

A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária

*Luísa Ferreira da Silva*¹

*Fátima Sousa*²

*Luísa Oliveira*³

*Olga Magano*⁴

Em Portugal e, de um modo geral, na Europa (de Ocidente e de Leste) as comunidades ciganas têm sido impedidas de se integrar à sociedade global, estigmatizadas pela marca do nomadismo que pretensamente dispensa uma política de territorialização e, em associação com esse tipo de vida errante, a marca de um estilo de vida pré-moderno em que o desejo de liberdade tornaria inviável qualquer tentativa de institucionalização escolar, profissional ou sanitária e ainda a marca de uma forte solidariedade contra os não-ciganos que justificaria por parte destes o evitamento e a distanciação a que são votados aqueles.

Com base nesses estigmas, a sociedade discrimina os ciganos que continuam a viver em hábitos extremamente precários e de habitação muitas vezes obrigatoriamente móvel e a trabalhar em actividades marginais – no sentido de situadas nos limites do funcionamento social (venda ambulante, mendicidade) e/ou ilegais (tráficos clandestinos).

A vivência secular da discriminação interiorizou nos ciganos o sentimento de rejeição - que se traduz em atitudes ora de auto-exclusão da instituição escolar, da de saúde, da de formação profissional -, ora de desafio impositivo da sua vontade - quando exigem ser atendidos com prioridade nas consultas de saúde ou quando acampam nos jardins do hospital onde um familiar está internado -, ora em atitudes de ameaça - quando se apresentam em grupo para resolver um eventual conflito ou concluem uma contenda dizendo que regressarão com a família toda -, ora ainda, e mais recentemente, em atitudes provocadoras ancoradas no medo que sabem desencadeiam no outro, como quando exigem a abertura de um café fora de horas, se fazem servir e saem sem pagar.

O ciclo da estigmatização – rejeição – auto-exclusão – reprodução dos comportamentos estigmatizantes constrói-se ao longo do tempo, de uma parte e de outra.

Rejeição e auto-exclusão estão a tal ponto interiorizadas que ambos os grupos – o dominante, dos não-ciganos – e o dominado, dos ciganos – recusam espontaneamente a auto-atribuição de apelação de cigano a quem, pelo aspecto, não aparentar os traços – aos níveis de vestuário e de penteado, nomeadamente – característicos e identificadores da diferença. Como se não se pudesse ser cigano e integrado na sociedade dominante a ponto de a identidade não ser exteriormente visível. Como se ser cigano exija ser portador das marcas visíveis da exclusão. Como se ser cigano implique ser excluído.

Daí uma primeira advertência necessária à leitura dos discursos sobre a comunidade cigana: na sua totalidade (na Europa) eles referem-se às populações

¹ Dout. Saúde Comunitária, Universidade Aberta, Delegação Norte, luisafs@univ-ab.pt

² Mestre Relações Interculturais - Univ. Aberta
Universidade Aberta, Delegação Norte

³ Lic. Serviço Social

⁴ Mestre Relações Interculturais - Univ. Aberta
Câmara Municipal do Porto

ciganas identificáveis como tal pelos investigadores o que é, em qualquer sociedade europeia, sinónimo de populações em situação de exclusão social, possa embora e nem sempre ser acompanhada de precaridade económica. Se não vive situação social de exclusão (em particular ao nível do trabalho e do olhar do outro), é porque não transporta marcas visíveis da ciganeidade – e então não é identificável pela investigação (a menos que, de modo próprio, se auto-declare pertencer ou identificar-se com a etnia cigana o que só acontece, nos tempos actuais, em casos excepcionais). É facto que as fortes barreiras colocadas pela sociedade dominante à integração dos ciganos e o forte controle social das comunidades ciganas no sentido de impedir a exogamia, permitem crer que os ciganos integrados constituam uma muito pequena minoria. Mas conhecimento fundamentado sobre tal não existe.

Uma vez estabelecido que também o discurso da ciência identifica a ciganeidade com uma existência em situação de exclusão, está-se em condições de operar a ruptura com a leitura do senso comum que atribui ao ser cigano as características que nos ciganos se observam e sobre eles se descrevem. Está-se em condições de manter em estado de alerta a dúvida epistemológica que interroga o discurso identificador da identidade cigana com a vivência e expressão dessa identidade em situação de exclusão e precaridade a ela frequentemente associada.

Na pesquisa do entendimento sobre a identidade cigana optámos, como ponto de observação, pela relação entre os ciganos e a instituição de saúde.

Esta comunicação dá conta da primeira etapa dessa pesquisa ou seja, a problematização da interacção entre a população cigana e os serviços de saúde a partir da análise dos comportamentos de saúde da população e das práticas, face a ela, dos serviços.

A concepção de saúde nas sociedades modernas

A saúde é uma das instituições dominantes da nossa sociedade a ponto de a definição que a OMS adoptou para a saúde ser equivalente ao conceito de felicidade – completo bem estar bio-psico-social. A vida humana é hoje encarada, a nível individual, como um valor insubstituível e a nível social como um recurso de primeiro valor, um capital a preservar. A preservação da saúde, definida como um direito e um dever, é associada à organização dos cuidados médicos que acompanha o ciclo da vida desde antes do nascimento até ao falecimento (e até após este, se se tiver em conta a autópsia e a doação de órgãos para a prestação de cuidados a outros).

A dominância da saúde traduz-se em comportamentos individuais de recurso regular aos serviços de cuidados primários em determinados períodos da vida e de recurso episódico em situações codificadas medicamente como sendo de risco.

Traduz-se numa normatividade relativa ao modo de vida, em precauções e comportamentos do quotidiano que têm como razão de ser uma percepção da vida saudável como resultado dos cuidados com o corpo. A dominante da saúde modelada pela ciência médica traduz-se também na estruturação da vivência da doença como dependência de um saber exterior a cuja prática o doente se submete.

Hoje em dia nos países desenvolvidos estar doente é ser medicamente acompanhado: o diagnóstico, as prescrições do médico, os exames e os tratamentos ritmam e estruturam a percepção que se tem da doença (Adam, Ph; Herzlich, C. 1994)

E o que é estar de boa saúde? Paradoxalmente, é também ser medicamente acompanhado. A diferença não reside em ser medicamente acompanhado ou não, reside é no tipo de acompanhamento o qual é decidido pelo médico.

Estar de boa saúde é ter as vacinas em dia, frequentar a consulta médica se se está grávida, se se é idoso, se se atingiu os 45-50 anos para fazer testes de

rastreio de doenças hipotéticas, se se iniciam relações sexuais para decidir sobre a contraceção e para fazer testes de despiste da Sida, é, ao longo da vida, ir fazer exames gerais para verificar que tudo está em ordem, é estar inscrito num médico de família e, regularmente, apresentar-se para se vistoriado.

Durante o último meio século, as sociedades ocidentais medicalizaram a saúde reduzindo-a a uma realidade de leitura biológica e controlada biomedicamente. As contradições desta visão da saúde assente na medicalização começaram a impor-se como contra tendência que vem ganhando poder em alguns domínios.

Repescadas em domínios do conhecimento tão diversos como a psicanálise, a antropologia, a saúde pública, a sociologia e a economia, mensagens contra o reducionismo da leitura biomédica sobre a vida humana alargaram o conceito de saúde que, na sua definição teórica dominante, é hoje indissociável de ambiente humano nas vertentes psicológica, social-económica e ecológica. Também a nova realidade das doenças crónicas fez emergir a noção de negociação na relação do médico com o doente que forçosamente assume uma parte das competências do tratar de si enquanto doente.

No entanto, apesar de enquadrada num conceito mais lato do que o meramente biológico e numa atitude mais aberta à interacção com o sujeito dos cuidados, a medicina assente na eficiência técnica continua a dominar a conceptualização sobre saúde, um modelo biomédico que contagia as novas dimensões ambiental, social e psicológica a que se estende o paradigma actual, abrangendo-as ao invés de por elas ser abrangida. Assim, para merecerem o respeito da sociedade, os problemas ecológicos têm de ser sancionados pela saúde pública cujo reconhecimento e poder societal se ficam a dever não tanto à capacidade de medir riscos como à de demonstrar a prevalência de doenças por eles causadas; a precariedade económica e social são encaradas pela saúde num mero registo de factores determinantes de doença e não no de condicionantes do desenvolvimento; e o stress psicológico da vida nas sociedades de capitalismo neo-liberal é encarado apenas enquanto desencadeador psicológico de doença somática.

Ou seja, no reconhecimento da necessidade de alargar o entendimento de saúde biológica ao âmbito psico-social e político, as sociedades medicalizadas encaravam o desafio de restringirem a medicalização para um domínio específico da saúde-doença e, em conjunto com abordagens não médicas de domínios não biológicos, operarem a construção social de um novo entendimento da vida como resultante pluridimensional (o que se traduziria, por exemplo, na diversificação disciplinar das profissões presentes na instituição de saúde). Mas a esse desafio, a instituição médica, com o poder que a sociedade medicalizada lhe reconhece, responde com a medicalização dos novos domínios – o psicológico, o social e o ambiental.

É esta sociedade medicalizada de interpretação predominantemente biológica da saúde e da doença que aponta como problema a realidade sanitária das populações ciganas que, até agora, têm resistido a deixar-se expropriar da sua saúde (Illich, I. 1975).

Saúde e condições de vida dos ciganos

Os dados que se apresentam têm três tipos de fontes:
- bibliografia (Nunes, O. 1981; Liégeois, J-P 1985; Román, T. 1986; Dias, A. 1995; Pinto, F., 1995; Antunes, A., 1997; Presidência Conselho Ministros, 1997; Gomes, A., col., 1998, além dos autores referidos ao longo do texto)

- pesquisa empírica junto de comunidades ciganas em França, Espanha, e Itália no âmbito do projecto ROMEUROPE⁵

- pesquisa empírica em curso, em Portugal, junto de comunidades ciganas e profissionais de saúde, no âmbito do projecto A Saúde dos Ciganos Portugueses⁶

A instituição sanitária, de uma forma geral, critica aos ciganos a despreocupação com a saúde e descreve-os como rebeldes ao funcionamento burocrático dos serviços, insubmissos às determinações médicas no que respeita à tomada de medicamentos e a comportamentos de saúde, rejeitantes da assistência hospitalar a não ser em condições limite, a ausência de comportamentos de prevenção numa atitude geral de desinteresse a não ser em casos sintomaticamente declarados de doença aguda.

Sucedem-se as histórias com que quase cada um – médico ou enfermeira – contactou: não marcam consulta mas quando chegam querem ser atendidos à frente de toda a gente; tomam os remédios de qualquer maneira; exigem alta hospitalar assim que se podem ter de pé; levam as crianças contra a vontade do médico; fogem às vacinas; não fazem vigilância ante-natal; só vêm ao médico quando acham que estão muito doentes e vão directos ao hospital, etc.

A pesquisa empírica, reduzida e feita de amostras intencionais, tem verificado uma grande prevalência de doenças que se relacionam com o modo de vida e a precariedade como sejam doenças respiratórias e do esqueleto, diabetes, hipertensão, excesso de peso em idades jovens, afecções da pele e cáries dentárias. São ainda prevalentes os problemas gástricos provavelmente em relação com uma nutrição que se verifica ser irregular e desequilibrada e os problemas psicológicos de tipo ansioso que se tendem a relacionar com uma vida suspensa da expulsão policial.

A mortalidade infantil estimada a partir de auto-declaração em alguns grupos estudados revela-se cerca de 5 vezes superior à média europeia. A idade mediana da mãe ao nascimento do primeiro filho é 17 anos. O tempo médio de vida, calculado com base na auto-declaração de adultos sobre a idade de falecimento dos seus pais, situa-se pelos 50-60 anos.

Se forem tidas em conta as precárias condições de vida destes grupos de população cigana, estes dados da pesquisa empírica não surpreendem a epidemiologia e a sociologia da saúde que desde há décadas sabem que os indicadores médios europeus escondem desigualdades acentuadas entre os grupos sócio-económicos, com penalização agravada das camadas de população vivendo em situação de pobreza e precariedade social (Chauvin, P. 1998 para uma revisão de bibliografia essencial). Vivendo em habitats deteriorados, sem condições ambientais mínimas de higiene e sem infraestruturas, em habitações de espaço vital restrito e deficientemente equipadas, sem instrução nem profissão reconhecida, com recursos económicos irregulares e exíguos, vivendo da mendicidade e de pequenos trabalhos ilegais a ele associados ou de ocupações sazonais mal remuneradas, as populações ciganas acumulam todos os factores de risco sociais identificados como responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade precoce e maior incidência e prevalência de mortalidade nas camadas sociais em situação de precariedade económica e social. Em relação a esta população o diagnóstico de situação situa o plano de intervenção de saúde ao nível das condições prévias definidas pela OMS em 1985 (a preservação da paz, uma alimentação apropriada e salários suficientes, condições higiénicas de habitação, água potável e saneamento adequado, assim

⁵ ROMEUROPE - financiado pela DGV/CE e Ministère des Affaires Sociales de France, coordenado por Médecins du Monde France

⁶ A Saúde dos Ciganos Portugueses - financiado pela FCT, o relatório do projecto será divulgado a partir de Outubro 2000; coordenação de Luísa Ferreira da Silva

como a possibilidade de desempenhar um papel útil na sociedade) condições sem as quais não vale a pena pensar em melhoria da saúde por via dos serviços clínicos. Não só porque a saúde não melhora e as doenças não diminuem se não melhorarem as condições ambientais e do habitat para o nível mínimo de higiene, segurança e satisfação das necessidades elementares. Mas também porque a permanência das condições de vida abertamente desfavoráveis e a imagem desvalorizadora que o olhar do outro lhes envia, contribuem à organização e repetição de hábitos e maneiras de agir que reproduzem as condições de que são reflexo (Parizot, I. 1998).

As populações ciganas mostram ter desta questão uma visão realista e pragmática quando, na comunicação com entrevistadores e profissionais de saúde desviam o tema da conversa para a necessidade de uma casa e para as queixas sobre a humidade, o chão térreo, a falta de saneamento, etc. Se a instituição de saúde não fosse surda e se as políticas sociais não fossem esquizofrénicas, bastar-lhes-ia atentar no discurso para que os ciganos remetem e respondendo-lhes, criariam as condições base essenciais para a melhoria da saúde.

A epidemiologia já demonstrou sem sombra de dúvida que a melhoria dos grandes indicadores de saúde nas sociedades ocidentais esteve em primeiro lugar associada à melhoria das condições de vida e de higiene que se verificaram no séc. XIX e só depois (em segundo lugar e mais tarde no tempo) aos avanços da medicina.

Comportamentos de saúde e doença

A pesquisa empírica confirma que os comportamentos de saúde e doença dos ciganos diferem dos de hoje em dia dominantes na população geral. A gravidez não é habitualmente motivo de recurso a consulta médica, embora cada vez mais mulheres o façam nos primeiros meses para confirmar se estão grávidas e no final para verificar se tudo está bem. A contraceção é prática pouco comum, embora comece a ser mais frequente nas mulheres mais jovens. A mulher cigana vai ter o parto no hospital e começa a ser mais frequente que aí se mantenha durante os dois, três dias aconselhados medicamente.

As consultas pediátricas de rotina não são cumpridas, bem assim como o plano de vacinação. Procura-se o médico se o bebé ou a criança dá mostras de não estar bem. Nessa altura usualmente, vacinas são administradas e aparentemente, se os profissionais controlarem os prazos e chamarem a mãe, a vacinação da criança pode prosseguir regularmente, embora se encontrem ainda muitas rejeições da vacinação, nomeadamente por parte da própria mãe e de forma gera, dos adultos que chegam a deliberadamente utilizar processos enganadores dos profissionais para evitar serem vacinados. As injeções aparecem como um tratamento a que se foge por medo.

De uma forma geral os ciganos aceitam ser hospitalizados em caso de mal-estar evidente, doloroso ou impeditivo da vida do dia a dia. Mas abandonam o hospital desde que se sentem capazes de o fazer, muitas vezes antes de se verificarem melhores. As recusas de hospitalização em vista de intervenção cirúrgica são frequentes. Os jovens e adultos atrasam a procura dos serviços até ao momento em que o mal se torna intolerável ou por agravamento súbito de um sintoma.

No que se refere às crianças, a procura do médico faz-se aos primeiros sintomas e se for necessária a hospitalização a mãe acompanha a criança durante a estadia. Mas a pressão sobre o pessoal médico e de enfermagem é constantemente exercida no sentido de concordar com a alta hospitalar e há alguns indícios de que a média de tempo de internamento seja menor do que a média geral. Observa-se também uma tendência à proliferação do recurso a serviços diferentes (médico de

família, urgência de um e outro hospital) em dias consecutivos ou no mesmo dia, numa tentativa de encontrar o alívio imediato que a consulta anterior não proporcionou (em casos de doenças sintomáticas de mal estar nas crianças), ou de deparar com outra proposta de tratamento (em casos de indicação médica no sentido da hospitalização) ou de conseguir tratamento mais eficaz (em casos de doença incapacitante definida como crónica e sem melhoras visíveis).

Os comportamentos e atitudes descritas revelam uma percepção da saúde-doença distante da concepção científica em que a medicina é para vencer a dor e o mal-estar. Quando se está bem não só não há necessidade de medicina como há interesse em evitá-la. Médicos, medicamentos e serviços de saúde estão associados à doença de que é melhor manter-se afastado. As técnicas invasivas do corpo - injeções vacinas e intervenções cirúrgicas - são particularmente assustadoras, aparentemente vivenciadas como contaminadoras do modo de vida impuro, doentio e médico-dependente dos não-ciganos. O medo da contaminação pela sociedade não cigana aparece simbolicamente representado pela alimentação hospitalar que é sistematicamente recusada e substituída pela comida que os familiares diariamente trazem ao doente hospitalizado.

A hospitalização é o mal maior já que significa a integração em meio hostil - dominado por não-ciganos - e a separação do grupo familiar numa sociedade em que o indivíduo é assimilado à família numa vivência de continuidade solidária. Na sua percepção da doença e da saúde, é essencial estar rodeado pela família para se curar. Deixar um familiar no hospital é vivido como abandono ameaçador só admissível em situação percebida como de ameaça de morte e aceite apenas enquanto se percebe existir a ameaça. Condicionado à presença permanente da mãe no caso de hospitalização de crianças, à presença próxima e constante do grupo familiar, no interior da enfermaria ou, se isso é impossibilitado, pelo menos nas redondezas do hospital. O isolamento, afastamento do grupo é particularmente temido.

A doença parece ser vivida como humilhação, estado de impureza que prejudica a pessoa e o grupo e de que ambos se envergonham e procuram denegar sempre que possível. Está-se perante uma representação da doença que aparenta elementos direccionados para uma concepção exógena em que estar doente é uma sanção e, extensivamente, deixar-se tratar pela medicina significa desrespeito pelas normas do grupo e só pode ter lugar se todo o grupo assume as implicações da decisão.

Na nossa pesquisa não atingimos ainda profundidade de contacto que tenha tornado possível a verificação da atribuição de origem mágica à doença - "alguém lhe quer mal" - nem o recurso a práticas alternativas de curandeiros e a actos supersticiosos. Elas são-nos no entanto sinalizadas por informadores ciganos exteriores às populações estudadas, qualificados por escolaridade prolongada e ascensão social correspondente (professores do ensino superior e secundário).

Esta percepção de doença num registo de tipo mágico-religioso compatibiliza-se pragmaticamente com as práticas da concepção científica biomédica naquilo em que se lhe reconhece a eficácia. Os partos em hospital, medida preventiva adoptada hoje em dia, são disso exemplo. No dizer de uma mulher mais velha, as mulheres ciganas hoje vão ter os filhos ao hospital porque "dantes morriam muitas ciganas ao dar à luz".

Pragmatismo que aparece também no recurso aos serviços em situação de emergência, contrabalançado por uma desconfiança subjacente que leva a consultar vários médicos, procurar diferentes opiniões - nunca se confia plenamente e, como também nos foi explicado por um homem mais velho, "muitas vezes, quando os ciganos tiram um familiar do hospital, não é para o levar para casa, é para ir a outro hospital, ou levá-lo a uma clínica... mas isto não se diz ao médico!"

O recurso paralelo aos serviços de uma curandeira e a outras práticas alternativas de medicina foi-nos também referido por informadora cigana como manifestação de crença em que a cura reside do lado do ritual, embora a medicina seja aceite para aliviar os sintomas.

Por último refira-se que no que respeita a este conjunto dos comportamentos de saúde-doença, se verificam semelhanças com práticas e crenças das culturas populares do passado ou actuais nas sociedades dominantes (Nunes, B. 1997; Calnan, M. et al., 1991; Cunningham-Burley, S. et al., 1987; Lebas, J. et al., 1998). A continuação da pesquisa procurará evidenciar, pela comparação, as diferenças e semelhanças nos comportamentos de saúde e doença entre populações ciganas e não ciganas vivendo em situação de precariedade socio-económica semelhante.

Concepção de saúde

Falando com mulheres ciganas sobre a saúde e o recurso a serviços médicos, sempre a conversa se centra nas doenças das crianças, nas vezes em que teve de levar ao médico um filho ou filha, nos medicamentos que o médico receitou e na dificuldade em conseguir que a criança os tome. De si próprios, mulheres e homens, quando falam, dizem sempre ter boa saúde. Quando admitem que uma ou outra vez tiveram de procurar o médico é sempre num registo de acontecimento episódico – algo se manifestou que fez ir ao médico, este receitou, tomou-se o remédio, ou não e acabou. Do discurso médico reteve-se a explicação simplificada – é dos pulmões, é diabetes, teve enterite, tenho tensão alta, sofro de dores de cabeça, etc. Ao nível dos comportamentos do quotidiano susceptíveis de afectar a saúde sobressai a alimentação num registo em que comer bem é sinónimo de comer em quantidade aquilo de que se gosta e livremente, sem imposições ou restrições, nomeadamente no caso das crianças que comem o que querem e quando querem ao longo do dia.

Assim, pode situar-se a concepção de saúde da população cigana, como o equivalente a não ter sintomas agudos de mal-estar. Não temos elementos sobre quais as práticas tendentes a conservar a saúde ou evitar a doença, à parte as referências bibliográficas e de informadores no sentido da existência de rituais do tipo “amuleto” e de práticas religiosas protectoras contra os males Sutherland, A. 1992; Fainzang, S. 1988). Certo é estarmos perante uma representação social da saúde e da doença muito distante da das nossas sociedades – a qual pôde ser descrita com referência ao paradigma higiénico que pela adopção de práticas individuais auto-impostas resolve o conflito original da doença como ameaça incompreendida numa concepção da existência como procura da felicidade (Herzlich, C. 1969).

Na concepção que os ciganos têm da saúde e da doença a prevenção da doença não passa pelo estilo de vida saudável que as sociedades ocidentais identificam como promotor de saúde. A bibliografia refere no entanto muitas práticas destinadas à prevenção da doença e da morte; práticas mágico-religiosas e não científicas, mas que mostram que existe a preocupação com a prevenção Sutherland, A. e Fainzang, S. op. cit.).

Apesar do conhecimento de que os médicos dizem que as vacinas impedem as doenças, de que comer tal e tal alimento é desaconselhado por se sofrer de diabetes ou de tensão alta, de que o tabaco ambiente na habitação prejudica a saúde da criança com problemas respiratórios, a vida continua em aparente alheamento relativamente a essas preocupações. Alheamento resistente, muitas vezes, à pressão dos profissionais do serviço de saúde e dos serviços sociais. O que significa que essa não será uma atitude meramente passiva de não complacência com a normatividade dominante, mas uma atitude activa de evitamento. Evitamento

do contágio desse modo de vida que é o do outro, o dos não-ciganos. Subjacente a esta resistência à assimilação cultural adivinha-se um sistema de valores em que ser cigano é mais saudável – mais puro - do que ser não-cigano.

A pesquisa em que nos envolvemos não nos permite, para já, ir além destas leituras, algo hipotéticas e bastante elementares sobre a racionalidade que permite explicar, prever e controlar os acontecimentos. A continuação da procura talvez permita melhor entendimento do sistema de representações que dão sentido ao sofrimento e à doença e permitem perceber o sentido da existência.

O etnocentrismo da instituição médica

Tendo por base o nível de conhecimento alcançado, é desde já possível ter noção da distância cultural que separa a população cigana da instituição de saúde que acusa os ciganos de falta de higiene, de comportamentos de risco, de ausência de prevenção, de alarmismo face a sintomas visíveis e de não colaboração com a terapêutica médica. Ignorando ou esquecendo que está face a uma população com valores - e não apenas trajos - diferentes; com simbologias ancestrais de perigo no que respeita ao acto médico, não vencidas pela adesão aos valores e concepções modernas pois da sociedade moderna está esta população socialmente isolada; uma população da oralidade, com ausência de escolarização o que significa não só incapacidade de leitura mas também competências diferentes no que respeita ao uso da linguagem, meio por excelência da comunicação; uma população ancestralmente estigmatizada que não pode deixar de vivenciar como agressivos os serviços dominados por não-ciganos e por burocracias incompreensíveis.

No discurso da instituição médica sobre a relação dos ciganos à saúde está patente a ingenuidade etnocêntrica da identificação acrítica com o sistema de valores dominantes como se ele fosse neutro face ao conflito que a inserção representa para aquele de quem se exige o movimento no sentido da adequação dos comportamentos e atitudes. Estando o estatuto da mulher cigana exclusivamente ligado ao seu papel no grupo familiar que por sua vez é dependente do casamento e da sua afirmação como mãe, que probabilidade tem a medicina de a convencer a evitar a maternidade em idades inferiores a 20 anos? A globalização da modernidade afecta já as comunidades ciganas e afectará tanto mais quanto elas forem integradas à sociedade dominante – daí advém o recurso ao parto em hospital, e a aceitação progressiva dos meios médicos de contracepção; daí advirão condições a uma menor precariedade económica que conjuntamente com a escolarização crescente poderão tornar-se condições de uma menor exclusão social. Mas se esse é um processo sem retorno e ao qual as comunidades ciganas dão provas de aspirar, não deixa de ser um processo sulcado de contradições dolorosas aliadas à perda da tradição e do sentimento de identidade a elas ligado. Esse é o processo que a sociedade dominante qualifica de inserção e que os ciganos vivenciam, simbolicamente, como de contaminação. Essa a dor que, por vezes com o custo da saúde, procuram evitar fugindo ao hospital e à medicina.

A incapacidade da instituição de saúde para vencer a distância que a separa das comunidades ciganas é também feita da pretensa falta de responsabilidade face às condições de vida das populações, como se a saúde fosse alheia à não satisfação das necessidades básicas do desenvolvimento humano equilibrado.

A resistência das populações ciganas à normatividade social sobre a saúde interpela a instituição na sua definição como de saúde comunitária com competências na promoção da qualidade de vida e dá visibilidade à incapacidade da instituição médica de saúde, assente na racionalidade científica feita de conhecimento sobre a doença, de se abrir a outras construções sociais sobre o mal-

estar, mais compatíveis com a procura do sentido que a experiência da doença provoca.

Referências bibliográficas

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine, 1994, "Sociologie de la Maladie et de la Médecine", Paris, Nathan
- ANTUNES, Adelino, 1997, "Os Príncipes do nada - contributo para o estudo de um trabalho social de Reinserção de populações ciganas", Associação Integrar (ed.), Coimbra
- CALNAN, Michael; WILLIAMS, Simon, 1991, "Style of life and the salience of health:.....", *Sociology of Health and Illness*, vol.13 (4):506-529
- CHAUVIN, P. 1998, "Précarisation sociale et état de santé: le renouvellement d'un paradigme épidémiologique", in LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion
- CUNNINGHAM-BURLEY, Sarah; IRVING, Sandy, 1987, "And have you done anything so far? - An examination of lay treatment of children's symptoms", *British Medical Journal*, vol.295: 700-702
- DIAS, Elisabete, 1995, "Os Ciganos em meio prisional", in Cortesão, L. e col., *O Povo cigano: cidadãos na sombra - processos explícitos e ocultos de exclusão*, Afrontamento, Porto, pp:53-61 GEF - Ministério da Educação, Lisboa
- FAINZANG, Sylvie, 1988, "Les ethologues, les médecins et les Tsiganes devant la maladie", *Etudes Tsiganes* nº2:3-7
- GOMES, Adelaide; GOMES, Gabriela C., 1998, *Ciganos em reclusão e toxicodependentes*, (publicação interna), CAT Cedofeita, Porto
- HERZLICH, Claudine, 1969, "Santé et maladie - analyse d'une représentation sociale", Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales
- ILLICH, Ivan. 1975, "Nemesis Médicale", Paris, Seuil, Points
- LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre, 1998, "Précarité et Santé", Paris, Flammarion
- Nunes, Berta, 1997, "O Saber Médico do Povo",
- LIEGEOIS, Jean-Pierre, 1985 (ed. francesa), "Ciganos e itinerantes", (1989 trad. port.) S.ta Casa Misericórdia de Lisboa, Lisboa
- NUNES, Berta, 1997, "O Saber Médico do Povo", Lisboa, Fim de Século
- NUNES, Olímpio, 1981, "O Povo Cigano", Livraria Apostolado da Imprensa, Porto
- PARIZOT, Isabelle, 1998 "Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires" in LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion
- PINTO, Maria F.F.S., 1995, "A Cigarra e a Formiga - contributos para a reflexão sobre o entrosamento da etnia cigana na sociedade portuguesa", tese de Mestrado, PUC São Paulo e ISSSP Porto
- Presidência do Conselho de Ministros, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, *Relatório do grupo de trabalho para a igualdade e inserção dos ciganos*, Lisboa

ROMÀN, Teresa S., 1986, "La precaria salud y corta vida de los gitanos", in ROMÀN, Teresa S. (compilación) *Entre la marginación y el racismo - reflexiones sobre la vida de los gitanos*, Alianza editorial, Madrid

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