



**Mulheres ciganas e saúde: As implicações da  
espiritualidade/religiosidade nos cuidados de saúde**

**Estudo Exploratório**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Topa e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Estefânia Silva

Joana Catarina Soares Silva, 29279

Janeiro, 2020

## Agradecimentos

A realização da dissertação de mestrado foi uma longa jornada, repleta de diversos momentos de ansiedade, medos, angústias e incertezas, mas que foram ultrapassados com importantes apoios, suportes e encorajamentos. Sem eles nunca teria conseguido e por isso estou eternamente grata.

À professora Doutora Joana Topa, agradeço a orientação, motivação, apoio e disponibilidade. Obrigada por ter acreditado sempre em mim e ter sempre uma palavra de reconforto e de incentivo.

À professora Doutora Estefânia Silva pela sua visão crítica, pela total colaboração e prestação de auxílio, bem como por toda a força e carinho prestado.

Aos/Às profissionais, às instituições e a todas as participantes pela disponibilidade, cooperação, empatia e ajuda na recolha de dados.

À minha família (mãe, pai, irmão e cunhada) pelo amor incondicional, pelos estímulos nesta caminhada, por apoiarem sempre as minhas decisões e acompanharem todo o meu percurso académico. Sem eles/as nada seria possível!

Ao meu namorado por estar sempre presente. Pela paciência, compreensão, amor, companheirismo, apoio incondicional e por colorir e cativar a minha vida diariamente.

Aos/Às meus/minhas amigos e amigas por me ajudarem e ampararem nos diversos momentos de construção desta tese. Um agradecimento especial à Inês e à Mary que são duas pessoas extraordinárias e incansáveis que estiveram sempre presentes nos momentos cruciais desta longa viagem.

A todos e a todas vocês, obrigada!

## Resumo

A presente investigação teve como principal objetivo compreender e analisar as perspectivas das mulheres ciganas sobre a sua saúde e os seus cuidados. Além disso, pretendeu-se analisar o impacto e a ligação da espiritualidade/religiosidade ao nível da saúde, e perceber se pode ou não impactar, positivamente ou negativamente. Desta forma, estudar e explorar as suas experiências pessoais, familiares e em comunidade. Para um melhor enquadramento da literatura e compreensão das realidades das comunidades ciganas portuguesas, foram realizadas quatro entrevistas exploratórias com profissionais que trabalham diretamente com estas comunidades. Posteriormente, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, a oito mulheres ciganas, residentes no distrito do Porto. Os dados foram analisados recorrendo à Análise Temática (Braun & Clarke, 2006). Concluímos com este estudo que existe uma elevada assimetria de poder nos serviços de saúde, o que por sua vez acarreta implicações na utilização e acesso aos serviços, bem como nas estratégias de prevenção e cuidados de saúde. Verificou-se também que a espiritualidade/religiosidade se reconhece como um poder superior, Deus, que influencia positivamente a saúde (bem-estar e suporte emocional) no quotidiano destas mulheres, atuando como um fator de proteção (resiliência, otimismo, *coping*). Estes resultados vêm reforçar a magnitude de trabalhar as necessidades interdependentes, das realidades complexas e multiproblemáticas, em que estas mulheres vivem. Ainda, fomentar o empoderamento e equidade das mulheres ciganas visto que estas têm um papel fundamental dentro das suas famílias e comunidades.

**Palavras-chave:** Mulheres ciganas, saúde, espiritualidade/religiosidade

### *Abstract*

The main objective of this research was to understand and analyze the perspectives of Roma women about their health and health care. In addition, it was intended to analyze the impact and connection of spirituality/religiosity at the health level, and to understand whether it can impact, positively or negatively. Thus, study and explore their personal, family and community experiences. For a better framework of literature and understanding of the realities of Portuguese Roma communities, four exploratory interviews were conducted with professionals working directly with these communities. Subsequently, semi-structured interviews were conducted, to eight Roma women, living in the Porto district. The data was analyzed using the Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006). We concluded with this study that there is a high asymmetry of power in health services, which in turn has implications for the use and access to services, as well as in prevention and health care strategies. It was also found that spirituality/religiosity is recognized as a higher power, God, who positively influences health (well-being and emotional support) in the daily lives of these women, acting as a protective factor (resilience, optimism, coping). These results reinforce the magnitude of working on interdependent needs, complex and multiproblematic realities, in which these women live. Furthermore, fostering the empowerment and equity of Roma women as they play a key role within their families and communities.

**Keywords:** Gypsy women, health care, spirituality/religiosity

## Índice

INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
CAPÍTULO I- Comunidades Ciganas Portuguesas .....	3
1.Comunidade cigana .....	3
1.1 Cultura cigana portuguesa .....	4
1.2. Caracterização das comunidades ciganas em Portugal: dos números à realidade7	7
CAPÍTULO II- Saúde e Comunidades Ciganas .....	10
2. Saúde .....	10
2.1. Políticas de saúde portuguesas .....	10
2.2. Saúde na comunidade cigana.....	12
2.3. Estudos empíricos sobre saúde e comunidades ciganas .....	16
2.4 Mulheres ciganas e saúde .....	18
CAPÍTULO III- Espiritualidade/Religiosidade .....	21
3. Espiritualidade/Religiosidade e saúde .....	21
3.1 Espiritualidade e religiosidade.....	21
3.2 Espiritualidade/Religiosidade e a Psicologia Positiva.....	25
3.3 Espiritualidade/Religiosidade e saúde nas comunidades ciganas.....	26
PARTE II – MÉTODO .....	29
1. Problema de investigação e questões de partida.....	29
2. Objetivos.....	30

3. Participantes.....	31
5. Técnica de recolha de dados .....	32
6. Procedimentos .....	33
7. Técnicas de análise dos dados .....	35
8. Apresentação de Resultados .....	36
8.1 Perspetivas das mulheres ciganas sobre o estado de saúde e cuidados de saúde	37
8.1.1 Estado de saúde.....	37
8.1.2 Problemas de saúde na comunidade cigana.....	38
8.1.3 Caracterização dos cuidados de saúde .....	40
8.1.3.1 Estratégias utilizadas .....	40
8.1.3.2 Serviços de saúde mais utilizados .....	42
8.1.3.3 Barreiras nos serviços de saúde.....	42
8.1.4 Implicações Espiritualidade/Religiosidade.....	43
9. Discussão de Resultados.....	45
Parte III- Considerações finais.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS .....	72
Anexo A - Guião de entrevista (Mulheres ciganas) .....	72
Anexo B - Consentimento informado (Profissionais) .....	74
Anexo C - Guião de entrevista (Profissionais) .....	75
Anexo D – Ofício .....	77
Anexo E - Consentimento informado (Mulheres ciganas) .....	78

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Caracterização das Participantes.....	32
--	----

**Índice de Figuras**

Figura 1 - Mapa de Temas e Subtemas.....	36
--	----

**Lista de Siglas**

ACIDI	Alto Comissariado para Imigração e Diálogo Intercultural
ACM	Alto Comissariado para as Migrações
CSDH	Commission on the Social Determinants of Health
E/R	Espiritualidade/Religiosidade
EU	União Europeia
FSG	Fundación Secretariado Gitano
OMS	Organização Mundial de Saúde
REAPN	Rede Europeia Antipobreza Portugal
SNS	Serviço Nacional de Saúde
WHO	World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Estima-se que no mundo existam 12 milhões de pessoas ciganas, sendo a sua maioria residente na Europa. As maiores comunidades concentram-se em países da Europa Central, como a Roménia, ex-Jugoslávia, Bulgária, Hungria, Eslováquia e República Checa (Moutouh, 2000 as cited in Mendes, Magano, & Candeias, 2014). Portugal tem várias comunidades ciganas radicadas há mais de cinco séculos. Embora sejam cidadãos e cidadãs portugueses/as de direito foram no passado e continuam a ser, no presente alvo de discriminação, racismo e desigualdade social (Mendes, Magano, & Candeias, 2014). Simultaneamente, estas comunidades são, não raras vezes, confrontadas com situação de pobreza e exclusão social. Estas situações, que muitas vezes se confluem, constituem-se como fatores de risco com reflexos diretos e indiretos no seu estado de saúde e consequentemente na procura de cuidados de saúde.

As mulheres ciganas assumem um papel relevante nos contextos familiares, uma vez que são as principais responsáveis pela educação, das normas e dos valores culturais no seio familiar, bem como responsáveis pelas questões da saúde, não só em termos preventivos como remediativos. No contexto social estas mulheres acabam também por ser alvo de discriminação e desigualdade que se corporizam desde as dificuldades no acesso ao emprego, a apoios sociais, a formação profissional e à saúde (Magano, 2017).

Deste modo, percebendo que as realidades das comunidades ciganas no domínio da saúde, pautadas por desigualdades e iniquidades, não se encontram devidamente estudadas, e que, o sexo/género surge como um determinante social com reconhecido impacto nos indicadores de saúde (Prazeres et al., 2007) decidimos debruçar o nosso foco investigativo sobre a realidade de mulheres ciganas e saúde. Para tal, propusemo-nos analisar três fatores chave que contribuem, direta e indiretamente, para a condição de saúde das comunidades ciganas: o estado de saúde das pessoas, os determinantes de saúde com especial enfoque nas

questões da espiritualidade/religiosidade (E/R) e o acesso aos cuidados de saúde (Padilla & Miguel, 2009).

Assim, desenvolveu-se um estudo exploratório de cariz qualitativo, que nos permitiu aceder aos discursos, às perspetivas e realidades das mulheres ciganas entrevistadas (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Todo o conhecimento produzido, foi geograficamente e historicamente localizado (Haraway, 1988), partindo-se do pressuposto de que as feminilidades das participantes, adquirem um estatuto mais ou menos dominante, marginalizado ou estigmatizado e que levam a diferentes consequências na sua saúde.

O presente estudo está dividido em três partes: o enquadramento teórico, o método e as considerações finais. A primeira parte, pretendendo ser uma contextualização da problemática em questão, está subdividida em três capítulos. O capítulo I intitulado *Comunidades Ciganas Portuguesas* contextualiza as comunidades ciganas portuguesas, desde o conceito de comunidade; como e onde tiveram origem as comunidades ciganas; e ainda, a sua caracterização cultural até à sua representação quantitativa. O capítulo II *Saúde e Comunidades Ciganas* problematiza as questões da saúde nas comunidades ciganas. Adicionalmente, o capítulo III *Espiritualidade/Religiosidade* problematiza a E/R, compreendendo e analisando a sua interligação ao nível da saúde.

A segunda parte diz respeito à metodologia, onde se integra a componente empírica deste trabalho, incluindo a pergunta de partida, objetivos, a caracterização dos/as participantes, os procedimentos, a técnica de recolha de dados e análise dos dados, apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos.

Por fim, apresenta-se as considerações finais onde se evidenciam as conclusões da investigação e se faz uma alusão às limitações que foram surgindo ao longo da investigação terminando com algumas sugestões para estudos futuros.

## PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### CAPÍTULO I- Comunidades Ciganas Portuguesas

#### 1.Comunidade cigana

O conceito de comunidade é compreendido como um fenómeno histórico e social, que invoca diferentes significados no tempo e no espaço. Pode-se definir comunidade como um agrupamento de indivíduos, que partilham de forma intensa e íntima, ideias e sentimentos (Aldelson, 1986). O sentimento de comunidade é o sentimento de pertença cultural, de localidade, de ligação, de partilha mútua e de compromisso, no qual os sujeitos detêm tradições, costumes e crenças comuns. Este sentimento pode existir também nas relações de parentesco, amizade e vizinhança entre alguns membros, sendo essas relações vivenciadas individualmente, mas como um todo partilhado (Dias et al., 2006; Duarte et al., 2005; Fernandes, 2000).

Nesta perspetiva, o termo *cigano* é uma denominação que surgiu no século XV, na Europa Ocidental (Moonen, 2012). Esta designação é adotada para descrever uma minoria étnica ou um grupo que, globalmente, compartilha de um conjunto de características culturais comuns (e.g., valores e tradições familiares que estes/as detêm e foram passadas através das diferentes gerações) e está, ou foi, associado com povo nómada (Van Cleemput, 2018). O termo cigano, *gypsy*, *gitano*, viajantes, nómadas, *rom*, bem como, outras 30 terminologias podem ser encontradas na literatura como designações do mesmo povo (Van Cleemput, 2017).

O indivíduo cigano tem um forte sentido de pertença étnica e precisa de manter o estilo de vida itinerante, a sua cultura e as suas características (Van Cleemput, 2018). Desta forma, a própria identidade que as pessoas ciganas assumem vai variando consoante o grupo a que pertencem. Por sua vez, não se pode generalizar, mas sim, ter em consideração que cada uma pode ter uma identidade própria e que só elas podem definir qual é. Segundo a literatura,

existem indivíduos, que se auto identificam como *Rom*, *Sinti* e/ou *Calon*. Estes grupos também são conhecidos, de forma genérica, pela expressão *Romani* (Van Cleemput, 2017).

Podemos então distinguir pelo menos três grandes grupos: i) os *Rom*, ou *Roma*, que por sua vez, falam a língua romani e são divididos em vários subgrupos, com denominações próprias, como os *Kalderash*, *Matchuaia*, *Lovara*, *Curara*. Os *Rom* são predominantes nos países balcânicos, contudo, a partir do século XIX emigraram também para outros continentes. Os *Rom*, são os mais estudados pois encontram-se em maior proporção em diversos países Europeus. Estes/as costumam autodenominar-se como ciganos/as autênticos/as, o que leva a alguns estudos europeus a adotar o termo *rom* (roma people) como denominação diplomaticamente correta (Magano, 2017); ii) os *Sinti* ou *Manouch*, articulam a língua sintó e residem maioritariamente na Alemanha, Itália e França; iii) os *Calon* ou *Kalé*, são conhecidos como os *Ciganos Ibéricos* ou *Gitanos*. Estes vivem maioritariamente em Portugal e Espanha embora, se tenham dispersado no decorrer dos tempos para outros países da Europa ou tenham sido deportados e/ou migrado para a América do Sul. A língua predominante neste grupo é a caló (Moonen, 2012).

### **1.1 Cultura cigana portuguesa**

Em Portugal, as primordiais referências literárias sobre a comunidade cigana, assinalam-se no princípio do século XIV, destacando-se no “Cancioneiro Geral”, de Garcia de Resende e no “Auto das Ciganas”, de Gil Vicente. Assim, a etnia cigana tem vindo a acomodar-se e a criar as suas raízes desde então (Magano, 2017).

Com a implementação da democracia em Portugal, a 25 de Abril de 1974, ocorreu a inserção de medidas políticas sociais que permitiram conceder direitos de cidadania à comunidade cigana, principalmente a partir do Plano Nacional de Ação para a inclusão social 2008-2010 em que pela primeira vez são referenciados os/as ciganos/as como população alvo. É ainda importante, salientar o Relatório Parlamentar da Comissão de Ética (CPESC, 2009) e,

mais recentemente, a Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas (ENICC), contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida dos/as ciganos/as portugueses/as e para promoção da igualdade de oportunidade e da inclusão social (ACIDI, 2013).

Os/as ciganos/as portugueses/as desde o século XVIII que conferem uma única língua comum, a língua romani, parcialmente de origem indiana, embora tenha também inúmeras palavras de origem persa, turca, grega, romena e de outros países por onde passaram (Junior, 2013). Também, possuem um hino, uma bandeira e uma data internacional dedicada a todos os indivíduos de etnia cigana, comemorada no dia oito de abril, tendo sido constituída no primeiro congresso mundial cigano, em Londres de 1971 (Sousa, 2010).

A cultura da etnia cigana portuguesa é considerada fundamentalmente como uma herança que se transmite de geração em geração e que não é veiculada pela hereditariedade biológica, mas sim pela aprendizagem. É transmitida para os/as filhos/as quando os/as progenitores/as são ciganos/as, e perdem esta mesma identidade quando se desviam das tradições por vontade própria ou quando são expulsos/as, por terem infringido as leis da etnia (Francis, 2013). Representa assim uma série de normas e tradições, sendo que reconhecem como um sentido de identidade e pertença comum. Esta mesma identidade está tão enraizada e vinculada que detém, por sua vez, efeitos protetores como de ajuda em comunidade e de um sentimento de orgulho (FSG, 2014).

No que respeita ao contacto das comunidades ciganas com outras culturas, conforme a proximidade e o convívio, estas vão-se apropriando e agregando dos aspetos da sociedade circunjacente, assistindo-se a diversas formas e ritmos de aculturação, desenvolvimento e trocas de traços culturais (Smith & Ruston, 2013). Nestes processos de encontros e desencontros, resultantes da itinerância, dos percursos das comunidades ciganas, é necessário

considerar que cada povo detém as suas singularidades e subjetividades (Meneghetti & Silva, 2018).

Entre os traços culturais mais predominantes e particulares podemos considerar: i) a família como eixo basilar que representa a transmissão de valores e educação, onde a constituição de grupo é mais importante do que do elemento individual; ii) o sentimento de homogeneidade e/ou de origem comum; iii) a hierarquia social, familiar e comunitária, de acordo, com os papéis desempenhados segundo a idade e o género, assim como, a estima e o respeito pelas pessoas mais velhas; iv) o respeito pelas palavras; v) a relevância dos diversos valores como a hospitalidade, solidariedade, o acolhimento e a manifestação religiosa do culto (por exemplo, a igreja evangélica mas não a única, divergindo de comunidade para comunidade); vi) ainda, o simbolismo atribuído às mulheres, como alegoria de cuidadora e transmissora dos valores e cultura, tal como, o comprometimento de proteger o agregado familiar; vii) e, por último, a proteção das raparigas solteiras desde cedo (FSG, 2014).

Singularmente, as comunidades ciganas, vivenciam o luto de forma respeitosa. Neste sentido, o luto é percecionado como um estado emocional de dor e sofrimento, pela morte ou perda de alguém, familiar ou amigo que condiciona as atividades diárias, sociais e laborais das pessoas ciganas e interfere na forma como se apresentam (i.e., passam a vestir roupas pretas) (Vicente, 2009).

Tradicionalmente, as pessoas de etnia cigana dedicam-se ao artesanato e ao comércio ambulante (e.g., feiras, romarias, festas populares), pois preferem um trabalho autónomo que lhes possibilite um maior controlo e independência, quer ao nível da organização do seu quotidiano como ao nível dos seus horários (Sousa, 2007). Porém, com o advento da simultaneidade e a afluência, quer de indústrias substitutas de certos produtos artesanais, quer das grandes superfícies comerciais, há um resignado desenvolvimento de uma crescente precariedade e instabilidade socioeconómica (Fernandes, 2015).

As comunidades ciganas portuguesas são heterogéneas e estratificadas por linhagens, por territórios urbanos ou rurais, sedentários ou nómadas, evangelizadas ou católicas, e com ou ausência de escolaridade (Mendes & Magano, 2013). Em síntese, as comunidades ciganas detêm particularidades relativamente à sua composição, organização, situação social, estilo de vida e comportamento (Magano, 2017).

## **1.2. Caracterização das comunidades ciganas em Portugal: dos números à realidade**

Atualmente, considera-se que existem cerca de 40 a 60 mil cidadãos/ãs ciganos/as portugueses/as. A população cigana representa sensivelmente 0.4%, da população portuguesa. Esta percentagem é um pressuposto alargado, bastante complexo de aprimorar, por ausência de agentes de informação concretos. Mesmo assim observa-se que as comunidades ciganas têm um peso restrito na essência da população portuguesa. Porém, apesar da idealização instalada, estima-se que 90% dos ciganos/as em Portugal são sedentários e concebe-se que estão maioritariamente presentes nas regiões de Lisboa, Setúbal, Porto, Aveiro, Faro, Beja, Santarém, Braga e Castelo Branco (Magano & Mendes, 2014). Não obstante, diversas análises explicam, ainda, que nos últimos anos, não existe homogeneidade cultural entre os vários povos ciganos portugueses e mesmo a descrição de diferentes formas de inserção social, económica e espacial (Mendes, 2007; Sousa, 2013). Estima-se que entre 16% a 31% da população cigana viva em condições precárias, enquanto os dados sobre o conjunto da população portuguesa apontam para 0.8% da população a viver nessas condições (CPESC, 2009; Neves, 2013).

Em Portugal, os/as ciganos/as são considerados/as como uma comunidade não (re)conhecida, pois ao longo da sua história e, tal como acontece atualmente, defrontam-se com muitos obstáculos à sua integração na sociedade portuguesa dominante. Deste modo, não são reconhecidos/as nem como uma minoria nacional, nem como uma minoria étnica, assumindo-se, então, os/as ciganos/as como cidadãos nacionais, sem direitos, sem garantias ou proteção

de caráter especial, não subsistindo medidas de políticas públicas dirigidas especificamente a pessoas ciganas (Dias et al., 2006; Magano, 2017).

Este não reconhecimento e desconhecimento sobre os seus modos de vida, a sua dimensão demográfica e o seu contributo social, cultural e económico (Magano, 2014) tem promovido, segundo Taylor (1998), imagens limitativas, deformadas, de inferiorização e de desprezo que afetam e restringem negativamente a vida destas pessoas, configurando-se como uma forma de opressão (Mendes & Magano, 2014). Por sua vez, são consideradas pobres, com baixa escolaridade e encontradas a viverem em habitações precárias, sendo este grupo um dos principais alvos de racismo e de discriminação nas sociedades modernas (Rosário et al., 2006).

Em conformidade, a sociedade dominante e as instituições oficiais, continuam atualmente a classificar os/as ciganos/as como “nómadas”, acusando-os de parasitismo social e económico e responsabilizando-os/as pela deterioração do “clima social” de convivência nos espaços em que residem (Fernandes, 2015; Mendes, 2007). Esta situação deriva, habitualmente, da associação enviesada que os liga ao tráfico de drogas e estupefacientes, o que facilmente se transforma em estereótipos generalizados (Castro, 2010). Também entendidos como “atrasados” em relação à sociedade circundante e até mesmo entre diferentes grupos de ciganos/as há essa acusação, usando elementos explicativos de maior ou menor resistência à adaptação a novos tempos e aos novos desafios das sociedades modernas (Lopes, 2008; Magano, 2010).

Neste contexto, os preconceitos para com os/as ciganos/as foram sendo ampliados com o decorrer dos séculos, no imaginário popular, o que provocou, por outro lado, um maior isolamento entre os grupos. No que respeita à discriminação, esta afeta áreas como o emprego, onde, por um lado, estes/as não são escolhidos/as simplesmente por serem de etnia cigana ou, por outro lado, sofrem de assédio racista no local de trabalho. Na educação, a segregação ou a desvalorização do sistema formal de ensino representam desafios à integração das comunidades

(Magano & Mendes, 2016). Na justiça encontramos problemáticas diversas, desde a identificação do sujeito, à notificação, ao não reconhecimento ao casamento pela lei portuguesa, e/ou comportamentos emotivos para as instituições ou oficiais de justiça. Por último, a pouca consciencialização acerca da importância na educação, prevenção e promoção da saúde e de um estilo de vida saudável, muitas vezes pela falta de informação e escassez de redes de sociabilidade de suporte (Magano et al., 2014).

Apesar das transformações sociais e das melhorias das condições das comunidades, podemos concluir que perante as circunstâncias de discriminação e de preconceito, se gera uma maior invisibilidade social para com os/as ciganos/as, indissociáveis às características e contextos socioeconómicos de pobreza e exclusão (Villanoa et al., 2017). Por sua vez, o isolamento social está agregado à falta de informação, de educação e conhecimento (Costa et al., 2008). Implicitamente, a integração de um estilo de vida mais saudável, da escolarização e/ou das práticas e prevenção de saúde, ficam muitas vezes comprometidas devido a fatores complexos e multidimensionais (Casa Nova, 2002; Fonseca et al., 2005). Assim, os contextos de vida desfavoráveis conduzem a fatores vulneráveis, tais como, habitacionais (designadamente sem eletricidade, água potável e saneamento), de empregabilidade (discriminação étnica e racial), de saúde (comprometimento de uma alimentação saudável e salubridade) e de educação (afastamento escolar). Em suma, a exclusão social à qual assistimos atualmente influencia significativamente todos os contextos de uma comunidade cigana uma vez que todos estes estão interligados (ACIDI, 2013; Casa Nova, 2009; Magano et al., 2014; Magano & Mendes, 2013).

## **CAPÍTULO II- Saúde e Comunidades Ciganas**

### **2. Saúde**

#### **2.1. Políticas de saúde portuguesas**

Desde meados do século XX que surgiu a necessidade de adjetivar o termo saúde como algo mais específico, uma vez que, as definições biomédicas não abarcavam todas estas outras formas de pensar. Até então, o conceito de saúde era explicado de acordo com o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e a experiência humana (Teixeira, 2007). Neste sentido, e de forma a termos um significado coeso entre as diversas organizações internacionais, surgiu a necessidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986), de definir saúde como um estado positivo de bem-estar físico, psicológico, espiritual e social, e não apenas como ausência de doenças ou enfermidades (Carvalho & Carvalho, 2006).

A saúde é um direito humano fundamental, grupal e individual, que se ergue como um construto multifatorial (e.g., género, idade, fatores genéticos, influências sociais, comunitárias e socioeconómicas) (Teixeira, 2007). Indaga-se que a saúde resulta de diversos fatores que intervêm no quotidiano dos sujeitos, os imodificáveis (genéticos) e os transformáveis (comportamento, meios de vida e/ou aspetos socioeconómicos) (Magano & Mendes, 2013). Com a definição de saúde vêm agregado o encargo da responsabilidade, no sentido em que, a estima e cuidado da mesma depende de cada sujeito, bem como a maneira responsável de confiar nos serviços médicos e descentralizar os recursos terapêuticos tradicionais e não cientificamente aprovados (Silva, 2005; Teixeira, 2007).

O modelo biopsicossocial caracteriza a saúde como a ausência de doença, a presença de um estilo de vida saudável, tal como a definição de objetivos de vida, capacidade de adaptação e resiliência. Esta abordagem reflete a integração do psicológico *psico* (comportamento, emoções, crenças, *coping*, dor, entre outros), do meio ambiente *social* (classe social, emprego e grupo étnico), no modelo biomédico tradicional *bio* (vírus, bactérias e

defeitos estruturais) (Fernandes, 2008). Transversalmente, coloca à tónica uma abordagem multidisciplinar nas diversas áreas e serviços de saúde (Reis, 2005).

Em Portugal, a Constituição da República estabelece para todas/os as/os cidadãos/ãs o direito à saúde e à proteção da saúde (artigo 64.º) (Diário da República, I Série-A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de Agosto de 2005), ou seja, verifica-se que a assistência médica e os cuidados de saúde constituem um dos pilares do Estado Social (Silva, 2005). Com a preconização do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, em Portugal, sucedeu-se uma reconfiguração dos sistemas e centros de saúde, com o intuito de dar mais estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários e para um melhor acesso aos mesmos (Leal, Pimenta, & Marques, 2012). Também, a saúde em Portugal, segundo a Lei de Bases da Saúde, aprovada em 1990, reconhece-se o direito das pessoas à prestação de cuidados globais de saúde, consubstanciando a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral e tendencialmente gratuito, uma vez que atende às condições económicas e sociais das/os cidadãos/as (Diário da República, I Série, n.º 195, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Neste sentido a saúde passou a ser percecionada, sentida e vivida pela população com uma maior relevância e tendo em conta os contextos económicos e sociais das/os cidadãos/ãs (Diário da República, I Série, n.º 195, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

O SNS assenta na premissa da medicina, em contexto de saúde e doença, sendo que, agrega com esta premissa a universalidade dos acontecimentos referentes ao corpo humano, tanto na doença como na saúde (Roque, 2015). Isto é, para além dos recursos e sistemas de saúde, devemos ter em conta a prevenção, coadjuvada com os cuidados alimentares, exercício físico, sono e o consumo de álcool ou de tabaco (Silva, 2005). Adicionalmente, a assistência é facultada através de unidades de cuidados primários à saúde, centros de saúde, e por hospitais repartidos pelas cinco regiões do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) (Monteiro et al., 2017).

## 2.2. Saúde na comunidade cigana

No relatório de apresentação Carta Magna, descreve-se a seguinte conjuntura: “*Em todo o mundo, as pessoas pobres e vulneráveis têm menos acesso aos cuidados de saúde, padecem de mais doenças e morrem mais cedo do que as pessoas mais privilegiadas*” (OMS, 2006, p. 19). De facto, a pertença a um grupo étnico minoritário pode levar a um comprometimento do acesso ou utilização dos serviços de saúde. As desigualdades económicas, educacionais, habitacionais e sociais, ou a falta de adaptação ou inclusão pode influenciar a saúde das pessoas e das comunidades (Magano & Mendes, 2013). Os sistemas de exclusão e marginalização social são a principal causa das desigualdades na saúde nas minorias étnicas, resultando, por sua vez, num acesso e a utilização desigual, que as pessoas possam fazer dos serviços de saúde (CSDH, 2008; Vicente, 2009).

Neste sentido, as dimensões dos acessos aos cuidados de saúde não são dissociáveis das questões de *equidade* no SNS, com base na apropriação técnica da prestação dos cuidados ou a questão de justiça relativamente ao direito do acesso aos mesmos (Braveman & Gottlieb, 2014). Por sua vez, são indissociáveis das questões de género, de etnicidade e classe social (Lopes, 2005).

As particularidades culturais estão intimamente interligadas entre comunidade e saúde. Assim, apropria-se que o contexto sociopolítico (políticas sociais e macroeconómicas, governação e valores), está diretamente ligado às determinantes sociais e culturais, fatores predisponentes (educação, saneamento básico, profissão, desemprego e estrutura familiar) e aos fatores capacitantes (rendimentos e local de residência), sendo que, por sua vez, estes estabelecem correlação com fatores mediadores (fatores biológicos (sexo, idade e genética), estilos de vida, literacia em saúde e atitudes perante a saúde e os serviços da mesma) e sistema de prestação de cuidados (disponibilidade e proximidade, qualidade, custo e aceitação), e todos

estes fatores interferem no comportamento da comunidade cigana e conduz às desigualdades na saúde (Furtado & Pereira, 2010; Oliveira, 2018).

Relativamente à educação, estudos revelam que 90% dos/as jovens ciganos/as, entre os 18 e os 24 anos (91% raparigas e 89% rapazes), abandonaram prematuramente o ensino/formação. E ainda, 13% dos indivíduos ciganos investigados declararam ter sido discriminados/as pela sua etnia e que 19% das crianças (6 e os 15 anos), estudavam em turmas que maioritariamente os/as colegas era cigano/a (FRA, 2016).

De acordo com o Instituto da Habitação e de Reabilitação Urbana (2015), indica que 45% das habitações não clássicas são ocupadas por famílias ciganas (32% em habitação não clássica e 46% em habitação social). Paralelamente, o estudo de FRA (2016) revela que 75% das pessoas ciganas portuguesas, com 16 e mais anos, afirmaram ter sido discriminadas por serem ciganas no acesso à habitação, nos últimos cinco anos (ACM, 2018).

Segundo a Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia relativos a Portugal em 2016, revela a nível de emprego, que 52% dos/as jovens ciganos/as, entre os 16 e os 24 anos, não trabalhavam, não estudavam e não estavam em formação (67% de mulheres e 36% de homens); a taxa de trabalho remunerado das mulheres e homens ciganos, entre os 20 e os 64 anos (incluindo atividades por conta própria e trabalho ocasional ou trabalho) era de 35%. Também, 76% dos indivíduos ciganos, com 16 e mais anos, declararam ter sido discriminadas por serem ciganas quando procuraram emprego, nos últimos cinco anos (ACM, 2018).

Não obstante, a relação entre os determinantes sociais e a saúde está intimamente interligada às assimetrias de poder que caracterizam a exclusão social. Dado que a natureza multidimensional da exclusão social resulta numa realidade complexa e multiproblemática, convergindo as necessidades interdependentes num círculo vicioso, o qual acaba por limitar as oportunidades de aceder aos cuidados de saúde e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar (Padilla, Hernández-Plaza, & Ortiz, 2013).

No que concerne aos acessos aos cuidados de saúde, ao nível do sistema de prestação de cuidados, reconhecem-se cinco fatores que podem imiscuir-se, desde a disponibilidade (contingência da utilização dos cuidados de saúde e/ou sujeita à oferta do tipo de cuidados assegurados pela rede pública); proximidade (dificuldade no acesso aos serviços de saúde condicionante fisicamente ou geograficamente); custos (podem estar incluídos nos cuidados de saúde, desde a comparticipação de medicação, transportes, aquisição dos cuidados ou o custo de espera pelo atendimento); qualidade (organização dos serviços, em termos de horários, agendamento de consultas e integração); e aceitação (necessidade e expectativas) (Furtado & Pereira, 2010). Em suma, os acessos em saúde e a utilização de cuidados da mesma, resultam no estado de saúde atual (Furtado & Pereira, 2011).

Por sua vez, passaremos a detalhar algumas especificidades nas comunidades ciganas na sua conceção da saúde, doença e estar doente. Assim, a questão da saúde nas comunidades ciganas é bastante subjetiva, pois a compreensão desta difere da população predominante, ou seja, o processo de saúde é percecionado naturalmente como ausência de doença ou de mal-estar, e esta por sua vez é assimilada como uma posição incapacitante, que em detrimento remete para a morte. Não é entendida como uma necessidade prioritária, e não ocorre uma preocupação de prevenção ou mesmo de tentativa de adoção de um estilo de vida saudável. Modestamente, a comunidade sintetiza-se a uma crença religiosa, na esperança que a doença nunca advenha, construída à luz da “sorte” ou do “destino” (Dias et al., 2006; FSG, 2007; Oliveira, 2018; Vicente, 2009).

A saúde é compreendida como uma necessidade secundária, as essenciais precedências são o trabalho, a habitação e a situação económica (ERRC/NÚMENA, 2009). E também, como já revisto, a conceção de saúde nas comunidades cigana é a ausência de doença e ausência de dor, e a doença como uma situação de incapacitação, relacionada à morte (Vicente, 2009). Esta perceção conduz às ausências de práticas de prevenção, sendo que os indivíduos ciganos

recorrem ao SNS em caso de urgência (Dias et al., 2001). Também a percepção de que as doenças têm de ser curadas no imediato leva a uma utilização desajustada dos serviços de saúde, ou seja, a excessiva utilização dos hospitais com recurso às urgências em oposição à escassa utilização dos centros de saúde e bombeiros (ambulâncias) (Pereira et al., 2001). Evitam, por sua vez, reconhecer a doença quando não se manifestam sintomas ou consequências incapacitantes, assim, a avaliação concebida da saúde remete ao aspeto exterior, físico ou funcional (Silva, 2005). Porém, quando os sintomas desaparecem devido ao tratamento estes/as abandonam os serviços de saúde, dado que a ausência de sintomas é reconhecida como a ausência de doença (Oliveira, 2018).

Adicionalmente, outro indicador é revelado pela escassez do número de casos de internamento de pessoas de idade avançada e/ou deficiência física ou mental, pois a comunidade cigana habitualmente oferece recursos (cuidados físicos e emocionais) dentro das suas famílias, sendo assim, um fator de proteção e orgulho (Vicente, 2009).

De acordo com as comunidades ciganas portuguesas, pode-se observar a existência de três modelos de saúde: i) modelo tradicional, ii) modelo científico e iii) igreja evangélica. O modelo tradicional ainda é utilizado até ao momento, mas tem decaído na sua utilização e reconhecimento. Este modelo era muitas vezes explicado como o “mau olhado” ou mesmo a “inveja” (Nunes, 1996). No entanto, o modelo científico pode ser representado pelas figuras como médicos/as, enfermeiros/as ou farmacêuticos/as. Contudo, os homens e mulheres ciganos/as recorrem somente aos/às médicos/as em caso de doenças graves e quando surgem problemas mais vigorosos, sendo que nestas situações procuram as urgências dos serviços hospitalares, tanto a instituições públicas como privadas (Silva, 2005). Por fim, a igreja evangélica é caracterizada pelo culto, este é representado pela ideologia de ações de educação para a saúde, como a proibição do consumo de drogas ou tabaco (Sanchez & Nappo, 2008), é ainda vista como um último recurso (Osório, 2018). Ou seja, a comunidade acredita que através

da fé, é possível tratar todas as doenças que os outros modelos não conseguem tratar (Santos, 2001). Por conseguinte, este último modelo tenta cruzar o modelo científico com a promoção e prevenção da saúde (Vicente, 2009).

### **2.3. Estudos empíricos sobre saúde e comunidades ciganas**

De acordo com o estudo de Vicente (2009), realizado a 1.673 inquiridos/as, 82% destes/as consideram ter um bom estado de saúde, enquanto que 15% consideram o seu estado de saúde muito mau ou medíocre. Backett (1990), descreve que o processo de doença não é visto como um desenvolvimento, mas sim, como algo que ocorre, ou que se apanha (Silva, 2001). As pesquisas empíricas, relativamente à saúde das comunidades ciganas salientam uma maior incidência de doenças cardiovasculares (hipertensão), respiratórias (asma e bronquite), tal como diabetes, obesidade e cancro (Magano et al., 2014; Silva, 2005; Vicente, 2009).

No que concerne ao acesso dos serviços de saúde, é observado uma maior frequência nas farmácias, seguidamente ao/à médico/a de família e, em última instância, às urgências em hospitais públicos, ainda que, o encaminhamento ao/a médicos/as privados seja muito insignificante (Magano et al., 2014). Após a análise compreendemos que diversos outros estudos confirmam que outra das barreiras aos serviços de saúde é a relação entre os homens e mulheres ciganos/as com os profissionais, entendida como desrespeitosa de ambas as partes. Do ponto de vista das instituições, o comportamento dos/as ciganos/as é compreendido sob forma de ameaça ou provocação, percebida assim, como forma de reivindicação, pois estes/as querem ser atendidos/as apressadamente e porque perante a doença de um familiar todos os membros se unem para acompanhar a pessoa que está doente (Vicente, 2009). Por outro lado, os indivíduos ciganos consideram estas atitudes como discriminatórias e preconceituosas. Assim, a relação entre indivíduos ciganos e os serviços de saúde são eminentemente conotadas de desconfiança e ceticismo (Magano et al., 2014; Silva, 2005).

Neste contexto, a maternidade ocorre bastante cedo, entre os 16 e os 29 anos, e segundo Mendes, Magano e Candeias (2014), 51% das pessoas ciganas, com 16 e mais anos, indicaram não utilizar qualquer método anticoncepcional, e 60% tiveram o/a primeiro/a filho/a aos 20 anos. Por sua vez, verifica-se que a gravidez não é vista como uma razão para se recorrer a consultas específicas de ginecologia/obstetrícia se bem que, cada vez mais as mulheres o façam nos primeiros meses com o intuito da confirmação da gravidez (Silva, Sousa, Oliveira, & Magano, 2000). A contraceção é uma prática ainda muito pouco utilizada, mas averiguasse que os métodos preferenciais são: a pílula, o DIU, o implante, o preservativo, a injeção e, por fim, a laqueação, sendo que, tendencialmente são as mulheres as utilizadoras dos métodos anticoncepcionais, em detrimento dos homens (Magano et al., 2014). As consultas pediátricas de rotina tendem a não ser realizadas devido à falta de comparência, tal como a vacinação. As causas descritas passam pelo esquecimento, o medo e a falta de tempo (Magano & Mendes, 2013). Ainda, deparamos com uma alta incidência de doenças, má nutrição e mortalidade na infância (Vicente, 2009).

Adicionalmente, dos agregados familiares inquiridos no estudo de Mendes, Magano e Candeias (2014), apenas 25% dos elementos tinha mais de 35 anos, e a proporção de elementos nas faixas etárias 0-29 anos divulgou-se superior à proporção presente nos grupos etários seguintes, indicando assim, uma esperança média de vida inferior à média nacional. De ressaltar ainda, que segundo os dados de 2016 da Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia relativos a Portugal, 96% das pessoas ciganas, com 16 e mais anos, indicaram estar abrangidas pelo “regime básico nacional de seguro de saúde” (ACM, 2018).

Em relação à saúde oral, esta é bastante deficitária tanto em adultos/as como em jovens e crianças. Particularmente, cerca de 94% dos adultos/as apresentam terem algum problema a nível dentário, 21% já extraiu um dente; e 17% já teve cáries. Nas crianças 64% detêm algum problema ou congestionamento a nível da saúde oral (Vicente, 2013).

Quanto ao consumo de tabaco, estima-se que 30.1% seja fumador/a e 3.3% fumem ocasionalmente, sendo estas estatísticas referentes maioritariamente à população masculina juvenil. Em relação ao consumo de álcool, conclui-se que se inicia muito precocemente, por volta dos 12 anos (Magano & Mendes, 2013).

Tendo em conta os hábitos alimentares, estes são consideradamente desadequados, o que por sua vez podem conduzir a outros problemas (Mendes, 2014). A má alimentação em idades muito precoces e coadjuvado com a falta de exercício físico pode desenvolver-se rapidamente em disfunções alimentares, diabetes, tensão alta e outros problemas na vida adulta (Magano & Mendes, 2013).

De acordo com a Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas 2013-2022, esta propõe a eliminação das barreiras à plena participação cidadã e inclusão social das pessoas ciganas. Desta forma, estrutura como objetivo geral na saúde, a garantia de condições efetivas de ganhos em saúde ao longo dos ciclos de vida de pessoas ciganas. Como objetivos específicos propõem-se a promoção de condições de acesso aos serviços de saúde; e a capacitação dos/as profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares (ACM, 2018). Paralelamente, e de acordo com as evidências científicas, a E/R apresenta um impacto ao nível da saúde física e mental, direta ou indiretamente, e na qualidade de vida, promovendo o bem-estar do indivíduo (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Neste sentido, iremos detalhar à posteriori a E/R como determinante nas questões da saúde.

## **2.4 Mulheres ciganas e saúde**

As mulheres ciganas têm vindo a evidenciar-se nos diversos estudos nacionais e internacionais como um dos grupos mais vulneráveis na sua comunidade bem como na sociedade adjacente, estando sujeitas a situações de discriminação étnica e de género (Magano, 2015; Mendes, 2010; Neves et al., 2016; Silva, 2005).

O comportamento, as atitudes e a aparência destas mulheres são constantemente alvo de observação e análise pela sua comunidade. Por sua vez, a valorização e a aprovação dos membros da comunidade tem uma elevada importância para estas, desta forma condicionando a sua liberdade (autocontrolo limitativo) e as suas tomadas de decisões. Dentro deste facto pode explicar-se, em parte, pela dimensão comunitária e familiar das comunidades ciganas (FSG, 2014).

Neste seguimento, verifica-se que as mulheres ciganas evidenciam problemas de saúde que se agudizam face a uma diminuição de práticas preventivas ao nível, por exemplo da saúde ginecológica, refletindo-se no número significativo de mulheres que nunca realizaram ecografias mamária, vaginais e/ou papanicolau (Vicente, 2009). Também, a depressão é uma das doenças com maior incidência nas mulheres (jovens, adultas e idosas) dado às diversas perturbações e confrontações familiares ou pelas situações de racismo e discriminação que são alvo (Oliveira, 2018). Em estudo de Arbex Sánchez (2003) verifica-se que as mulheres ciganas têm envelhecimento precoce, face a doenças crónicas, como por exemplo dos ossos, doenças cardiovasculares e a diabetes. Por sua vez, e o índice de mortalidade é superior e a esperança média de vida é menor nos homens ciganos e nas mulheres não ciganas (Moro da Dalt, 2012).

Tendo em consideração que as mulheres ciganas têm um elevado protagonismo no seio da sua comunidade e desempenham um papel de cuidadoras (funções de apoio nas atividades diárias e prestação de cuidados) e de responsáveis pelos/as seus/as filhos/as na transmissão de normas e valores (Magano & Mendes, 2014). Desta mesma forma, os cuidados de saúde são assim legitimados pelas mesmas, pois carece a ideologia de que as mulheres detêm todo o conhecimento relacionado com a doença, bem como, dos seus tratamentos, justificando-se pelas ideologias da força interior, a sua fertilidade e a sua beleza (Sánchez, 2003). Face a esta responsabilidade, estas muitas vezes descuram-se delas próprias e da sua saúde, em benefício das suas famílias (Fernandes, 2015; FSG, 2007; Oliveira, 2018; Pires, 2013).

Não obstante, os cuidados de saúde domésticos são um recurso prioritário, realizados através dos rituais ou mesinhas e da automedicação (mais de 50%). E ainda, contrasta-se que os autoconsumos de medicamentos farmacêuticos são mais elevados na população feminina do que na população masculina (Fernandes, 2015; Vicente, 2009). Paralelamente, Silva (2005) refere que as mulheres ciganas avaliam normalmente a saúde como boa, facto este que as leva a não recorrer à medicina, quer seja ao nível dos recursos bem como dos serviços, quer seja de não ficar na dependência às diretrizes terapêuticas. Segundo o mesmo autor, o facto de nunca terem consultado um/a médico/a é sinal de que gozam de uma boa saúde.

## **CAPÍTULO III- Espiritualidade/Religiosidade**

### **3. Espiritualidade/Religiosidade e saúde**

#### **3.1 Espiritualidade e religiosidade**

A conexão consubstanciada entre a saúde e E/R têm princípios históricos profundos e complexos, e tem vindo a evidenciar-se cada vez mais. Atualmente a espiritualidade e o seu relacionamento com a saúde têm estabelecido um paradigma na prática da medicina (Zanetti et al., 2018). Ao longo do tempo, tem-se verificado cada vez mais o reconhecimento por parte dos/as profissionais de saúde e investigadores/as, alicerçando um incremento de estudos científicos, principalmente da vertente da psicologia positiva (Longuiniere, Yarid, & Silva, 2018). De um ponto de vista etimológico, espiritualidade advém do latim *spiritus*, que significa respiração, sopro, consciência, alma e vida, ou seja, vai para além do corpo (Oliveira, 2010).

Na Psicologia, já grandes autores/as proferiram a demanda da dimensão espiritual do ser humano. Carl Jung na década de 1960, evidenciou que os desenvolvimentos espirituais e psicológicos fazem parte do mesmo processo. Abraham Maslow em meados de 1954, dizia que todos os indivíduos detinham a necessidade de perceber a sua existência e de uma edificação de valores, filosofia de vida para pautar a sua vida. Viktor Frankl em 1989, defendia que as pessoas deveriam ser compreendidas tendo por base as dimensões corporais (biológicas), psíquicas (psicológicas) e espirituais, o ser humano como livre e responsável pelo sentido da sua vida. Demonstra-se assim claro entre os teóricos que o enfoque é na experiência espiritual, com ou sem religião (Cunha, 2017; Marques, 2010).

Neste sentido, o significado de espiritualidade é ainda bastante lato e, de grande amplitude, invocando-se diversos construtos, entre os/as demais psicólogos/as. Com a dificuldade de definir o termo, surgem contraposições de “espiritualidade positiva” ou até mesmo de uma “espiritualidade negativa ou menos válida”, por sua vez, outros autores definem como “vida espiritual” (Crowther et al., 2002). Ainda, como um estado mental universal

acessível, conectado ao desenvolvimento espiritual e à fé em todas as culturas. É compreendida como uma procura pessoal por um significado e sentido/objetivo de vida, e das relações concebidas entre o sagrado ou transcendente (Zanetti et al., 2018). O transcendente é o que é externo do “eu” e, no entanto, também interno ao ego, podendo se considerar o poder superior (Koenig, 2012). Porém, é distinguida das práticas religiosas, sendo assimilada como um poder interno, que conduz a uma ascensão da autoestima e gratidão (Oliveira, 2010).

A religião pode ser compreendida como algo mais concreto e relacionada a alguma instituição, organização ou comunidade, de acordo com um sistema de crenças, rituais, cerimônias e práticas (Oliveira, 2010; Koenig, 2012). As pessoas religiosas acreditam no transcendente podendo este ser Deus, Allah, HaShem, Brahman e/ou Buddha (Koenig, 2012). Por sua vez, requer a existência de hierarquias, padres/líderes/sacerdotes e doutrinas a serem respeitadas. Um sujeito religioso tende a aceitar e acreditar nas configurações tradicionais da religião, sujeitando-se à autoridade e à prática da mesma, rezando individualmente e/ou em público. Potencialmente consideramos que todos os indivíduos religiosos são de alguma forma espirituais, mas em oposição nem todos os indivíduos espirituais são religiosos (Oliveira, 2010; Oliveira, Santos, & Yarid, 2017).

Contudo, existem muitas contraposições e antagonismos entre religiosidade e espiritualidade devido à presença de diversas religiões e ainda mais interjeições espirituais (Oliveira, 2010). Não obstante, a E/R são fenômenos multifacetados e complexos, (Cunha, 2017) mas ambos os construtos abarcam experiências, sensibilidades e inclinações, detendo uma sobreposição inevitável (Marques, 2010). Assim, de acordo com a experiência subjetiva de cada um/uma, será reconhecida a legitimação dos termos em conjunto E/R.

No que respeita às evidências científicas, estas segundo diversos/as autores/as vêm corroborando a influência E/R na saúde, uma relação positiva do ponto de vista físico ou mental, potenciando uma melhor qualidade de vida, satisfação da saúde mental, aumento de

emoções positivas e resiliência (Cunha, 2017; Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016; Koenig, 2012). Todavia, a E/R pode ser conduzida a aspetos negativos e estar associada a desfechos nocivos, tanto na saúde mental ou até mesmo na mortalidade, derivado muitas vezes de pensamentos punitivos (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Também usada de forma patológica como fundamentação do ódio e agressão (Cunha, 2017) ou como consequências negativas de sentimentos de culpa, angústia e intolerância (Marques, 2010).

Dentro deste domínio, Koenig (2009) averigua que 90% da população mundial está envolvida de alguma forma com E/R. Também Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014) no seu estudo, *Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines*, demonstram haver menores prevalências de depressão, tentativas de suicídio, uso e abuso de substâncias, delinquência, stress e ansiedade quando os sujeitos têm crenças superiores de E/R. Similarmente, verifica-se um aumento do número de remissão em doenças do foro psiquiátrico em população com maior predisposição espiritual/religiosa, estabelecendo, por sua vez, um vínculo e resultando em indicadores positivos de tranquilidade e bem-estar. Também subsistem evidências que populações com níveis mais elevados de E/R tendem a ter mais cuidados de prevenção e promoção da sua saúde (Koenig, 2012; Moreira-Almeida, Koenig, & Lucchetti, 2014).

Relativamente à saúde física, as principais evidências têm conectado a taxas menores de mortalidade em pessoas com graus superiores de E/R. Estima-se que esta redução poderá ser de 18 a 25% e que esse efeito seria comparável para outras intervenções de saúde, tais como, hipertensão, acidente vascular cerebral, perturbações de demência, problemas cardíacos e diabetes (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Num outro estudo realizado nos Estados Unidos, pelo Instituto Gallup, constatou-se que 55% a 59% dos/as inquiridos/as considerava a E/R como sendo muito importante nas suas vidas. E ainda, 24% a 29% dos/as inquiridos/as

asseguravam a E/R como bastante importante (Vieten et al.,2013). Também se conclui que as duas realidades (E/R) são indissociáveis (Oliveira, 2010).

Adicionalmente, os cuidados de saúde devem ser individualizados e o/a paciente deve ser considerado como um todo, abarcando as dimensões psicológicas, biológicas, sociais e espirituais, de acordo com o modelo biopsicossocial espiritual. A E/R deve ser incorporada como um meio de proteção em confrontações que os/as utentes possam ter no seu quotidiano e nos acontecimentos inerentes ao processo de doença, sendo que esta dimensão deve ser incluída pelos/as profissionais de saúde durante as suas assistências (Longuiniere, Yarid, & Silva, 2018; Oliveira et al.,2018).

A E/R revela-se um ponto importante a ser considerado nas questões de saúde coletiva, devendo ser incorporada como processo cultural e um construto multidimensional dos seres humanos, de acordo com as suas necessidades (Dy-Liacco et al., 2009). Está assim, intimamente ligada a relação da saúde com E/R e das afiliações culturais (crescente multiculturalismo e o sincretismo religioso) pois cada sujeito pode apresentar interpretações, significações e comportamentos distintos (Moreira-Almeida et al., 2014).

No contexto das práticas de saúde, os/as investigadores/as salientam a relevância da integração das dimensões espirituais e religiosas e do desenvolvimento humano no contexto do atendimento psicológico (Saunders, Miller, & Bright, 2010). Assim, diversos instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de fortalecer a avaliação em saúde tendo em conta os construtos da E/R. Em Portugal são modestos os instrumentos aferidos nesta vertente. Porém, foi validada a ferramenta *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-SRPB*, domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, desenvolvido pela WHO (Catré et al.,2014). Esta escala foi em 2005, aferida por Barros, como uma escala para avaliar a motivação intrínseca/extrínseca da religiosidade nas pessoas - Escala Sobre Interiorização Religiosa (Oliveira, 2010).

### 3.2 Espiritualidade/Religiosidade e a Psicologia Positiva

Neste enquadramento caminhamos em direção à Psicologia Positiva abrangendo a coletividade de investigações relacionadas com as emoções positivas, bem-estar, valores, crenças, positividade, qualidade de vida, assertividade e sinergias psíquicas. São muitos os traços que abraçam o guarda-chuva da psicologia positiva, mas que de alguma forma se unificam em linhas como o amor, bondade, altruísmo, sabedoria, esperança, perdão, felicidade, espiritualidade, gratidão e entre outras (Oliveira, 2010). A psicologia positiva é estudada à luz dos seus fatores de proteção (otimismo, espiritualidade e criatividade) relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas doentes e não-doentes, e também aos/às seus/suas cuidadores/as (Catré et al., 2016).

Não obstante, a resiliência e o *coping* compreendem-se como aspetos protetores de saúde e qualidade de vida, podendo assim observar-se a operacionalização nos diversos contextos, na psicologia da saúde (processo saúde-doença) e psicologia positiva (dimensões psicológicas positivas) (Catré et al., 2016; Marques, 2010).

A resiliência é considerada como um fator importante no processo de proteção à saúde, integrada como uma aptidão que a pessoa detém para se recuperar psicologicamente no confronto com as adversidades da vida. Inclui também particularidades de maleabilidade e a versatilidade, representando um olhar positivo sobre a transcendência e a espiritualidade, a flexibilidade de recursos sociais e económicos, a clareza e abertura às emoções e a cooperação para a resolução de adversidades. Dentro desta perspetiva compreendemos que a E/R se relaciona com a resiliência, contribuindo para aprendizagem, fomentação e o crescimento (Calvetti et al., 2007).

O *coping* pode ser interpretado como uma potencialidade na presença de problemas ou situações mais complexas, fazendo por sua vez uso da E/R em seu auxílio na atribuição de significados, surgindo assim a nomenclatura de *coping* espiritual/religioso (Cunha, 2017).

Igualmente, pode ser visto como a adaptação psicossocial do ser humano diante de um luto ou doenças graves, possibilitando o uso das crenças e dos seus comportamentos para aceitar e lidar com a dificuldade (Marques, 2010). Aponta-se assim que os benefícios de E/R como um suporte emocional, força, controle, atribuição de significados, aceitação e por último, diminuição do sentimento de culpa, encontram-se em correlação com o *coping* (Calvetti et al., 2007; Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

Sintetizando e considerando que existam diversas contraposições e abordagens teóricas para explicar as agremiações entre E/R, Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde compreendemos que ocorra uma sinergia de fatores, ou seja, esta a associação positiva entre E/R e a saúde (Calvetti et al., 2007). Considerando que a E/R se constitui como processo cultural dos indivíduos (Cunha, 2017) está por sua vez intimamente ligado às distintas especificidades, comportamentos e hábitos de cada comunidade. Contudo, permite-lhes o sentimento de pertença a uma rede social de suporte (compartilhamento da religiosidade com pessoas de mesma fé) ou um sentimento de conexão a uma identidade superior e o incentivo a hábitos de vida mais saudáveis (bem-estar, qualidade de vida, resiliência e *coping*) (Freitas, 2013; Panzini, 2007).

### **3.3 Espiritualidade/Religiosidade e saúde nas comunidades ciganas**

Como podemos analisar até então, a E/R tem influência sobre os contextos de saúde. Assim, denota-se a importância de uma análise da E/R na sociedade portuguesa. É passível de observar em linhas gerais que a E/R se representa enquanto espaço, território, identidades e comunidades, o que remete para a existência, em Portugal de uma religiosidade enraizada a católica. Porém, com o advento do 25 de Abril de 1974, a ocorrência de Portugal como destino turístico e a sua modernização nas décadas de 60 e 70, tal com a entrada na Comunidade Europeia em 1986, consubstanciando a um aumento da diversidade cultural (movimentos migratórios), a sociedade portuguesa acabou por perder a homogeneidade da religião católica,

atribuindo uma ascensão ao aparecimento de distintos movimentos religiosos e diferentes maneiras de conceber a E/R (Franca et al., 2018). Num estudo realizado em 2011, 79.5% dos/as inquiridos/as eram católicos/as, mas com tendência a reduzir, uma vez que, no ano de 1999, a proporção era de 86.9%. Também se verifica que 93.3% da população portuguesa é católica; 2.8% é protestante/evangélica; 1.5% são testemunhas de Jeová; 1.6% outras cristãs; e 0.8% pertencentes a religiões não cristãs. Conclui-se que alteração da identidade religiosa dos/as portugueses/as deriva similarmente de uma maior abertura e aceitação da diferença, tal como de uma autonomia e emancipação da sociedade portuguesa (Franca et al., 2018; Vilaça, 2017).

Em paralelo, no plano das interseções entre comunidades religiosas e étnicas, abordamos o binómio de religiosidade/etnicidade, onde estes construtos acabam por fazer parte da mesma realidade. Como já verificado anteriormente, a E/R implica, por um lado, um poder superior ou transcendente e, por outro lado, a etnicidade inclui os construtos dos seus antepassados, remetendo o poder para os ancestrais, podendo ser real ou imaginária (Pintassilgo & Hansen, 2013). Não obstante, a identificação cultural integra a identificação religiosa, ou seja, comunidade pode ser vista como um meio de intensificação da visão pública da minoria religiosa, na sociedade em que está implementada e também de generalização de identidade (Vilaça, 2008).

Enfatizando a comunidade em estudo torna-se evidente a sua profunda E/R, considerado um componente importante na sua cultura. Neste domínio os/as ciganos/as mantêm o seu traço tradicional de Deus como poderoso, perfeição e protetor das famílias, deste modo consideram alguém com poder superior que se recorre e com quem se dialoga (Franco & Pereira, 2017).

A comunidade cigana portuguesa era maioritariamente católica até aos anos 70 onde, posteriormente, segundo Mendes (2005) ocorre uma maior predominância da igreja evangélica, denominada como “o culto”. Esta constitui-se através de rituais simples e expressivos,

funcionando como um espaço de auxílio em grupo e na resolução de conflitos, e atuando como um fator de proteção para os/as ciganos/as que se servem e fazem parte destes espaços (Rodrigues, 2013). O encontro com os familiares faz parte do construto de solidariedade e ajuda que caracteriza a comunidade cigana. Também a igreja evangélica e os seus pastores transmitem procedimentos relacionados com a saúde, nomeadamente a transferência de éticas e normas, tais como, não beber álcool; não ingerir drogas/tabaco; o uso armas; o adultério; e por último, a violência, assim, pode também ter funções assistenciais e reabilitadoras no tratamento das dependências físicas ou psicológicas (i.e., toxicodependentes) (Rodrigues, 2013; Duarte et al., 2005; Mendes, 2005; Santos, 2001).

O culto e a evangelização trazem consigo dedicação por parte da população envolvente, o que por sua vez influencia o progresso das organizações sociais, tal como as apropriações das práticas/tradições, simplificando a compreensão e interiorização de novos valores e comportamentos (Mendes, 2005). Por fim, a progressiva autonomia face às escolhas de E/R em conjunto com liberdade no que diz respeito às práticas culturais em comunidade, faz com que as questões de E/R sejam cada vez mais compreendidas como uma opção pessoal e menos como um dever ou obrigação (Teixeira et al., 2019).

Em suma, segundo a revisão teórica até então concluímos que as comunidades ciganas vivem em contextos habitacionais, de saúde e de escolarização desfavorecidos. Neste sentido e aprofundado mais as questões da saúde percebemos que existe um défice na prevenção e promoção da saúde e bem-estar nas comunidades. Porém, com o advento da inserção da E/R nas comunidades ciganas portuguesas denotamos uma evolução ligada ao absentismo de álcool, tabaco e uso de drogas. É assim promissor a influência da E/R e da psicologia positiva nas questões de saúde, o incentivo de hábitos mais saudáveis, compromissos sociais e institucionais.

## **PARTE II – MÉTODO**

A segunda parte desta dissertação apresenta o desenho formal da investigação. Neste sentido, iremos apresentar o problema de investigação, as questões de partida, os objetivos investigativos (geral e específicos), seguidos da caracterização das participantes. Posteriormente, e de forma a ir ao encontro de todos os objetivos propostos, será detalhada a metodologia, nomeadamente, a técnica de recolha de dados, os procedimentos realizados, a técnica de análise dos dados e, por fim, a apresentação e discussão dos mesmos.

### **1. Problema de investigação e questões de partida**

As comunidades ciganas portuguesas são repletas de especificidades e características idiossincráticas, nomeadamente que dizem respeito à sua cultura, tradições e valores, tal como descrito no capítulo I. Contudo, o não (re)conhecimento dos/as ciganos/as pela sociedade portuguesa maioritária, reflete-se em imagens circunscritas e deformadas (Taylor, 1998). Desta forma, permanece ainda uma lacuna em termos de estudos e de dados estatísticos sobre a qualidade e bem-estar da vida dos/as mesmos/as.

A própria Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas (2018) elenca a necessidade de se melhorar a informação e o conhecimento da situação das pessoas ciganas, em vários domínios, no qual se destaca, o domínio da saúde. Neste contexto, nasce a necessidade de se conhecer com maior profundidade as comunidades ciganas ao nível da sua saúde e do seu bem-estar. Por consequente, foi necessário compreendermos os determinantes de saúde tendo em especial atenção às questões de E/R, percebendo se tem implicações, de forma direta ou indireta, nas questões de saúde.

Com o avançar do racional teórico escolhemos estudar estritamente estudar as mulheres ciganas, pois compreendemos empiricamente que estas têm um papel mais ativo e predominante no que respeita às questões da saúde familiar e comunitária, assim como, percebemos que as suas realidades se encontram por retratar cientificamente. Similarmente, a

mulher cigana é vítima de dupla discriminação: por ser mulher e por pertencer a um grupo social particularmente vulnerável. Por sua vez, a diferença e as desigualdades de género entre as necessidades e as oportunidades, são substancialmente significativas (FSG, 2014; Neves et al., 2016).

De forma global, com este estudo pretende-se caracterizar, compreender e analisar os cuidados de saúde nas mulheres ciganas portuguesas bem como, as implicações que a E/R assume nos mesmos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a questão de partida reflete geralmente a primeira forma de colocar em causa o senso comum. Através da pergunta de partida tenta-se desenvolver ao máximo o que se pretende conhecer melhor, sendo o principal fio condutor do estudo em causa. Desta forma, as perguntas de partida que deram origem a esta investigação foram:

- (i) Quais as perceções de mulheres ciganas acerca do seu estado de saúde?
- (ii) Como são caracterizados os cuidados de saúde pelas mulheres ciganas?
- (iii) Que implicações a E/R acarreta na saúde e bem-estar das mulheres ciganas?

## **2. Objetivos**

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar o estado e os cuidados de saúde de mulheres ciganas compreendendo a contribuição que a E/R assume no seu bem-estar e nas dinâmicas de acesso e utilização dos serviços de saúde. Neste sentido foram criados como objetivos específicos:

- a) Caracterizar o estado de saúde de mulheres ciganas;
- b) Conhecer os problemas e/ou necessidades de saúde mais predominantes na comunidade cigana com impacto na saúde;
- c) Analisar discursos, perceções e vivências de mulheres ciganas sobre o acesso e utilização dos cuidados de saúde em Portugal;

- d) Compreender que estratégias as mulheres ciganas usam como forma de prevenir/remediar problemas de saúde;
- e) Perceber quais os serviços de saúde mais utilizados e quais as barreiras encontradas;
- f) Compreender as implicações que a E/R assume na gestão dos problemas de saúde;
- g) Perceber que mudanças poderiam ser feitas para uma melhoria da situação de vida das comunidades ciganas.

### **3. Participantes**

Os critérios de inclusão que guiaram a criação da nossa amostra foram:

- (i) Serem mulheres de etnia cigana;
- (ii) Serem portuguesas;
- (iii) Terem idade superior a 18 anos;
- (iv) Residentes no distrito do Porto.

Participaram neste estudo oito mulheres ciganas portuguesas, com idades compreendidas entre os 28 e 51 anos, com uma média de idades de 40 anos. Das oito mulheres inquiridas, seis eram casadas e duas solteiras. De acordo com as suas habilitações literárias quatro das participantes não têm escolaridade, duas têm o primeiro ano, uma tem o segundo ano e outra o ensino secundário. Em termos da sua ocupação profissional, quatro das inquiridas exercem profissões que não exigem qualificação profissional, três são domésticas e uma estava atualmente numa situação de desemprego (cf. Tabela 1).

Tabela 1

*Caracterização das Participantes*

Identificação	Idade	Estado Civil	Habilitações	Ocupação
			Literárias	Profissional
E1	Não sabe	Casado	Sem escolaridade	Doméstica
E2	31	Solteiro	1ºano	Doméstica
E3	28	Solteiro	12ºano	Trabalhadora part-time
E4	49	Casado	Sem escolaridade	Doméstica
E5	36	Casado	2ºano	Comerciante
E6	42	Casado	1º ano	Comerciante
E7	43	Casado	Sem escolaridade	Comerciante
E8	51	Casado	Sem escolaridade	Desempregada

**5. Técnica de recolha de dados**

No que se refere à recolha de dados, foi utilizado como instrumento a entrevista semiestruturada, de modo a conhecer as perceções das participantes, como pensam ou interpretam o seu comportamento no seu contexto natural (Coutinho, 2011).

A entrevista semiestruturada pressupôs a formulação de um guião de entrevista, previamente elaborado. O guião contempla uma primeira parte de recolha de dados sociobiográficos, considerando o nome, estado civil, idade, habilitações literárias e ocupação profissional da participante, estando depois subdividido em cinco grandes dimensões que estavam diretamente associadas às nossas questões investigativas: i) caracterização ao nível da saúde; ii) caracterização da comunidade cigana; iii) estratégias de resolução/prevenção de problemas nas questões de saúde; iv) acessos a cuidados e serviços de saúde; v) espiritualidade/religiosidade e saúde (cf. Anexo A). Este incluía um conjunto de questões abertas, não presumindo uma ordem pré-estabelecida. Desta forma permitiu que, muitas vezes,

a conversação se iniciasse pelo tema de estudo ou outro tema e que fosse fluindo livremente (Amado, 2014), possibilitando assim uma liberdade às entrevistadas para organizarem o seu raciocínio de acordo com suas experiências e realidades (Quivy & Campenhoudt, 1998).

A última parte da entrevista procurou constituir-se como um momento reflexivo, de empoderamento (pessoal, interpessoal e social/política) (Morrow & Hawxhurst, 1998), de promoção de liderança transformativa, promoção de autonomia por via da conscientização dos seus direitos a nível dos cuidados de saúde levando a uma definição das suas próprias agendas e controlo pessoal.

## **6. Procedimentos**

Numa primeira fase foram realizadas entrevistas exploratórias a profissionais que trabalham com comunidades ciganas. Estas mesmas entrevistas surgiram face à carência de informação na revisão teórica sobre as comunidades ciganas e a saúde. Neste sentido emergiu a necessidade de se realizarem as entrevistas, de forma a fazer um balanço de conhecimentos relativos ao problema de investigação e assim compreendermos as conjunturas atuais da população cigana em Portugal ao nível da saúde.

Adicionalmente, para a realização destas entrevistas exploratórias formulamos a declaração de consentimento informado (cf. Anexo B) onde estava explicitado o objetivo do estudo, tal como os seus direitos de confidencialidade, anonimato e o de recusar a qualquer momento a sua participação e gravação da entrevista. Simultaneamente, foi construído o guião das entrevistas exploratórias. Este mesmo guião foi organizado por quatro áreas, detalhadamente i) caracterização da experiência profissional; ii) caracterização das práticas de saúde da comunidade cigana; iii) caracterização da fé; e, por último, iv) as futuras investigações/estratégias de mudança social (cf. Anexo C).

Após a análise e o levantamento de informação de instituições, associações, investigadores/as e profissionais, da zona norte do país, cujo foco de intervenção se

relacionasse com a comunidade cigana ou houvesse contacto direto com esta, foi estabelecido o contacto via email com o intuito de os/as convidar a participar no presente estudo. Seguidamente da confirmação dos respetivos contactos procedeu-se ao agendamento das entrevistas e posteriormente à realização das mesmas.

Neste contexto, foram realizadas quatro entrevistas exploratórias, que ocorreram no período temporal de janeiro a março de 2019. De ressaltar que as entrevistas tiveram a intenção de explorar, abrir pistas, alargar horizontes de leitura e refletir especificidades das comunidades ciganas nas questões de saúde. Após a realização das entrevistas exploratórias, sua análise e reflexão foi possível construirmos o nosso guião de entrevista, já descrito anteriormente. De seguida enviamos um ofício para várias associações e instituições sociais que trabalham diretamente com comunidades ciganas por forma a solicitar a divulgação do nosso estudo pelas suas utentes, bem como, pedir autorização para fazer a recolha de dados (cf. Anexo D).

Desta forma, utilizamos o método *snowball* para a obtenção de participantes para a realização da entrevista. Ou seja, a primeira mulher cigana entrevistada deu contactos de outras mulheres que poderiam estar interessadas em participar e assim sucessivamente. Contudo, tivemos dificuldade em que as pessoas se disponibilizassem a participar no estudo.

No total foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas que decorreram entre os meses de junho a novembro de 2019. No início de cada entrevista, foi explicado e exposto o estudo e quais os seus objetivos, tal como foi garantida a salvaguarda da confidencialidade e esclarecido que a qualquer momento a participante poderia desistir da investigação. De seguida, foi lido e entregue o consentimento informado, que visava a participação informada e livre de todas as participantes, por forma a garantir as questões éticas e deontológicas inerentes à investigação (cf. Anexo E). Todas as entrevistadas acederam às solicitações tendo cada entrevista a duração média de 30 minutos. Similarmente, todas as entrevistas foram realizadas

individualmente pela mesma investigadora e num ambiente isolado. No término de cada entrevista foram questionadas se teriam alguma dúvida, agradecendo a sua participação.

As entrevistas foram depois transcritas na íntegra para se poder proceder ao tratamento e análise dos dados. A transcrição das entrevistas foi executada de forma rigorosa e clara, e ainda foram lidas e relidas várias vezes por forma a procedermos à sua análise.

## **7. Técnicas de análise dos dados**

A técnica utilizada para o tratamento e análise de dados foi a Análise Temática, segundo a perspetiva de Braun e Clarke (2006). Esta corporiza-se como um método fundamental na análise qualitativa, para identificar, analisar, interpretar e descrever padrões, de forma rica e detalhada (temas) a partir dos dados recolhidos, possibilitando aceder aos significados e experiências das participantes (Brooks, McCluskey, Turley, & King, 2015).

Para a realização da análise temática seguimos os passos propostos por Braun e Clarke (2006). A primeira etapa, familiarização com os dados, pressupõe o contacto prévio com os dados como a recolha, transcrição e revisão profunda do material em análise. Na segunda etapa de gerar os códigos iniciais, envolveu a produção destes códigos a partir dos dados pertinentes de acordo com os objetivos de investigação. Esta fase permitiu assim organizar o material em grupos que agregam significados (Tuckett, 2005). A terceira etapa contemplou a procura dos temas, ou seja, focalizar a análise para o nível mais abrangente dos temas e subtemas e a sua identificação. Como quarta etapa procuramos rever os temas, refinando-os de forma a representar os dados em análise e a relação entre si. Na quinta fase, definir e nomear os temas, tal como o nome predetermina, definimos e refinamos os temas, nomeando-se e descrevendo-os de forma a compreendermos como os temas se relacionam entre si. Como sexta e última etapa temos a produção do relatório, sendo a análise final e escrita do relatório, onde se faz uma descrição coerente e lógica dos temas encontrados, bem como onde se constrói uma narrativa

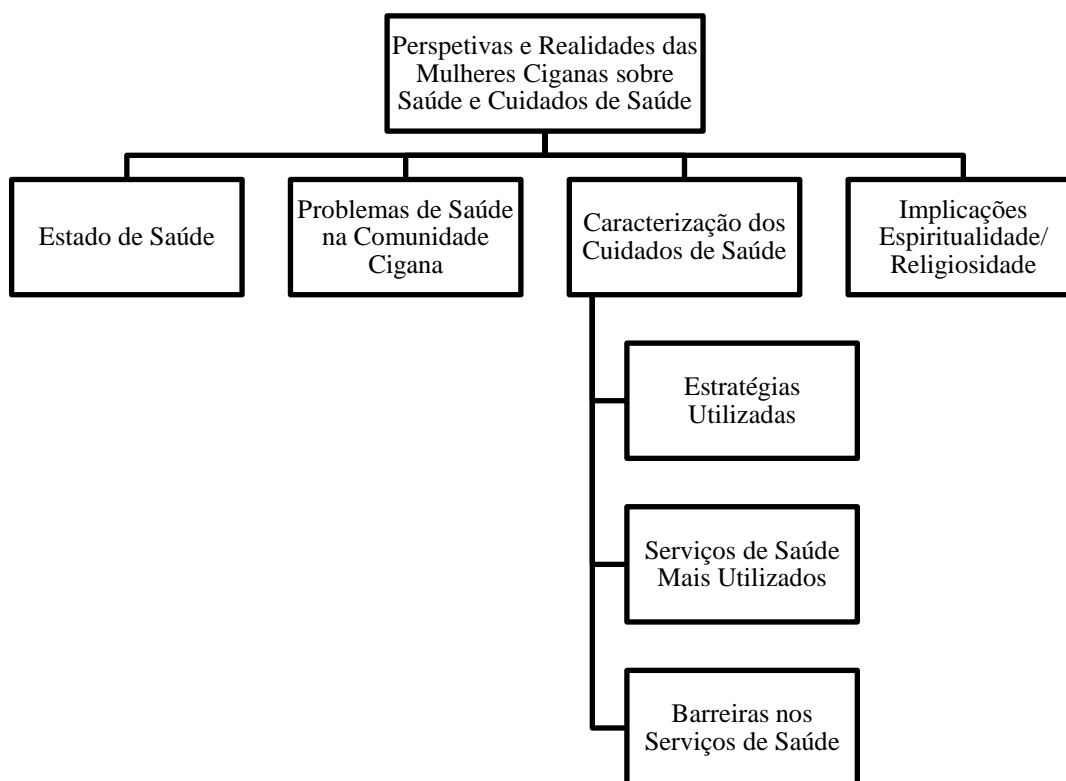
que argumente estes temas com os objetivos da investigação e os seus fundamentos teóricos (Braun & Clarke, 2006).

## 8. Apresentação de Resultados

Por forma a possibilitar uma perspetiva mais global de organização dos dados, apresentamos os resultados obtidos no presente estudo de forma esquemática (cf. Figura 1) onde são apresentados os temas e subtemas que resultaram da Análise Temática (Braun & Clarke, 2006) realizada:

Figura 1.

*Mapa de temas e subtemas*



Na medida em que este estudo se centra nas perspetivas das Mulheres Ciganas sobre a saúde e cuidados de saúde e as implicações da E/R, o tema central identificado é ***Perspetivas das Mulheres Ciganas sobre Saúde e Cuidados de Saúde***. Este engloba quatro subtemas

principais: o *Estado de Saúde*; *Problemas de Saúde na Comunidade Cigana*; *Caracterização dos Cuidados de Saúde* e, por último, as *Implicações da Espiritualidade/Religiosidade*. Relativamente, ao primeiro subtema, *Estado de Saúde*, este define o estado de saúde atual das participantes, bem como, as suas doenças e as causas que estas inferem. O segundo subtema, os *Problemas de Saúde na Comunidade Cigana*, aponta para os problemas mais predominantes na comunidade e no seio familiar destas mulheres. O terceiro subtema compreende a *Caracterização dos Cuidados de Saúde* e inclui outros subtemas mais específicos e que procuram explorar aspetos mais proeminentes dos dados: Estratégias Utilizadas; Os Serviços de Saúde Mais Utilizados; e as Barreiras nos Serviços de Saúde. Por último, o subtema *Implicações da Espiritualidade/Religiosidade* abarca implicações comportamentais e de acreditar num poder superior.

Com o intuito de sustentar os resultados e demonstrar a diversidade dos discursos, ao longo da sua descrição, irão ser apresentados alguns excertos das entrevistas, iniciados pela nomenclatura e numeração de identificação correspondente a cada entrevistada (cf. Tabela 1).

## **8.1 Perspetivas das mulheres ciganas sobre o estado de saúde e cuidados de saúde**

### **8.1.1 Estado de saúde**

As primeiras questões colocadas pretendiam explorar a forma como as mulheres entrevistadas percecionam o seu estado de saúde. As entrevistadas percecionam a sua saúde de forma contingente e com incerteza. Apesar de manifestarem estar bem de saúde algumas enunciarem problemas de saúde que possuem. Todavia, assumem nos seus discursos que as doenças, o estar e sentir-se doente é algo pejorativo e negativo, consequentemente associado a algo mau ou a um mal-estar, e que não raras vezes aparece associado à morte.

**E2-** “É mau. É a ideia que vamos morrer e ser abandonados”.

**E3-** “Eu acho que sim, eu acho que estou bem de saúde”.

**E7-** *“Estar doente é doer alguma coisa e doer alguma coisa é ir ao médico, ao hospital ou ao centro de saúde”.*

Face a esta ideia, os discursos das participantes vão de encontro à visão de que estar doente não é algo que se desenvolve, mas sim algo que acontece de repente (Backett, 1990 as cited in Silva, 2005; Dias et al., 2006). Neste sentido, doença ou estar doente é algo que está intimamente ligado aos/às médicos/as, bem como aos contextos hospitalares (Vicente, 2009).

Verifica-se também pelos seus discursos que a saúde não é compreendida como uma necessidade prioritária, mas sim secundária (Oliveira, 2018; Vicente, 2009), e que a responsabilidade pela saúde consiste em tratar-se quando se adoce, nomeadamente tomando medicação.

**E4-** *“Tenho os diabetes e tomo a medicação. E tenho colesterol”.*

**E8-** *“Eu estou bem de saúde, só tomo é remédios para o colesterol”.*

### **8.1.2 Problemas de saúde na comunidade cigana**

O segundo subtem refere-se aos problemas de saúde apresentados nas comunidades ciganas e no seio familiar das inquiridas. Neste contexto, verificamos que estas doenças vão de encontro às mencionadas anteriormente. Contudo, são ainda mencionadas enfermidades como a depressão, o vírus da imunodeficiência humana (SIDA), a anemia e problemas respiratórios como a asma. Deste mesmo modo, estas atribuem como possíveis causas e/ou fatores a transmissão hereditária.

**E1-** *“A minha filha é mais depressões. Depois as tensões altas que é de família já. E o colesterol, diabetes, é isso mais”.*

**E2-** *“(…) mas, a minha irmã tem SIDA (…) tem anemia, ele toma muitos remédios (…) o meu marido tem colesterol. De coração tenho eu, tem o meu primo, a minha prima e a minha avó morreu do coração”.*

**E8-** *“Eu tenho colesterol e o meu marido também, e é as tensões altas (...)E depois dois dos meus garotos tem problemas na respiração, tem asma, mas já desde pequeninos. Na comunidade é muito o colesterol, as tensões altas, diabetes, e muitas crianças com asma como os meus e acho que mais nada”.*

Não obstante, as mulheres ciganas atribuem também como possíveis causas a má alimentação e a falta de prevenção. Paralelamente, existe uma ausência de conhecimento acerca das questões relacionadas com a saúde, que desta forma, influencia diretamente a prática destas mulheres para um registo de alimentação menos saudável e para recorrerem aos serviços de saúde pontualmente, apenas, quando já se encontram numa situação de maior fragilidade.

**E2-** *“(...) acho que devíamos perceber melhor a saúde, explicar mais, deviam ir aos médicos também se tratar. Eu também nunca fui, também nunca ia”.*

**E3-** *“Eu acho que a alimentação desadequada, pessoas que não frequentaram a escola, não saber e não reconhecer o que é uma má alimentação ou uma alimentação saudável e isso reflete-se na idade de hoje dos 50 e 60 anos e não saber adequar a alimentação (...)”.*

**E5-** *“Não sei, talvez a alimentação. O cigano só come porcarias, eu própria só como porcarias (...) médico, o cigano não vai ao médico. O cigano só vai quando está a morrer, quando está muito mal e com muitas dores, se não, não vai. O cigano não gosta de hospital, nem nada disso”.*

Dentro deste domínio podemos refletir acerca das desigualdades e iniquidades existentes ao nível da saúde. As desigualdades na saúde, em grupos minoritários, conduzem a uma distribuição desajustada nos determinantes sociais, ou seja, ocorre um comprometimento do acesso a oportunidades educativas, conduzindo por sua vez à falta de informação ou problemas comunicacionais (Wilson, Heaslip, & Jackson, 2018). E, por consequente, promove a utilização e acessos desiguais dos cuidados de prevenção e promoção (Magano & Mendes, 2013; Mens-Verhulst & Radtke, 2006).

Relativamente, aos problemas de saúde encontrados dentro da comunidade cigana, podemos averiguar ainda a inclusão das doenças cancerígenas como uma doença preponderante nas comunidades. Similarmente, observou-se nos discursos das participantes medo e receio de falar desta doença e mesmo em referir a palavra “cancro”, muitas vezes, associado ao estigma que ao a proferir esta possa recair sobre elas e/ou sobre as suas famílias.

**E4-** “(...) há uns tempos morreram três ciganos dessa doença ruim que entra por aí agora”.

**E5-** “(...) a doença ruim. Sim, nem gosto de falar dessa doença que até tenho medo que venha até mim. Nem falo”.

### **8.1.3 Caracterização dos cuidados de saúde**

O terceiro subtema, compreende a caracterização dos cuidados de saúde englobando as estratégias utilizadas, os serviços de saúde mais utilizados e as barreiras nos serviços de saúde.

#### **8.1.3.1 Estratégias utilizadas**

No que concerne às estratégias utilizadas, contactou-se o exercício físico, a vacinação, os exames de rotina, os cuidados alimentares e cuidados na saúde sexual e reprodutiva.

Neste contexto, verifica-se que as mulheres ciganas percecionam a prática de exercício físico a partir das suas rotinas diárias habituais, como por exemplo, ir ao supermercado ou ao centro de saúde.

**E3-** “Ando muito a pé, vou para todo o lado a pé”.

**E4-** “(...) mas ando muito a pé, vou ao supermercado a pé”.

Em relação à vacinação, esta é utilizada maioritariamente pelas mulheres ciganas como estratégia de cuidados de saúde apenas quando se dirige para os/as seus/suas filhos/as. Quando questionadas sobre a sua vacinação, estas respondiam sempre sob forma de rejeição, e que para elas não valia a pena, com exceção de três mulheres que revelaram estarem vacinadas.

**E5-** “(...) *as vacinas é só para os meus meninos. (...) Não, nunca fiz. Acho que não vale a pena para mim*”.

Adicionalmente, os exames de rotina são uma estratégia utilizada pela maioria das participantes, com exceção de uma que referiu não o fazer. Não obstante, verificamos que apenas os realizam por influência dos/as médicos/as de família.

**E1-** “*Vou às consultas marcadas pela médica. Quando a minha médica me manda fazer exames eu faço*”.

Quanto aos cuidados alimentares, as participantes referem ter alguns cuidados, mas muitas vezes derivados dos seus problemas de saúde (e.g., diabetes, colesterol) e por recomendação médica.

**E8-** “*Sim, mais grelhados, cozidos, fruta*”.

**E6-** “*Os cuidados alimentares como muita fruta e bebo água e não bebo álcool*”.

Em contrapartida, uma participante relata compreender as diferenças entre uma alimentação saudável e não saudável, contudo, e derivado do seu trabalho, é-lhe impossibilitada ter hábitos alimentares um pouco mais saudáveis.

**E5-** “(...) *eu sei que as batatas fritas, os cachorros, os sumos não fazem bem porque isso diz na televisão, e como ando sempre na feira tenho de comer nos cafés (...)*”.

Quanto à saúde sexual e reprodutiva, duas participantes mencionaram utilizar como método contraceptivo, a pílula. Sendo que uma das participantes relatou ter ocultado do seu parceiro a utilização deste método.

**E5-** “*Tomo a pílula só porque não quero ter para já mais filhos*”.

**E7-** “*Sim, tomo a pílula porque não posso ter mais filhos. Já tenho sete e tenho 43 anos, já vai uma conta bem grande. Na altura foi a médica de família que me aconselhou a tomar, o meu marido não gostava da ideia, mas eu tomava as escondidas, mais tarde ele descobriu, mas depois também não fez alarido e pronto*”.

### 8.1.3.2 Serviços de saúde mais utilizados

Tendo em consideração os serviços de saúde, as participantes descrevem que a escolha preferencial recaiu para os hospitais e para os centros de saúde da sua zona de residência. No entanto, ainda acrescentaram como recursos a automedicação (e.g., ben-u-ron) e a utilização das farmácias. Ademais, averiguamos que face às dificuldades socioeconómicas das inquiridas, estas recorreram ao SNS público, na impossibilidade de utilização do sistema de saúde privada e/ou consultas de especialidade.

**E1-** *“Vou à médica de Família. É mais o centro de saúde. Se for mais grave vou ao hospital (...) Quando estou doente é mais ben-u-ron ou chás”.*

**E4-** *“Quando estou doente vou à caixa, centro de saúde. Então eu sou diabética e tenho de ir, mas se for uma doença grave vou, se não for, não vou, aguento em casa. (...) É assim se me doer a cabeça tomo um ben-u-ron (...) também vou à farmácia”.*

Averiguou-se, por sua vez, que recorrem aos serviços de urgência hospitalar, face à preocupação de que os sintomas sejam limitativos e/ou incapacitantes, e que sejam impeditivos da execução do seu dia-a-dia. Deste modo, solicitam uma intervenção no imediato e resolutiva (Brito, 2016; Silva et al., 2000).

### 8.1.3.3 Barreiras nos serviços de saúde

Quando questionadas sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e se de alguma forma tinham sido discriminadas, as participantes mencionaram encontrar algumas desigualdades e iniquidades no SNS, desde a aceitação, ou seja, as atitudes dos/as prestadores/as de serviços são caracterizadas pela falta de sensibilidade/conhecimento cultural, pela pouca proximidade, pela menor qualidade no atendimento, na comunicação e na prestação de informação (Fonseca & Silva, 2010). Desta forma, constrangido a utilização e acesso aos serviços (Wilson, Heaslip, & Jackson, 2018) que, por vezes, conduz à autoexclusão e à exclusão social (Padilla, 2013).

O racismo institucional, manifesta-se pelas atitudes e comportamentos que se totalizam na discriminação, no preconceito involuntário e na negligência, comprometendo assim as minorias étnicas (López, 2012; Williams & Mohammed, 2009). Deste modo, o racismo está institucionalizado, sob forma de extrapolação das relações interpessoais e influencia indiretamente o atendimento negligenciado nos serviços de saúde (Tavares et al., 2013). Tendo em consideração os discursos das participantes, estas alegam ainda que, muitas vezes, a discriminação e/ou o racismo que sentem não parte só dos/as médicos/as, mas também, dos/as administrativos/as.

**E5-** *“Uma vez no centro de saúde uma das empregadas começou a mandar vir comigo e eu estava com os meus miúdos, só porque eu estava a tentar falar com a médica. Mas é sempre assim, o cigano não pode fazer nada que toda a gente olha de lado (...) no centro de saúde as empregadas aquelas que estão no balcão às vezes são mal-encaradas e já estão a falar mal do cigano antes de chegar ao balcão”.*

**E3-** *“(...) já foram discriminadas pelo médico/a, pela enfermeira, porque viam que tinham dificuldade a perceber e não esclareciam as opiniões. Muitas até dizem “elas percebiam que eu não estava a perceber e não me ajudou a eu entender o problema””.*

#### **8.1.4 Implicações Espiritualidade/Religiosidade**

Como último subtema são apresentadas as implicações da E/R, abarcam assim, as implicações comportamentais e de acreditar num poder superior. Deste modo, ao longo dos discursos das participantes é possível verificar que Deus assume um papel central nas suas vidas, representando para elas uma entidade com uma força superior e detentora de todo o poder e da concretização de milagres.

**E1 -** *“Acredito em Deus e só em Deus, e para mim ele é tudo, tudo! Mas se tu pedires a Deus, para ele nada é impossível. Para nós tudo é impossível (...) Deus faz milagres. Deus é maravilhoso, maravilhoso mesmo”.*

Emergiram, por sua vez, diversos discursos de fé, de poder, de acreditar, de otimismo e de resiliência. As participantes perspetivam Deus como fonte de proteção e de auxílio no seu dia-a-dia, no seu núcleo familiar.

**E6-** “(...) *manda em tudo na vida. É ele que poem o pão na mesa todos os dias, é ele que dá forças para eu trabalhar e cuidar da minha família (...) Sim, Deus ajuda-me e salva-me.*”.

**E7-** “*Temos de ter fé e ter deus no coração para que ele guie os nossos dias. Eu todos dias oro e confio nele. Se não tivermos deus no coração somos vazios, não somos nada. Por isso acho que devemos e temos de orar e rezar a deus para ele nos ajudar e livrar dos males*”.

Neste contexto, a figura de Deus aparece como uma procura pessoal de cada participante pelo significado/sentido de vida (Zanetti et al., 2018).

A nível das implicações, de forma direta, compreendemos que a E/R a longo prazo difere na rede social do indivíduo podendo inferir em alterações dos seus hábitos, valores, princípios e comportamentos.

**E3-** “(...) *o ciclo de amizades modifica porque começa a estar com pessoas que não fumam que não bebem, que não dizem asneiras, tem um comportamento diferente (...) a fé também liga tudo isso, a saúde, o bem-estar, as pessoas são muito mais (...) Deus nos ensina que devemos ser todos iguais e não à discriminação, não ao racismo, ajudar quem necessita, a união, o respeito, a paz, ser mais tolerante (...) ter atitudes diferentes, comportamentos diferentes, sabem o que é errado, até mesmo socialmente, deixam de fumar, deixam de beber, e isso modifica muito*”.

Posteriormente, as mulheres ciganas assumem que estar doente e/ou ter algum problema de saúde, é E/R (Deus) a colocá-las à prova e que esta mesma saúde está confiada às mãos de Deus.

**E7-** *“Eu acho que a espiritualidade, ou religiosidade, ou fé ou o facto de acreditarmos em Deus está implicado nos problemas de saúde, porque se acreditarmos que Deus traçou este caminho para nós, só ele é que nos pode salvar”.*

Adicionalmente duas participantes partilharam as suas vivências pessoais, nas quais referiram ter experienciado milagres na sua vida.

**E2-** *“Depois saí do coma e falei com Deus a dizer se tu até agora não me abandonaste então agora também não abandonas. Depois acordei, acordei de repente e Deus disse “desperta” (...) Eu posso dizer que Deus me ressuscitou, eu morri mesmo”.*

**E6-** *“O meu filho é a prova viva, se não fosse a senhora, ele já não estava cá. A outra já o ia mandar embora e foi ela passar por ele e ver que ele estava a arder em febre, foi ela que o salvou. Foi Deus que a chamou para ir ver o meu filho, foi Deus que chamou aquela médica, foi um milagre”.*

## **9. Discussão de Resultados**

A apresentação e análise dos resultados obtidos permitiu-nos aceder às experiências e realidades vivenciadas pelas participantes. Neste sentido, segue-se a discussão dos resultados que consideramos ser os mais pertinentes e relevantes na presente investigação. Com este estudo comprometemo-nos a caracterizar a saúde e os cuidados de saúde das mulheres ciganas e as questões da E/R.

Desta forma, foi importante avaliar como estas caracterizavam o seu estado atual de saúde, o que nos permitiu aferir o desconhecimento, dúvida e ambiguidade em relação à condição de saúde. Por sua vez, estas incertezas vão mais além do que a sua própria condição de saúde, ultrapassam as causas e/ou fatores de doença. Além disso, podemos constatar uma desvalorização pessoal ao nível da saúde, em detrimento dos/as seus/suas filhos/as, assumindo assim um papel de responsabilidade e cuidadoras no seio familiar (Fernandes, 2015; Pires, 2013).

Segundo as mulheres entrevistadas, as suas doenças e das suas famílias/comunidade incidem maioritariamente sobre o colesterol, a diabetes e as doenças cardiovasculares. Parcialmente, surgem as doenças respiratórias e as cancerígenas. Diversos estudos (e.g., FSG, 2007; Magano et al., 2014; Mendes, 2014; Silva, 2005; Vicente, 2009) corroboram estes mesmos resultados, apontando os hábitos alimentares desadequados, como potenciadores das disfunções alimentares (e.g., diabetes e doenças cardiovasculares) e de diversas doenças. Van Cleemput, Parry, Thomas, Peters, e Cooper (2007) concluem que as doenças cancerígenas estão associadas ao medo e à morte, desta forma ocorrendo uma forte inquietação e aversão à discussão ou diálogo sobre o assunto.

Face às estratégias mais utilizadas de prevenção e remediação, verifica-se que, como práticas preventivas, estas mulheres recorrem ao exercício físico, à vacinação, aos exames de rotina e à utilização de métodos contraceptivos. Contudo, constatámos que a adoção destas práticas não são percebidas como uma necessidade primária e, em algumas situações, são negligenciadas e marcadas por resistências culturais quando surge a inclusão de novos procedimentos que podem colocar em causa a tradição família/cultura (Casa-Nova, 2009; Silva, 2005).

No que se refere às práticas remediativas, estas passam essencialmente pela procura ajustada dos serviços de urgência públicos, hospitais em casos de urgência e centros de saúde em casos de menor urgência. Consequentemente, os rendimentos económicos que possuem fazem com que apenas recorreram ao SNS público, não sendo vulgar o recurso ao sistema de saúde privado (Bäckström, 2009).

Estas mulheres assumem um papel importantíssimo no seio das suas famílias, adotando uma polivalência de funções, nomeadamente, os cuidados de saúde no seio familiar, a educação, as práticas laborais e as tarefas domésticas (Fernandes, 2015). Este papel de cuidadoras está assim, alicerçado nos papéis sociais tradicionais de género (Neves et al., 2016),

existentes na sociedade portuguesa no seu todo (Silva, 2008). Deste modo, parece ser evidente o impacto que as desigualdades de género, de classe e de etnia configuram na vida destas mulheres (Topa, 2013). Quando caracterizamos os cuidados de saúde destas mulheres, percebe-se que estas se remetem sempre para segundo plano; em primeiro surge sempre a sua família, o que as faz desresponsabilizarem-se face à sua própria saúde. Tal situação, vai de encontro ao descrito na literatura, onde estas mulheres, tendem a silenciarem as suas necessidades, bem como limitam a sua adesão às práticas e cuidados de saúde, a sua acessibilidade e o uso dos serviços (Oliveira, 2018; Pires, 2013).

De acordo com Padilla, Hernández-Plaza, e Ortiz (2013), estas mulheres ocupam um lugar de vulnerabilidade maior defrontando-se com inúmeras barreiras no SNS, que vão desde a discriminação institucional, às assimetrias de conhecimentos e de poder, entre paciente/profissionais de saúde. A literacia sobre a saúde é muitas vezes escassa (Fonseca et al., 2005) comprometendo o entendimento dos discursos dos/as profissionais de saúde, bem como as práticas por eles/elas evidenciados/as (Van Cleemput, et. al., 2007).

Por um lado, sabemos que a E/R infere diretamente na saúde, bem-estar e cuidados de saúde das mulheres ciganas. Por outro lado, compreendemos que esta se encontra unanimemente associada a Deus, provedor de um poder superior e capaz de guiar a vida e a saúde das participantes. Neste sentido, E/R (Deus) representa para as participantes um fator protetor, de auxílio, de resiliência e de estratégia de *coping*. Deste modo, esta é uma variável associada à proteção da saúde destas mulheres e suas famílias; promotora de qualidade de vida; apresentando um impacto nos diversos contextos implicados no processo saúde-doença e nas dimensões psicológicas positivas (Catré et al., 2016; Marques, 2010).

As participantes compreendem que Deus tem um destino traçado para elas. Neste contexto, se acarretarem problemas de saúde, elas associam a uma prova de Deus e das suas próprias forças internas (fé e resiliência). Paralelamente, é possível observarmos uma

atribuição de significados, ou seja, se ao mesmo tempo não ocorrem doenças elas agradecem por esse feito e continuam a rezar e a orar para que os problemas de saúde/doença não advenham nas suas vidas (Calvetti, Campio, & Nunes, 2007). Desta forma, a E/R (Deus) interliga a Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde, relacionando assim uma sinergia de fatores que impactam o dia-a-dia das participantes, quer seja nos comportamentos, valores, princípios e/ou medidas preventivas (e.g., não fumar, não beber) o que, por sua vez, infere nos mecanismos de *coping* e resiliência destas mulheres (Longuiniere et al., 2018).

De facto, e de acordo com Mendes (2013), a pertença a um grupo étnico minoritário compromete o acesso, utilização e frequência dos serviços de saúde. Estas mesmas disparidades a este nível podem ser atribuídas a uma pluralidade de fatores, sendo que alguns grupos étnicos experimentam desigualdades e iniquidades constantes, evitáveis, desnecessárias e injustas (Whitehead, 1991) na saúde que, em parte, podem ser atribuídas ao acesso e à qualidade dos cuidados que recebem (Braveman, 2014). Por conseguinte, compreendemos que dentro do SNS perpetuam estas mesmas iniquidades, refletidas em barreiras e obstáculos no acesso e utilização dos serviços de saúde (e.g., económicos, culturais, relacionais), comprometendo assim a *equidade* (justiça social na saúde) (Braveman, & Gottlieb, 2014).

Face a esta realidade e ao papel subjogado à mulher cigana, as participantes demonstram uma realidade de vida multiproblemática (desvantagens económicas, sociais e ambientais). Similarmente, conjugam entre si determinantes sociais e culturais, que impactam a saúde e o seu bem-estar, desde a educação, habitação, nível socioeconómico, exclusão social que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e ainda, de fatores de risco na população (Furtado & Pereira, 2010; Wilson, Heaslip, & Jackson, 2018).

Deste modo, é evidente uma elevada assimetria de poder relativamente à sociedade dominante, determinada pelo racismo institucional (processos e estruturas discriminatórias involuntárias) (Williams & Mohammed, 2009) pautado no SNS, face às representações sociais

e dinâmicas de poder que, desta forma, pontuam as elevadas iniquidades ao nível da saúde em Portugal (Oliveira, 2018). Além disso, a desigualdade e disparidade social perante os grupos étnicos minoritários conduz à posição social que tais grupos ocupam na sociedade e a aceitação que possam ter frente aos grupos dominantes (Barata, 2009).

Por consequência, toda esta realidade converge as necessidades interdependentes num ciclo vicioso, convergindo, por sua vez, os desfavorecimentos numa realidade complexa que atinge todos os determinantes das suas vidas. Assim sendo, esta realidade corrobora com o estudo de Mendes e Magano (2013), entre 2007-2009, com 7154 famílias ciganas, que conclui que as questões ao nível da saúde são influenciadas pelos baixos níveis de instrução, e que a incidência das patologias se relaciona com a precariedade na habitação (Brito, 2016).

Neste sentido, não podemos pedir a uma mulher cigana que tenha um determinado comportamento e/ou hábito sob a sua saúde quando não o compreende (falta de literacia para a saúde) implicando diretamente também a compreensão e o relacionamento dos/as profissionais, bem como nos conhecimentos, atitudes, cuidados e práticas de saúde (Padilla et al., 2013). Tal como não podemos incutir uma alimentação saudável quando esta não tem suporte socioeconómico e habitacional para o fazer.

Consequentemente, tudo se gera em torno de um círculo em que a pertença a um grupo historicamente em desvantagem económica, social e educacional leva a um desfasamento na promoção e cuidados de saúde. Portanto, o estado de saúde e os cuidados de saúde das mulheres não são apenas legitimados por elas próprias, mas sim por um elevado conjunto de fatores que as levam a uma situação de exclusão e autoexclusão (e.g., estigma social ou pessoal) (Padilla, 2013).

Sintetizando, devemos ter em conta as mulheres e toda a população cigana de acordo com as suas singularidades, dado que E/R (Deus) e a família são aspetos de elevado relevo e influência nas suas comunidades. Neste contexto, é importante que os/as profissionais nos

serviços de saúde reconheçam as diferenças étnicas e culturais, compreendendo as realidades, crenças, valores e expectativas do/a paciente em relação aos cuidados de saúde (Brito, 2016).

Logo, é essencial olhar o/a paciente de forma idiossincrática, com atitude de não julgamento, desta forma, promovendo a empatia (comunicar abertamente, ouvir e ter em consideração as preocupações do/a paciente) e trabalhando as suas necessidades sociais, familiares e/ou comunitárias, atendendo assim às suas especificidades (Oliveira et al., 2018). Por sua vez, indo de encontro ao modelo biopsicossocial o/a paciente deve ser considerado/a como um todo, abarcando as dimensões psicológicas, biológicas, sociais e espirituais. Além disso, a E/R deve ser tida em conta como um fator de proteção no processo de saúde/doença (Longuinere, Yarid, & Silva, 2018). Adicionalmente, deve-se considerar as suas desigualdades e, deste modo, induzir estratégias para as características particulares (e.g., alfabetização, comunicação), isto é, capacitar e ampliar o acesso dos/as profissionais de saúde a programas de formação e sensibilização das minorias étnicas (Van Cleemput, 2018).

Tendo em conta o que foi supracitado e o estudo de Beatriz Padilla (2017), podemos apontar como estratégias de implementação e promoção da saúde a metodologia participativa, investigação-ação, que, neste sentido poderiam ser uma ponte entre a teoria e a prática, e assim, incentivando a educação e a formação (Meyer, 2000). Paralelamente, investir e auxiliar os/as mediadores/as culturais, de forma a fomentar a integração das comunidades ciganas nos diversos domínios (empregabilidade, saúde, educação), estabelecendo e promovendo o contacto e a comunicação (Ramos, 2012), bem como a mediação de conflitos. Para além disso, consideramos que a ciência deve ser compreendida como uma ferramenta para a mudança social tornando-se, deste modo, necessário diligenciar a mudança através da intervenção, bem como promover a adoção de perspetivas críticas e reflexivas sobre os grupos envolvidos (e.g., grupos étnicos minoritários e os/as profissionais de saúde).

### **Parte III- Considerações finais**

Os resultados a que chegamos neste estudo elucidaram-nos acerca de distintos aspetos da saúde e das perspetivas e realidades das mulheres ciganas, tendo em conta as implicações da E/R nos cuidados de saúde.

Neste sentido, compreendemos que as mulheres ciganas sustentam um papel de relevo tanto no seio familiar como na comunidade cigana. Constatamos, que estas mesmas proeminências se mantêm face às diferenças de género existentes nas suas comunidades. Por sua vez, têm implicações na sua saúde e nos cuidados sobre esta, colocando-se sempre em segundo plano. Deste modo, devemos procurar fomentar o empoderamento, a *equidade* e o espírito crítico nas mulheres ciganas, dado o seu papel fulcral também na transmissão de informação/conhecimento dentro das suas famílias e comunidades.

No que concerne às implicações da E/R concluímos que influencia positivamente a saúde e os cuidados da mesma, tanto na dimensão de saúde-doença, bem como nas dimensões psicológicas. Desta forma, é fundamental ter em conta o papel determinante da E/R, na prevenção e promoção da saúde, tendo em conta os determinantes sociais, bem como as crenças e valores.

Este estudo evidencia, por sua vez, a necessidade de olharmos as mulheres ciganas e as suas necessidades como um todo, pois estas correlacionam-se entre si. Paralelamente, a pertença a um grupo étnico minoritário destaca estas mesmas necessidades face à realidade complexa e multiproblemática em que vivem. Por conseguinte, concluímos que as questões da saúde são influenciadas pelos determinantes sociais (habitação, educação, empregabilidade, serviços de saúde) e macrodeterminantes (fatores económicos, culturais e ambientais). Sabendo que os fatores comportamentais e os tipos de estilos de vida se correlacionam com os determinantes sociais na saúde, é muito difícil mudar um comportamento de risco. Uma mudança eficaz requer políticas sociais e macroeconómicas que ampliem as mudanças

comportamentais através de programas de educação [metodologias participativas (Padilla, 2017)]; acesso mais fácil a alimentos saudáveis; acesso à educação; áreas públicas de exercício físico; ações comunitárias para melhorar e promover a saúde e o bem-estar (Figueiredo, 2016); bem como promover a empatia e a compreensão sobre a E/R de cada indivíduo.

Além disso, é importante implementar mudanças a nível institucional (serviços de saúde), e desta forma, combater e minimizar o racismo institucional, as desigualdades, disparidades e iniquidades. Por conseguinte, procurar o padrão mais elevado de *equidade*, para um SNS justo e digno para todos/as os/as cidadãos/ãs portugueses/as.

Face à análise da presente investigação concluímos que ainda existe um longo caminho a percorrer, tanto com as comunidades ciganas, bem como com a sociedade predominante. É necessário instigar uma cidadania inclusiva; promover a igualdade de género; impulsionar a mediação intercultural; fomentar as condições de acesso à educação; assegurar condições justas que permita uma participação igualitária no acesso e na atividade profissional; melhorar as condições habitacionais das famílias ciganas, de forma a impedir a segregação; e por fim, promover as oportunidades de acesso das pessoas ciganas aos serviços nacionais de saúde (ACM, 2018). Consequentemente, o relatório *Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU* (2008) recomenda uma ação conjunta entre o estado e as organizações, de forma a promover a criação de políticas de educação, habitação, género, emprego, ciência e tecnologia que tenham em consideração a inter e a multissetorialidade da saúde (Padilla, 2013).

Relativamente às limitações associadas a este estudo, identificamos, por um lado, dificuldades teóricas, uma vez que existem poucos estudos científicos que se debrucem sobre este tópico de análise e, por outro lado, dificuldades metodológicas. Tivemos dificuldade em aceder a mulheres ciganas que estivessem disponíveis para participar no nosso estudo, o que levou a que o número de participantes ficasse reduzido a oito mulheres, bem como não nos foi

possível obter o ponto de saturação teórica que gostaríamos. Por outro lado, o facto da investigadora principal não ser de etnia cigana, levou a que muitas respostas tivessem ficado muito superficiais. A este fenómeno designamos de desejabilidade social, ou seja, o facto de as participantes responderem de acordo com o que consideram ser o mais correto, aceitável ou desejável, de modo a satisfazerem a sua necessidade de aprovação social e a manifestarem comportamentos condizentes com as normas e os valores da cultura vigente (Marlowe & Crowne, 1961).

Futuramente, seria a nosso ver pertinente alargar o estudo a homens ciganos e aos/às profissionais de saúde que lidam com estas comunidades. Além disso, seria também importante estudar com mais profundidade as implicações ao nível psicológico da E/R, bem como explorar a resiliência e estratégias de *coping* nas comunidades ciganas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIDI (2013). *Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas 2013 - 2020*. Lisboa: ACIDI. Disponível em [http://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/enicc\\_ACMpdf/42f8ef57-8cd7-4118-9170-9fcd9bc53ec2](http://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/enicc_ACMpdf/42f8ef57-8cd7-4118-9170-9fcd9bc53ec2).
- ACM (2018). *Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas 2018-2022*. Lisboa: ACM. Disponível em [https://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/Publicação+ENICC\\_PT\\_bx.pdf/b20a9b54-a021-4524-87df-57a0a740057c](https://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/Publicação+ENICC_PT_bx.pdf/b20a9b54-a021-4524-87df-57a0a740057c)
- Alderson, D. (1986). Self-reconstruction and social reconstructions as two aspects of de same process. A paradigm for theory, research and action in community psychology. *The Community Psychologist*, 20(1), 35-66.
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Temas em Saúde collection. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>
- Bäckström, Bárbara (2009). *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: ACIDI.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129(2), 5-8. doi:10.1177/00333549141291S203

- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1), 19-31. doi:10.1177/00333549141291s206
- Brito, L. (2016). *Competência cultural nos profissionais de saúde caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Tecnologias, Universidade de Coimbra). Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>
- Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., & King, N. (2015). The utility of template analysis in qualitative psychology research. *Qualitative Research in Psychology*, 12, 202-222. doi:10.1080/14780887.2014.955224
- Calvetti, P. Ü., Campio, M., & Nunes, M. (2007). *Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706 -717. doi:10.1590/S1414-98932007000400011
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/5396>
- Casa Nova, M. J. (2002). *Etnicidade, género e escolaridade-estudo em torno das socializações familiares de género numa comunidade cigana de um bairro periférico da cidade do Porto* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências Sociais da Educação, Universidade do Porto).
- Casa Nova, M. J. (2009). *Etnografia e produção de conhecimento. Reflexões críticas a partir de uma investigação com ciganos portugueses*. Lisboa: ACIDI.
- Castro, A. (2010). Ciganos e desigualdades sociais: Contributos para a inflexão de políticas públicas de cariz universalista. *Forum Sociológico*, 20(1), 11-19. Disponível em <http://sociologico.revues.org/139>.

- Catré, M. N. C., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32(4), 401-417. doi:10.14417/ap.32.3.872
- Catré, M. N. C., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A., & Catré, M. C. (2016). Espiritualidade: Contributos para uma clarificação dos conceitos. *Análise Psicológica*, 34(1), 31-46. doi:10.14417/ap.877
- Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura (CPESC). (2009). *Relatório das audições efectuadas sobre ciganos portugueses no âmbito do ano europeu para o diálogo intercultural*. Disponível em [http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/extra/projetoscofinanciados/mediadoresmunicipais/pdf/mediadoresmunicipais\\_relatorio\\_audicoes\\_ptciganos.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/extra/projetoscofinanciados/mediadoresmunicipais/pdf/mediadoresmunicipais_relatorio_audicoes_ptciganos.pdf)
- Costa, A. B., Baptista, I., Perista, P., & Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Gradiva
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited. *The Gerontologist*, 42(5), 613–620. doi:10.1093/geront/42.5.613
- Commission on the Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Disponível em [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html).

- Cunha, V. (2017). *Religiosidade/Espiritualidade (R/E) na prática clínica psicológica: Experiências de psicoterapeutas* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro-Uberaba). Disponível em <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/546>
- Diário da República. (2005). Constituição da República Portuguesa, de 12 de agosto. Lisboa: Diário da República.
- Diário da República. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Lisboa: Diário da República.
- Diário da República. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. Lisboa: Diário da República.
- Dias, E. C., Alves, I., Valente, N., & Aires, S. (2006). *Comunidades ciganas: Representações e dinâmicas de exclusão/integração* (V. 6). Lisboa: ACIME. Disponível em [https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares\\_6.pdf/b8ee7c99-1316-45eb-86c1-1b99b0212650](https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares_6.pdf/b8ee7c99-1316-45eb-86c1-1b99b0212650)
- Duarte, I., Castro, A., Afonso, J., Salgueiro, M., & Antunes, M. (2005). Coexistência inter-étnica, espaços e representações sociais: Os ciganos vistos pelos outros. *Cidades-Comunidades e Territórios* (2), 73-84. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/cct/article/download/9119/6566/0>
- Dy-Liacco, G. S., Piedmont, R. L., Murray-Swank, N. A., Rodgerson, T. E., & Sherman, M. F. (2009). Spirituality and religiosity as cross-cultural aspects of human experience. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(1), 35–52. doi:10.1037/a0014937
- European Roma Rights Centre & Númena Centro de Investigação em Ciências Sociais e Humanas (ERRC/NÚMENA). (2007). *Os serviços sociais ao serviço da inclusão social: O caso dos ciganos. Avaliando o Impacto dos Planos Nacionais de Acção Para*

*a Inclusão Social na República Checa, em França e em Portugal*. Disponível em [http://www.errc.org/uploads/upload\\_en/file/02/26/m00000226.pdf](http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/02/26/m00000226.pdf)

Fernandes, A. (2000). (Alguns) quadros teóricos da Psicologia Comunitária. *Análise Psicológica*, 2(8), 225-230. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n2/v18n2a08.pdf>

Fernandes, M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa: Edições Piaget.

Fernandes, S. A. (2015). *Desafios de uma comunidade minoritária – Os apoios sociais na comunidade cigana de Barcelos* (Dissertação de Mestrado em Crime Diferença e Desigualdade Universidade do Minho-Braga). Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/40854/1/Ant%C3%B3nio%20Jos%C3%A9%20da%20Silva%20Fernandes.pdf>

Figueiredo, J. P. (2016). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida: Indicadores de risco epidemiológico: avaliação de estados de saúde e doença* (Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/29621>

Fonseca, P., Marques, M., Quintas, J., & Poeschl, G. (2005). *Representações sociais das comunidades ciganas e não-cigana, implicações para a integração social*. (V. 3). Lisboa: ACIME. Disponível em [https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares3\\_editado.pdf/6202a150-225a-4f8c-afd4-d9f5ee284af9](https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares3_editado.pdf/6202a150-225a-4f8c-afd4-d9f5ee284af9)

Fonseca, L., & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: Utentes e serviços na área de Influência do centro de saúde da graça*. Lisboa: ACIDI.

- FRA (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia). (2016). *Eu-midis II- Segundo inquérito sobre minorias e discriminação na união europeia, ciganos: Resultados selecionados*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Disponível em [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-roma-selected-findings\\_pt.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-roma-selected-findings_pt.pdf)
- Franca, M., Fernandes, J., & Gravidão, F. (2018). Geografia da religião em Portugal: Minorias e diversidade religiosa. *Cadernos de Geografia*, 38, 7-22. doi:10.14195/0871-1623\_38\_1
- Franco, J., & Pereira, J. (2017). *Portugal católico - A beleza na diversidade*. Coimbra: Temas e Debates.
- Francis, G. (2013). Developing the cultural competence of health professionals working with gypsy travellers. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 3(1), 64–77. doi:10.1002/jpoc.21074
- Freitas, M. H. (2013). Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: Implicações para a prática. *Revista Psico-USF*, 18(3), 437-444. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n3/a10v18n3.pdf>
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2007). *Guia para a intervenção com a comunidade cigana nos serviços de saúde*. Madrid: Editora Reapan.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2014). *Guia de intervenção social com a população cigana sob a perspectiva de género*. Porto: Cooperativa PorIguale.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>

- Furtado, C., & Pereira, J. (2011). Equidade em saúde: Do conhecimento à acção. In E. N. S. P., & D. G. S. (Eds.), *A Nova Saúde Pública: a saúde pública da Era do conhecimento: livro de homenagem a Constantino Sakellarides* (pp. 52-57). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, *14*(3), 575-599. doi:10.2307/3178066
- Júnior, L. (2013). Os ciganos e os processos de exclusão. *Revista Brasileira de História*, *33*(66), 95-112. doi:10.1590/S0102-01882013000200006
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network (ISRN Psychiatry)*, *2012*(1), 1-33. doi:10.5402/2012/27873
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: Modelos e práticas*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Longuiniere, A. C. F., Yarid S. D., & Silva, E. C. S. (2018). Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde não atendendo ou paciente crítico. *Revista Cuidarte*, *9*(1), 1961-72. doi:10.15649/cuidarte.v9i1.413
- Lopes, S. D. (2008). *Deriva cigana: Um estudo etnográfico sobre os ciganos de Lisboa*. *Etnográfica*, *13*(2), 488-491. Disponível <http://journals.openedition.org/etnografica/1183>
- Lopes, F. (2005). Para além das barreiras dos números: Desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(5), 1595-1601. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/34.pdf>

- Lopes, S. D., & Costa, A. R. (2003-2015). Os ciganos de Lisboa e a escolarização: Evoluções, impasses, dilemas. *Configurações*, 18(1), 67-86. doi:10.4000/configuracoes.3652
- López, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: Aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121-134. doi:10.1590/S1414-32832012005000004
- Magano, O. (2010). *Tracejar vidas normais: estudo qualitativo sobre a integração social de indivíduos de origem cigana na sociedade portuguesa* (Tese de Doutoramento em Sociologia, Especialidade Relações Interculturais, Universidade Aberta- Lisboa). Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1750>
- Magano, O. (2014). *Tracejar vidas «normais»*. Estudo qualitativo sobre a integração dos ciganos em Portugal. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Magano, O. (2017). Tracing normal lives: Between stigma and the will to be cigano. *Social Identities*, 23(1), 44–55. doi:10.1080/13504630.2016.1227700
- Magano, O., & Mendes, M. (2013). *Ciganos portugueses: Olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas sociais e projetos de intervenção social e cultural*. Lisboa: Universidade Aberta
- Magano, O., & Mendes, M. (2014). Mulheres ciganas na sociedade portuguesa: Tracejando percursos de vida singulares e plurais. *Revista Sures*, 3(1), 1-15. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/4038>
- Magano, O., & Mendes, M. (2016). Constrangimentos e oportunidades para a continuidade e sucesso das pessoas Ciganas. *Configurações*, 18(1), 8-26. Disponível em <http://journals.openedition.org/configuracoes/3546>.

- Marlowe, D., & Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology, 25*, 109-115.
- Marques, L. F. (2010). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicodebate Psicologia, Cultura y Sociedad, 10*, 135-151. doi:10.18682/pd.v10i0.393
- Mendes, M. (2005). *Nós os ciganos e os outros: Etnicidade e exclusão social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mendes, M. (2010). *Representações face à discriminação. Ciganos e imigrantes russos e ucranianos na área metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Mendes, M., & Magano, O. (2013). *Ciganos portugueses: olhares plurais e novos desafios numa sociedade em transição*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Mendes, M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas*. Observatório das Comunidades Ciganas. Lisboa: ACM.
- Mendes, M., & Magano, O. (2014). Ciganos e políticas sociais em Portugal. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto, 15-35*. Disponível em <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/download/2263/2073>
- Meneghetti, R., & Silva, R. (2018). Cultura cigana: A prática do nomadismo e a concretização do direito à moradia. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*. Salvador, 4(1), 169-184. doi:10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2018.v4i1.4352
- Mens-Verhulst, J., & Radtke, L. (2006). *Intersectionality and health care: Support for the diversity turn in research and practice*. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/34a4/49720914778978532ab328a5bf61298dd538.pdf>

- Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care: Using qualitative methods in health related action research. *BMJ*, 320(7228), 178–181. doi:10.1136/bmj.320.7228.178
- Monteiro, B. R., Pisco, A., Candoso, F., Bastos, S. & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 725-736. doi:10.1590/1413-81232017223.33462016
- Moonen, F. (2012). *Anticiganismo e políticas ciganas na Europa e no Brasil*. Disponível em [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a\\_pdf/fmo\\_2013\\_antigianismoeuropabrazil.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/fmo_2013_antigianismoeuropabrazil.pdf)
- Moreira-Almeida, A., Koenig, G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176-182. doi:10.1590/1516-4446-2013-1255
- Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54-57. doi:10.21800/2317-66602016000100016
- Moro da Dalt, L. (2012). *Guia para o desenvolvimento pessoal das mulheres ciganas: Perspectiva psico-emocional e desenvolvimento profissional*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Morrow, S. L., & Hawxhurst, D. M. (1998). Feminist Therapy. *Women & Therapy*, 21(2), 37–50. doi:10.1300/j015v21n02\_03
- Neves, M. (2013). “Sim...mas não à nossa porta!”. In O. Magano & M. Mendes (Orgs.), *Ciganos Portugueses: Olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas*

*sociais e projetos de intervenção social e cultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/2525>

Neves, S., Correia, A., & Allen, P. (2016). Reflexões sobre a implementação de um programa de intervenção psicoeducativa com mulheres ciganas portuguesas. *Configurações*, 18(1), 122-139. doi:10.4000/configuracoes.3695

Nogueira-Martins, M. F. C. & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57. doi:10.1590/S0104-12902004000300006

Nunes, O. (1996). *O povo cigano*. Lisboa: Obra nacional da pastoral dos ciganos.

Oliveira, B. J. (2010). *Psicologia Positiva: Uma nova psicologia*. Porto: Livpsic.

Oliveira, C. M. (2018). *Particularidades da intervenção social com as famílias ciganas nas áreas da saúde, educação e emprego* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra). Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/85641>

OMS. (2006). *Trabajar em pro de la salud: presentación de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44332>

Osório, O. (2018). *Novas igrejas evangélicas no contexto urbano portuense: Estudos de caso sobre as comunidades Hillsong e Surf Church* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras, Universidade do Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117294/2/301963.pdf>

- Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 49-68. doi:10.1590/S1980-85852013000100004
- Padilla, B. (2017). Health and migration: Participative methodologies as tools to promote citizenship. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 273-84. doi:10.1590/1807-57622016.0624
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., & Ortiz, A. (2013). Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: Teoria, prática e política. *Fórum Sociológico*, 22(1), 33-41. doi:10.4000/sociologico.550
- Padilla, B., & Miguel, J. (2009). Health and Migration in the European Union: Building a Shared Vision for Action. In A. Fernandes & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 15-22). Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da, Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34, 105–115. doi:10.1590/s0101-60832007000700014
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... de Freitas, A. F. (2001). *Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University hospital. Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580–586. doi:10.1067/mem.2001.114306
- Pintassilgo, J., & Hansen, P. (2013). A laicização da sociedade e da escola em Portugal: Um olhar sobre o século XX. In J. Pintassilgo (Coord.). *Laicidade, Religiões e Educação*

- na Europa do Sul no Século XX* (pp.100-396). Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/18249>
- Pires, C. S. (2013). *Interculturalidade no Serviço de Urgência* (Trabalho de projeto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/5906>
- Prazeres, V., Laranjeira, A., Marques, A., & Soares, C. (2007). *Saúde, Sexo e Género: Factos, Representações e Desafios*. Lisboa: DGS–Direcção Geral da Saúde.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, M. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade – Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* 6(4), 3-19. doi:10.3395/reciis.v6i4.672pt
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde?* Lisboa: Vega.
- Rodrigues, D. (2013). Etnicidade cigana e religião: A Igreja Evangélica de Filadélfia de Portugal. In M. Mendes & O. Magano (Eds.), *Ciganos Portugueses: Olhares plurais e novos desafios numa sociedade em transição* (pp. 93-110). Lisboa: Mundos Sociais.
- Roque, F. (2015). *Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes em Contexto Hospitalar* (Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade da Madeira). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.13/1505>
- Rosário, P., Núñez, J. C., Vallejo, G., Cunha, J., Azevedo, R., Pereira, R., & Moreira, T. (2016). Promoting Gypsy children school engagement: A story-tool project to enhance self-

- regulated learning. *Contemporary Educational Psychology*, 47(1), 84–94.  
doi:10.1016/j.cedpsych.
- Sánchez, A. C. (2003). *Guia para trabalhar com mulheres ciganas: A temática da saúde*. Madrid: Fundación Secretariado General Gitano.
- Sanchez, Z., & Nappo, S. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265-272. doi:10.1590/S0034-89102008000200011
- Santos, P. A. (2001). Ciganos evangélicos portugueses: A conversão ao pentecostalismo. *Anales de Historia Contemporánea*, 17(2001), 532-538. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/237446.pdf>
- Saunders, S. M., Miller, M. L., & Bright, M. M. (2010). Spiritually conscious psychological care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 355–362. doi:10.1037/a0020953
- Silva, C. M. (2008). Desigualdades de género. *Configurações*, 4(1),65-89. doi:10.4000/configuracoes.370
- Silva, C., & Borges, F. (2018). Análise temática dialógica como método de análise de dados verbais em pesquisas qualitativas. *Linhas Críticas*, 23(51), 245-267. doi:10.26512/lc.v23i51.8221
- Silva, L. F., Sousa, F., Oliveira, L., & Magano, O. (2000). A comunidade cigana e o etnocentrismo da instituição médica de saúde comunitária. *IV Congresso português de sociologia – sociedade portuguesa: passados recentes, futuros próximos* (pp. 1-10). Disponível em [https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462dc924ecdba\\_1.pdf](https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462dc924ecdba_1.pdf)

- Silva, L. F. (2005). *Saúde / doença - É questão de cultura - Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal*. Disponível em [https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares2\\_editado.pdf/31ee87d8-98b9-4dba-a013-3d3840304950](https://www.obcig.acm.gov.pt/documents/58622/202406/olhares2_editado.pdf/31ee87d8-98b9-4dba-a013-3d3840304950)
- Smith, D., & Ruston, A. (2013). If you feel that nobody wants you you'll withdraw into your own: Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. *Sociology of Health & Illness*, 35(8), 1196-1210. doi:10.1111/1467-9566.12029
- Sousa, A. F.S. (2007). *As políticas sociais ativas e o processo de negociação para a inserção social* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/9598>
- Sousa, C.J. (2010). *Relações interétnicas, dinâmicas sociais e estratégias identitárias de uma família cigana portuguesa – 1827-1957* (Tese de Doutoramento na Área de Sociologia, Especialidade: Relações Interculturais, Universidade Aberta- Lisboa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/1720>
- Sousa, C. J. (2013). *Os maias, retrato sociológico de uma família cigana portuguesa*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Tavares, N. O., Oliveira, L. V., & Lages, S. R. C. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde em Debate*, 37(99), 580-587. doi:10.1590/S0103-11042013000400005
- Taylor, C. (1998). *Multiculturalismo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Teixeira, C. (2007). *Psicologia da saúde - Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Teixeira, A., Vilaça, H., Moniz, B. J., Coutinho, P. J., Franca, M., & Dix, S. (2019). *Identidades religiosas e dinâmica social na área metropolitana de Lisboa*. Disponível em [https://www.academia.edu/39764014/Identidades\\_religiosas\\_e\\_din%C3%A2mica\\_social\\_na\\_%C3%81rea\\_Metropolitana\\_de\\_Lisboa](https://www.academia.edu/39764014/Identidades_religiosas_e_din%C3%A2mica_social_na_%C3%81rea_Metropolitana_de_Lisboa)
- Topa, J. (2013). *Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal* (Tese de Doutoramento em Psicologia, Especialidade em Psicologia Social. Universidade do Minho-Braga). Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/26676>
- Tuckett, A. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(2), 75-87. doi:10.5172/conu.19.1-2.75
- Van Cleemput P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J., & Cooper, C. (2007). Health-related beliefs and experiences of gypsies and travellers: A qualitative study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(3), 205-210. doi:10.1136/jech.2006.046078
- Van Cleemput, P. (2017). *County durham Gypsy and Traveller health project: An independent evaluation*. Disponível em <https://www.durham.gov.uk/media/22929/Gypsy-and-Traveller-Health-Project-Evaluation/pdf/GypsyTravellerHealthProjectEvaluation.pdf?m=63673561826517000>
- Van Cleemput, P. (2018). Health needs of Gypsy Travellers. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 11(12), 681-688. doi:10.1177/1755738018774075
- Vicente, M. J. (2009). *As comunidades ciganas e a saúde: Um primeiro retrato nacional*. Porto: REAPN.
- Vicente, M. J. (2013). As comunidades ciganas e a saúde: Um primeiro retrato nacional. In O., Magano & M., Mendes (Eds.), *Ciganos Portugueses: olhares cruzados e*

*interdisciplinares em torno de políticas sociais e projetos de intervenção social e cultural*, (pp. 64-76). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/2525>

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 1-69. doi:10.1037/a0032699

Vilaça, H. (2008). *Imigração, etnicidade e religião: O papel das comunidades religiosas na integração dos imigrantes da Europa de Leste*. Disponível em [https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI\\_30.pdf/961a0795-e0ae-437e-af13-94d77838de5c](https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI_30.pdf/961a0795-e0ae-437e-af13-94d77838de5c)

Vilaça, H. (2017). A religião na cidade: Territórios, materialidades e comunicação. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 1, 12-27. doi:10.21747/08723419/soctem2017a1

Villanoa, P., Fontanella, L., Fontanellac, S., & Donato, M. (2017). Stereotyping Roma people in Italy: IRT models for ambivalent prejudice measurement. *Journal of Intercultural Relations*, 57, 30-41. doi:10.1016/j.ijintrel.2017.01.003

Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 311-318. doi:10.1007/s10865-007-9114-7

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228. doi:10.1093/heapro/6.3.217

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20-47. doi:10.1007/s10865-008-9185-0

- Wilson, D., Heaslip, V., & Jackson, D. (2018). Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3810-3819. doi:10.1111/jocn.14546
- World Health Organization (WHO) (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin of the World Health Organization*, 64(6), 929-941. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/264431>
- Zanetti, G. C., Ferreira, T. T., Borges, M. de F., Lemos, G. L., Gotti, E. S., Tomé, J. M., & Rezende, E. (2018). Percepção de acadêmicos de medicina e de outras áreas da saúde e humanas (ligadas à saúde) sobre as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 67-74. doi:10.1590/1981-52712018v42n1rb20160044

## ANEXOS

### Anexo A - Guião de entrevista (Mulheres ciganas)



Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### GUIÃO DE ENTREVISTA

##### 1. DADOS SÓCIO-BIOGRÁFICOS

Nome \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteira  Casada  Viúva  União de facto  Divorciada

Idade \_\_\_\_\_

Área de residências \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Ocupação profissional \_\_\_\_\_

##### 2. CARACTERIZAÇÃO AO NÍVEL DA SAÚDE

Gostaria que me falasse um pouco da sua perspetiva sobre o que é estar doente?

Quais os procedimentos adotados quando reconhece estar doente ou com algum problema de saúde?

Reconhece diferenças entre saúde física e saúde mental?

Fale-me um pouco do seu ponto de vista da sua saúde? Está bem de saúde? Toma medicação? Se sim, porquê?

##### 3. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE CIGANA

No seu agregado familiar existe alguma doença ou algum problema de saúde? (Obesidade, Doença cardiovascular (hipertensão)/respiratória (asma), Cancro, Consumo de substâncias)

Do seu ponto de vista acha que existe algum problema de saúde mais predominante na comunidade cigana?

O que está na génese/origem destes mesmos problemas de saúde?

Quais as necessidades mais comuns apresentadas pela comunidade, ao nível da saúde?

#### **4. ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO/PREVENÇÃO DE PROBLEMAS, NAS QUESTÕES DE SAÚDE**

No seu dia-a-dia emprega estratégias de prevenção de problemas de saúde? Se sim, quais? Se não, porquê? (Exercício Físico, Cuidados Alimentares, Vacinação, Consultas regulares)

Quando se encontra com algum problema de saúde quais as estratégias que utiliza para a resolução do mesmo?

Utiliza os serviços de saúde como um cariz preventivo (vacinação/consultas/exames médicos) ou remediativo?

#### **5. ACESSO A CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Quais os serviços de saúde que o seu agregado familiar mais recorre quando se sente doente? (Farmácias, Centro de Saúde (Médico/a de família), Saúde 24, Clínicas Privadas, Urgências Hospitalares Publicas/Privadas)

Com que frequência consulta esses serviços?

Qual foi a última vez que frequentou um serviço de saúde e qual o motivo?

De acordo com a sua opinião pessoal acha que é bem atendido/a nos diversos serviços de saúde?

Do seu ponto de vista alguma vez sentiu-se discriminada na utilização dos serviços de saúde? Se sim, por quem (Sociedade/Profissionais)? E em que circunstâncias?

#### **6. CARACTERIZAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE**

Do seu ponto de vista, qual a representatividade da Espiritualidade/Religiosidade no seu dia-a-dia? (Justifique por favor)

No seu entendimento, as questões de saúde estão interligadas com a Espiritualidade/Religiosidade? (Justifique por favor)

Como caracteriza as implicações da Espiritualidade/Religiosidade na resolução dos problemas de saúde?

Obrigada pela atenção

**Anexo B - Consentimento informado (Profissionais)****Consentimento Informado**

Joana Silva, psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Universitário da Maia vem solicitar juntamente com a sua orientadora Doutora Joana Topa e coorientadora Doutora Estefânia Silva, a sua colaboração numa investigação sobre “Fé e Saúde nas Comunidades Cigana”.

A sua participação neste estudo é espontânea, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre a perceção de fé e a sua influência no estado e práticas de saúde das comunidades ciganas portuguesas.

A entrevista será gravada em áudio e transcrita e, caso deseje, poderá receber cópia desta transcrição para aprovar seu conteúdo. A sua identidade será preservada com a utilização de pseudónimos em todos os materiais (publicações, apresentações em congressos, etc.) resultantes da investigação.

A qualquer momento, poderá solicitar novas informações sobre a presente investigação, bem como revogar o consentimento e abandonar o estudo.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida/o. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

A investigadora Joana Silva colocou-se à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telefone 914011566 e email joanacsilva95@gmail.com

Riscar o que não interessar. “Autorizo / não autorizo a realização da entrevista nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento”.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Anexo C - Guião de entrevista (Profissionais)**

Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Guião de Entrevista**

(Fé e Saúde nas Comunidades Ciganas)

**1. DADOS SÓCIO-BIOGRÁFICOS**

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Ocupação profissional \_\_\_\_\_

Tem alguma formação específica no domínio da Comunidade Cigana? Sim  Não 

Função na instituição \_\_\_\_\_

Tempo na função \_\_\_\_\_

**2. CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Gostaríamos que nos falasse um pouco da sua experiência profissional no que respeita Comunidade Cigana.

Considera a sua profissão uma profissão de risco? Se sim, quais as razões?

Que aspetos positivos e negativos atribui à sua profissão?

Qual considera ser o impacto da sua profissão na sua vida pessoal? (se o impacto for negativo, como lida com ele?)

**3. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE CIGANA**

Gostaríamos que falasse um pouco das Comunidades Ciganas, nas questões de saúde.

Descreva-nos por favor os casos com que lida mais nas Comunidades Ciganas. (Problemas mais frequentes de saúde).

Que procedimentos são geralmente adotados nos casos descritos?

Do seu ponto de vista, o que está na génese destes mesmos problemas de saúde, nas Comunidades.

Quais as necessidades mais comuns apresentadas pelas Comunidades Ciganas, ao nível da saúde?

Quais as estratégias que os indivíduos/as utilizam para a resolução de problemas de saúde? (Modelos de medicina tradicional/alternativa, Modelo de medicina científica ou Modelo médico da igreja)

#### **4. CARACTERIZAÇÃO DA FÉ**

Do seu ponto de vista, qual a representatividade da fé nas Comunidades Ciganas?

No seu entendimento, os indivíduos/as ciganos/as, interligam ou de alguma forma cruzam, a fé com as questões de saúde?

Pode abordar algumas implicações que acha pertinente do cruzamento da fé/cura na resolução de problemas de saúde?

Obrigado/a pela atenção

**Anexo D - Ofício**

Exma. Sr. Dr. \_\_\_\_\_

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de entrevistas no âmbito da dissertação de Mestrado

Eu, Joana Catarina Soares Silva, estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Instituto Universitário da Maia, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação relativa à dissertação de Mestrado intitulada “Espiritualidade/Religiosidade e Saúde nas Comunidades Ciganas” (título provisório).

A dissertação de Mestrado está a ser orientada pela Prof. Doutora Joana Topa e coorientada pela Prof. Doutora Estefânia Silva, ambas professoras no Instituto Universitário da Maia, e debruça-se sobre a perceção da espiritualidade/religiosidade e a influência na saúde, as comunidades ciganas portuguesas.

Desta forma, pretende-se a realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres, que sejam de etnia cigana e com idade superior a 18 anos.

Os dados recolhidos são confidenciais, e em momento algum as participantes serão identificadas, cumprindo-se todos os preceitos éticos de uma investigação científica com seres humanos. Prevê-se que cada entrevista tenha a duração média de 30 minutos a 1h.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Cumprimentos,

Joana Silva.

**Anexo E - Consentimento informado (Mulheres ciganas)****Consentimento Informado**

Joana Silva, psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Universitário da Maia vem solicitar juntamente com a sua orientadora Doutora Joana Topa e coorientadora Doutora Estefânia Silva, a sua colaboração numa investigação sobre “Espiritualidade/Religiosidade e Saúde nas Comunidades Cigana” (título provisório)

A sua participação neste estudo é espontânea, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre a perceção de espiritualidade/religiosidade e a sua influência no estado e práticas de saúde das comunidades ciganas portuguesas.

A entrevista será gravada em áudio e transcrita e, caso deseje, poderá receber cópia desta transcrição para aprovar seu conteúdo. A sua identidade será preservada com a utilização de pseudónimos em todos os materiais (publicações, apresentações em congressos, etc.) resultantes da investigação. Os dados recolhidos serão utilizados somente para fins de investigação.

A qualquer momento, poderá solicitar novas informações sobre a presente investigação, bem como revogar o consentimento e abandonar o estudo.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida/o. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

A investigadora Joana Silva colocou-se à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telefone 914011566 e email joanacsilva95@gmail.com

Riscar o que não interessar. “Autorizo / não autorizo a realização da entrevista nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento”.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_