganos: “Não basta ter as portas abertas para poder ir ao médico, há

que pensar que o médico é pertinente para solucionar o nosso problema... Não se trata só de chamar o médico ou o veterinário, tomar as vacinas e lavar as mãos. Em La Perona, cuida-se até à morte do animal que nos ajuda a sobreviver, levando-o para dentro da caravana se fôr preciso, porque o risco que se corre é o do contágio de uma doença de pele, mas a contrapartida é que, sem o animal, o grupo morre de fome. E tudo isso cria condições que fazem dar valor às pessoas e às coisas de forma diferente, e enfrentar os acontecimentos com atitudes culturais aprendidas e funcionais para aquelas condições...”.

A prevenção das doenças, nesse entendimento pré-científico, liga-se fundamentalmente com a ‘naturalidade’ da vida (ligada à natureza e não vivida no interior de edificios fechados) e, sobretudo, com o evitamento do contágio simbolizado pelo ‘outro’. Mas ‘outro’ que não é bactéria, vírus, ou outro agente cognitivamente percebido (como o entende a medicina). O ‘outro’ a evitar é o modo de vida dos não-ciganos. É esse o sentido cultural da preocupação de evitar o símbolo da doença, a medicina. E é numa lógica popular (no sentido de pré-científica ou não-biomédica) que se compreendem as suas atitudes e os comportamentos de saúde. Ter boa saúde é uma questão de “destino”, de “sorte” e não se previne⁴³. Recorre-se aos médicos em caso de obrigatória necessidade, quando se está doente, para se ser tratado, com um sentimento de urgência que, do exterior parece irresponsável – só vão ao médico “à última”, querem ser logo atendidos e não param de correr para as urgências até ficarem bons. Como afirmou Sutherland (1992), para os ciganos, a responsabilidade pela saúde reside em tratar-se quando se adocece, não em ir aos médicos quando se está bem.

Em suma, descobre-se, na população cigana aquilo que faz a base da ciência social, a saber, que a realidade é uma construção social que reflecte a cultura ou significado desse mesmo social. Dito de outra maneira, os comportamentos de saúde dos ciganos são coerentes com o seu entendimento de mundo, isto

43 Segundo Olímpio Nunes (1981:270), “... o cigano procura explicar a doença como a introdução dum espírito mau no doente. A doença, seria portanto, a luta entre o espírito do mal e a alma do homem.”. Idêntica afirmação se encontra em Fátima Pinto (1995:166): “Muitas das enfermidades que surgem são atribuídas a fenómenos sobrenaturais, a “mau olhado”, “invejas” e “juras””. Estes autores associam a esta atitude o recurso à ‘medicina popular’ e à ‘superstição’ para lidar com as formas “menos graves” de doença. Da nossa pesquisa, não temos elementos sobre esse tipo de recursos que só um convívio mais aprofundado com a população criaria condições para investigar.

é, com a sua cultura e esta é coerente com as condições histórico-sociais em que se ancora. É nesse sentido que as atitudes e comportamentos da população cigana face à saúde se podem encarar na lógica da 'cultura da pobreza' que os autores caracterizaram, grosso modo, pelo fatalismo e incapacidade de acção preventiva (Lewis, 1970; Petonnet, 1985; Hoggard, 1998). A compreensão da realidade cigana evidencia que a 'cultura da pobreza' não resulta apenas das condições objectivas de vida no que respeita às posses económicas, mas das condições subjectivas de exclusão de que a pobreza, de facto, também é um factor.

Encarada pelo prisma que ilumina os elementos de cultura presentes na relação da população cigana com a instituição médica de saúde, a inconformidade aos papéis sociais de doente e de utente dos serviços no que eles expressam da relação assimétrica de poder face aos profissionais é reveladora da sua cultura e, simultaneamente, da cultura do 'outro', a cultura dominante na sociedade. Ao mesmo tempo que revela a sua lógica popular e não-cientificamente informada que os afasta do usufruto de benefícios que a medicina disponibiliza, ela faz também luz sobre os 'calcanhares de Aquiles' da instituição médica em que saber e poder se associam para medicalizar a vida e expropriar a saúde (Illich, 1975; Freidson, 1984). Por exemplo, na nossa época em que a medicalização da maternidade tem vindo a ser fortemente contestada na sociedade dominante (Miles, 1991; Silva, 1999), a rebeldia 'pré-moderna' das mulheres ciganas pode ser encarada como factor premonitório da exigência 'pós-moderna' de humanização da medicina e dos serviços e não apenas como factor de oposição retrógrada que exige adaptação à lógica dominante.

A pesquisa aqui apresentada descobriu tendências no sentido da mudança de atitudes e comportamentos de saúde. Essa mudança não aparece como resultado de uma maior integração ao pensamento dominante e à informação médica disseminada no senso comum com algum nível de compreensão médica dos processos pelos quais actua aquilo a que se adere, mas tão somente assente no pragmatismo da adesão ao que faz prova de 'bons resultados'. Adere-se à contracepção porque ela é eficaz a diminuir o número de gravidezes (após a primeira), adere-se ao parto hospitalar porque ele evita mortes prematuras, adere-se à vacinação das crianças porque a escola assim o exige e a sua frequência é condição de acesso a prestações sociais, etc.. Neste contexto, ocorre supor que, para além da inserção social pela via da escolaridade e do emprego, a mudança no campo da saúde pode ser

incentivada mediante a acção informativa de cariz inter-cultural, capaz de fazer dialogar os conhecimentos médicos e a sua lógica preventiva com as concepções leigas das lógicas culturais ciganas.

Referências Bibliográficas

AILLET, Veronique (1998), "*Rapport d'étude sur l'accessibilité aux soins; enquête auprès des patients de la Mission France de Médecins du Monde*", Médecins du Monde, 1951

ANTUNES, Adelino (1997), *Os Princípios do nada - contributo para o estudo de um trabalho social de reinserção de populações ciganas*, Associação Integrar (ed), Coimbra

BACKETT, Kathryn C. (1990), Studying health in families: a qualitative approach in CUNNINGHAM-BURLEY, Sarah, *Readings in medical sociology* Routledge, Londres 261: 57-84

BAUMONT, Isabelle; DESCHAMPS, Anna (2000), "Le controle des naissances: les femmes tsiganes à la recherche d'un compromis", *Project Romeurope*, 46p

BERGER, Pete L. ; LUCKMANN, Thomas (1999 (1966 1ª ed. alemã)), *A Construção social da realidade*, Dinalivro, Lisboa

BLACKBURN, Clare (1991), *Poverty and health - working with Families*, Open University Press, Buckingham

BLAXTER, Mildred (1998, (1990 1ª ed.)), *Health and lifestyles*, Routledge, Londres

BOLTANSKI, L. (1971), "Les Usages sociaux du corps", *Annales Economies-Sociétés-Civilisations*, 205-231

BOURDIEU, Pierre (1979), *La Distinction - critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, Paris

CALNAN, Michael; WILLIAMS, Simon (1991), Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances, *Sociology of Health and Illness*, 13, 4, 506-529

CASTRO, Alexandra (1995), Ciganos e habitat: entre a itinerância e a fixação *Sociologia - Problemas e Práticas* (17): 111-117.

CHAUVIN, Pierre (1998), Précarisation sociale et état de santé: le renouvellement d'un paradigme épidémiologique, in LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre, *Précarité et santé*, Flammarion, França 59-73

COELHO, Adolfo (1995), *Os ciganos de Portugal - com um estudo sobre o calão*, Publicações Dom Quixote, Lisboa

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1994), *A escolarização das crianças ciganas e viajantes*, Relatório-Síntese / Ministério da Educação Departamento de Programação e Gestão Financeira

- CORTESÃO, Luiza; PINTO, Fátima (coord.) (1995), *O Povo cigano: cidadãos na sombra - processos explícitos e ocultos de exclusão*, Afrontamento, Porto
- COSTA, Elisa Lopes da (1996), *O Povo cigano em Portugal - da história à escola - um caleidoscópio de informações*, CIOE/ESE Setúbal, Setúbal
- COSTA, Elisa Lopes da (2001), O Povo cigano - memória histórica, presente e futuro, in *Que sorte, Ciganos na nossa escola!* Coleção Interface, 15-31
- DIAS, Elisabete Ferreira (1995), Os ciganos em meio prisional, in CORTESÃO, Luiza; PINTO, Fátima, *O povo cigano: cidadãos na sombra - Processos explícitos e ocultos de exclusão*, Afrontamento, Porto 53-61
- DRULHE, Marcel (1996), *Santé et société - le façonnement sociétal de la santé* Paris, PUF.
- ELIAS, Norbert (1989 (1939 1ª ed.)), *O Processo Civilisacional*, Dom Quixote, Lisboa
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. (2000), *Os estabelecidos e os outsiders - Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*, RJ, Zahar ed.
- ENGUITA, Mariano F. (1999), *Alunos gitanos en la escuela paya - Un estudio sobre las relaciones étnicas en el sistema educativo*, Ariel Practicum, Barcelona
- FERNÁNDEZ, M^a Dolores F. (1997), *La Problemática de la Salud en la Comunidad Gitana*, Congresso Europeo Katar I, Terniben Romani, Espanha 1-17
- FOUCAULT, Michel (1976), *Histoire de la Sexualité. 1. La Volonté de Savoir*, Gallimard, Paris
- FRASER, Angus (1997), *História do Povo cigano*, Editorial Teorema
- FREIDSON, Eliot (1984 (ed. francesa) (1970 ed. inglesa)), *La Profession médicale*, Payot, Paris
- GARCÍA, José Manuel Fresno (1999), “Las políticas de empleo y la comunidad gitana”, *Gitanos*, 2
- GARRIDO, Albert (1999), *Entre gitanos y payos*, Flor del viento Ediciones, Barcelona
- GOFFMAN, Erving (1998), *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Editora Guanabara
- GOMES, Adelaide; GOMES, Gabriela C. (1998), *ciganos em reclusão e toxicod dependentes*, Publicação Interna, CAT Cedofeita, Porto

GOODY, Jack (1998 (1982 1ª ed.)), *Cozinha, culinária e classes*, Celta, Lisboa

GRIGNON, Claude; GRIGNON, Christiane (1980), *Styles d'alimentation et goûts populaires* *R. Franc. Sociol.* XXI: 531-569.

HELMAN, Cecil ((2000 4ª ed.), (1984 1ªed.)), *Culture, health and illness*, Butterworth Heinemann, Oxford

HERZLICH, Claudine (1969), *Santé et maladie - analyse d'une représentation sociale*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris

HERZLICH, Claudine; PIRERRET, Jeannine (1991), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui* Payot, Paris

HOGGARD, Richard (1970; 1957 1ª ed. ingl.), *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Les Éditions de Minuit, Paris

ILLICH, Ivan (1975), *Némésis Médicale - L'expropriation de la Santé*, SEUIL

LAST, JOHN M. (1987 (1926 1ª ed.)), *Public health and human ecology*, Appleton and Lange /Prentice Hall, NY

LERENO, Maria Isabel da Silva (2000), *Representações sociais da sexualidade e da maternidade em mães adolescentes*, ICBAS e Fac. Med., Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto

LEWIS, Oscar (1970 (1961, 1ª ed.)), *Os Filhos de Sanchez*, Moraes ed. Lisboa

LIÉGEOIS, Jean-Pierre (1989 (1ª ed. 1985)), *Ciganos e itinerantes*, Santa Casa da Misericórdia, Lisboa (trad. port)

LIÉGEOIS, Jean-Pierre (2001), *Minoria e escolarização: o rumo cigano*, Interface

MAALOUF, Amin (1998), *Les identités meurtrières*, Bernard Grasset, Paris

MAGANO, Olga Maria dos Santos (1999), *Entre Ciganos "Portugueses": - estudo sobre a integração social de uma comunidade cigana na cidade do Porto*, Universidade Aberta, Porto

MAÑEZ, Amparo Sánchez; GARCIA, Mª Luísa Dorado (1998), *Informe sobre la situación socio sanitaria de la población gitana española que vive en situación de exclusión social*, *Médicos del Mundo*, 13

MARQUES, Cesarina e col. (coord.) (1997), *Comunidade Cigana na Diocese de Lisboa*, Secretariado Diocesano de Lisboa - Obra Nacional para a Pastoral dos Ciganos, Lisboa

- MAUSS, Marcel ((1985 9ª ed), (1950 1ª ed)), *Sociologie et Anthropologie*, PUF - Quadrige, Paris
- MILES, Agnes (1991), *Women, health and medicine*, Open University Press, Milton Keynes
- MOISÉS, Inácia Maria Cabrita Navalhas (2000), *O rendimento mínimo garantido no combate à pobreza e exclusão social - Estudo efectuado nos Bairros Ribeira da Falagueira e Fonte dos Passarinhos na cidade da Amadora*, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa
- NEIBURG, Federico (2000), Apresentação à edição brasileira, in ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L., *Os Estabelecidos e os Outsiders - Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*, Jorge Zahar Editor, S. Paulo 7-11
- NETTLETON, Sarah (2001), *The Sociology of Health & Illness*, Polity.
- NUNES, Olimpio (1981), *O Povo Cigano*, Livraria Apostolado da Imprensa, Porto
- OMS, Bureau Regional da Europa e PORTUGAL, Ministério da Saúde, DEPS (1985), *As Metas da Saúde para Todos*, Portugal, Ministério da Saúde, DEPS, Lisboa
- OMS (1989), *Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescentes*, Déclaration Conjointe OMS/FNUAP/FISE
- PARSONS, Talcott (1955), Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne, in HERZLICH, Claudine, *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Mouton
- PAÚL, Constança; FONSECA António M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- PENEFF, Jean (2000), *Les Malades des urgences*, Métailié, Paris
- PERES, Emílio (1995), Alimentação suburbana pobre. *Comportamento Alimentar e Nutrição*, 2, 2, 34
- PETONNET, Colette (1985), *On est tous dans le brouillard - ethnologie des banlieues*, Galilée, Paris
- PINTO, Mª de Fátima Santos Ferreira (1995), "A Cigarra e a Formiga" *Contributos para a reflexão sobre o entrosamento da etnia cigana na sociedade portuguesa*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto 159-193

PORTUGAL, INE. (1997a) *Inquérito à Fecundidade e Família - Resultados Preliminares*

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPS (1997b), *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996 Continente - Dados Gerais*

PORTUGAL, PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS e ALTO COMISSARIADO PARA A EMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS (1999), *Igualdade e Inserção dos Ciganos, Relatório, 81 p.*

RAMIREZ-HEREDIA, Juan de Dios (1974), *Nós, os Ciganos*, Editorial Franciscana, Braga

REIS, Fernanda (2001), Caminhar para o futuro, in Centre de Recherches Tsiganes (ed.) *Que sorte, Ciganos na nossa escola!*, Coleção Interface, 147-155

ROMÁN, Teresa San (1986), La precaria salud y corta vida de los gitanos: una reflexion desde el analisis antropologico, in ROMÁN, Teresa San, *Entre la marginación y de los gitanos*. Complicación de Teresa San Román, Alianza Universidad Madrid 141-154

SERROTE, José J. (coord) (1993), *Caracterização sócio-demográfica e cultural da comunidade cigana no Alentejo, Relatório, 204p*, Centro Regional de Segurança Social do Alentejo - Iniciativa Comunitária Horizon

SILVA, Luisa Ferreira da (1999), Saúde das Mulheres. O género, determinante cultural de saúde, *Revista de Epidemiologia, Suplementos de Arquivos de Medicina*, 3, 1-2, 31-34

SILVA, Luisa Ferreira da (2001), La Santé des Roms en Situation de Grande Exclusion, *Soins Infirmiers*, 2, 56-59

SOUSA, Maria do Rosário Pinto dos Santos (2001), *O Ingresso dos alunos filhos de ex-migrantes no sistema de ensino português - Concelho de Vila Nova de Gaia*, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Porto

SUTHERLAND, Anne (1992), Health and Illness Among the Rom of California, *Journal of the Gypsy Lore Society*, 5, vol.2, 1, 19-59

TOWNSEND, Peter; DAVIDSON, Nick (ed) (1983 (1982 1ª ed.)) *Inequalities in health - the black report*. GB, Penguin Books.

Anexos

Anexo 1

LOCAIS DE RESIDÊNCIA DAS ENTREVISTADAS

Distrito	Concelho / Freguesia	Local / Bairro	Tipo habitacional
Beja	Moura	Feira Velha	casa abarracadas
Beja	Moura	Quartéis	h. social
Beja	Moura	Centro	apartamento
Braga	Vila Verde	Cabanelas/Prado	barracas
Braga	Braga	Pedrinha	barracas
Braga	Braga	Picoto	h. social
Braga	Braga	Centro	apartamento
Braga	Braga	S.ta Tecla	h. social
Braga	Braga	Centro	apartamento
Bragança	Bragança	Centro	h. social
Bragança	Bragança	Formerigos	barraca
Bragança	Sendim		casas
Bragança	Sendim	Picote	casa
Coimbra	Coimbra	Bolão	barracas
Coimbra	Coimbra	Ingote	h. social
Évora	Évora	Cruz Picada	h. social
Porto	Maia		barracas
Porto	Maia	Águas Santas	tendas
Porto	Paredes		barraca
Porto	Porto	Aldoar	barracas
Porto	Porto	Freixo	barraca e caravana
Porto	Porto	Areosa (FEC)	h. social e barraca
Porto	Porto	Lagarteiro	h. social
Porto	Porto	S. João de Deus	h. social
Porto	V.N.Gaia	Balteiro	h. social
Porto	V.N.Gaia	Bela Vista	h. social
Porto	Matosinhos	Seixo	h. social
Lisboa	Amadora	Neudel	barracas
Lisboa	Lisboa	Portugal Novo	apartam. coop. e barraca
Lisboa	Lisboa	2 de Maio	apartam. coop. e barraca
Lisboa	Lisboa	centro cidade	h. social
Setúbal	Seixal	Jamaica	prédio inacabado
Setúbal	Seixal	Quintinha	barraca
Setúbal	Seixal	Fogueteiro	h. social
Setúbal	Seixal	Zambujal	h. social
Setúbal	Almada	Picapau Amarelo	hab.soc., caravana, tenda
*			barracas
*			h. social

* entrevistas realizadas em estabelecimentos prisionais - a maioria das entrevistadas não identificou o local ("não sabe responder")

Anexo 1

LOCAIS DE RESIDÊNCIA DAS ENTREVISTADAS

Nº de entrevistas	população	Nº famílias ciganas*	Nº Pessoas ciganas (estimativa)	implantação no terreno
2	só ciganos	58	260	afastado de zona urbanizada
1	mista	12	40	zona urbanizada
1	mista	1	6	zona urbanizada
5	só ciganos	16	50	moita a 2Km da vila
3	só ciganos	12	56	zona urbanizada
2	só ciganos	80	300	zona urbanizada
1	mista	1	9	zona urbanizada
1	mista	30	130	zona urbanizada
1	mista	1	11	zona urbanizada
1	mista	1	7	zona urbanizada
1	só ciganos	6	30	zona urbanizada
3	mista	25	120	zona urbanizada
1	mista	5	40	zona urbanizada;
2	mista	25	100	afastado da zona urbana
4	mista	81	250	zona urbanizada
2	mista	20	50	zona urbanizada
1	mista	3	20	zona urbanizada
1	só ciganos	4	30	zona urbanizada
1	só ciganos	22	120	afastado de zona urbanizada
6	mista	20	87	zona urbanizada
2	só ciganos	7	50	zona urbanizada
4+1	mista	13	80	zona urbanizada
1	mista	5	25	zona urbanizada
3	mista	120	600	zona urbanizada
1	mista	12	72	zona urbanizada
2	mista	7	22	zona urbanizada
2	mista	30	150	zona urbanizada
2	só ciganos	80	300	zona urbanizada
4+1	mista	50	250	zona urbanizada
2+2	mista	150	700	zona urbanizada
1	mista	1	5	zona urbanizada
1	mista	6	36	zona urbanizada
1	só ciganos	4	24	zona urbanizada
2	mista	35	210	zona urbanizada
2	mista	100	500	zona urbanizada
2+1+1	mista	45	143	zona urbanizada
9	só ciganos			afastado de zona urbanizada
4	mista			zona urbanizada

Anexo 2

INSTITUIÇÕES QUE COLABORARAM COM ENVIO DE DADOS

Em simultâneo com o decurso da pesquisa por entrevista com mulheres ciganas, desenvolveu-se um pequeno inquérito às organizações do sector público do sistema nacional de saúde através das respectivas Administrações Regionais de Saúde e aos Projectos da Pobreza Norte e Sul e ao Rendimento Mínimo Garantido através das respectivas coordenações.

O inquérito pretendia levantar as informações existentes nessas organizações relativamente a aspectos da saúde da população cigana: dados relativos à saúde materna e infantil, dados sobre preocupações específicas de saúde dos ciganos e dados sobre as intervenções locais relativas à promoção e à prevenção de saúde dos ciganos.

A actuação dirigida à recolha das informações envolveu contactos formais e informais aos diferentes níveis das estruturas mencionadas. De uma forma geral, foram as nossas intenções muito bem recebidas nas estruturas de coordenação que, nos vários casos, forneceram as listagens das estruturas locais e as contactaram no sentido de abrir as portas à colaboração connosco. O contacto com as estruturas locais foi estabelecido, em alguns casos, mediante as estruturas intermédias; noutros casos foi feito directamente por nós.

Lamentavelmente, num dos distritos, a Comissão Nacional de Protecção de Dados, questionada por uma estrutura intermédia, entendeu dar parecer negativo à continuação do questionário apesar de este ser anónimo e preenchido pelos profissionais da instituição. Contactada diversas vezes por nós, a CNPD não veio a modificar a sua posição nem a responder aos nossos pedidos de esclarecimento.

Pelo reduzido número das respostas obtidas, não se justifica considerar os resultados obtidos por este processo, integrando-os no corpo do texto.

Dos 343 Centros de Saúde do País, foram recebidos 268 questionários preenchidos, vindos de 39 Centros de Saúde. Por definição, as respostas são relativas a crianças nascidas a partir de 1993 ou seja, crianças com idades inferiores a 8 anos. Os resultados apontam para que em alguns vectores da saúde - consulta médica de gravidez, vigilância do puerpério e vacinação

das crianças - as mulheres ciganas que frequentam os Centros de Saúde estejam ligeiramente mais integradas à medicina preventiva do que o conjunto das mulheres encontradas na comunidade. No entanto, embora em menores proporções do que as encontradas nas entrevistas, a maternidade precoce está presente em cerca de um quarto dos casos das mulheres que tiveram o primeiro filho nos últimos dois anos e a proporção de mulheres que não fizeram nenhuma consulta médica durante a gravidez é também elevada. A vigilância do puerpério e a vacinação das crianças aparecem em maior proporção de casos nesta 'amostra'. O uso de meios contraceptivos confirma a indicação das entrevistas de uma adesão bastante generalizada, apesar de aparecer em proporção inferior ao apurado nas entrevistas - o que será devido a que, no inquérito aos centros de saúde responde à questão "faz contracepção neste momento", enquanto que nas entrevistas se refere ao uso de contracepção ao longo da vida.

Nesta 'amostra' dos Centros de Saúde são referidos partos pré-termo cujo cálculo grosseiro aponta para 9% enquanto que nas entrevistas (se se fizer o mesmo tipo de cálculo: relacionar o número de casos ao número total das crianças) apenas aparece uma proporção de cerca de 1%. É verdade que este item não foi pesquisado especificamente nas entrevistas, mas a tão grande sub-representação que dele evidencia este resultado dos registos médicos, justifica um comentário no sentido da provável pouca "estranheza" que esse facto tem para as mulheres entrevistadas e daí a sua ausência nas declarações em entrevista. Se a "taxa" encontrada pelos dados dos centros de saúde for real, a experiência de parto pré-termo é relativamente frequente nas mulheres ciganas, tanto mais que é elevada a sua fecundidade.

Dos hospitais, foram recebidos 63 questionários preenchidos relativos a mulheres ciganas hospitalizadas por parto nos primeiros 7 meses do ano 2000. Esta 'amostra' não dá nenhuma informação relativamente à sua representatividade estatística, a não ser a de que ela será exaustiva, no período de tempo a que respeitou a recolha, em cada um dos serviços em que foi recolhida⁴⁴. A análise dos dados recolhidos orienta no sentido da confirmação

44 Não é possível identificar o período de tempo a que a recolha corresponde em cada caso dado que, por um lado, os serviços não respeitaram o prazo definido (por atrasos burocráticos na comunicação que motivaram que o nosso pedido só com muito atraso chegasse às pessoas que efectivamente lhe respondiam) e por outro, a data marcada em "data de preenchimento" não se referir como prevíamos, à data de hospitalização da mulher em causa mas, em alguns casos, à data de preenchimento (data única para todos os questionários de um mesmo serviço).

de que a maternidade precoce acontece, actualmente, numa proporção muito elevada dos casos - em 21 parturientes primíparas, 11 têm idade inferior a 20 anos; para além destas, outras 5, múltiparas, estão na mesma categoria de idade. Também orienta para que é efectivamente importante a proporção de mulheres que não frequentam qualquer consulta médica durante a gravidez embora com indicação de que essa consulta(s) está mais presente nos casos de primeira gravidez. A proporção de abortamentos é maior do que a que foi encontrada nas declarações das entrevistadas o que se deverá à provável melhor qualidade do registo médico nesta matéria.

Os muito limitados resultados obtidos pelos dois questionários a estruturas de segurança social⁴⁵ revelam a provável falta de atenção por parte desta estrutura à dimensão da saúde. Admite-se que se ela fosse considerada prioritária o número de respostas obtidas (interesse pelo estudo) teria sido maior e, sobretudo, que mais informações teriam sido recolhidas no total das respostas recebidas. Do total de 324 Comissões Locais de Acompanhamento do Rendimento Mínimo (CLA), foram recebidas 14 respostas. Do total de 195 Projectos de Luta contra a Pobreza, foram recebidas 52 respostas. As referências à saúde aparecem apenas em 27 casos e constam de indicações relativas a problemas ou a comportamentos de saúde (inscrição em médico de família, vacinação e doenças da população) ou a projectos de prevenção na comunidade (vacinação, informação e sensibilização).

Instituições a quem agradecemos a colaboração

Centro de Saúde de Águas Santas – Porto

Centro de Saúde de Alcanena – Santarém

Centro de Saúde de Alhandra – Lisboa

Centro de Saúde de Almodovar – Beja

Centro de Saúde do Barreiro – Setúbal

Centro de Saúde do Entroncamento - Santarém

Centro de Saúde da Golegã - Santarém

Centro de Saúde de Moura – Beja

⁴⁵ Assinala-se a percepção que temos de enorme sobrecarga de trabalho em difíceis condições por parte das(os) técnicas(os) no terreno, particularmente nas CLA; tal pode, em grande parte, justificar a não-resposta. Tivemos no entanto a percepção de que, em muitos casos, foi a via de comunicação interna que não funcionou, com as/os técnicas/os do terreno a declararem não ter recebido nenhum pedido pela via das respectivas coordenações.

Centro de Saúde Murça – Vila Real
Centro de Saúde de Ourém – Santarém
Centro de Saúde Paços de Ferreira – Porto
Centro de Saúde Ponte de Lima – Viana do Castelo
Centro de Saúde da Régua – Vila Real
Centro de Saúde de Rio Maior – Santarém
Centro de Saúde das Taipas – Braga
Centro de Saúde de Torres Novas – Santarém
Centro de Saúde de Vila Flor – Bragança
Centro de Saúde de Vila Pouca Aguiar – Vila Real
Centro de Saúde de Vila Real – Vila Real
Centro de Saúde de Vila Nova de Poiares – Coimbra
Centro de Saúde Barão do Corvo – Porto
Centro de Saúde Alcântara – Lisboa
Centro de Saúde de Lumiar – Lisboa
Centro de Saúde da Azambuja – Lisboa
Centro de Saúde de Oeiras – Lisboa
Centro de Saúde de Almeirim – Santarém
Centro de Saúde de Coruche – Santarém
Centro de Saúde de Vila Nova da Barquinha – Santarém
Centro de Saúde da Amora – Setúbal
Centro de Saúde do Montijo – Setúbal
Centro de Saúde de Sines – Setúbal
Centro de Saúde de Salvaterra de Magos – Santarém
Centro de Saúde de Guimarães – Braga
Centro de Saúde de Alcochete – Setúbal
Centro de Saúde do Bonfim – Setúbal
Centro de Saúde de Graça – Lisboa
Centro de Saúde de Algueirão – Lisboa
Centro de Saúde de Penha de França – Lisboa
Centro de Saúde da Ajuda - Lisboa
Hospital Distrital de Bragança
Hospital Pedro Hispano – Matosinhos
Hospital Geral de Santo António – Porto
Hospital de Santo Tirso – Santo Tirso
Hospital de São Marcos - Amarante
Maternidade de Júlio Dinis – Porto
Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra
Hospital de Santarém – Santarém

Projectos Pobreza Sul

Projecto de Apoio à Recuperação e Melhoramento de Habitações no Concelho – Moura – Beja

Projecto de Desenvolvimento Integrado em Zonas Urbanas Degradadas – Castelo Branco

Projecto Um Olhar sobre a Sertã – Castelo Branco

Projecto de Intervenção Comunitária da Cidade de Intramuros de Évora – Évora

Projecto de Intervenção Comunitária do Concelho de Reguengos de Monsaraz – Évora

Projecto de Desenvolvimento Integrado do Concelho de Mourão – Évora

Projecto Água/Vida em 2000 – Portel – Évora

Projecto para o Desenvolvimento Social do Concelho do Redondo – Évora

Projecto Integrado de Desenvolvimento Comunitário Sol Nascente – Faro

Projecto Já é Verão – Nazaré - Leiria

Projecto Integrado do Bairro da Boavista - Lisboa

Projecto Construir – Lisboa

Projecto Promover a Cidadania – Sintra – Lisboa

Projecto Residência Temporária para Grávidas Adolescentes – Lisboa

Projecto Moinho D'AL – Cascais – Lisboa

Projecto Autonomia 2000 – Lisboa

Projecto de Desenvolvimento Comunitário no Bairro de Carenque – Amadora – Lisboa

Projecto Galiza – Cascais – Lisboa

Projecto Desenvolv. Integrado Freguesias de Comenda e Margem – Gavião – Portalegre

Projecto Integrado de Ponte de Sôr – Portalegre

Projecto Viver Melhor em Póvoa e Meadas – Castelo de Vide – Portalegre

Projecto Intervenção Comunitária para o Desenvolvimento de Marvão – Portalegre

Projecto Ajudar a Viver – Portalegre

Projecto de Desenvolvimento Integrado de Coruche – Santarém

Projecto Janela Aberta – Tomar – Santarém

Projecto de Intervenção Social do Bairro da Caneira – Montijo – Setúbal

Ser Solidário Centro de Acolhim. Temporário Crianças em Risco – Caldas da Rainha – Leiria

Projecto Pobreza Norte

Águeda Solidária – Aveiro

Inovar Estarreja – Aveiro

Cooperar para Crescer – Sever do Vouga – Aveiro

Inovar Amares – Braga

Entre Margens do Neiva ao Cávado – Braga

Esposende Solidário – Braga

Projecto de Desenvolvimento Integrado de Cabeceiras de Basto – Braga

Uma Cultura para o Desenvolvimento – Fafe – Braga

Intervenção Social nos Bairros Sociais de Gondar e Atouguia – Guimarães
– Braga

Projecto de Desenvolvimento Integrado de Vieira do Minho – Braga

Novos Rumos – Vila Nova de Famalicão – Braga

Mãe D'Água – Direito à Cidadania – Bragança

Projecto de Intervenção Comunitária no Combate à Desprotecção Social –
Arganil – Coimbra

Mulheres em Situação de Risco Social – Coimbra

Desenvolver Mira – Coimbra

Ermesinde – Cidade Aberta – Porto

Penafiel – Novos Caminhos – Peroselo – Porto

Reconstruir Aldoar – Porto

Fundação para o Desenvolvimento da Zona Histórica do Porto – Porto

Melgaço Solidário – Viana do Castelo

Dar Vida dos Anos - Monção – Viana do Castelo

Projecto de Desenvolvimento Integrado do Concelho de Ponte de Lima –
Viana do Castelo

Cerveira Fraterna – Vila Nova de Cerveira – Viana do Castelo

Habitação e Promoção Social do Concelho de Viseu – Viseu

Vouzela Solidariedade – Viseu

Rendimento Mínimo Garantido

CLA Alfândega da Fé

CLA Braga

CLA Carraceda de Ansiães

CLA Évora

CLA Maceda de Cavaleiros

CLA Mirandela

CLA Peso da Régua

CLA Porto (1)

CLA Porto (2)

CLA Porto (3)

CLA Serpa

CLA Torre de Moncorvo

CLA Vila Nova de Famalicão

CLA Vimioso

Estabelecimento Prisional de Tires e do Porto

Colecção Olhares

01 PONTES PARA OUTRAS VIAGENS

Escola e comunidade cigana: representações recíprocas

Luiza Cortesão, Stephen Stoer, Maria José Casa-Nova, Rui Trindade

