

**A Mediação Intercultural na Promoção para a Saúde:  
Estudo de Caso da Comunidade Cigana do Concelho de  
Águeda**

Dissertação de Mestrado  
Mónica Oliveira Estima Gameiro

Trabalho realizado sob a orientação de  
Professor Doutor Rui Miguel Duarte Santos

Leiria, setembro 2023  
Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS INSTITUTO  
POLITÉCNICO DE LEIRIA

*Pois há um só Deus e um só mediador entre Deus e os homens: o homem Cristo Jesus.*

**1 Timóteo 2:5**

*Agora, porém, o ministério que Jesus recebeu é superior ao deles, assim como também a aliança da qual ele é mediador é superior à antiga, sendo baseada em promessas superiores.*

**Hebreus 8:6**

*Por essa razão, Cristo é o mediador de uma nova aliança para que os que são chamados recebam a promessa da herança eterna, visto que ele morreu como resgate pelas transgressões cometidas sob a primeira aliança.*

**Hebreus 9:15**

## Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é para Deus, por me ter dado sabedoria e renovado as minhas forças, para concluir este projeto fortalecendo assim o meu propósito de vida. Uma imensurável gratidão ao meu marido Gameiro pelo apoio incondicional e paciência, ao Doutor Ricardo Vieira por não me ter deixado desistir, nos primeiros obstáculos. Ao meu orientador Doutor Rui Santos, pelo inestimável contributo técnico e científico que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Faltam-me as palavras para agradecer por todo o incentivo, conhecimento partilhado e humanismo. Sem o seu apoio, não teria sido capaz. Às minhas colegas companheiras de jornada em especial à Diana Loureiro, pelo apoio, empatia e cumplicidade, aos professores de mestrado pelas aprendizagens, partilhas realizadas, sem os quais não teria trilhado este caminho, que permitiu a descoberta e o meu crescimento pessoal e profissional. À comunidade Cigana de Vale Domingos e Gravanço, que participaram neste estudo, através de inquéritos, entrevistas semiestruturadas e *focus grupo*. À minha família em especial à minha querida Mãe, aos amigos, pelas orações e palavras que me inspiraram e me fizeram sentir melhor, nos momentos mais difíceis. De resto saibam, que fazem parte da minha história e da minha vida.

## Resumo

As comunidades ciganas integram a minoria étnica mais numerosa da União Europeia, vivenciando situações de pobreza e de exclusão social. Estas questões influenciam o bem-estar e a qualidade de vida destes indivíduos.

Em Portugal existem muitos elementos desta etnia, a viver em condições habitacionais muito precárias e a maioria apresenta níveis educacionais mais baixos do que a restante população e por isso menos participação social e menos saúde.

A saúde é uma das principais necessidades sociais e constitui um dos direitos fundamentais, tendo um papel disruptor nos processos de exclusão/inclusão social, na medida em constitui um elemento integrador no acesso a outros recursos, serviços e direitos que promovem a convivência e a coesão social.

A presente investigação procurou compreender qual a perceção da comunidade cigana sobre a importância da Mediação Intercultural na Promoção para a Saúde.

Neste sentido, o estudo que aqui se apresenta teve como objetivos compreender de que forma a comunidade cigana percebe a sua condição de saúde, os principais comportamentos de risco e as principais estratégias de mediação e intervenção que podem promover hábitos de vida saudáveis.

Como estratégia metodológica, optou-se pela metodologia qualitativa-quantitativa, materializada num estudo de caso, tendo sido utilizadas técnicas de recolha de dados, inquéritos por questionário à comunidade, entrevista semiestruturada e *focus group*, dirigidos a atores chave da comunidade Cigana de Vale Domingos e Gravanço. Como técnicas de análise de dados, foi utilizada a análise estatística. Pelos dados apurados, pode-se afirmar que, os baixos níveis de literacia em saúde, os comportamentos de risco e os casamentos entre familiares, são os principais fatores que condicionam a saúde desta comunidade. Urge a necessidade de dotar os profissionais de saúde para uma intervenção adequada, de forma holística e sistémica.

### Palavras Chave

Comunidade Cigana, Exclusão Social, Inclusão Social, Mediação-Intercultural; Saúde.

## **Abstract**

Gypsy communities make up the largest ethnic minority in the European Union, experiencing situations of poverty and social exclusion. These issues influence the well-being and quality of life of these individuals. In Portugal there are many elements of this ethnic group, living in very precarious housing conditions and most have lower educational levels than the rest of the population and therefore less social participation and less health.

Health is one of the main social needs and constitutes one of the fundamental rights, having a disruptive role in the processes of social exclusion/inclusion, insofar as it constitutes an integrating element in the access to other resources, services and rights that promote coexistence and cohesion Social.

This investigation sought to understand the Roma community's perception of the importance of Intercultural Mediation in Health Promotion.

In this sense, the study presented here aimed to understand how the gypsy community perceives their health condition, the main risk behaviors and the main mediation and intervention strategies that can promote healthy lifestyle habits.

As a methodological strategy, a qualitative-quantitative methodology was chosen, embodied in a case study, using data collection techniques, community surveys, semi-structured interviews and focus groups, aimed at key actors in the Gypsy community of Vale Domingos and Gravanço. As data analysis techniques, statistical analysis was used. From the data gathered, it can be affirmed that low levels of health literacy, risky behaviours, and marriages between relatives are the main factors determining the health of this community. There is an urgent need to equip healthcare professionals for appropriate intervention in a holistic and systemic manner.

### **Keywords**

Romani Community, Social Exclusion, Social Inclusion, Intercultural Mediation, Health.

# Índice Geral

Agradecimentos .....	i
Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Índice Geral .....	iv
Abreviaturas/Acrónimos .....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Índice de Tabelas .....	viii
Introdução .....	9
<b>Questão de investigação e objetivos.....</b>	<b>11</b>
Estrutura do trabalho.....	11
<b>I - Enquadramento teórico .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 A comunidade Cigana dos dias de hoje.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Exclusão social, e pobreza, e inclusão social.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Promoção da Saúde.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 A comunidade Cigana e a saúde .....</b>	<b>24</b>
<b>1.5 A Mediação Intercultural no envolvimento da comunidade Cigana na promoção para a saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>II Metodologia .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Inquérito por questionário .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Entrevistas semiestruturadas .....</b>	<b>33</b>
<b>2.3.2 Focus group.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3.3 Análise documental.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 População em estudo .....</b>	<b>36</b>

<b>2.5 Técnicas de análise dos dados .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5.1 Análise estatística .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5.2 Análise de conteúdo .....</b>	<b>40</b>
<b>2.5.3. Análise Documental .....</b>	<b>41</b>
<b>2.6 Procedimentos e questões éticas .....</b>	<b>41</b>
<b>III - Apresentação e discussão de resultados .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 A situação de saúde da comunidade cigana.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 As questões de saúde na vida quotidiana da comunidade cigana .....</b>	<b>45</b>
<b>3.3 A perceção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida.....</b>	<b>47</b>
<b>3.4 A perspetiva da comunidade cigana relativamente às estratégias de mediação e intervenção social para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.....</b>	<b>50</b>
<b>Conclusões .....</b>	<b>55</b>
<b>Limitações do estudo .....</b>	<b>58</b>
<b>Propostas para estudos futuros.....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo I - Consentimento informado .....</b>	<b>67</b>
<b>Apêndice I – Questionário aos Participantes Chave .....</b>	<b>68</b>
<b>Apêndice II - Guião das entrevistas semiestruturadas aos Participantes Chave ....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndice III – Transcrição das Entrevistas .....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndice IV - Grelha de análise temática das entrevistas aos “participantes chave”.....</b>	<b>87</b>
<b>Apêndice V – Categorização Entrevista.....</b>	<b>91</b>
<b>Apêndice VI- Guião da sessão de Focus Group.....</b>	<b>93</b>
<b>Apêndice VII– Tabela de Categorização Focus Grup .....</b>	<b>95</b>

## **Abreviaturas/Acrónimos**

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

ACIME – Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

CICDR – Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial

CONCIG – Grupo Consultivo para a Integração das Comunidades Ciganas

ENICC – Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas I&D-  
Investigação e Desenvolvimento

ODS -Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPS - Rendimento disponível bruto das famílias per capita

PNAI – Planos Nacionais de Ação para a Inclusão

UE – União Europeia

SNS - Sistema Nacional de Saúde

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Gráfico de vacinação .....	26
---	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caraterização sociodemográfica dos participantes chave .....	38
<b>Tabela 2.</b> Perceção da comunidade cigana em relação à sua saúde .....	39
<b>Tabela 3.</b> Análise da situação de da comunidade cigana.....	43
<b>Tabela 4.</b> A Saúde na vida quotidiana da comunidade cigana.....	46
<b>Tabela 5.</b> Principais comportamentos de risco e estilos de vida, da comunidade cigana..	47
<b>Tabela 6.</b> Estratégias da Mediação Intercultural e Intervenção Social para a melhoria da condição de saúde da comunidade cigana.....	51

## **Introdução**

O tema Saúde é um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais (instituições de solidariedade social) e decisores políticos. A cada dia o mundo vive uma maior preocupação com as questões de saúde em particular em países que se encontram no limiar da pobreza, ou em desenvolvimento, nos quais este fenómeno configura-se numa situação de desigualdade social. Segundo Crisóstomo & Santos (2018) “em Portugal, a participação em saúde está prevista do ponto de vista normativo, em particular ao nível político e institucional. Apesar da preocupação de alguns decisores em promover a participação pública em saúde, esta tem-se revelado insuficiente. É neste contexto, de reconhecimento dos benefícios da participação, mas de ausência de mecanismos capazes de garantir essa participação em processos de decisão sobre saúde, que surge a iniciativa “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde”. Esta abordagem global dirigida a toda a sociedade visa a reivindicação da institucionalização de mecanismos participativos, dando resposta aos anseios de um vasto conjunto de ativistas em saúde, mas também da população portuguesa em geral, que reivindicam o direito a serem envolvidos, de forma regular e efetiva, nas decisões em saúde que os afetam. Esta iniciativa pretende atuar apenas a nível político e institucional, o maior envolvimento neste contexto pode funcionar também como facilitador do envolvimento dos cidadãos nas decisões individuais sobre a própria saúde e a prestação de cuidados”. Para as autoras Crisóstomo & Santos (2018) a iniciativa “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde (...) tem vindo a afirmar-se, “per se”, como um ator amplamente reconhecido no âmbito da saúde, colocando a participação pública em saúde como prioridade na agenda política e institucional a nível nacional, o que significa uma conquista irrefutável. A luta pela participação em saúde concretizou-se também na conquista de um lugar, com voz, no Conselho Nacional de Saúde” (Crisóstomo & Santos, 2018).

Se nos posicionarmos a favor da literatura “a participação pública ativa permite aos cidadãos, e aos seus representantes no contexto de saúde, tornarem-se parceiros-chave no processo de decisão em saúde e serem reconhecidos pelos demais atores através do estabelecimento deste compromisso entre os cidadãos e da conceção das próprias políticas de saúde e do SNS, a iniciativa “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde” pode também contribuir para decisões em saúde mais relevantes, mais adequadas, com implementação mais efetiva e melhores resultados em saúde” (Crisóstomo & Santos, 2018). A promoção para a Saúde e desenvolvimento local em Portugal tem sido alvo

de reflexão para a ação.

A este propósito Loureiro et al., (2013), na revista *Promoção da Saúde e Desenvolvimento local em Portugal: Refletir para Agir* esclarecem que “promover o reconhecimento de que a saúde é sempre afetada, em resultado das decisões políticas tomadas, ao nível nacional e local em todos os setores”. Neste contexto emergiu o Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS). Este programa “apresenta um grande potencial de aplicação e de evolução, podendo vir a entrosar-se num modelo participado de diagnóstico-investigação-ação-avaliação como, por exemplo, o PRECEDE-PROCEED, usado em muitos países e lugares do mundo para diagnosticar e planear intervenções de base comunitária e como estratégia de capacitação para promover a qualidade de vida” (Loureiro et al., 2013, p.23).

Em Portugal o cenário nos hospitais e a crise nas urgências é preocupante, há vários serviços de urgência fechados e outros a funcionar de forma precária. Registam-se tempos de espera acima do recomendado em vários hospitais do país, e a falta de profissionais é notória a nível nacional.

“Aqueles” com mais necessidades de cuidados de saúde acabam por sofrer um risco acrescido. É a partir daqui que surge uma questão inquietante.

Se o acesso à saúde se torna difícil para a comunidade dominante, como será o acesso para as minorias étnicas?

As motivações que presidiram a escolha do tema em estudo prendem-se, em primeiro lugar, com a pertinência do tema, que contribuirá para o desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos, comportamentos e novas atuações na área da saúde com e para a comunidade cigana. Este estudo pretende compreender de que forma, a comunidade cigana percebe a sua condição de saúde, os principais comportamentos de risco e principais estratégias de mediação e intervenção, que promovem hábitos de vida saudáveis. Ribeiro (1989), defende a ideia de que “promover a saúde é mais importante do que prevenir ou remediar a doença e o que acontece é que as sociedades organizadas propõem um sistema que cuida da doença e não um sistema que promova a saúde” (Ribeiro, 1989, p.19-22).

## **Questão de investigação e objetivos**

A pergunta de partida é a primeira etapa do procedimento científico. É o enunciado que define exatamente o projeto, organiza a investigação, mapeando o caminho sistemático que devemos trilhar.

Para esta investigação, elegeu-se a seguinte pergunta de partida:

- De que forma a comunidade cigana percebe a sua condição de saúde, os principais comportamentos de risco e as potencialidades da mediação e intervenção, que promovem hábitos de vida saudáveis?

Como objetivos propõe-se:

- O1: Analisar a situação de saúde da comunidade cigana;
- O2: Perceber que dimensão ocupam as questões de saúde na vida quotidiana da comunidade cigana;
- O3: Compreender a percepção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida, que afetam negativamente a saúde da sua comunidade;
- O4: Identificar qual a perspetiva da comunidade cigana relativamente às estratégias de mediação e intervenção, possíveis de implementar para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.

## **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho começa com o enquadramento teórico, partindo de uma breve abordagem sobre a comunidade cigana nos dias de hoje, ao conceito de exclusão, inclusão social, pobreza e saúde.

Neste primeiro ponto, considerou-se relevante explorar a mediação intercultural no envolvimento da comunidade cigana na promoção para a saúde.

No que concerne à metodologia, começamos pela caracterização da comunidade cigana do concelho de Águeda. Segue-se a parte empírica do trabalho, esclarecendo as opções tomadas e os caminhos percorridos. Explicamos o tipo de estudo, estudo de caso, as

técnicas e instrumentos de recolha de dados utilizados, nomeadamente: inquérito por questionário, entrevistas semiestruturadas e *focus group*.

Caracterizamos a nossa população do estudo e procedemos à apresentação das técnicas de análise dos dados, tendo sido utilizada a análise estatística nos inquéritos por questionário nas entrevistas e *focus group*. Finalizamos este ponto dois com as questões éticas.

No ponto três, segue-se a apresentação e discussão de resultados, efetivando o devido confronto com a literatura.

Terminamos este trabalho com as conclusões, apresentando as ideias principais e respondendo à questão de investigação e objetivos. A conclusão termina com as limitações do estudo e fazemos propostas para estudos futuros.

## **I - Enquadramento teórico**

### **1.1 A comunidade cigana dos dias de hoje**

A História do povo cigano ficou marcada por perseguições e discriminações de que foram alvo. Hoje em dia, continua a existir atitudes isoladas de racismo e discriminação racial que podem colocar em causa o processo de intervenção e integração social.

Monteiro (2018) afirma que “as culturas não vivem sozinhas, mas mantêm-se “en su” circunstância, usando a terminologia de Ortega y Gasset; ou seja, inter-relacionando-se com as outras culturas onde se inserem ou com quem têm algum tipo de conexão. Assim, as culturas ciganas, necessariamente tendem a convergir com as culturas que, tendo maior expressão social que as suas, são caracterizadas por hábitos e por tradições próprias, distintas, nas suas origens, daquelas que tipificam as culturas ciganas” (Estanqueiro, 2020).

Lopes (2021) esclarece que as pessoas de etnia cigana, tal como as de outros grupos minoritários desfavorecidos, veem muitas vezes dificultados os seus direitos de participação. Vivem, frequentemente, numa posição marginal relativamente ao poder, perpetuando a sua exclusão do sistema, pela dificuldade do livre exercício da cidadania (M. Lopes, 2021, p. 9).

O Plano Nacional de Ação para a Inclusão (2006-2008) considera um dos seus principais

objetivos “Promover a coesão social e a igualdade de oportunidades para todos, através de políticas de inclusão social e sistemas de proteção social adequados, acessíveis, financeiramente viáveis, adaptáveis e eficientes” (Plano Nacional de Ação Para a Inclusão Portugal (PNAI), 2006, p.8).

Segundo o PNAI (2006) como citado em Mendes et al. (2014) “Os indivíduos pertencentes a minorias são regularmente expostos a uma inserção profissional precária, à imposição da cultura dominante, sem o respeito pela diferença, a processos de segregação e isolamento face a redes de apoio social, por razões várias que se prendem com dificuldades mútuas de adaptação sociocultural” (Mendes et al., 2014, p.36).

Esta afirmação sugere que, que as dificuldades atribuídas à comunidade cigana, convoca a “inadaptabilidade destes” aos padrões de vida da comunidade dominante. Esta condição, fará com que a clivagem entre comunidades aumente e persista a dificuldade de intervenção e integração social.

De acordo com Mendes et al., (2014) como citado no estudo nacional sobre as comunidades ciganas “a Estratégia Nacional para a Integração dos Ciganos em Portugal avança com um limiar entre os 40 e os 60 mil ciganos a residir em Portugal” (Mendes et al., 2014, p.12).

Estes mesmos autores afirmam que “desde a década de 90 do século XX, se regista um incremento no número e qualidade dos estudos sobre ciganos em Portugal, têm prevalecido os estudos qualitativos e micro localizados em bairros e áreas geográficas bem delimitadas, denotando-se, por um lado, uma lacuna em termos de estudos longitudinais e uma falta de dados estatísticos sobre as características e condições de vida dos ciganos portugueses” (Mendes et al., 2014, p.13).

Pesa saber, como vivem os Ciganos dos dias de hoje e o que mudou?

O modo de vida dos ciganos mudou consideravelmente, muitos moram em casas; frequentam universidades; ocupam cargos importantes e outros são considerados como exemplos a seguir. Hoje assistimos a uma pequena franja da comunidade cigana, em exercício profissional nas seguintes áreas: Empresários no mundo do teatro e da música; Mediação Intercultural nas escolas e em projetos; Justiça; Serviço Social; Futebol;

Serviços de Educação; Serviços Municipais e vários trabalhadores indiferenciados em empresas de Metalurgia. Dentro deste grupo, conseguimos ainda identificar um estudante que frequenta o 4º ano de ensino superior, no curso de Medicina na Universidade de Lisboa.

“(…) Esta é uma realidade cada vez mais presente no discurso social. Viver em sociedade significa, de alguma forma, viver entre diferentes, é necessária uma prática efetiva de “uma compreensão do outro, uma intercompreensão, e que vá, claro, para além da tolerância, uma prática de educação social que a pedagogia social pode potenciar” (A. Vieira, 2016, p.96).

Vejam, atualmente existe uma maior participação social da comunidade cigana, na sociedade. Podemos confirmar esta participação através da procura da inclusão laboral, (con) vivência e coabitação em bairros de habitação social, maior preocupação com cuidados básicos de saúde, educação, conquista por um espaço no mercado de trabalho, sedentarização, bem como, a densificação das relações quotidianas com a comunidade dominante. O que acabamos de elencar, são comportamentos que refletem a vontade de adaptação desta comunidade, sem nunca perder de vista as suas tradições e costumes.

Nessa linha de pensamento Jares (2007), esclarece que “conviver é viver com os outros” e embora reconhecendo que “não é tarefa fácil viver entre diferentes” (A. Vieira, 2016, p.67).

Neste contexto, o Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano (2022) sugere que “é possível observar uma tendência de crescimento das famílias que não adotam práticas nómadas e que têm residência fixa em casas, apartamentos procurando melhores condições de vida e acesso aos direitos” (Guia Orientador Para a Atenção Integral à Saúde Do Povo Cigano, 2022, p.8).

A ausência de perspetivas de futuro desta comunidade, a procrastinação na construção de projetos de vida e o motivo de uma atitude de descrença e apatia, em relação às suas capacidades de protagonismo para a mudança. Apesar da evolução sentida nos últimos anos, continuam a registar-se níveis elevados de discriminação, pobreza e exclusão social de muitas pessoas e famílias ciganas, bem como, um forte desconhecimento e desconfiança

entre pessoas não ciganas e pessoas ciganas.

A Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas (ENICC) assenta na “realização efetiva dos direitos humanos, orientada pelo princípio constitucional da igualdade e da não discriminação previsto no artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa. “Visa a eliminação das barreiras à plena participação cidadã e inclusão social das pessoas ciganas, assumindo como central a eliminação dos estereótipos que estão na base de discriminações diretas e indiretas em razão da origem racial e étnica” (Estratégia Nacional Para a Integração Comunidades Ciganas, 2018, p.10).

Em matéria de habitação os dados do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana de 2015 revelavam que: 45% de todos os alojamentos não clássicos eram habitados por famílias ciganas, 32% das famílias ciganas residia em alojamentos não clássicos, e 46% das famílias ciganas residia em habitação social (Estratégia Nacional Para a Integração Das Comunidades Ciganas, 2018).

Segundo os dados de 2016, a Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia relativos a Portugal, 75% das pessoas ciganas, com 16 e mais anos, declararam ter sido discriminadas por serem ciganas no acesso à habitação, nos últimos cinco anos (Estratégia Nacional Para a Integração Das Comunidades Ciganas, 2018).

Em matéria de emprego os mesmos dados de 2016, revelavam 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) nas últimas quatro semanas, era de 35%; e 76% das pessoas ciganas, com 16 e mais anos, declararam ter sido discriminadas por serem ciganas quando procuraram emprego, nos últimos cinco anos (Estratégia Nacional Para a Integração Das Comunidades Ciganas, 2018).

Quanto à pobreza, os dados de 2011 da Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia relativos a Portugal, evidenciavam que 97% das pessoas ciganas se encontrava abaixo do limiar de pobreza. Face à situação descrita, a nova versão da ENICC pretende fomentar mudanças na estratégia nacional para a integração das comunidades ciganas

estruturais nas condições de vida das pessoas ciganas, através da definição de objetivos e medidas concretas, com um alcance temporal mais alargado, que visam o reforço da escolarização e da integração profissional e a melhoria das condições de habitação das pessoas ciganas em situação de exclusão social, bem como, o reconhecimento e o reforço da intervenção em mediação intercultural, a melhoria da informação e do conhecimento e o combate à discriminação contra as pessoas ciganas (Estratégia Nacional Para a Integração Das Comunidades Ciganas, 2018) .

De acordo com Casa - Nova (2020) “é importante distinguir entre causas fundamentais da pobreza (...) e as consequências de viver em condições de pobreza. Isto significa que a responsabilização pelas e a resolução das situações de pobreza e da chamada “exclusão social,” nos seus diferentes graus, não pode ser desligada da estrutura social hierarquizada e da manutenção dessa hierarquização, o que significa que importa não proceder a uma responsabilização individual pela situação vivenciada, desligando-a de uma leitura política da ordem social, transformando a resolução das situações em ações profiláticas individuais, desconectadas da estrutura social vigente” (M. Lopes, 2021, p.15).

## **1.2 Exclusão social, e pobreza, e inclusão social.**

Numa perspetiva sociológica a exclusão social é um fenómeno que atua em várias dimensões interligadas e que contribuem para a génese do excluído. Apesar deste conceito não ser consensual entre os autores, ficou claro, que o fenómeno da exclusão social está diretamente ligado, às desigualdades sociais, à rutura de laços dos indivíduos com a Sociedade (Xiberras, 1996) .

Lamarque (1995) define a exclusão como o resultado de uma carência de coesão social global, não se limitando a fenómenos individuais nem a simples agregações de situações (Gilles, 1998).

Segundo Fernandes (1995), uma situação de exclusão manifesta-se através de uma significativa carência de recursos materiais e sociais, arrastando para fora ou para a periferia da sociedade todos aqueles que não aderem aos valores e representações sociais predominantes. O autor afirma também que há uma tendência de exclusão para aqueles que são rejeitados de um determinado universo simbólico de representações, de um

mundo concreto de trocas e transações sociais (Gilles, 1998).

A pobreza e a exclusão social são características da sociedade portuguesa. Na introdução do livro *Pobreza e Exclusão Social em Portugal* questiona-se: do que estamos a falar quando falamos de pobreza e exclusão social? Este exercício é especialmente pertinente uma vez que ao não clarificar os conceitos, corremos o risco de estes serem confundidos com outro problema social, o da desigualdade (Diogo et al., 2015).

Castel et al (1997) criticam a utilização imprecisa da expressão “exclusão social” é sintomática, espelhando o estado atual da problemática social e evidenciando algumas características que possibilitaram a utilização controlada da noção em discussão. A questão social, agora reformulada como “nova questão social”, é uma noção analítica mais adequada para designar e analisar as sociedades contemporâneas, repletas de riscos e fraturas sociais, com uma ampliação desmedida da desigualdade nas diversas e mutáveis manifestações (Maciel, 2019).

“A exclusão social vem sendo construída e reconstruída nas relações cotidianas revestida de matizes ideológicos que obscurecem aspetos significativos para sua apreensão analítica. Em outros termos, cada um dos domínios do conhecimento que aborda a exclusão social, apresenta uma tendência para segmentar e parcializar a abordagem em focos estritos e de alta densidade explicativa, não os articulando, entretanto, entre si” (Schwartz & Nogueira, 2000, p.91).

Numa altura em que as consciências estão mais despertas e as oportunidades deviam ser ajustadas com base na igualdade, a pobreza ainda é uma realidade bem presente e que culmina com a exclusão social.

Sendo a pobreza um fenómeno social que não nos pode deixar indiferentes, convém definir o que é a pobreza.

Bruto da Costa (2009) caracteriza a pobreza como uma condição de privação decorrente da insuficiência de recursos. É relevante destacar duas partes desta definição: privação e falta de recursos, sendo que há uma relação de causa e efeito entre esses termos. O autor esclarece ainda que a pobreza deve ser compreendida como uma condição existencial na qual não apenas as carências materiais, mas também elementos de natureza psicológica,

social, cultural, espiritual, entre outros, atuam de forma conjunta, resultando em uma condição que afeta diversos aspectos da vida e da personalidade. Além disso, essa condição influencia a relação do indivíduo em situação de pobreza com os outros e com a sociedade em geral (Bruto da Costa et al., 2009, p.22).

A exclusão social pode adotar várias formas, assim pode surgir em comunidades rurais isoladas distantes de muitos trabalhos e oportunidades ou nos bairros citadinos caracterizados por taxas de crime muito eminentes e por um modelo de habitação inferior à média. De acordo com Giddens (2004), a exclusão e inclusão podem ser analisadas em termos económicos, políticos ou sociais (Paredes, 2011, p.28).

Utopia, ou não, se houver empenho e determinação podemos estar próximos de uma nova sociedade, livre de injustiças e exclusões sociais.

Uma sociedade inclusiva deve prover as necessidades básicas dos que não podem trabalhar. Uma sociedade inclusiva reconhece, que há uma ampla diversidade de metas que a vida pode oferecer.

Giddens, sublinha que “...os programas convencionais de socorro à pobreza devem ser substituídos por abordagens centradas na comunidade, porque permitem uma participação mais democrática, além de serem mais eficazes. A formação de comunidades enfatiza as redes de apoio, o espírito de iniciativa e o cultivo do capital social como meio de gerar renovação económica em bairros sociais” (M. Lopes, 2004).

Santos (1999) descreve a inclusão social “Temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” (Santos, 1999, p.61).

De acordo com Freire (1979) “Quanto mais se refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la” (Freire, 1979, p.19).

Se considerarmos que trabalhamos com as pessoas, e não para as pessoas, assumimos a capacitação/empoderamento, a participação ativa, a solidariedade, a cooperação e a conscientização, de que nos fala Paulo Freire, enquanto percursos fundamentais para a

inclusão social. Assim, a comunidade adquire consciência dos seus problemas, bem como das suas competências e dos seus direitos (Escorel, 1999, p.77).

### **1.3 Promoção da Saúde**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade. É um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção apresentada como um valor coletivo, um bem de todos Clique ou toque aqui para introduzir texto..

Nesta linha de pensamento a Organização das Nações Unidas (ONU) numa publicação em 2000, reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde aos seus cidadãos: “disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país” (França, 2018).

Esta declaração da ONU, leva-nos ao primeiro questionamento: estarão identificadas todas as condições mínimas, que um estado deve assegurar no direito à saúde? Qual a condição que desempenha um papel preponderante e prioritário, para usufruirmos de uma melhor saúde?

Segundo Pereira & Freire (2020) “a literacia em saúde influencia a decisão de um indivíduo relativamente à sua saúde ou daqueles que lhe são próximos, afetando a qualidade de vida e podendo resultar num aumento de despesas médicas. Em Portugal, 5 em cada 10 indivíduos tem baixos níveis de literacia em saúde o que se traduz num número significativo de pessoas que têm dificuldade em compreender e utilizar adequadamente informações sobre a saúde” (Pereira & Freire, 2020, p.505-506).

Arriaga, et al (2019) esclarece “que a Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde” (Arriaga, 2019, p.6).

Estes autores desafiam-nos a compreender de forma mais profunda e holística, as variáveis e as dimensões que implicam ter uma melhor saúde.

Potter (2013) define saúde como “a atualização do potencial humano inerente e adquirido por meio de comportamentos direcionado por metas, autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com os outros, enquanto são realizados ajustes conforme o necessário para manter a integridade estrutural e harmonia com o ambiente. Os mesmos autores sugerem “que para muitas pessoas, é a condição de vida que define a saúde e não os estados patológicos” (Potter & Perry, 2013, p.70).

Neste contexto, coloca-se a questão: De que forma, as comunidades consideradas mais vulneráveis, com recursos económicos mais baixos, poderão aceder aos serviços de saúde em caso de crise financeira e escassez de profissionais de saúde?

A pandemia por COVID-19 no ano de 2020 e a falta de informação sobre a doença, conduziu-nos ao isolamento social que nos veio confrontar com as nossas fragilidades. O período que a população se manteve em confinamento, trouxe algum sofrimento psicológico e o aumento da incidência de distúrbios mentais e de comportamento, sobretudo ao nível dos casos de violência doméstica como podemos constatar, através dos meios de comunicação social. Atualmente o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, enfrenta uma grave crise financeira e por isso falta de recursos humanos, colocando em risco a saúde e a segurança das pessoas.

O modelo Salutogénico de Antonovsky explica que, para compreendermos a perspetiva salutogénica, é necessário adotar uma visão tridimensional da saúde, que reforça o conceito de bem-estar num processo contínuo ao longo de todo o ciclo de vida (Figueiredo & Amendoeira, 2019).

Uma boa definição de saúde pode estar assente, nas nossas prioridades nomeadamente: a procura do equilíbrio dentro de nós mesmos, o estar próximo das pessoas que se ama, a realização de sonhos, o alcance de metas e objetivos.

Para um melhor entendimento dos fatores que têm influenciado a saúde em Portugal, trago à discussão, dados relevantes recolhidos no site PORDATA, que nos apresenta as estratégias e objetivos da EU, da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda 2030 adotada pela ONU procura: “Erradicar a pobreza, combater as

desigualdades e as alterações climáticas, promover a qualidade da saúde, educação e do trabalho, definindo objetivos a atingir pelos países até 2030”. Prevê ainda para o Desenvolvimento Sustentável um conjunto de 17 objetivos e de metas a ser alcançadas, por todos os países, até 2030. Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) abordam: “a dimensão social, económica e ambiental, constituindo um plano de ação para as pessoas, para o planeta e a prosperidade de forma a promover a paz, a sustentabilidade ambiental, a justiça e a igualdade” (PORDATA, 2015).

Para a persecução dos objetivos, serão evidenciados alguns ODS que importam para este estudo, onde será feita uma breve descrição de cada um, que culminará com uma síntese do retrato português. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:

ODS 1 – Erradicação da pobreza, em todas as suas formas, em todos os lugares

(PORDATA, 2015);

ODS 2 – Irradicação da fome (PORDATA, 2015);

ODS 3 – Promover uma saúde de qualidade (PORDATA, 2015);

ODS 10 - Desigualdades dentro dos países e entre países (PORDATA, 2015);

ODS 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis (PORDATA, 2015).

O Objetivo 1, apela à erradicação da pobreza em todas as suas manifestações. Tem como meta até 2030, reduzir o número de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social em pelo menos 15 milhões, incluindo pelo menos 5 milhões de crianças. Prevê a prosperidade partilhada, um nível básico de vida e prestações de proteção social para as pessoas em todo o mundo, incluindo os mais pobres e mais vulneráveis. O objetivo procura garantir a igualdade de direitos e de acesso a recursos económicos e naturais. No ano de 2021, os indicadores revelam que Portugal apresentava, um total de 18,4% da população em risco de pobreza ou exclusão social, 6% de taxa de privação material e social severa; 11,2% da população com o risco de pobreza da população empregada e 5,9% de inquilinos ou de proprietários cujos gastos em habitação, como renda, contas da água, eletricidade, entre outras, representam 40% ou mais do rendimento da família (PORDATA, 2015).

O Objetivo 2, procura erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável. A meta definida para a EU é de pelo menos 25% das terras agrícolas devem estar em regime de agricultura biológica até 2030. A concretização deste objetivo depende da promoção de sistemas de produção sustentáveis e do aumento do investimento em infraestruturas rurais e na investigação e desenvolvimento agrícolas. No ano de 2019 Portugal registava uma elevada taxa de obesidade com 55,9% da população com 18 ou mais anos, com excesso de peso segundo o índice de massa corporal. Em 2021, apresentou também uma elevada taxa de produção agrícola com uma percentagem de 157,7%. Em relação aos apoios obtidos pelo estado português em relação à investigação e desenvolvimento (I&D) na agricultura per capita, em 2021 cerca de 1,7% da população foi apoiada. No ano de 2020, Portugal regista 8,1% da área destinada à agricultura biológica (PORDATA, 2015).

O Objetivo 3, apela para uma Saúde com Qualidade. O ODS 3 visa garantir a saúde e promover o bem-estar em todas as idades, melhorando a saúde reprodutiva, materna infantil; pôr termo às epidemias das principais doenças transmissíveis; e reduzir as doenças não transmissíveis e mentais. Apela igualmente à redução dos fatores de risco comportamentais e ambientais para a saúde. Em Portugal a média de idades verificada em 2020 é de 59,7 anos de idade. O segundo indicador diz-nos que no ano de 2021, 50,2% da população portuguesa considera ter uma boa saúde.

Em 2020, cerca de 21% da população portuguesa fumam cigarros, charutos, cigarrilhas ou cachimbo. Em relação à taxa de mortalidade padronizada por tuberculose, VIH e hepatite, Portugal registou em 2019 registou uma taxa de 4,6%. Já a taxa de mortalidade padronizada evitável, assinalou em 2019, uma taxa elevada abrangendo 214,5% da população.

Em 2021, Portugal registou 2,3% da população, que não teve acesso a cuidados de saúde por motivos financeiros, devido às listas de espera ou à distância (PORDATA, 2015). O objetivo 10, “aborda as desigualdades dentro dos países e entre países”. Apela às nações para que reduzam as desigualdades em termos de rendimentos, bem como,

as desigualdades em termos de idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, estatuto económico ou outro no interior de um país. O objetivo também aborda as desigualdades entre países, incluindo as relacionadas com a representação, e apela a que seja facilitada a migração ordenada e segura e a mobilidade das pessoas.

O PIB de Portugal em 2021, é de 23.900€, nesta altura Portugal situava-se no meio da tabela da EU. O rendimento disponível bruto das famílias per capita (PPS) em Portugal no ano de 2021, é de 19.282€. No ano de 2021 Portugal registou, uma taxa de 27,1% em relação ao valor fixado para o limiar de risco de pobreza. A desigualdade na distribuição do rendimento em 2021, excede cerca de 5,7% os mais pobres. Em 2021 em Portugal o rendimento disponível bruto dos 40% mais pobres fixava-se em 20% (PORDATA, 2015).

Por fim, objetivo 16, apela a sociedades pacíficas e inclusivas baseadas no respeito pelos direitos humanos, na proteção dos mais vulneráveis, no Estado de direito e na boa governação a todos os níveis. Prevê igualmente instituições transparentes, eficazes e responsáveis. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis.

Em relação aos indicadores em Portugal registou em 2019, uma taxa de 0,9% de óbitos por homicídio por 100 mil habitantes. Cerca de 6,6% da população portuguesa em 2020, reportou ocorrências de crime, violência e vandalismo na sua área de residência. No ano de 2020, as pessoas gastaram em média 70€ com despesas de tribunais. Em 2022 cerca de 47% da população, tem uma perceção muito boa, ou boa, dos seus tribunais e juízes.

O índice de perceção de corrupção em Portugal em 2021, é de 60% da população (PORDATA, 2015).

Em síntese, apresentados os indicadores importa destacar o ODS 3, que visa garantir a saúde e promover o bem-estar em todas as idades. Os indicadores revelam que, em Portugal no ano de 2019, o índice de taxa de mortalidade registou 214,5% da população. Em 2021, cerca de 2,3% da população portuguesa, não teve acesso a cuidados de saúde por motivos financeiros, devido às listas de espera ou à distância geográfica.

Os indicadores dos ODS, demonstram claramente que a Saúde depende, cada vez mais,

de um conjunto de fatores socioeconómicos que se interrelacionam, sustentam e são sustentados por desigualdades sociais e económicas, limitando as escolhas dos cidadãos e a adoção de comportamentos para a saúde.

Segundo o estudo da Comissão Europeia sobre o Perfil de saúde de Portugal “as disparidades na esperança de vida estão associadas ao nível socioeconómico dos portugueses” (European Commission, 2019).

A esperança de vida em Portugal é de 81,6 anos superior à média da UE, com 80,9 anos. Há diferenças acentuadas na forma como ricos e pobres encaram a saúde”. Este mesmo estudo refere que “cerca de 60% dos portugueses no quintil de rendimentos mais alto consideram estar de boa saúde, comparativamente com 40% no quintil de rendimentos mais baixo<sup>5</sup>. Pouco mais de metade das pessoas com mais de 65 anos, comunicam sofrer pelo menos de uma doença crónica. As doenças crónicas incluem ataque cardíaco, tensão arterial alta, colesterol alto, AVC, diabetes, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, artrite reumatoide e osteoartrite” (European Commission, 2019)

Cerca de um terço de todas as mortes registadas em 2017 em Portugal podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais: 14% riscos alimentares; 12% ao consumo de tabaco; 11% consumo excessivo de álcool e 3% associados à falta de exercício físico (European Commission, 2019).

Neste sentido, impera a necessidade de conhecer e compreender o objeto de estudo, ou seja, de que forma a comunidade cigana percebe a sua condição de Saúde.

## **1.4 A comunidade Cigana e a saúde**

Em matéria de saúde, o Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas: adianta que “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; dos agregados familiares inquiridos, apenas 25% dos elementos tinha mais de 35 anos, e a proporção de elementos nas faixas etárias 0-29 anos revelou-se sempre superior à proporção presente nos grupos etários seguintes, indicando uma esperança média de vida inferior à média nacional.

Importa, por outro lado, realçar 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 (Mendes et al., 2014).

Focalizando-nos agora na pergunta de partida emerge a questão, quais as razões pelas quais os ciganos vivem em média menos dezoito anos, que a comunidade dominante?

Numa entrevista ao Jornal Setenta e Quatro um estudo realizado pela Rede Anti-Pobreza (2009) concluiu que as pessoas ciganas vivem em média menos dezoito anos do que as pessoas não-ciganas, assinalando um conjunto de fatores responsáveis como a pobreza, a marginalização, a falta de condições de habitabilidade, assim como a falta de acesso a serviços sociais e de saúde (Gonçalves, 2021).

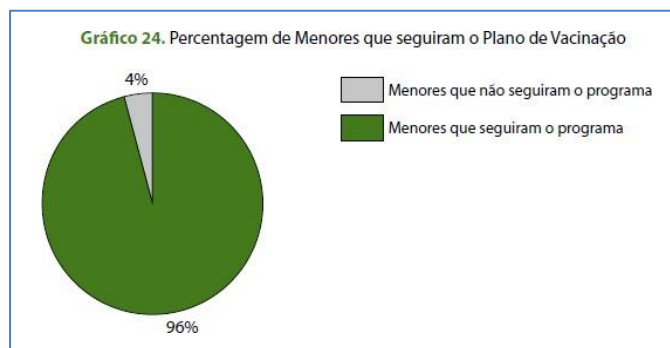
De acordo com o estudo realizado pela Rede Anti-Pobreza (2009) “a necessidade de ter um diagnóstico e/ou fazer um tratamento constituem as principais razões para a população cigana ir ao médico. Os valores são significativos quer para o grupo dos adultos (58,3%), quer para o grupo dos menores (78,4%), assim como para o género (66,7% homens e 69,6% mulheres). Os homens adultos recorreram mais ao médico para fazer check up do que as mulheres adultas” (Vicente, 2009, p.42).

Segundo este estudo “na generalidade para aceder a estes serviços, esta população tem de percorrer longas distâncias, levando, na sua maioria, mais de 30 minutos para alcançarem os serviços em causa. Ou seja, uma grande parte desta população vive em áreas onde os serviços sociais e de saúde não estão disponíveis” (Vicente, 2009, p. 42).

Ademais, as razões apontadas para não terem recebido essa assistência centraram-se “entre aqueles que afirmaram que não conseguiram marcar consulta (75%) e os que afirmaram que a consulta era muito cara e, por isso, não tinham dinheiro para a mesma (25%)” (Vicente, 2009, p. 43).

No entanto, não se pode ignorar a percentagem de pessoas que nunca foi ao dentista 36%, e que não vai há 1 ano ou mais 45%, revelando assim ausência de educação para a saúde oral. Visto que estamos perante uma população com fracos recursos económicos, é fácil compreender os valores apresentados neste estudo (Vicente, 2009).

De acordo com os dados do gráfico nº24 do estudo realizado pela Rede Anti-Pobreza (2009), “apenas 4% das crianças não seguem devidamente a vacinação” (Vicente, 2009, p.44).



**Figura 1**

Segundo Vicente (2009) apesar da baixa representatividade, 4% dos menores não terem seguido o programa de vacinação, deve-se continuar a apostar na sensibilização da importância da vacinação, de forma a que o plano de vacinação, seja abrangido por toda a população cigana (Vicente, 2009, p.44).

O facto de 96% das crianças cumprirem o referido plano, poderá estar associado às várias intervenções de projetos e instituições que têm trabalhado as questões de saúde destas comunidades, mais concretamente no cumprimento deste Programa (Vicente, 2009, p.43). Importa, ainda referir, que estes valores significativos “poderão estar igualmente associados à existência de um número elevado de famílias que dispõem de benefícios sociais (RSI) e o facto da saúde ser uma das principais áreas de intervenção presentes no acordo de inserção” (Vicente, 2009, p.44).

Outro aspeto a ter em conta e como já refletimos anteriormente, apesar de nos últimos anos termos assistido a uma mudança, adesão e participação por parte da comunidade cigana a nível nacional, em projetos promovidos pelas instituições, existe ainda um longo caminho a percorrer. Se atentarmos para os últimos estudos nomeadamente, o Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas, percebemos que as áreas de intervenção se destinam maioritariamente à educação, família, juventude e comunidade, em áreas muito direcionadas para a intervenção junto dos indivíduos e também das famílias, com forte incidência na escolarização e educação (Mendes et al., 2014, p.56). Nesta linha de pensamento, urge refletir numa “intervenção holística e sistémica”, considerando o eixo da Saúde, como uma das principais áreas de intervenção, para e com a comunidade cigana.

## **1.5 A Mediação Intercultural no envolvimento da comunidade Cigana na promoção para a saúde.**

Os termos mediação e mediador, não são de todo, termos contemporâneos: “o termo da mediação permeia as sagradas escrituras como um todo” (Pfeiffer & Vos, 2007, p. 1241).

De acordo com a bíblia “a mediação, significa eliminar diferenças, o que também é noção proeminente no facto de que Cristo é o canal proeminente das bênçãos divinas” (Champlin, 2008, p.191). Esta perspetiva de Mediação Intercultural inclui conceitos que incorporam ideias como reconciliação, compreensão mútua, interação cultural por meio de diálogo e o estabelecimento de acordos interculturais.

Neste contexto, a Mediação Intercultural desempenha um papel crucial na promoção da coexistência pacífica e do entendimento entre as diversas culturas (Champlin, 2008, p. 190-191).

Segundo a Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural, nos últimos vinte anos em Portugal, o termo "Mediação Social e Intercultural" tem sido associado a diversos projetos e programas que se concentram em contextos de diversidade cultural, principalmente em escolas e comunidades (Rede de Ensino para a Mediação Intercultural, 2016, p.15). As primeiras iniciativas nesse sentido foram realizadas por instituições privadas e organizações não governamentais, como a Pastoral Social dos Ciganos, a Associação Cultural Moinho da Juventude e o Instituto das Comunidades Educativas.

Paralelamente, órgãos governamentais, incluindo Ministros e Ministérios da Educação, da Presidência e da Segurança Social, lideraram iniciativas autónomas de apoio, resultando na criação de programas como o TEIP (Territórios Educativos de Intervenção Prioritária) e o Programa Escolhas, que estão em contínua atualização. Esses programas e projetos envolvem a colaboração de várias estruturas, como autarquias, escolas, serviços locais da Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações sociais e culturais, organizações não governamentais (ONG) e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Eles visam promover a inclusão social e intercultural em Portugal (Rede de Ensino para a Mediação Intercultural, 2016, p.16).

A mediação intercultural surge, assim, nas unidades de cuidados de saúde como uma forma de intervenção por terceiros em situações de significativa multiculturalidade, com o objetivo de promover o reconhecimento do “Outro” (Romero, 2010, p.67) .

Esta abordagem estabelece "pontes" na área da interpretação clínica e da comunicação entre profissionais de saúde e imigrantes (Rede de Ensino para a Mediação Intercultural, 2016).

De acordo com esta perspectiva Romero (2010) a abordagem à multiculturalidade social deve evoluir de uma mera constatação para a implementação de propostas sociopolíticas concretas. Segundo o autor isso requer a adoção de um plano normativo que leve a decisões estratégicas. Especificamente no contexto das unidades de saúde, essa abordagem começa reconhecendo e aceitando as diferenças culturais entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes (Romero, 2010).

O objetivo final é criar ambientes de convivência saudável que promovam a diversidade cultural (Reis, 2016).

Um dos aspetos mais controversos ligados ao processo de mediação refere-se à neutralidade associada à figura do mediador.

Essa neutralidade, é contradita por Torremorell (2008), optando pelo termo “multiparcialidade”, defendida por Diez e Tapia (1999), onde o mediador toma partido por todos, está com todos, ouve todos e compreende todos a partir dos seus próprios pontos de vista (A. Vieira, 2017).

Como sugere Torremorell (2008), o conceito de multiparcialidade “evoca, simultaneamente, independência e empatia. O mediador, pessoa independente entre os atores do conflito e o resultado do mesmo, pode adotar atitudes empáticas – já não mais neutras – construtora de confiança (...)” (Silva, 2021) .

Segundo este termo, a atuação do mediador é pautada por um carácter equitativo, equilibrado, no sentido de não tomar partidos, com a intenção de empoderar e maximizar a autodeterminação das partes do conflito/tensão, de forma a aumentar a convivência. Assim sendo, a mediação é ação, implicação, empoderamento, escuta ativa, “mas também é distanciamento, pois o protagonismo da ação, o controlo das decisões e do resultado deverá pertencer sempre aos participantes” (Silva, 2021).

A mediação surge “como uma estratégia de construção de pontes e trânsito entre pessoas, diferentes pontos de vista e fronteiras culturais” (A. Vieira, 2016, p.27).

Do ponto de vista de Giménez (1997, p.142):

A mediação intercultural é uma modalidade de intervenção de terceiras partes, em e sobre situações sociais de multiculturalidade significativa com particular atenção ao outro, à sua revalorização e reconhecimento nessa diferença. Os princípios e os métodos da mediação têm como objetivos: a aproximação das partes, a comunicação e a compreensão mútua e a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência pacífica (Rede de Ensino para a Mediação Intercultural, 2016) .

Simultaneamente, assume-se como forma de regulação de conflitos e adequação institucional, entre atores sociais ou institucionais etnoculturalmente diferenciados.

Nesta linha de pensamento, Torremorell (2008) esclarece “o mediador tem de promover a escuta ativa com todos, tentar entrar no entendimento de todos, e isso não pode ser feito de forma neutral nem imparcial. Tal trabalho implica atitudes empáticas por parte do mediador, e, daí, a ideia da “multiparcialidade” (A. Vieira, 2016).

A mesma autora (*idem*) define a mediação “como um processo ternário em que os participantes, mediador e protagonistas, exploram voluntariamente a situação conflituosa para facilitar uma tomada de decisões conjunta liderada pelos protagonistas” (A. Vieira, 2016).

“A mediação procura equidade e compromisso informado, superando a violência, e a exclusão é integrada num amplo movimento personalizador de coesão social. O mediador é uma figura independente e multiparcial que trás valores de horizontalidade, inclusividade, cooperação e equidade marcando um compasso esperançoso e realista, que harmoniza as capacidades dos protagonistas” (Rede de Ensino para a Mediação Intercultural, 2016). O mediador preserva a humanidade e articula a complexidade do espaço comunicacional. A autora, acredita no papel transformador e humanizador da mediação.

Como refere Jares (2007) o “mediador intercultural não pode deixar de ser, também, um interventor social que procura mudar situações sociais que geram injustiças, carências ou revoltas, sempre com o envolvimento dos implicados, como busca da convivência e da hospitalidade enquanto valor humano (R. Vieira et al., 2023).

Capul e Lemay (2003) veem a mediação como “um processo potencializador dos indivíduos, tanto a nível individual como coletivo”. Consideram a singularidade de cada

ser humano, com suas riquezas e limites que não se encerram, mas que estão em constante transformação.

Neste contexto Cohen-Emerique (1997) aborda as três dimensões da mediação intercultural: “a *mediação preventiva*, que procura facilitar a aproximação, a comunicação e a compreensão entre pessoas, grupos e comunidades com códigos culturais diferentes; a *mediação reabilitadora*, que intervém na regulação e resolução de tensões e conflitos interculturais e por último a *mediação transformativa*, que supõe a abertura de um processo criador que supere normas, costumes e pontos de vista particulares” (Garção, 2021).

A Mediação Intercultural é um processo que tem como objetivo fomentar a comunicação e a compreensão entre indivíduos ou grupos de diferentes culturas. Trata-se de uma abordagem que reconhece a relevância da diversidade cultural e procura facilitar a interação e a resolução de conflitos em contextos nos quais essa diversidade desempenha um papel fundamental.

Numa perspetiva preventiva, esta abordagem procura evitar conflitos e mal-entendidos decorrentes das diferenças culturais, antecipando potenciais problemas e promovendo a harmonia nas interações entre culturas.

Quanto à transformação, a Mediação Intercultural visa melhorar as relações entre as partes envolvidas, com o intuito de aprimorar a comunicação, promovendo uma compreensão mais profunda e uma maior aceitação das diferenças culturais.

A Mediação Intercultural representa assim, um novo paradigma na mediação, que pode ser aplicado em diversos contextos sociais incluindo, a família, a comunidade, o ambiente de trabalho, questões de imigração, educação e saúde. Isso significa que esta abordagem não se restringe a uma área específica, sendo aplicável em várias situações em que a diversidade cultural desempenha um papel crucial.

Sintetizando, a Mediação Intercultural é uma abordagem que promove a prevenção de conflitos, a transformação das relações e a comunicação eficaz entre pessoas ou grupos de diferentes culturas em diversos contextos sociais.

Reconhece a importância da diversidade cultural e procura promover uma convivência harmoniosa e respeitosa num mundo cada vez mais multicultural.

## II Metodologia

Depois de concluída a realização do enquadramento teórico da presente investigação, este capítulo ocupa-se da parte empírica do estudo, esclarecendo as decisões tomadas e os caminhos seguidos.

Assim, no sentido de dar resposta à questão de investigação: De que forma a comunidade cigana percebe a saúde? No ponto seguinte - 2.1. – Realizamos uma breve caracterização da aldeia de Vale Domingos e Gravanço. Com vista a responder aos objetivos da investigação definidos, nomeadamente: O1: Analisar a situação de saúde da comunidade cigana; O2: Perceber que dimensão ocupam as questões de saúde na vida quotidiana da comunidade cigana; O3: Compreender a perceção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida, que afetam negativamente a saúde da sua comunidade; O4: Identificar qual a perspetiva da comunidade cigana relativamente às estratégias de mediação e intervenção, possíveis de implementar para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.

No ponto 2.2 apresentamos o tipo de estudo escolhido nesta pesquisa (estudo de caso), nos pontos seguintes procedemos há explicação das técnicas e instrumentos de recolha de dados utilizados (questionários; entrevistas semiestruturadas; *focus group* e análise documental); explicamos as técnicas de análise dos dados (análise estatística e análise de conteúdo) e, no último tópico, abordamos as questões éticas.

### 2.1 Tipo de Estudo

No que se refere ao tipo estudo utilizado nesta pesquisa, optou-se pelo estudo de caso, uma vez que nos pareceu fundamental que a resposta às questões “como” ou “porquê” fossem a base para responder à nossa questão de investigação (Martins, 2020).

O estudo de caso como uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu contexto real, sendo utilizadas diversas técnicas e instrumentos de recolha de dados. Pode incluir tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa (Meirinhos, 2010).

Para Stake (1995), “o estudo de caso caracteriza-se pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação que pode abranger” (Ventura, 2007).

Nesta linha de pensamento Lüdke e André (1986), alertam que “o estudo de caso como estratégia de pesquisa, é o estudo de um caso simples e específico, ou complexo e abstrato e deve ser sempre bem delimitado” (Ventura, 2007).

O estudo de caso apresenta algumas vantagens como: o facto de potenciar novas descobertas, flexibilizar o seu planeamento; destacar a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e permitir a análise em profundidade dos processos e das relações entre eles. No entanto, e de acordo com o mesmo autor, este tipo de estudo apresenta uma grande limitação, que se prende com a dificuldade de generalização dos resultados alcançados (Ventura, 2007).

Apesar desta limitação parece-nos desafiante compreender, como é que a comunidade cigana perceciona a sua situação de saúde e a mediação como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde.

Para o presente estudo foi adotado o paradigma qualitativo, que tem como principal característica a obtenção de dados descritivos, mediante o contacto direto do pesquisador com a situação estudada, com ênfase no processo e na preocupação em retratar a perspectiva dos participantes (Abacar, 2018).

A compreensão profunda do fenómeno exige a utilização de “um conjunto amplo e variado de técnicas de recolha de dados” (Balbão, 2019).

## **2.2 Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

As técnicas e os instrumentos de recolha de dados desenvolveram-se num ambiente acolhedor, descontraído e informal. O inquérito por questionário e as entrevistas semiestruturadas realizaram-se no Centro Interpretativo do Parque Botânico de Vale Domingos e o *focus group*, através de uma vídeo chamada com os participantes chave deste estudo.

## **2.3. Inquérito por questionário**

Para este estudo, elegeu-se o questionário de caracterização sociodemográfica. Rodolphe Ghiglione e Benjamin Matalon (2005, p.110), definem o questionário como um instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua

ordem (Ghiglione & Matalon, 2005).

De acordo com Gil (1999, p.24), um questionário é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas (Chaer et al., 2011).

Neste contexto Parasuraman (1991), afirma que um questionário é tão somente um conjunto de questões feito, para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto (Aquino, 2017).

Nesta linha de pensamento Hill (2014), esclarece que embora a elaboração de um questionário possa parecer fácil, a realidade é que é bastante desafiador construir um bom questionário, é garantir que os dados recolhidos possibilitem responder aos objetivos da investigação (Cardoso & Coelho, 2021).

No quadro da presente investigação, utilizámos o inquérito por questionário por se pretender chegar a várias pessoas. O questionário foi sujeito a uma análise ao nível do conteúdo e da construção, procurando-se, desta forma, assegurar a validade interna do instrumento. O questionário, constituído por questões de resposta fechada e duas questões de resposta aberta, estruturado em dois conjuntos de questões:

- 1) Caracterização sociodemográfica: no qual se recolhem dados como género, idade, escolaridade, situação face ao emprego e habitação.
- 2) Caracterização de Saúde: com recolha de informação sobre doenças, medicação, alimentação, comportamentos, hábitos alimentares, bem-estar e visão de si e da comunidade.

### **2.3.1 Entrevistas semiestruturadas**

O recurso a entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados, teve como objetivo compreender a forma como os entrevistados sentem e vivem a saúde e perceber as potencialidades da mediação no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde.

A seleção dos entrevistados foi criteriosa, selecionando “participantes chave” que estão envolvidos nos fenómenos em estudo (Tuckman, 2012, p. 689-690).

Segundo Hastie & Hay (2012, p.19), as entrevistas são particularmente úteis na investigação qualitativa pois permitem “aceder à forma como os participantes observam

determinado tipo de fenómeno, o que sentem e pensam sobre ele” (Resende, 2016). Esta técnica enfatiza a interpretação a relevância de estudar o todo, centrando-se na experiência subjetiva como os entrevistados percebem, sentem e percecionam a sua saúde, assim como, qual o contributo da mediação na promoção para a saúde.

Segundo Charmaz (2004, p.981) o investigador “entra no fenómeno para descobrir o que é significativo a partir do ponto de vista e das ações das pessoas que o experienciam” (Resende, 2016).

Pretende-se assim compreender a forma como os participantes observam determinado tipo de fenómeno, acontecimento e o que sentem e pensam sobre ele. Tendo como prioridade compreender o “como” e o “porquê” (Ventura, 2007, p.385), pretende-se percorrer um caminho voltado para a descoberta, através de uma entrevista semiestruturada, através de um guião prévio que organiza os conteúdos a ser abordados, permitindo flexibilidade e a exploração do mundo do entrevistado através de uma relação de conversação (Resende, 2016).

A transcrição foi *verbatim*, isto é, procedeu-se à transcrição integral do áudio incluindo hesitações, risos, silêncios, assim como intervenções do entrevistador (Resende, 2016).

### **2.3.2 Focus group**

O *focus group*, como um processo de inquirição coletiva permite promover o debate sobre determinadas temáticas entre um grupo de pessoas apresentando algumas vantagens: numa primeira fase o envolvimento dos participantes chave locais numa mesma sessão, a recolha rápida de informação possibilitando o enriquecimento dos resultados obtidos, o grau de profundidade da reflexão sobre os temas, a espontaneidade e a naturalidade da discussão através da sua interação, num ambiente descontraído e informal.

O *focus group* tem ganho relevância na investigação no âmbito das ciências sociais e humanas. Robert Merton (1987) quando publicou observações que comparam o seu trabalho pioneiro em “entrevistas focadas” que desperta o interesse de outros investigadores (Morgan, 1996).

Morgan (1996), define o *focus group* como uma técnica de recolha de dados através da interação do grupo sobre um determinado tema determinado pelo investigador (Morgan, 1996).

Esta definição tem três componentes essenciais:

- 1) *O focus group* é um método de investigação com objetivo de recolha de dados;
- 2) A forma como se procede a essa recolha de dados é através da interação e discussão em grupo;
- 3) Reconhece o papel ativo do investigador na facilitação da discussão em grupo. Neste contexto, David L. Morgan (1996), afirma que o *focus group* é uma técnica qualitativa que visa o controle da discussão de um grupo de pessoas, inspirada em entrevistas não diretivas. Privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes do grupo, que não seriam possíveis de captar por outros métodos, como, por exemplo, a observação participante, as entrevistas individuais ou questionários (Morgan, 1996).

O *focus group*, comparado a outras técnicas e/ou métodos, proporciona uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto do grupo.

Para a participação no *focus group*, endereçou-se convite aos “participantes chave”, da comunidade cigana de Vale Domingos e Gravanço, do concelho de Águeda.

O *focus group*, baseou-se num guião de entrevista semiestruturado, composta por quatro blocos, nomeadamente: legitimação do *focus group*, caracterização dos entrevistados, necessidades e interesses da comunidade e a finalização do *focus group*.

### **2.3.3 Análise documental**

A utilização da técnica análise documental teve como principal objetivo complementar a recolhas de dados realizada quer pelos questionários, entrevistas semiestruturadas e *focus group*.

Consistiu na análise e reflexão de documentos (relatório de diagnóstico social de 2021, relatórios de progresso de 2020 a 2022 do projeto “Parque Botânico de Vale Domingos-Aldeia de Inovação Social”) e protocolos de parcerias da Associação Cultural e Recreativa de Vale Domingos.

Procedeu-se ainda, à análise e reflexão da dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, “Expetativas de Famílias de Etnia Cigana Relativas ao Cuidar do Enfermeiro de Família”, de Manuela Andreia Corga Estanqueiro (Coleção Olhares N. °13 da OBCIG),

enfermeira do Centro de Saúde de Águeda.

## **2.4 População em estudo**

O objeto de estudo pertence aos “participantes chave” da comunidade cigana da aldeia de Vale Domingos e Gravanço.

Vale Domingos é um lugar da União de Freguesias de Águeda e Borralha, sendo esta uma freguesia do concelho de Águeda com 26,03 Km<sup>2</sup> de área, 13 708 habitantes (2021). Fica a cerca de 3 km da cidade de Águeda. Em termos associativos existem três Associações: Associação Cultural e Recreativa de Vale Domingos, designada Associação de Vale Domingos, Grupo de Danças e Cantares de Vale Domingos e Associação Baptista de Águeda Shalom (resposta social de creche).

Em Vale Domingos existe um bairro social e duas comunidades ciganas. A sua infraestrutura mais emblemática neste momento é o Parque Botânico de Vale Domingos. Em termos de empresas, em Vale Domingos estão sediadas 6 pequenas empresas, duas da área de construção civil, uma da área das ferragens, uma de material de construção civil e duas de serralharia. Em termos de serviços em Vale Domingos apenas existe um minimercado.

De acordo com diagnóstico social realizado pela Associação de Vale Domingos em 2021, no âmbito do Projeto Aldeia de Inovação Social, em Vale Domingos vivem 353 pessoas (2,6% da população da freguesia Águeda e Borralha), sendo a média de idades de 58 anos. Vivem 89 menores e 20% da população de Vale Domingos tem mais de 66 anos, ligeiramente abaixo dos 25,7% (2021) do município.

Em termos de habitação 51% tem habitação própria, muito abaixo dos 78,4% (2021) dos valores do concelho. 93% vivem em alojamento familiares clássicos como moradias e apartamentos, sendo o valor do concelho de 99,9% (2021), tendo a destacar que 7% vivem em barracas. O estado de conservação das habitações em 53% é bom, razoável em 35% e mau em 12%. Em 73% habitações existe o acesso à internet, muito abaixo do 87,3% (2021) verificados a nível nacional.

Das 70 crianças e jovens a frequentar os estabelecimentos de ensino 12 foram retidos uma vez e três tiveram duas retenções no seu percurso escolar, 11% dos agregados familiares consideram que não são autónomos sob o ponto de vista financeiro, 7,5% dos agregados familiares são beneficiários do RSI.

Gravanço é uma aldeia que está situada perto da aldeia Vale Domingos e Vale Sobreirinho. A zona do Gravanço com 715 km<sup>2</sup>, população 202 habitantes; população; masculina 96 (47,7%); população feminina 106 (52,3%), idade média 42,2 anos, idade média masculina 40,9 anos, idade média feminina 43,3 anos.

Nos bairros do Gravanço e Vale Domingos reside uma comunidade cigana com um total de 122 pessoas, distribuídas por 20 agregados familiares no bairro de Vale Domingos e 9 agregados no Gravanço. Têm a seguinte distribuição por faixa etária: crianças dos (0-18 anos) 54; jovens dos (18-24 anos) 14; adultos dos (25-64 anos) 49; seniores (65+) 5. No gravanço residem 11 adultos, 6 jovens (dos 18 aos 24 anos), 17 crianças e 1 sénior. Em Vale Domingos residem 38 adultos, 8 jovens (dos 18 aos 24 anos), 37 crianças e 4 seniores.

Nas duas comunidades é visível a degradação das habitações, quer na sua génese através de construções ilegais, quer por falta de manutenção das habitações. Salienta-se a falta de ventilação, iluminação solar e baixo conforto térmico e acústico. A sobrelotação de famílias nas habitações por falta de espaço, as deficitárias condições de acesso ao abastecimento de água, saneamento e energia, constituem o dia-a-dia, destas comunidades.

A realidade destas famílias é pautada por escassos recursos básicos em termos de “educação, lazer, conforto, promotor de saúde individual e familiar”. É uma realidade marcada pela presença de fatores de exclusão social, nomeadamente pela: “ausência de condições de habitabilidade e salubridade, alargado ao espaço comum dos bairros, que contribuam para o bem-estar individual, familiar e comunitário”. Estes fatores limitam o desenvolvimento das pessoas enquanto cidadãs proativas das suas comunidades.

Para dar resposta aos objetivos da investigação, sentimos necessidade de aplicar vários instrumentos de recolha de dados, ao mesmo público-alvo.

No que diz respeito ao questionário, de acordo com o diagnóstico social (2021), residem na aldeia de Vale Domingos e Gravanço cerca de 122 pessoas da comunidade cigana distribuídas por 20 agregados familiares no bairro de Vale Domingos 9 agregados no bairro do Gravanço.

O público-alvo dos questionários está representado por: 4 adultos e 1 jovem da aldeia de Vale Domingos e 1 adulto da aldeia do Gravanço, com as seguintes características: idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, sendo 2 do sexo feminino (33,33%) e 4 do sexo masculino (66,67%), todos aceitaram responder ao questionário.

No que diz respeito à atual situação profissional, 1 dos inquiridos (16,67%) afirmou estar empregado, 1 encontra-se a estudar (16,67%) e 4 (66,67%) referiram estar desempregados.

**Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos “participantes chave”.**

Participantes Chave	1. Sexo	2. Idade	2. Profissão	3. Rendimentos Mensais	4. Despesas Mensais	5. Quantas pessoas vivem em sua casa?	6. A sua casa tem as condições mínimas? Se sim, ou não explique porque?
Inquirido 3	Masculino	38	Mediador Intercultural nas escolas atualmente desempregado	427€	300€	6	Tem 3 quartos e 2 casas de banho.
Inquirido 1	Masculino	37	Desempregado	1 000€	950€	6	Sim. Tem 3 quartos, 1 casa de banho, 1 sala, 1 cozinha e água quente.
Inquirido 2	Masculino	64	Mediador Intercultural num projecto de intervenção social.	800€	500€	1	Sim. Tem 3 quartos, 2 casas de banho, 1 sala, 1 cozinha e 2 dispensa.
Inquirido 4	Masculino	15	Estudante	0	0	5	Sim. Tem 3 quartos, 1 sala, 2 casas de banho, 1 cozinha, 1 dispensa e 1 pátio.
Inquirido 5	Feminina	18	Desempregada.	650 €	350€	3	Tem 1 quarto, 1 casa de banho, 1 cozinha e algum conforto.
Inquirido 6	Feminina	46	Doméstica.	0	500€.	5	Sim porque tenho algum conforto.

Relativamente às entrevistas semiestruturadas, realizaram-se seis entrevistas com participantes chave, para dar resposta à questão de investigação, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, sendo 2 do sexo feminino (33,33%) e 4 do sexo masculino (66,67%).

Em termos profissionais, 1 trabalha num projeto de intervenção social como Mediador Intercultural, 1 afirma estar desempregado, outro trabalhou como Mediador Intercultural nas escolas do concelho de Águeda e encontra-se desempregado no momento, uma das mulheres entrevistadas é doméstica, 1 jovem está desempregada e 1 jovem (ainda menor) é estudante a frequentar o 3º ciclo do ensino básico.

No *focus group* participaram 6 pessoas, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos 2 são do sexo feminino (33,33%) e 4 do sexo masculino (66,67%).

## 2.5 Técnicas de análise dos dados

### 2.5.1 Análise estatística

A análise estatística foi aplicada aos questionários de informação sociodemográfica, dos participantes chave. Inicialmente, procedeu-se à identificação de “*Outliers*”, ou seja, de valores que fogem da normalidade. Para obtenção e tratamento de dados recorreu-se ao

programa “Google Forms Formulários” que nos permitiu uma análise geral e holística dos resultados. A análise realizou-se através, da tabela de excel extraída do *google forms*. Numa primeira abordagem apresenta-se os resultados obtidos nos questionários que têm como principais características o anonimato e uma visão holística do tema central deste estudo. Dos resultados obtidos importa salientar, as questões que respondem aos objetivos propostos, através de uma exposição sintética e o recurso a tabelas.

O questionário foi composto por 26 questões facultativas. Dos inquiridos 4 pertencem ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. No que concerne às características pessoais contamos com 5 adultos e 1 jovem. Dos 5 adultos, 4 encontram-se em situação de desemprego, 1 encontra-se a trabalhar e o jovem estudante a frequentar o 3º ciclo do ensino básico.

Para responder à questão central deste estudo e compreender de que forma a comunidade cigana percebe a sua condição de saúde, podemos verificar na tabela infra (tabela 2) qual a percepção dos inquiridos ao nível da identificação das patologias, a prevalência de doenças, prevenção e acompanhamento, bem como, a adequação das respostas ao nível de infraestruturas. Este último indicador configurado na pergunta nº13: Na sua opinião, em que medida as estruturas existentes (centros de saúde e hospitais) são adequadas às suas necessidades? pretendia aferir também se os sujeitos inquiridos identificavam a barreira linguística, como uma das dificuldades sentidas no acesso aos serviços públicos de saúde, consideração a diversidade e a localização dos mesmos.

**Tabela 2 – Perceção da comunidade cigana em relação à sua saúde.**

7. Existe alguém doente em sua casa?	8. Quais as doenças?	9. Sabe há quanto tempo tem a doença?	10. Na sua família existe alguém com o mesmo tipo de doença?	11. Tem acompanhamento médico? Se sim com que frequência?	12. Onde ?	13. Na sua opinião, em que medida as estruturas existentes (centros de saúde e hospitais) são adequadas às suas necessidades?
I3 - Sim o filho	E3 - Hipertensão	Há 5 anos	Tios e primos	De 3 em 3 meses.	Pediátrico de Coimbra	4
I1 - Sim os filhos.	Asma.	Há 5 anos	Sim o filho de 5 e o de 7 anos.	Sim. Quando a médica marca e em caso de SOS vou às urgências.	Hospital de Águeda	5
I2 - Sim o próprio.	Diabetes tipo 1 e cardiovasculares	Desde 2008.	Não.	Antes de 3 em 3 meses agora 1 vez por ano.	Centro de Saúde de Recardães.	1
I4 - Sim pai.	Depressão e dor ciática.	3 anos.	Sim os meus tios.	Sim 1 vez por ano.	Centro de Saúde de Águeda	4
I5 - Não.	Não há.	Não tem.	Não.	Sim 1 vez por ano.	Centro de Saúde de Águeda.	4
I6 - Sim o marido.	Depressão.	Há 3 anos mais ou menos.	Sim primos e primas.	Sim 1 vez por ano.	Centro de Saúde de Águeda.	4

## 2.5.2 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para tratamento das questões das entrevistas semiestruturadas e da entrevista grupal “*focus group*”.

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo tem dois objetivos fundamentais (Bardin, 1977):

- 1) Superar a incerteza, isto é responder a questões como: o que eu julgo que estou a ler, estará lá efetivamente? Pode este olhar muito pessoal, ser partilhado por outros? Será a minha leitura válida e generalizável?
- 2) Enriquecer a leitura, isto é, se numa primeira leitura já é enriquecedora, não poderá uma leitura mais atenta aumentar a produtividade e pertinência?

Berelson (1952), definiu a análise de conteúdo como “uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Berensen, 1952).

Ao utilizar a análise de conteúdo, de acordo com Campos (2004), precisamos de seguir as três etapas fundamentais:

- 1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas;
- 2) Seleção das unidades de análise (ou unidades de significado);
- 3) Processo de categorização e subcategorização.

Neste estudo para analisar os dados obtidos, realizou-se a transcrição integral das entrevistas e posteriormente procedeu-se à organização da informação com objetivo de facilitar a análise, interpretação e conclusão.

A análise das entrevistas teve como eixos orientadores um conjunto de momentos. Procedeu-se à leitura atenta da entrevista, os enunciados foram divididos em função dos temas e das categorias adotadas previamente, refletidos no guião da entrevista.

No decurso das entrevistas, os participantes manifestaram a sua opinião contextualizando as suas perceções e expetativas relativas à saúde da sua comunidade. Os sujeitos entrevistados foram selecionados tendo em conta a proximidade social com o investigador, o que facilitou na aceitação em ser entrevistado.

Neste processo, procurou-se assegurar o anonimato de cada participante, pelo que, ao longo da presente investigação, estes são identificados como entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, entrevistado 4, entrevistado 5 e entrevistado 6 (mencionados mais à frente como E1, E2, E3, E4, E5 e E6).

As questões presentes nas entrevistas semiestruturadas tiveram por base os questionários numa tentativa de obter respostas mais profundadas que fossem ao encontro dos objetivos específicos da investigação. Em cada uma das categorias foram encontradas subcategorias que tiveram por base os temas que surgiram nas narrativas dos entrevistados e que auxiliaram no processo interpretativo. Com a evidência dos dados foi construída uma grelha de análise, pela qual se realizou o processo de interpretação, e que se encontra nos apêndices na pág. nº 100.

### **2.5.3. Análise Documental**

A análise documental permitiu uma reflexão sistemática das práticas profissionais e do trabalho desenvolvido pelos projetos e estudos anteriores.

O relatório de diagnóstico social de 2021, os relatórios de progresso de 2020 a 2022, do projeto “Parque Botânico de Vale Domingos- Aldeia de Inovação Social” bem como, os protocolos de parcerias da Associação Cultural e Recreativa de Vale Domingos, permitiram refletir, sobre as necessidades e limitações sentidas por esta comunidade.

No que diz respeito à hermenêutica da dissertação de mestrado de Estanqueiro (2020) foi possível perceber estão reunidas condições, para continuar a trabalhar com esta comunidade as questões de saúde.

## **2.6 Procedimentos e questões éticas**

A implicação deste estudo não suscita qualquer questão ética, na medida em que o que é escrito, é ao abrigo de uma sociologia pública (Burawoy, 2005), ou seja, uma sociologia preocupada com a resolução de problemas, com a visibilidade de quem é usualmente “invisível” a partir de uma relação de diálogo e de reflexão permanente com um público afetado por determinado problema. Este estudo segundo é ainda resultado da produção de “conhecimento situado” que defende Donna Haraway (Rodrigues, 2015).

Em relação aos procedimentos éticos desta investigação, foram respeitadas as recomendações no que se refere aos estudos que envolvem seres humanos, nomeadamente na autorização de entrevistas e consentimentos informados por parte de

todos os participantes.

Lucília Nunes (2020) esclarece todas as etapas do processo, desde o princípio ao fim do estudo, começando pela pertinência e definição da questão de investigação, da seleção da metodologia e instrumentos adequados, seleção da amostra, a garantia de respeito dos direitos dos participantes, designadamente, o anonimato, a confidencialidade, a proteção dos dados e o consentimento informado em todas as fases do estudo.

### **III - Apresentação e discussão de resultados**

Neste ponto serão apresentados e discutidos os dados resultantes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Assim, começaremos por divulgar os resultados dos inquéritos aos “participantes - chave” da comunidade Cigana de Vale Domingos e Gravanço. Em seguida, analisaremos as entrevistas semiestruturadas e o *focus group*. Por fim, concluiremos com a análise dos dados recolhidos com o intuito de responder aos objetivos propostos para este estudo.

#### **3.1 A situação de saúde da comunidade cigana**

O questionário foi concebido com o propósito de abordar os objetivos propostos. A resposta ao primeiro objetivo pode ser encontrada a partir da questão nº 17, do questionário quando o investigador questiona: “É casado (a) com alguém que tenha algum grau de parentesco? Se sim, com quem?” As respostas a esta questão indicam que ainda existem membros na comunidade cigana que optam por casar-se com familiares, nomeadamente entre primos do 1º até ao 4º grau. Na questão nº18: “No bairro onde vive, conhece alguém nesta situação?” Os inquiridos identificam dezasseis casais (I3), dois casais (I1), toda a família dezasseis casais (I2), doze casais (I4), dezasseis casais (I5) e doze casais (I6), que se encontram nesta situação. Este cenário não é observado na

comunidade dominante.

**Tabela 3 - Análise da situação de saúde da comunidade cigana.**

17. É casado(a) com alguém com algum grau de parentesco? Se sim com quem?	18. No bairro onde vive conhece alguém nesta situação? Se sim quantos casais?	19. Considera ter uma alimentação saudável? Se sim ou não explique porque?	20. Destes alimentos e bebidas quais é que costuma comer e beber?
Sim com a prima no primeiro casamento.	Sim 16 casais.	I3 - Sim. Por causa dos meus problemas de saúde.	Frutas, vegetais, peixe, carne, sopa, arroz, massa, batata, doces, pizzas, hambúrguers, batatas fritas, sumos, bebidas alcoólicas
Sim com uma prima.	Sim 2 casais.	I1 - Não. Porque não como legumes.	carne, arroz, massa, batata, pizzas, hambúrguers, batatas fritas, sumos
Sim com a minha prima de 2º grau.	Sim. Toda a família 16 casais.	I2 - Sim. Como coisas variadas.	Frutas, vegetais, peixe, carne, sopa, arroz, massa, batata, doces, batatas fritas, sumos, bebidas alcoólicas
Não.	Sim 12 casais.	I4 - Sim. Porque pratico futebol.	Frutas, vegetais, peixe, carne, sopa, arroz, massa, batata, doces, pizzas, hambúrguers, batatas fritas, sumos
Sim primo de 4º grau.	Sim 16 casais.	I5 - Sim. Porque não quero ficar gorda e durar muitos anos.	Frutas, vegetais, peixe, carne, sopa, arroz, massa, batata, doces, pizzas, hambúrguers, batatas fritas, sumos
Não.	Sim 12 casais.	I6 - Sim, para viver bem.	Frutas, vegetais, peixe, carne, sopa, arroz, massa, batata, doces, pizzas, hambúrguers, batatas fritas, sumos

As questões presentes nas entrevistas semiestruturadas tiveram por base os questionários numa tentativa de obter respostas mais profundas que fossem ao encontro dos objetivos específicos da investigação. No que concerne ao tema da situação de saúde da comunidade cigana, os entrevistados reconhecem que a sua saúde não é igual à da comunidade dominante, realçando aspetos como: problemas de ansiedade (E1) decorrentes das particularidades da sua conduta de vida, sublinhando que “não é igual pela vida que levamos” (E2).

Em Portugal, a saúde da comunidade cigana carece de estudos específicos e dados epidemiológicos detalhados. Entretanto, com base no conhecimento sociológico, é plausível supor que o estado de saúde desse grupo seja significativamente mais vulnerável em comparação à média da população portuguesa. Isto deve-se ao facto de estudos que demonstraram que grupos socioeconômicos mais desfavorecidos têm uma taxa de mortalidade mais elevada devido a diversas causas, conforme apontado por Chauvin (1998).

Também apontam a falta de informação e conhecimento na área de saúde, como

exemplificado por um dos entrevistados que afirmou: “Só com o passar do tempo e dos anos, apercebemo-nos de que, por exemplo, a comunidade dominante tinha médico de família, os ciganos não tinham” (E3). Além disso, observam que, devido a essas diferenças, tendem a morrer mais cedo, e um dos entrevistados mencionou: “Morrem mais cedo, mas também a forma como vivem” (E4).

Com base no estudo de Mendes et al. (2014, p.18), as características culturais dos ciganos em relação à saúde e à doença, incluem a ênfase na família extensa como núcleo social, o valor dado ao coletivo em detrimento da individualidade, o respeito pelos idosos e seu papel influente, o impacto significativo do luto nas atividades sociais e aparência pessoal, a relevância das práticas relacionadas à morte, a variação na religião e no papel dos pastores, o papel central das mulheres como cuidadoras de saúde, a preparação das meninas para o casamento e a relutância em discutir o sexo.

Perante este cenário, surge uma subcategoria relacionada com os **baixos níveis de literacia em saúde**.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1998) a literacia em saúde é definida como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas de saúde para utilizar os serviços e tomar decisões adequadas em relação à saúde” (OMS, 1998).

É importante destacar que os cidadãos que estão mais bem informados sobre questões de saúde têm a capacidade de tomar decisões mais acertadas, o que contribui para alcançar resultados de saúde mais positivos. Neste ponto, surge outra subcategoria relevante relacionada às **questões culturais**. Os entrevistados mencionam a falta de liberdade, afirmando que “nós não temos a liberdade” (E5). Além disso, apontam o casamento precoce como um aspeto cultural significativo, observando que “as ciganas casam muito cedo, permanecem em casa, e não desfrutam da mesma liberdade que a comunidade dominante” (E6).

Segundo o estudo nacional sobre as comunidades ciganas, revela que no que diz respeito ao género, muitas mulheres enfrentam uma dupla discriminação e, conseqüentemente, baixos níveis de acesso à saúde, à educação e a outros serviços. Dado o papel da mulher na educação dos seus filhos, esta situação é particularmente preocupante. Elas atuam como educadoras, cuidadoras dos filhos e transmissoras de normas e valores culturais ciganos (Mendes et al., 2014, p.12).

Para responder a este objetivo importa ainda analisar os resultados obtidos no *focus*

*group*, na resposta à questão nº1: Se a comunidade cigana considera que a questão cultural, pode ter impacto direto ou indireto na saúde, um dos entrevistados (E2) reconhece que “o casamento entre primos diretos pode causar problemas hereditários”. Segundo Fraser (1997), “ao longo dos séculos, apesar de estarem constantemente expostos a múltiplas influências e pressões, os ciganos conseguiram preservar uma identidade própria e demonstrar notável capacidade de adaptação e sobrevivência” (Fraser,1997, p.7).

Além disso, outro entrevistado devolveu que “hoje toda a comunidade evita que essa realidade aconteça entre os jovens (E1)”.

Assim sendo, a juventude desempenha um papel crucial na transformação do modelo de vida da comunidade cigana, na redefinição de valores e na construção da identidade.

O envolvimento dos jovens pode ser um motor de mudança significativo para a comunidade como um todo.

### **3.2 As questões de saúde na vida cotidiana da comunidade cigana**

Para compreender a relevância das questões de saúde no cotidiano da comunidade cigana, consideremos o segundo objetivo.

Nos questionários podemos constatar, que há uma crescente preocupação com a correta administração de medicamentos, conforme evidenciado a partir da resposta à questão número 14: “Toma alguma medicação? Se sim, qual?” Entre os inquiridos, aqueles que tomam medicação incluem (I3), (I1), (I2) e (I5). Além disso, no que diz respeito à prevenção, é visível um interesse crescente nas camadas mais jovens, como exemplificado pelas respostas dos inquiridos” (I5) e (I6).

**Tabela 4. A saúde na vida cotidiana da comunidade cigana.**

14. Toma alguma medicação? Se sim qual?	15. Toma a medicação de forma correta? Se sim porque?	16. Costuma tomar medicamentos sem aconselhamento médico? Se sim Porque?
I3 - Sim para colesterol e hipertensão	Sim todos os dias.	Sim. Ben u Ron. Sempre que preciso.
I1 - Sim Triticum	Sim.	Não.
I2 - Sim para os diabetes, colesterol e coração.	Sim.	Sim para dormir desde 2014.
I4 - Não.	Não.	Não.
I5 - Sim a pílula.	Sim todos os dias.	Sim Ben U Ron quando tenho dores.
I6 - Não.	Não tomo nenhuma medicação.	Não.

No que se refere às questões de saúde na vida cotidiana da comunidade cigana, os entrevistados admitem que só procuram assistência médica quando estão em situações de necessidade urgente, como afirma um deles: “só quando estamos apertados” (E3).

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

É relevante destacar que um dos entrevistados reconhece que “vamos aprendendo com vocês” (E2).

Segundo Aillet (1998) “é legítimo inferir que a relação dos ciganos com o sistema de saúde seja caracterizada por desconfiança e ceticismo, o que é comum entre aqueles que se sentem excluídos das instituições” (Aillet, 1998).

Outra subcategoria identificada é a **automedicação**, conforme mencionado por um dos entrevistados: “Comprimidos, tomam estes para se sentirem melhor ou estarem relaxados e, isso faz mal” (E3).

Segundo Mendes et al., (2014) nas comunidades ciganas a saúde, não é vista como uma prioridade, as principais preocupações são a habitabilidade, a situação económica e o trabalho. A resistência em procurar profissionais de saúde é comum, já que os médicos são vistos como quem "descobre" a doença. Para a comunidade cigana a saúde é percebida como a ausência de doença. As mulheres geralmente cuidam da saúde, e a urgência em curar doenças rapidamente está ligada à forte associação entre doença e morte. Isso pode levar a uma utilização inadequada dos serviços de saúde, incluindo a excessiva ida às urgências, transporte próprio em vez de ambulâncias e pouca utilização dos centros de saúde (Mendes et al., 2014, p.23).

### 3.3 A percepção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida.

No que diz respeito ao terceiro objetivo que pretende compreender a percepção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida que afetam negativamente a saúde da sua comunidade, nos questionários os inquiridos identificaram os principais comportamentos de risco, destacando o consumo de álcool e tabaco.

**Tabela 5. Principais comportamentos de risco e estilos de vida da comunidade cigana.**

21. Fuma? se sim há quanto tempo e qual a quantidade de cigarros diária?	22. Consome algum tipo de droga? Se sim há quanto tempo qual a substância e quantidade diária?	23. Consome bebidas alcoólicas? Se sim há quanto tempo, qual a bebida e quantidade diária?
Sim há 5 anos um maço por dia.	Não.	Sim desde adulto socialmente em festas.
Não.	Não.	Não.
Sim desde novo um maço e meio por dia 30 cigarros.	Não.	Sim desde jovem. Cerveja, vinho whisky socialmente em festas.
Não.	Não.	Não.
Não.	Não.	Não.
Não.	Não.	Não.

Segundo Last (1987):

É na perspectiva dos diferenciados estilos de vida que se compreendem os comportamentos individuais associados à saúde/doença (o tipo de alimentação, o hábito de fumar, a prática de exercício físico, etc.) e os de utilização dos recursos em caso de doença que é, de forma geral, menos preventiva nas classes baixas do que nas classes médias e altas da hierarquia social.

Na questão nº 25 do questionário, quando o investigador questionou: “Na sua opinião, de que forma a comunidade poderia ter uma saúde melhor para viver mais?” Os inquiridos reconheceram que a sua saúde poderia melhorar através de diferentes ações:

(I3) mencionou a importância da formação.

(I1) realçou a prática de exercício físico e uma alimentação saudável.

(I2) destacou a necessidade de melhores condições de alimentação e habitação.

(I4) sugeriu uma alimentação saudável, evitar bebidas alcoólicas e não fumar.

(I5) apontou para o trabalho, a abstenção de fumar e de consumir álcool.

(I6) enfatizou a importância de deixar de fumar, evitar o consumo de álcool e sair de casa.

Nas entrevistas, foram relacionados comportamentos de risco com o **consumo de tabaco, álcool, e drogas, bem como o stresse e a criminalidade**. Um dos entrevistados ilustrou essa conexão ao afirmar: “Sim, e tudo isso, porque é preferível estar em casa com os filhos do que atrás das grades, é uma situação chata e triste” (E6).

As **condições habitacionais** da comunidade representam outra subcategoria, uma vez que ainda existem ciganos que vivem em barracas e toldos, como referido por um dos entrevistados (E3).

Segundo Dias (2021), “o local de habitação é crucial para o desenvolvimento da personalidade e da identidade social de um indivíduo” (Dias, 2021, p.7).

Estudos anteriores também observaram a preferência dessas famílias pela busca de cuidados e aconselhamento de saúde em farmácias (Mendes, Magano e Candeias, 2014).

É relevante destacar que um dos aspetos notáveis nesta narrativa é o reconhecimento da comunidade cigana quanto ao **isolamento social**, com uma citação de (E4): “são muito “fechados”, ficam muito em casa e não mostram confiança a ninguém”.

De acordo com Leininger (1995), o isolamento social pode resultar de fatores como afastamento de relações sociais, choque cultural, dificuldades linguísticas, e pode ter um

impacto negativo na saúde dessa minoria (Observatório das Migrações, 2018).

Além disso, é pertinente mencionar o fácil acesso à assistência médica relatado pelos entrevistados: “Eu não encontro dificuldade, porque a minha médica de família é alguém com quem até tenho contacto próximo, caso não haja vagas, bato à porta e consigo falar com ela, por isso, não tenho qualquer dificuldade” (E3).

Esta proximidade entre os pacientes e os profissionais de saúde pode ser legítima e favorecer uma relação empática.

Six (1990) procurou identificar quatro funções características da mediação distinguindo entre:

mediação criadora que tem como objetivo criar laços entre pessoas e grupos que serão benéficos a uns e outros; mediação renovadora que permite melhorar as relações existentes entre pessoas ou grupos; mediação preventiva, cujo enfoque centra-se na prevenção de um conflito em gestação e a mediação curativa com o intuito de resolver o conflito.

No que diz respeito à terceira questão, do *focus group*, de que forma o trabalho colaborativo pode provocar mudanças e envolver a comunidade cigana na promoção da educação para a saúde, as respostas foram unânimes. “Todos concordaram que o trabalho de mediação contribui para o envolvimento e a promoção de mudanças” (E1, E2, E3, E4, E5 e E6).

Bonafe-Schmitt (1992), no âmbito da mediação comunitária, veio enfatizar o envolvimento voluntário dos indivíduos em causas-situações que os atinjam e, em processos de capacitação para a ação e mudança, aspetos particularmente pertinentes quando se está perante situações de desigualdade de acesso aos serviços e às oportunidades, promovendo-se a capacitação e favorecendo-se a sua autonomia.

Capul & Lemay (2003, p.105), já descreviam a relação profissional de forma holística com diversas dimensões que importa rever ao longo do percurso profissional de cada interventor, uma vez que é fácil deixar de intervir COM e passar a intervir PARA ou POR.

### **3.4 A perspectiva da comunidade cigana relativamente às estratégias de mediação e intervenção social para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.**

Relativamente ao quarto e último objetivo, que pretendia identificar a perspectiva da comunidade cigana em relação às potencialidades da mediação e intervenção para melhorar a condição de saúde da comunidade, as respostas à questão nº 26, do questionário revelam que os inquiridos reconhecem a importância da mediação e o papel do interventor social. Afirmam que a mediação pode intervir servindo como elo de ligação entre a comunidade e os serviços (I3), através da realização de palestras e atividades relacionadas com a saúde (I1), bem como, na promoção da atividade física e realização de formação (I2). Ao relacionar os resultados dos questionários com os objetivos estabelecidos, observamos que os inquiridos não têm consciência da discrepância entre a sua saúde e a saúde da comunidade dominante.

Isso ocorre devido às prioridades desta comunidade, ao seu estilo de vida e aos comportamentos de risco que afetam de forma determinante a sua saúde. No entanto, não podemos deixar de notar como esta comunidade encara o casamento entre primos diretos, considerando-o como algo normal. Este fenómeno é evidente, pelo elevado número de casos identificados nos resultados dos questionários. Os inquiridos também reconhecem a importância e o papel da mediação, assim como, a necessidade de estabelecer pontes entre esta comunidade e os serviços de saúde. Por fim, propõem a realização de mais formações através de palestras, com o objetivo de esclarecer a comunidade sobre a temática da saúde. Além disso, sugerem a promoção da prática de exercício físico como meio de melhorar a saúde.

**Tabela 6. Estratégias de mediação e intervenção para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.**

24. A saúde é importante para si? Se sim ou não explique porque? <input type="button" value="▼"/>	25. Na sua opinião de que forma, é que a comunidade poderia ter mais saúde para viver mais? <input type="button" value="▼"/>	26. Na sua opinião, acha que os técnicos sociais e mediadores, podem ter um papel importante no envolvimento da comunidade para a saúde? <input type="button" value="▼"/>
Sim. Dá-nos mais tempo de vida.	Mais formação.	Sim. Fazendo a ponte entre a comunidade e os serviços.
Sim. Porque vivemos mais tempo.	Praticar exercício físico e alimentação saudável.	Sim fazendo palestras e atividades para tal.
Sim é importante para tudo.	Melhor alimentação e condições de habitação.	Sim promover a atividade física e formação.
Sim para ter um futuro melhor.	Ter uma alimentação saudável. Evitar bebidas alcoólicas. Evitar fumar.	Sim.
Sim. Preciso de saúde para viver.	Trabalharem mais, não fumarem e nem beberem.	Sim.
Sim para viver mais na terra.	Deixarem de fumar Deixar de beber álcool Não estar fechado dentro de casa.	Sim.

A última questão da entrevista tinha como objetivo avaliar a importância da mediação e do interventor social na promoção da saúde. Os entrevistados destacaram a relevância desses profissionais ao reconhecerem que podem detetar problemas de saúde, como a depressão, e encaminhar as pessoas para tratamento médico (E1). Também sublinharam a importância da comunicação entre as famílias ciganas e os serviços de saúde, destacando a necessidade de atualizar informações de contato para facilitar a comunicação (E3).

Seguindo esta lógica, Vieira & Vieira (2017) no seu artigo construindo pontes e travessias: destacam “a mediação intercultural por ser a de dentro de todas as mediações sociais a que mais investe na prevenção, transformação, educação e reabilitação” (Vieira & Vieira, 2017, p.44).

Adicionalmente, a subcategoria da **sensibilização e formação** na área da saúde emergiu como uma proposta de intervenção empoderadora. Um dos entrevistados sugeriu a discussão de temas como **alimentação e desporto** (E4), alinhando-se com a definição da Organização Mundial de Saúde (2001) o empoderamento é “um processo contínuo

no qual os indivíduos e comunidades adquirem confiança e compreensão necessárias para expressar seus interesses” (OMS, 2001).

As entrevistas revelaram várias subcategorias, fornecendo indicadores importantes para o desenvolvimento de um novo paradigma e uma intervenção social sistémica com esta comunidade. Essas subcategorias incluem: baixos níveis de literacia em saúde, questões culturais, comportamentos de risco (consumo de drogas, álcool, tabaco e criminalidade), stresse, condições habitacionais, automedicação, isolamento social e propostas de intervenção, como projetos desportivos, emprego, sensibilização e formação.

Folger (2004) destaca dois pilares essenciais na mediação:

a autodeterminação das partes, enfatizando que elas são as protagonistas, não os mediadores, e o poder humanizante do diálogo. Na mediação, o diálogo oferece a oportunidade de resolver conflitos e deve ser facilitado com intervenções mínimas. Preservar essas características é fundamental. Além disso, um desafio significativo é a mudança no foco dos programas de mediação, alcançando acordos para o tratamento das relações entre as pessoas em conflito (Folger, 2004).

A questão nº 4, do *focus group* visava avaliar as práticas de intervenção social desenvolvidas anteriormente. Os entrevistados expressaram a opinião referindo que a avaliação dos projetos é valiosa, mas não é uma tarefa fácil, sendo que ainda há muito a melhorar (E3). Além disso, destacaram que a cultura cigana necessita de um trabalho contínuo, e projetos com uma duração de apenas 2 ou 3 anos são insuficientes (E2). Um dos entrevistados mencionou que o projeto de mediação na escola foi positivo, mas também apontou algumas ressalvas (E3).

Assim, fica claro que a mediação intercultural não se limita à resolução de conflitos, mas deve ir além, promovendo a mudança através da construção de canais de diálogo e capacitação para a participação nas esferas sociais, políticas e económicas para as populações que, geralmente, se mantêm afastadas desses processos (Projeto Mediadores Municipais, 2010, p.15).

A questão nº5, tinha como objetivo recolher sugestões de práticas preventivas que a comunidade cigana poderia adotar para reduzir os impactos negativos na saúde. Um dos participantes enfatizou a importância de evitar casamentos entre familiares (E1), enquanto

outro salientou a necessidade de evitar fumar perto de crianças dentro de casa e em carros (E5). Na última questão do debate, procurava-se saber que medidas de incentivo ou discriminação positiva poderiam ser aplicadas para envolver a comunidade cigana num trabalho colaborativo para mudar comportamentos que afetam negativamente a saúde.

Um dos entrevistados considerou importante a existência de projetos desportivos para jovens ciganos, mencionando a ajuda proporcionada pela igreja evangélica para que os jovens abandonem o tabagismo e o consumo de álcool, através de atividades como a pesca e futebol (E3). Além disso, o cônjuge de uma das participantes expressou a vontade de dar o seu contributo, como instrutor de artes marciais (E6).

Seguindo este raciocínio Almeida (2013), refere que “no processo de mediação, a estratégia é construir alternativas sociais ou capacitar e promover um pensamento estratégico para antecipar o curso dos acontecimentos” (Almeida, 2013, p.21).

Curiosamente, não houve contribuições por parte das participantes do sexo feminino (E5 e E6), o que ressalta a dimensão das questões culturais dentro da comunidade cigana, onde as mulheres frequentemente assumem um papel discreto e submisso na presença dos homens.

As respostas recolhidas neste debate destacam ainda a necessidade de mudanças nos comportamentos e nas relações dentro da comunidade, reconhecendo os problemas de casamentos entre primos diretos.

Neste contexto Martin (2013) destaca a importância da presença de mediadores interculturais na área da saúde. No entanto, ele observa que existem obstáculos ao reconhecimento desses mediadores nas equipas de saúde. Ele aponta os motivos para essa situação, incluindo a falta de uma definição clara do papel do mediador intercultural na área da saúde, a variedade de denominações e perfis diferentes associados a essa função, a falta de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e das equipas de saúde, bem como as preocupações com os custos económicos de introduzir uma nova figura profissional nas equipas de saúde.

Além disso, a criação de projetos desportivos para promover estilos de vida saudáveis, é considerada uma prioridade. Embora os projetos anteriores tenham sido importantes, ainda há muito trabalho a fazer. O papel dos mediadores/interventores sociais é crucial para promover acordos entre as partes. É evidente o recurso à fé, como um refúgio para enfrentar desafios e incentivar mudanças no que diz respeito aos comportamentos de risco.

Do ponto de vista de Giménez (1997):

“a mediação é uma modalidade de intervenção de terceiras partes, em e sobre situações sociais de multiculturalidade significativa, orientada para a consecução do reconhecimento do Outro e da aproximação das partes, a comunicação e a compreensão mútua, a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência, a regulação de conflitos e adequação institucional, entre atores sociais ou institucionais etnoculturalmente diferenciados” (Giménez, 1997, p.142).

Por fim, como sugere Casanova (2009) importa não esquecer que:

“o mediador é um ator que também foi socializado para um determinado entendimento do mundo social. Para que essa estruturação mental não funcione como um impedimento ao conhecimento e compreensão de outros sistemas culturais, é fundamental um exercício reflexivo constante sobre o seu próprio mundo cultural, os mundos culturais dos "outros" e o significado de estar entre-dentro. Isso torna possível a construção de diálogos multilaterais e conseqüentemente, de sociedades interculturais ou de uma convivência conjunta que não seja vista como fragilizadora dos quotidianos e projetos de vida dos intervenientes” (Casanova, 2009, p.68).

## **Conclusões**

Através do material empírico recolhido, espera-se que as evidências deste estudo, resultantes de uma grande motivação e satisfação pela proximidade e afetividade com os participantes da comunidade cigana, forneçam mais ferramentas para mitigar os problemas relacionados com a saúde dessa comunidade.

Neste estudo, os protagonistas tiveram a oportunidade de explorar as suas perceções e expectativas em relação à saúde.

### **O1: Analisar a situação de saúde da comunidade cigana:**

Os participantes chave deste estudo, mencionaram que suas práticas de vida e a falta de acesso a serviços de saúde adequados, contribuem para problemas de saúde, incluindo a ansiedade. Eles reconhecem a falta de informação e conhecimento na área de saúde, bem como, a influência negativa de suas práticas culturais, nomeadamente os casamentos entre primos diretos. A literacia em saúde é vista como essencial, mas muitos ciganos enfrentam barreiras culturais e a falta de liberdade dificulta a obtenção de informações e a tomada de decisões informadas.

Além disso, as mulheres ciganas desempenham papéis fundamentais na educação dos filhos, mas enfrentam discriminação e falta de acesso aos serviços.

Os jovens são promissores agentes de mudança na comunidade cigana, capazes de transformar valores e contribuir para a construção da identidade desta comunidade.

### **O2: Perceber que dimensão ocupam as questões de saúde na vida quotidiana da comunidade cigana;**

A relação dos ciganos com a instituição de saúde é complexa, influenciada por tradições culturais, acesso limitado a serviços médicos e dinâmicas de exclusão social.

A comunidade cigana mantém uma forte conexão com suas práticas e crenças culturais, o que pode levá-los a procurar os cuidados de saúde dentro de sua própria comunidade. A automedicação é um procedimento comum. No entanto, começa a haver uma preocupação crescente com a administração adequada de medicamentos e a tomada de consciência

sobre a saúde entre a comunidade cigana. Os questionários revelam que alguns membros da comunidade tomam medicação e há um interesse crescente para a prevenção, especialmente entre as camadas mais jovens.

A comunidade cigana tende a procurar assistência médica apenas em situações de urgência, e a relação com o sistema de saúde é marcada por desconfiança.

A saúde não é vista como prioridade na comunidade cigana, que está mais preocupada com questões habitacionais, econômicas e de trabalho. No entanto, devido às suas necessidades de cuidados de saúde básicos e à falta de um sistema alternativo, eles não podem evitar completamente os serviços de saúde convencionais, como hospitais e clínicas. Infelizmente, essa relação é muitas vezes marcada por discriminação e estigmatização, tornando a procura de cuidados médicos uma experiência desafiadora.

As mulheres desempenham um papel importante nos cuidados de saúde, e a urgência em tratar doenças está ligada à forte associação entre doença e morte. Isso leva a uma utilização inadequada dos serviços de saúde, como visitas excessivas às urgências e subutilização dos centros de saúde.

Portanto, é fundamental que os sistemas de saúde considerem as necessidades culturais e sociais específicas dos ciganos para garantir um acesso equitativo e respeitoso aos cuidados de saúde.

### **O3: Compreender a percepção da comunidade cigana sobre os principais comportamentos de risco e estilos de vida, que afetam negativamente a saúde da sua comunidade;**

Para dar resposta a este objetivo os inquiridos identificaram o consumo de álcool e tabaco como principais comportamentos de risco. Sugeriram formas de melhorar a saúde da sua comunidade, através de formação, exercício físico, alimentação saudável e abstenção de álcool e tabaco.

Nas entrevistas, comportamentos de risco foram relacionados ao consumo de tabaco, álcool, drogas, stresse e criminalidade. Condições habitacionais precárias também foram mencionadas, bem como, o isolamento social da comunidade cigana.

Destacou-se a facilidade de acesso aos cuidados médicos, juntamente com as relações próximas entre os pacientes e os profissionais de saúde, sendo que, neste caso específico, trata-se de um ex-mediador da comunidade cigana.

Adicionalmente, a mediação desempenha um papel crucial no envolvimento e na

promoção de mudanças na comunidade cigana, especialmente no que diz respeito à educação para a saúde.

**O4: Identificar qual a perspectiva da comunidade cigana relativamente às estratégias de mediação e intervenção, possíveis de implementar para melhorar a condição de saúde da sua comunidade.**

Reconhecem a importância da mediação e do papel do interventor social, vendo-os como elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Sugerem a realização de palestras e atividades relacionadas com a saúde, promoção da atividade física e formação como formas de melhorar a saúde.

Nas entrevistas, destaca-se a relevância de os mediadores detetarem problemas de saúde, como a depressão, e encaminharem os afetados para tratamento médico.

Destacam ainda a necessidade de melhorar a comunicação entre as famílias ciganas e os serviços de saúde.

Além disso, as sugestões de práticas preventivas incluem evitar casamentos entre familiares e evitar fumar perto de crianças.

Reconhece-se a importância dos projetos desportivos na promoção de estilos de vida saudáveis, embora seja evidente que ainda há muito trabalho a ser feito.

Os mediadores/interventores sociais desempenham um papel fundamental na promoção de acordos entre as partes.

Por fim, o texto destaca a importância da reflexão constante sobre a própria cultura e a dos outros, para construir diálogos multilaterais e promover sociedades interculturais.

## **Limitações do estudo**

Após a conclusão deste estudo, é fundamental identificar algumas limitações. Uma das dificuldades com as quais nos deparamos foi a criação de um questionário, entrevistas semiestruturadas e grupo focal, que garantissem uma consistência interna sólida.

Dado que estávamos cientes dos baixos níveis de literacia dos participantes, enfrentamos desafios na compreensão linguística durante as entrevistas, apesar da investigadora ter experiência prévia, na interação com famílias de etnia cigana. Essas dificuldades afetaram tanto a narrativa das suas vivências como na expressão das suas percepções e expectativas em relação à saúde.

Outra limitação está relacionada com o número de participantes, pois uma amostra maior alargada a outros concelhos do país, poderia proporcionar resultados mais consistentes. A inexperiência da investigadora, foi superada através da pesquisa documental e orientação docente.

Também é importante mencionar as limitações inerentes a uma dissertação de mestrado, tais como restrições temporais e imprevistos, que podem atrasar o desenvolvimento e a evolução da investigação.

## **Propostas para estudos futuros**

No que se refere a futuras investigações, recomendamos a expansão deste estudo para incluir outras comunidades ciganas residentes em diferentes regiões do país, possibilitando, assim, a comparação de resultados. É essencial considerar a criação de protocolos de colaboração entre todas as instituições de cuidados de saúde e organizações que trabalham com estas comunidades.

Uma sugestão adicional envolve a integração de um mediador intercultural, seja um enfermeiro ou outro profissional com formação em mediação intercultural preferencialmente alguém da comunidade, como parte integral das equipas de cuidados de saúde. Tal medida pode aprimorar a comunicação e a compreensão mútua entre os profissionais de saúde e as comunidades ciganas, contribuindo para a prestação de cuidados mais eficazes.

Por fim, sugerimos um investimento na criação de um projeto de Mediação Intercultural e Intervenção Comunitária, com ênfase na abordagem de questões de saúde. Esta iniciativa poderá facilitar a resolução dos desafios específicos de saúde enfrentados por estas comunidades, promovendo uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades e realidades.

## Bibliografia

- Abacar, A. (2018). *Liderança, diversidade cultural e formação docente em Moçambique*. Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas, Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018 (2018). [www.acm.gov.pt](http://www.acm.gov.pt)
- Aillet, V. (1998), “Rapport d’étude sur l’accessibilité aux soins; enquête auprès des patients de la Mission France de Médecins du Monde”, Médecins du Monde, 1951.
- Almeida, H. N. (2013). *Building the conception of social and community mediation*. Results of an exploratory research under the European Project ABSCM. [http://issuu.com/hna23/docs/building\\_the\\_conception\\_of\\_social\\_a](http://issuu.com/hna23/docs/building_the_conception_of_social_a)
- Aquino, M. (2017, July 24). O questionário como ferramenta de ensino de partículas modais alemãs. *Pandaemonium Germanicum*, 20(32), 156–179. <https://doi.org/10.11606/1982-88372032156>
- Antunes, A. (1997). “Os Príncipes do nada - contributo para o estudo de um trabalho social de Reinserção de populações ciganas”, Associação Integrar (ed.), Coimbra.
- Arriaga, M. (2019). *Literacia da Saúde na Prática* (C. Lopes & C. Almeida, Eds.; 1ª). ISPA Centro de Edições.
- Balbão, M. (2019). *Quando a interculturalidade desafia a produção e disseminação hegemônicas do conhecimento: partilhas de dois grupos de pesquisa da Universidade Federal da Integração LatinoAmericana*. Universidade do Porto.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Berelson, B. (1952). *Análise de conteúdo em pesquisa em comunicação*. Nova York, NY, EUA: Free Press.
- Burawoy, M. (2015). Encarando um mundo desigual. *Plural: Revista de Ciências Sociais*, 22(1), 142-181.
- Bush, R. A. B., & Folger, J. P. (2004). *The promise of mediation: The transformative approach to conflict*. John Wiley & Sons.
- Bruto da Costa, A., Baptista, I., Perista Paula Carrilho, P., & Renato Miguel do Carmo, G. (2009). Um Olhar sobre a Pobreza Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo. In *Sociologia, Problemas e práticas* (Vol. 59, pp. 163–167).

- Bonafe-Schmitt J.-P., (1992) *La médiation: une justice douce*”, Paris, Syros- Alternatives.
- Cardoso, T., & Coelho, F. (2021, December 1). O Inquérito por Questionário Enquanto Procedimento Metodológico. *Investigação Científica, Teoria e Prática Da Educação Na Contemporaneidade 4*. <https://orcid.org/0000-0002-7918-2358>
- Chaer, G., Diniz, R., & Ribeiro, E. (2011). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *EVIDÊNCIAS 7, 7*, 251–266.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, 57, 611-614.
- Champlin, R. (2008). *Enciclopédia de Bíblia, Teologia e Filosofia* (Vol. 4). HAGNOS.
- Chauvin, P. (1998), Précarisation sociale et état de santé: le renouvellement d’un paradigme épidémiologique, in LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre, Précarité et santé, Flammarion, França 59-73.
- Capul, M., Lemay, M., & de Carvalho, R. D. (2003). *Da educação à intervenção social*. Volume 1. Porto: Porto Editora.
- Casa-Nova, M. J. (2009). A mediação intercultural e a construção de diálogos entre diferentes: notas soltas para reflexão. Comentário ao Painel: Mediação Intercultural). [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/.../contributos\\_de\\_maria\\_jose\\_casa\\_nova.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/.../contributos_de_maria_jose_casa_nova.pdf)
- Castro, A., & Santos, M. (2010). PROJECTO MEDIADORES MUNICIPAIS.
- Crisóstomo, S., & Santos, M. (2018, December 1). Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 117, 167–186. <https://doi.org/10.4000/rccs.8325>
- Dias, A. F. P. (2021). O Impacto da Impulsar nos bairros sociais de Leiria Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/6529>
- Diogo, F., Castro, A., & Perista, P. (2015). *Pobreza e Exclusão Social em Portugal: Contextos, Transformações e Estudos*.
- Escorel, S. (1999). *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Editora FIOCRUZ.
- Estanqueiro, M. (2020). *Expectativas De Famílias De Etnia Cigana Relativas Ao Cuidar Do Enfermeiro De Família*.
- Estratégia Nacional Para a Integração das Comunidades Ciganas, Diário da República

nº230/2018, série I de 29 de novembro de 2018 (2018).

European Commission. (2019). *State of Health in the EU*.

<http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2019). *Promoção da Saúde em Enfermagem. Um Ensaio: Do Modelo Salutogénico Ao Modelo De Sistemas*.

França, L. (2018, December 21). A Evolução da Saúde na Internet. *Revista Científica Da Faculdade de Medicina de Campos*, 13(2), 06–06. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.refmc.216.vol.13.n2.2018>

Fraser, Angus (1997), *História do Povo Cigano*, Lisboa, Editorial Teorema.

Freire, P. (1979). Conscientização. In A. Benevides (Ed.), *Conscientização: Teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire* (Cortez & Moraes).

Garção, A. (2021). *Mediação Intercultural como Estratégia de Integração Social numa 'Escola para todos'*.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O inquérito: teoria e prática*.

Gilles, L. (1998). *L'Exclusion*. Presses Universitaires de France - PUF.

Giménez R., C. (1997). *La naturaleza de la mediación intercultural*. In *Revista de Migraciones* 2, 125-159.

Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano, Ministério da Saúde (2022). <https://aps.saude.gov.br/>

Gonçalves, N. (2021, November 5). *Ciganos, um passado, um presente e que futuro?* Setenta e Quatro. <https://setentaequatro.pt/ensaio/ciganos-um-passado-um-presente-e-que-futuro>

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

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices* (Second Ed.). United States of America: Jan Scipio.

Lopes, M. (2004). *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. O Estigma Da Exclusão Social, Educação, Poder e a Utopia Da Inclusão*.

Lopes, M. (2021). *O papel dos técnicos do Programa Escolhas na intervenção social com crianças, jovens e famílias de etnia cigana do distrito de Braga. A teoria e a prática da*

*mediação intercultural.*

- Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. M. (2013, January). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação em enfermagem. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Maciel, F. (2019). Exclusão ou desfiliação social? Robert Castel e uma Sociologia Política para a Periferia do Capitalismo. *Revista Crítica de Sociologia e Política*.
- Martins, M. (2020). *A Importância de uma Estratégia de Reposicionamento de uma Marca de um Canal Televisivo O Caso SIC*. ESCOLA SUPERIOR DO PORTO.
- Martin, M. A. (2013). La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Manuals de la Universitat Autònoma de Barcelona: 59. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona Servei de Publicacions.
- Meirinhos, M. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Revista de Educação*, Vol 2(2), 2010, 2(2). <http://www.eduser.ipb.pt>
- Mendes, M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo Nacional Sobre as Comunidades Ciganas*.
- Morgan, D. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22.
- Observatório das Migrações. (2018). Atitudes e representações face à saúde, Doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes (1.a Edição). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.).  
<https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.p df/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023, August 5). Dia Nacional da Saúde.  
<https://bvsm.s.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>
- OMS. (2001). Community Participation in local health and sustainable development.
- Paredes, R. (2011). *A Dimensão da Pobreza no Bairro da Abilheira em Quarteira*.
- Pereira, R., & Freire, C. (2020). *A importância da informação acessível para uma melhor literacia de saúde*.
- Pfeiffer, C., & Vos, J. (2007). *Dicionário Bíblico Wycliffe (2ª)*.

Plano Nacional de Ação Para a Inclusão Portugal (PNAI), Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006).

PORDATA. (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030*.  
<https://www.pordata.pt/ods>

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros e Alto Comissariado para a Emigração e Minorias étnicas (1999), Igualdade e Inserção dos Ciganos, Relatório, p.81.

Potter, & Perry. (2013). *Fundamentos de Enfermagem, 8ª Ed.*

Rede de Ensino para a Mediação Intercultural. (2016). *Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural*.

Reis, A. (2016). I JORNADAS da RESMI “ENTRE IGUAIS E DIFERENTES.”  
*Constrangimentos Nos Contextos de Cuidados de Saúde: Entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes*.

Resende, R. (2016). Técnica de Investigação Qualitativa. *Journal of Sport Pedagogy & Research*.

Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, 19–22.

Rodrigues, N. (2015). Donna Haraway e a proposta de conhecimentos situados. *Les Online*, 7, 26-38.

Romàn, Teresa S., 1986, “La precaria salud y corta vida de los gitanos”, in ROMÀN,

Romero, C. (2010). *Interculturalidade e Mediação* (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Ed.). <http://www.acidi.gov.pt/>

Schwartz, E., & Nogueira, V. (2000, June). Ser Social. *Revista Do Programa de Pós-Graduação Em Política Social*.

Silva, L. F. (2001), La Santé des Roms en Situation de Grande Exclusion, *Soins Infirmiers*, 2, 56-59.

Silva, A. (2021). *A mediação de conflitos desenvolvimento social*.

Six, J.-F. (1990). *Le Temps des Médiateurs*. Paris: Éditions du Seuil.

- Tuckman, B. (2012). *Manual de Investigação em Educação* (4ª).
- Ventura, M. (2007, September 25). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383–386.
- Vicente, M. (2009). *As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional*. [www.reapn.org](http://www.reapn.org)
- Vieira, A. (2016). *Pedagogia Social, Mediação Intercultural e Transformações*.
- Vieira, A. (2017). Construindo pontes e travessias: das mediações sociais à mediação intercultural. *Medi@ções Revista OnLine*. <http://mediacoes.esse.ips.pt>
- Vieira, R., Victoria Pérez De Guzmán, M., José, P., Marques, C., Silva, P., Vieira, A. M., Margarido, C., Matos, R., & Santos, R. (2023). *Pedagogia Social e Mediação Intercultural: Teoria e prática na Intervenção Socioeducativa* (CICS.NOVA.IPLeiria). <https://doi.org/10.25766/d6g0-b749>
- Xiberras, M. (1996). *As Teorias da Exclusão* (Instituto Piaget, Ed.).

## APÊNDICES

## Anexo I - Consentimento informado



### Declaração

Eu, **Rui Miguel Duarte Santos**, Professor Adjunto na Escola Superior de Educação e Ciência Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, na qualidade de Orientador de Dissertação da Estudante, **Mónica Oliveira Estima Gameiro**, no Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social, declaro que, a Estudante pretende realizar entrevistas, aplicar questionários e fazer uma sessão de Focus Group, no âmbito do seu trabalho final de Dissertação sobre o tema da Mediação Intercultural na Promoção para a Saúde..... -

Mais se declara que sendo este trabalho integrado no plano curricular do referido curso, a estudante aceita e concorda livremente com o facto de que toda a informação, relativa à entidade que faculta a realização do mesmo, é confidencial e anónima, sendo exclusivamente utilizada no âmbito deste estudo..... -

Disponíveis para qualquer esclarecimento, agradecemos desde já a colaboração dispensada. ----

Leiria, 09 de dezembro de 2022

O Orientador,

A handwritten signature in black ink that reads 'Rui Miguel Duarte Santos'. The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Professor Doutor Rui Miguel Duarte Santos

## Apêndice I – Questionário aos Participantes Chave

### Questionário sobre a condição de Saúde

O presente questionário é um dos instrumentos de recolha de informação e avaliação da dissertação sobre o tema da mediação como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a Saúde, do Mestrado de Mediação Intercultural e Intervenção Social do Politécnico de Leiria - ESECS, e tem como principal objetivo, compreender de que forma a comunidade cigana percebe a sua condição de saúde, os principais comportamentos de risco e as principais estratégias de mediação e intervenção que promovem hábitos de vida saudáveis, junto de alguns elementos desta comunidade em Vale Domingos. Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade. Será respeitado o anonimato dos respondentes e a confidencialidade das respostas, as quais vão ser exclusivamente utilizadas no âmbito deste trabalho.

*A preencher pelo Investigador*

Data de aplicação do Inquérito por Questionário \_\_\_\_\_.

Local de Aplicação: \_\_\_\_\_.

#### Parte 1: Caracterização Sociodemográfica

Sexo: Feminino  Masculino

1. Idade \_\_\_\_\_ anos.

2. Profissão \_\_\_\_\_.

3. Rendimentos mensais \_\_\_\_\_.

4. Despesas mensais \_\_\_\_\_.

5. Quantas pessoas vivem na sua casa?

Adultos: \_\_\_\_\_ Crianças \_\_\_\_\_.

6. A sua casa tem as condições mínimas de habitação?

Sim  Não

Se sim, ou se não, explique porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Parte 2: Caracterização de Saúde

7. Existe alguém doente na sua casa?

\_\_\_\_\_.

8. Quais são as doenças?

\_\_\_\_\_.

9. Sabe há quanto tempo é que tem a doença?

\_\_\_\_\_.

10. Na sua família existe alguém com a mesma doença?

\_\_\_\_\_.

11. Tem acompanhamento Médico?

Sim  Não

Se sim, com que frequência \_\_\_\_\_.

12. Onde?

\_\_\_\_\_.

13. Na sua opinião, em que medida as estruturas existentes (Centros de Saúde e Hospitais) são adequadas às suas necessidades?

Nada adequadas	Pouco adequadas	Razoavelmente adequadas	Bastante adequadas	Extremamente adequadas
1	2	3	4	5

14. Toma alguma medicação?

Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_.

15. Toma a medicação de forma correta?

Sim  Não  Porquê? \_\_\_\_\_.

16. Costuma tomar medicamentos sem aconselhamento médico?

Sim  Não  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_.

Se sim, há quanto tempo \_\_\_\_\_.

17. É casado (a) com alguém com algum grau de parentesco?

Sim  Não

Se sim, com quem \_\_\_\_\_.

18. No bairro onde vive, conhece alguém nesta situação?

Sim  Não

Se sim, quantos casais? \_\_\_\_\_.

19. Considera ter uma alimentação saudável?

Sim  Não

Se sim, ou não, explique porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

20. Destes alimentos e bebidas, quais o que costuma comer e beber?

Frutas  Vegetais  Peixe  Carne  Sopa  Arroz  Massa

Batata  Doces  Pizzas  Hambúrgueres  Batatas Fritas

Sumos  Bebidas Alcoólicas

21. Fuma?

Sim  Não  Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Qual a quantidade diária de cigarros? \_\_\_\_\_.

22. Consome algum tipo de droga?

Sim  Não  Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Que substância e quantidade diária? \_\_\_\_\_.

23. Consome bebidas alcoólicas?

Sim  Não  Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Qual a bebida e a quantidade diária? \_\_\_\_\_.

24. A saúde é importante para si?

Sim  Não

Se sim, ou não, explique porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

25. Na sua opinião de que forma, é que a sua comunidade poderia ter mais saúde para viver mais?

---

---

---

26. Na sua opinião, acha que os técnicos sociais e mediadores, podem ter um papel importante no envolvimento da comunidade para a educação na saúde?

---

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração!

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

## Apêndice II - Guião das entrevistas semiestruturadas aos Participantes Chave Guião da Entrevista

### GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da *mediação como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde*.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade. Será respeitado o anonimato dos respondentes e a confidencialidade das respostas, as quais vão ser exclusivamente utilizadas no âmbito deste estudo.

**Entrevistado:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Profissão:**

**Residência:**

**Local:**

**Data:**

**Hora:**

**1ª Questão**

Na sua opinião a situação de saúde da comunidade cigana, é igual à da comunidade dominante? Porquê?

**2ª Questão**

No dia a dia, a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade? Porquê?

**3ª Questão**

Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida, que afetam negativamente a saúde da sua comunidade?

**4ª Questão**

Qual a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde?

**5ª Questão**

Tem conhecimento se existe ou já existiu alguma resposta ou projeto no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade estas questões relacionadas com a saúde? Quais? Quando?

## Guião da Entrevista

### **6ª Questão**

Que tipo de atividades considera importantes para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?

### **7ª Questão**

De que forma os técnicos sociais e os mediadores, podem colaborar para melhorar a sua condição de saúde e da sua comunidade. Dê alguns exemplos.

## Apêndice III – Transcrição das Entrevistas.

### Entrevistado 1

**Investigadora:** Boa tarde E1.

**Entrevistado:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza a gravação desta entrevista?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde. Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante?

**Entrevistado:** Lido com algumas pessoas da comunidade “maior”, considero que nós andamos com alguma ansiedade e muitos não dormem bem.

**Investigadora:** Aquilo que se pretende saber é se a saúde para a comunidade cigana é igual?

**Entrevistado:** Não, igual não é.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistado:** Porque a comunidade cigana anda mais ansiosa.

**Investigadora:** Quer acrescentar mais alguma coisa? Esta ansiedade tem a ver com alguma coisa específica, senhor entrevistado 1.

**Entrevistado:** Não faço a mínima ideia.

**Investigadora:** Segunda questão, no dia a dia a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade? Porquê?

**Entrevistada:** Porque, se andarmos bem mentalmente e psicologicamente tudo o resto se torna mais fácil.

**Investigadora:** Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade? Aquilo que consegue logo identificar à primeira vista.

**Entrevistado:** Assim de repente é uma pergunta muito complicada. Os mais jovens, se calhar é as famosas ganzas.

**Investigadora:** Acha que este é o principal comportamento de risco da sua comunidade, que afeta diretamente a saúde?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde? Por exemplo, quando vai ao centro de saúde, o que é que sente?

**Entrevistada:** Eu por acaso não pertença ao conselho de Águeda, mas de Ílhavo e, não sinto dificuldade em nada.

**Investigadora:** Então não sente dificuldade nem na linguagem nem em expressar-se. Relativamente à próxima questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde? Existiu algum projeto que só trabalhasse questões ligadas à saúde?

**Entrevistado:** Não.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?

**Entrevistado:** Não lhe sei responder a essa pergunta.

**Investigadora:** Mas não sabe responder porque nunca pensou nisso?

**Entrevistado:** Nunca pensei.

**Investigadora:** Última questão, de que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhor a condição de saúde da comunidade?

Peço-lhe que dê alguns exemplos.

**Entrevistado:** Os técnicos aperceberem-se de pequenos factos por exemplo, princípios de depressão e chamar à atenção para ir ao médico, marcar uma consulta, porque é uma doença e que não nos apercebemos só quando está mais no fim e, depois é complicado.

**Investigadora:** Porque já há sintomas e só conseguem perceber quando há então sintomas. Muito obrigado pela sua participação e colaboração nesta entrevista.

## **Entrevistado 2**

**Investigadora:** Boa tarde E2.

**Entrevistado:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza então a gravação desta entrevista?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde. Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante? **Entrevistado:** Não.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistado:** Pela vida que levamos.

**Investigadora:** Então, o senhor considera que a vida que levam não é, uma vida saudável é isso?

**Entrevistado:** Claro que não.

**Investigadora:** Quer acrescentar mais alguma coisa?

**Entrevistado:** Não isso vale tudo.

**Investigadora:** Segunda questão, no dia a dia, a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** Porquê, Senhor E2?

**Entrevistado:** Nós vamos aprendendo com vocês.

**Investigadora:** E a ter outro tipo de vida não, é. E, porquê? O que é que essencialmente faz, com que vocês queiram ter a saúde como prioridade? Por exemplo, se tiver um prato de comida e se tiver doente o que é mais importante para si no imediato?

**Entrevistado:** Se estiver doente, um prato de canja.

**Investigadora:** Terceira questão, quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade?

**Entrevistado:** Eu acho que é os stresses.

**Investigadora:** Porquê, Senhor E2?

**Entrevistado:** Pela vida que levam.

**Investigadora:** Quando você diz, “pela vida que levam”, quer se referir exatamente a quê?

**Entrevistado:** Porque estão sempre fechados em casa e, eles precisam de ajudas vossas.

**Investigadora:** Mas eles estão fechados em casa, porque não trabalham, não estudam, mas alguns estudam, não é?

**Entrevistado:** Sim, mas poucos.

**Investigadora:** Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde?

**Entrevistado:** É a espera.

**Investigadora:** Quinta questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde?

**Entrevistado:** Eu acho que não.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a sua saúde?

**Entrevistado:** Precisam de ajuda, ir lá pessoal como vocês e darem-lhes atividades, tirá-los de casa.

**Investigadora:** A sétima e última questão, de que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhor a condição de saúde da comunidade?

Dê alguns exemplos.

**Entrevistado:** Explicar, por exemplo, na vida deles.

**Investigadora:** E, explicar o quê? Questões de saúde?

**Entrevistado:** Sim, isso.

**Investigadora:** E, quer arriscar dizer alguma atividade que possa ser interessante porque vocês têm a vossa cultura e usos e costumes, pode haver alguma atividade que você considere ser importante.

**Entrevistado:** Acho que era bom arranjam emprego como no meu tempo.

**Investigadora:** Portanto, isto seria uma solução para as pessoas terem uma melhor saúde?

**Entrevistado:** Certeza, absoluta.

**Investigadora:** Muito obrigado pela sua participação e colaboração, neste estudo.

### **Entrevistado 3**

**Investigadora:** Boa tarde E3. **Entrevistado:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza então a gravação desta entrevista?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde. Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante?

**Entrevistado:** Na minha opinião, não.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistado:** Porque, o cigano, só com o passar do tempo e dos anos, apercebemo-nos de que, por exemplo, a comunidade dominante tinha médico de família, os ciganos não tinham. É por essa questão e, não só há muitas outras coisas que podiam ser debatidas, mas, em contrapartida, esta resposta.

**Investigadora:** Ok, obrigado.

Segunda questão, no dia a dia, a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade?

**Entrevistado:** A pergunta vem a dar à primeira questão, mas, sim é uma prioridade.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistado:** Infelizmente, digo isto porque é a tal situação, não é a questão de o cigano não dar valor à saúde, mas, só quando estão assim “apertados” ou se sentem doentes é que procuram a saúde, mas, sim é claro que a saúde é prioridade para mim e para a minha família.

**Investigadora:** A terceira questão é: quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade?

**Entrevistado:** No meu ponto de vista, uma das razões talvez seja as condições habitacionais, creio que sim. Ainda há ciganos que vivem em barracas e toldos.

**Investigadora:** E a nível de comportamentos de risco, o que é que afeta mais?

**Entrevistado:** Por exemplo, comprimidos, tomam estes para se sentirem melhor ou estarem relaxados e, isso faz mal.

**Investigadora:** Automedicam-se, portanto. Há mais algum comportamento de risco que consiga identificar?

**Entrevistado:** A malta mais nova fuma erva, haxixe e assim, o que obviamente prejudica a saúde. **Investigadora:** Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se

dirige aos serviços de saúde?

**Entrevistado:** Eu não encontro dificuldade, porque a minha médica de família é alguém com quem até tenho contacto próximo, caso não haja vagas bato à porta e consigo falar com ela, por isso, não tenho qualquer dificuldade. **Investigadora:** Muito bem, ainda bem. Relativamente à próxima questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde?

**Entrevistado:** Se a memória não me falha, não, mas, era importante.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a sua saúde?

**Entrevistado:** Era bom que se realizassem atividades que envolvessem jovens e, não só da comunidade para que dessem o devido valor à saúde pois, sem saúde não se trabalha, não se faz nada, não se pensa, então era bom.

**Investigadora:** Sensibilização, então.

Passamos à última questão, de que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhor a condição de saúde da comunidade?

Peço-lhe que dê alguns exemplos.

**Entrevistado:** Por exemplo, haver articulação entre as famílias e a saúde porque há dificuldades por uns não conseguirem e não terem meios de se comunicarem ou dirigir aos centros de saúde.

**Investigadora:** Portanto, mas os técnicos sociais e os mediadores teriam aqui esse papel importante e fundamental.

**Entrevistado:** Sim, exatamente era importante porque, já aconteceu várias vezes ligarem para mim, mesmo quando mudo de número de telemóvel atualizo em tudo, principalmente na saúde porque espero consultas ou assim, mas, a maioria da comunidade cigana muda muito de número de telemóvel e, não atualizam os dados e, os técnicos e assim acabam por não atualizar. Vou dar um exemplo, ainda ontem me ligou a secretária da minha médica de família, o meu filho tem 1 ano e 3 meses e, no dia 29 ele tinha uma consulta, ontem ligaram-me a dizer que iria ser alterada para dia 20, ou seja, se não tivesse o meu número atualizado talvez perdesse a consulta.

**Investigadora:** E, acha que há mais algum exemplo, para além da comunicação que, é muito importante, sem dúvida, acha que há mais algum exemplo em que os técnicos sociais e mediadores, pudessem colaborar para melhorar a vossa condição de saúde?

**Entrevistado:** Sim, tudo o que for para ajudar é bom, até porque alguns ciganos são analfabetos e, não sabem fazer a higiene e, aí os técnicos também podiam ajudar porque

sabem.

**Investigadora:** Senhor Davi, muito obrigado pela sua participação neste estudo.

**Entrevistado:** De nada, sempre disponível.

## **Entrevistado 4**

**Investigadora:** Boa tarde, E4. **Entrevistado:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza a gravação desta entrevista?

**Entrevistado:** Sim, claro.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde.

Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante? **Entrevistado:** Não.

**Investigadora:** Porquê? Quando disse que não é porque vê algo de diferente?

**Entrevistado:** Acho que por exemplo morrem mais cedo, mas, também a forma como vivem.

**Investigadora:** Segunda questão, no dia a dia a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade? Porquê?

**Entrevistado:** Para mim, sim.

**Investigadora:** E, para a sua comunidade?

**Entrevistado:** Acho que não, não sei.

**Investigadora:** E porque acha que não?

**Entrevistado:** Devido, por exemplo, à comida que eles comem, a vida que levam, por aí.

**Investigadora:** Quer acrescentar mais alguma coisa? No fundo, é olhar para dentro da sua comunidade e ver o que está certo e errado. Então aquilo que vê, logo à partida é esta questão da alimentação?

**Entrevistado:** Sim, exatamente.

**Investigadora:** Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade? Ou seja, coisas que fazem que prejudicam a saúde.

**Entrevistado:** Fumar, bebidas alcoólicas, são muito “fechados” ficam muito em casa e não mostram confiança a ninguém.

**Investigadora:** Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde? Por exemplo, quando vai ao centro de saúde, o que é que sente?

**Entrevistado:** Eu não sinto nenhuma dificuldade.

**Investigadora:** Relativamente à próxima questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde?

**Entrevistada:** Não.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?

**Entrevistado:** O desporto, por exemplo, a natação, o futebol e muito mais.

**Investigadora:** Considera, portanto, que estas atividades ajudam a educar a sua comunidade para a saúde?

**Entrevistado:** Sim.

**Investigadora:** De que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhorar a condição de saúde da comunidade? Como é que nós técnicos podemos fazer nesse sentido?

Peço-lhe que dê alguns exemplos.

**Entrevistado:** Falar sobre o que devemos comer, a alimentação, o desporto.

**Investigadora:** Mas de que forma? Introduzir desporto?

**Entrevistado:** Sim, algumas atividades.

**Investigadora:** Muito bem, resta-me agradecer a colaboração nesta entrevista.

## **Entrevistado 5**

**Investigadora:** Boa tarde, E5.

**Entrevistada:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza a gravação desta entrevista?

**Entrevistada:** Sim.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde.

Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante?

**Entrevistada:** Não.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistada:** Porque nós não temos a liberdade, as ciganas casam muito cedo, estão sempre em casa, elas não têm a liberdade com a comunidade dominante.

**Investigadora:** Segunda questão, no dia a dia a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade? Porquê?

**Entrevistada:** Sim.

**Investigadora:** Vou deixá-la pensar mais um pouco, passamos à próxima questão e já voltamos a esta.

Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade? Ou seja, coisas que fazem que prejudicam a saúde.

**Entrevistada:** Fumar, beber álcool, acho que é isso.

**Investigadora:** Acha que já consegue responder à segunda questão?

Se tiver mais saúde o que acha que acontece?

**Entrevistada:** Vou viver mais.

**Investigadora:** E sente que é importante ter mais saúde, portanto é uma prioridade para si, por viver mais.

**Entrevistada:** Sim.

**Investigadora:** Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde? Por exemplo, quando vai ao centro de saúde, o que é que sente?

**Entrevistada:** Nenhuma.

**Investigadora:** Relativamente à próxima questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde? **Entrevistada:** Não.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?

Atividades, qualquer coisa que se lembre que acha que pode melhorar a saúde.

**Entrevistada:** Trabalhar, deixar de fumar e beber, mais nada só isso.

**Investigadora:** De que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhor a condição de saúde da comunidade? Como é que nós técnicos podemos fazer nesse sentido? Peço-lhe que dê alguns exemplos.

Vou tentar colocar a questão de outra forma, para a ajudar, por exemplo, no caso eu sou Assistente Social, de que forma eu a poderia ajudar ou qual a dificuldade que encontra a nível de saúde e, onde podia ajudar?

**Entrevistada:** Em tudo, ligar para lá, dar informações.

**Investigadora:** Muito obrigado pela sua participação e colaboração neste estudo.

## **Entrevistado 6**

**Investigadora:** Boa tarde E6. **Entrevistada:** Boa tarde.

**Investigadora:** Autoriza a gravação desta entrevista?

**Entrevistada:** Sim.

**Investigadora:** Muito bem. A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da mediação, como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde.

Assim, a primeira questão que lhe vou colocar é se, na sua opinião, a situação de saúde da comunidade cigana é igual à da comunidade dominante?

**Entrevistada:** Não.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistada:** Bebem álcool, fumam e não têm muita liberdade.

**Investigadora:** Mas, isso aplica-se aos homens e às mulheres ou apenas às mulheres?

**Entrevistada:** É igual.

**Investigadora:** Segunda questão, no dia a dia a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade?

**Entrevistada:** Sim.

**Investigadora:** Porquê?

**Entrevistada:** Porque é para estarmos bem.

**Investigadora:** Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida que, afetam negativamente a saúde da sua comunidade?

**Entrevistada:** Os roubos, droga.

**Investigadora:** Mas consumo de droga?

**Entrevistada:** Sim e, tudo isso. Porque é melhor estar em casa com os filhos do que atrás das grades, é chato e é triste.

**Investigadora:** Claro que é. Quarta questão, qual é a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde? Por exemplo, quando vai ao centro de saúde, o que é que sente?

**Entrevistada:** Sinto-me bem.

**Investigadora:** Mas, sente alguma dificuldade quando vai lá?

**Entrevistada:** Não, nenhuma.

**Investigadora:** Relativamente à próxima questão, tem conhecimento se existe ou se já existiu alguma resposta no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade questões relacionadas com a saúde?

**Entrevistada:** Não.

**Investigadora:** Sexta questão, que tipo de atividades considera importantes, para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade, para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?

Atividades, qualquer coisa que se lembre que acha que pode melhorar a saúde.

**Entrevistada:** Mais trabalho, sair mais, ter desporto e outras coisas mais e, conviver mais com as pessoas.

**Investigadora:** Última questão, de que forma os técnicos sociais e os mediadores podem colaborar para melhorar a condição de saúde da comunidade?

Peço-lhe que dê alguns exemplos.

**Entrevistada:** Temos que ir lá pedir ajuda.

**Investigadora:** Sim e, se você fosse lá a pedir ajuda ao técnico ou ao mediador, que tipo de ajuda pedia, no caso? Tirar alguma dúvida, ajudar a ligar, estou a dar-lhe alguns exemplos para a ajudar.

Precisa de todo o tipo de ajuda relacionado com a saúde, é isso que me está a dizer?

**Entrevistada:** Sim, é isso.

**Investigadora:** Ok, muito obrigado pela participação e colaboração neste estudo.

## Apêndice IV - Grelha de análise temática das entrevistas aos “participantes chave”.

<i>Tema</i>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<i>1. Comunidade Cigana</i>	Perceção da situação de saúde da comunidade cigana comparativamente à da comunidade dominante.	<p>E1 - “considero que nós andamos com alguma ansiedade e muitos não dormem bem”.</p> <p>E2 - “não é igual pela vida que levamos”.</p> <p>E3 - “só com o passar do tempo e dos anos, apercebemo-nos de que, por exemplo, a comunidade dominante tinha médico de família, os ciganos não tinham”.</p> <p>E4 - “morrem mais cedo, mas, também a forma como vivem”.</p>
	Questões culturais.	<p>E5 - “nós não temos a liberdade, as ciganas casam muito cedo, estão sempre em casa, elas não têm a liberdade com a comunidade dominante”.</p> <p>E6 - “fumam e não têm muita liberdade”.</p>
<i>2. Saúde</i>	A dimensão da saúde é uma prioridade para a comunidade.	<p>E1 - (...) “Porque, se andarmos bem mentalmente e psicologicamente tudo o resto se torna mais fácil”.</p> <p>E2 - “Sim vamos aprendendo com vocês”.</p> <p>E3 - (...) “não é a questão de o cigano não dar valor à saúde, mas, só quando estão assim “apertados” ou se sentem doentes é que procuram a saúde, mas, sim é claro que a</p>

	<p>saúde é prioridade para mim e para a minha família”.</p> <p>E4 – “Acho que não, não sei. Devido, por exemplo, à comida que eles comem, a vida que levam, por aí”.</p> <p>E5 – “Sim. Vou viver mais”.</p> <p>E6 – “Sim. Porque é para estarmos bem”.</p>
Principais comportamentos de risco da comunidade cigana/determinantes.	<p>E1 – “Os mais jovens, se calhar é as famosas ganzas”.</p> <p>E2 – “Eu acho que é os stresses. Porque estão sempre fechados em casa e, eles precisam de ajudas vossas”.</p> <p>E3 – “uma das razões talvez seja as condições habitacionais, creio que sim. Ainda há ciganos que vivem em barracas e toldos. Comprimidos, tomam estes para se sentirem melhor ou estarem relaxados e, isso faz mal. A malta mais nova fuma erva, haxixe e assim, o que obviamente prejudica a saúde”.</p> <p>E4 – “Fumar, bebidas alcoólicas, são muito “fechados” ficam muito em casa e não mostram confiança a ninguém”.</p> <p>E5 – “Fumar, beber álcool, acho que é isso”.</p> <p>E6 – “Os roubos, droga. Sim e, tudo isso. Porque é melhor estar em casa com os filhos do que atrás das grades, é chato e é triste”.</p>
Classificação do acesso aos serviços de saúde.	<p>E1 – “Eu por acaso não pertença ao conselho de Águeda, mas de Ílhavo e, não sinto dificuldade em nada”.</p>

3. Mediação

	<p>E2 – “É a espera”.</p> <p>E3 - “Eu não encontro dificuldade, porque a minha médica de família é alguém com quem até tenho contacto próximo, caso não haja vagas bato à porta e consigo falar com ela, por isso, não tenho qualquer dificuldade”.</p> <p>E4 – “Eu não sinto nenhuma dificuldade”.</p> <p>E5 – “Nenhuma”.</p> <p>E6 – “Não, nenhuma”.</p>
Existência de Projetos no Concelho.	<p>E1 – “Não”</p> <p>E2 - “Eu acho que não”.</p> <p>E3 – “Se a memória não me falha, não, mas, era importante”.</p> <p>E4 – “Não”.</p> <p>E5 – “Não”.</p> <p>E6 – “Não”.</p>
Atividades Empoderadoras. Propostas de intervenção.	<p>E1 – “Não lhe sei responder a essa pergunta”.</p> <p>E2 – “Precisam de ajuda, ir lá pessoal como vocês e darem-lhes atividades, tirá-los de casa”.</p> <p>E3 – Era bom que se realizassem atividades que envolvessem jovens e, não só da comunidade para que dessem o devido valor à saúde pois, sem saúde não se trabalha, não se faz nada, não se pensa, então era bom”.</p> <p>E4 – “O desporto, por exemplo, a natação, o futebol e muito mais”.</p> <p>E5 – “Trabalhar, deixar de fumar e beber, mais nada só isso”.</p> <p>E6 – “Mais trabalho, sair mais, ter desporto e outras coisas mais e, conviver mais com as</p>

	<p>peessoas”.</p>
<p>Importância da mediação e do interventor social na promoção da saúde.</p>	<p>E1 – “Os técnicos aperceberem-se de pequenos factos por exemplo, princípios de depressão e chamar à atenção para ir ao médico, marcar uma consulta, porque é uma doença e que não nos apercebemos só quando está mais no fim e, depois é complicado”.</p> <p>E2 – “Explicar, por exemplo, na vida deles”.</p> <p>E3 – “Por exemplo, haver articulação entre as famílias e a saúde porque há dificuldades por uns não conseguirem e não terem meios de se comunicarem ou dirigir aos centros de saúde. Sim, exatamente era importante porque, já aconteceu várias vezes ligarem para mim, mesmo quando mudo de número de telemóvel atualizo em tudo, principalmente na saúde porque espero consultas ou assim, mas, a maioria da comunidade cigana muda muito de número de telemóvel e, não atualizam os dados e, os técnicos e assim acabam por não atualizar”.</p> <p>E4 – “Falar sobre o que devemos comer, a alimentação, o desporto”.</p> <p>E5 – “Em tudo, ligar para lá, dar informações.</p> <p>E6 – “Temos que ir lá pedir ajuda”.</p>

## Apêndice V – Categorização Entrevista.

Caraterização dos Blocos	Objetivos	Formulário de questões
A) Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista e motivar os participantes para a sua realização.	<p>Pontos a abordar nas perguntas desta fase inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clarificar os fundamentos/objetivos da entrevista;</li> <li>○ Solicitar a colaboração do entrevistado;</li> <li>○ Obter a sua autorização para a gravação áudio da entrevista;</li> <li>○ Garantir a confidencialidade do entrevistado (relembrar que foi preenchido o documento de consentimento informado);</li> <li>○ Clarificar a forma como pretende ser tratado durante a entrevista (ex.: você/tu);</li> <li>○ Esclarecer o entrevistado de que pode solicitar uma clarificação/reformulação sempre que não compreender uma determinada pergunta;</li> <li>○ Agradecer a colaboração do entrevistado.</li> </ul>
B) Caracterizaçãodos entrevistados	Recolher informações gerais sobre os participantes;	<p>Pontos a abordar nas perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nome</li> <li>○ Idade</li> <li>○ Profissão</li> <li>○ Residência</li> <li>○ Local</li> <li>○ Data</li> <li>○ Horário</li> </ul>
C) Perceção sobre a saúde da comunidade cigana em relação à comunidade dominante, projetos de intervenção,	Recolher informações sobre a situação de saúde; prioridades; comportamentos de risco; estilos de vida; dificuldades de acesso e projetos de intervenção.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na sua opinião a situação de saúde da comunidade cigana, é igual à da comunidade dominante? Porquê?</li> <li>2. No dia a dia, a saúde é uma prioridade para si e para a sua comunidade? Porquê?</li> <li>3. Quais os principais comportamentos de risco e estilos de vida, que afetam negativamente a saúde da sua comunidade?</li> <li>4. Qual a maior dificuldade que costuma encontrar quando se dirige aos serviços de saúde?</li> </ol>

atividades empoderadoras, importância dos mediadores.		<p>5. Tem conhecimento se existe ou já existiu alguma resposta ou projeto no concelho de Águeda, para trabalhar com a comunidade estas questões relacionadas com a saúde? Quais? Quando?</p> <p>6. Que tipo de atividades considera importantes para envolver, capacitar e empoderar esta comunidade para melhorar os comportamentos que afetam negativamente a saúde?</p> <p>7. De que forma os técnicos sociais e os mediadores, podem colaborar para melhorar a sua condição de saúde e da sua comunidade. Dê alguns exemplos.</p>
<b>Caraterização dos Blocos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Formulário de questões</b>
d) Finalização da entrevista	Concluir a entrevista e agradecer a colaboração dos participantes.	<p>Pontos a abordar na fase final da entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gostava de dizer mais alguma coisa em relação a este tema?</li> </ul> <p>Agradecer a disponibilidade e a participação do entrevistado; Reforçar que o entrevistado pode ter acesso à gravação e à transcrição da entrevista, caso assim o entenda.</p>

## Apêndice VI- Guião da sessão de Focus Group

### Guião da Sessão de Focus Group

Local:	
Participantes:	
Tempo:	
Data:	

#### **GUIÃO DA SESSÃO DE FOCUS GROUP**

A presente sessão de *Focus Group* é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado Mediação em Mediação Intercultural e Intervenção Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sobre a temática da **mediação como uma aliada no envolvimento da comunidade na promoção para a saúde**.

Agradecemos, desde já, a Vossa disponibilidade. Será respeitado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas, as quais vão ser exclusivamente utilizadas no âmbito deste estudo.

#### **Objetivo específico:**

Promover a participação de todos os entrevistados no diálogo sobre os resultados dos inquéritos e entrevistas sobre as questões de saúde, da comunidade cigana.

#### **Questão Focalizadora:**

Identificar as principais estratégias de mediação e intervenção que promovam a educação para a saúde na comunidade cigana.

#### **Tópicos a explorar no debate: Através do debate entre os participantes obter informações sobre:**

- Se a comunidade cigana considera que as questões culturais podem ter impacto direta ou indiretamente na saúde da comunidade cigana.
- A importância dada pela comunidade cigana ao trabalho de mediação e intervenção social;
- De que forma é que o trabalho colaborativo pode provocar mudanças e o envolvimento da comunidade cigana numa educação para a saúde;
- Avaliação das práticas de intervenção social desenvolvidas anteriormente.
- Sugestões de práticas preventivas que a comunidade cigana pode adotar que pode influenciar a diminuição impactos negativos na saúde.
- Que medidas de incentivo/ discriminação positiva atribuir, para que a comunidade cigana se envolva num trabalho colaborativo para a mudança de comportamentos que afetam negativamente a saúde.

### **Papel da investigadora/moderadora da sessão:**

- ✓ Informar os participantes sobre os objetivos da sessão;
- ✓ Solicitar autorização para gravação em áudio;
- ✓ Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados;
- ✓ Explicitar as regras da sessão em grupo: falar um de cada vez; evitar discussões; ninguém deve dominar a discussão; importância da participação de todos;
- ✓ Colocar a questão principal para debate;
- ✓ Estimular a participação de todos, fazendo pequenas perguntas abertas;
- ✓ Incentivar o debate de maneira a aprofundar as questões a explorar;
- ✓ Intervir se algum participante se desviar fora do tema em questão;
- ✓ Fazer uma síntese da discussão já efetuada;
- ✓ Solicitar a opinião de cada educadora participante sobre a dinâmica da sessão;
- ✓ Agradecer a participação de todos enfatizando a importância da sua opinião;
- ✓ Referir que serão informados sobre os resultados da investigação.

### Apêndice VII– Tabela de Categorização Focus Grup.

Caracterização dos Blocos	Objetivos	Formulário de questões
A) Legitimação do <i>focus group</i>	Legitimar o <i>focus group</i> e motivar os participantes para a sua realização.	<p>Pontos a abordar nas perguntas desta fase inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clarificar os fundamentos/objetivos do <i>focus group</i>;</li> <li>○ Solicitar a colaboração dos participantes;</li> <li>○ Obter a sua autorização para a gravação áudio da entrevista;</li> <li>○ Garantir a confidencialidade dos participantes;</li> <li>○ Agradecer a colaboração dos participantes.</li> </ul>
B) Questão cultural	Que impactos tem as questões culturais na saúde da comunidade;	1. Se a comunidade cigana considera que as questões culturais podem ter impacto direta ou indiretamente na saúde da comunidade cigana.
C) Trabalho colaborativo	<p>Mapear as necessidades</p> <p>Conhecer propostas de intervenção;</p>	<p>2. A importância dada pela comunidade cigana ao trabalho de mediação e intervenção social?</p> <p>3. De que forma é que o trabalho colaborativo pode provocar mudanças e o envolvimento da comunidade cigana numa educação para a saúde?</p>
D) Práticas de Intervenção Social	Avaliar e sugerir práticas preventivas; propor medidas de discriminação positiva;	<p>4. Avaliação das práticas de intervenção social desenvolvidas anteriormente?</p> <p>5. Sugestões de práticas preventivas que a comunidade cigana pode adotar que pode influenciar a diminuição impactos negativos na saúde?</p> <p>6. Que medidas de incentivo/ discriminação positiva atribuir, para que a comunidade cigana se envolva num trabalho colaborativo para a mudança de comportamentos que afetam negativamente a saúde.</p>

E) Finalização do <i>focus group</i>	Concluir o <i>focus group</i> e agradecer a colaboração dos participantes.	Pontos a abordar na fase final do <i>focus group</i> : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Gostava de dizer mais alguma coisa em relação a este tema?</li><li>○ Agradecer a disponibilidade e a participação no <i>focus group</i>;</li></ul>
--------------------------------------	--	---