

As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional



As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional

Título:

As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional

Publicado por:

REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal

Rua de Costa Cabral, 2368

4200-218 Porto

Tef: 22 5420800

Fax: 225403250

Email: geral@reapn.org

Internet: www.reapn.org

Coordenação:

Sandra Araújo

Autora:

Maria José Vicente

Processamento dos dados e relatório preliminar: Equipa de Investigação Sociológica S.A. (EDIS). Raúl Ruiz (coordenação). Cristina Villar, Ángel L. Garcerán, Carmen Guerrero, Prados Fernández, Carla Martínez, M^a Nieves Moral (equipa de trabalho)

Edição:

Fundación Secretariado Gitano

C/ Ahijones s/n

28018 Madrid (Spain)

Tel: 0034914220960

www.gitanos.org

fsg@gitanos.org

Design e impressão: A.D.I.

ISBN: 978-84-692-5487-5

Depósito legal: GU-340/2009

©FSG

Madrid 2009

Cuadernos Técnicos Nº 90

This document arises from the project HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE which received funding from the European Union, in the framework of the Public Health Programme. The views expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the Executive Agency for Health and Consumers.

Introdução	5
Parte I - Metodologia	7
1.1. Abordagem Metodológica	8
1.2. Trabalho de Campo	10
1.3. Questionário	13
1.4. Limitações da Investigação	14
Parte II - Caracterização da população cigana inquirida	15
2.1. Estrutura da população segundo o género e a idade	15
2.2. Nível de escolaridade dos indivíduos	16
2.3. Principal ocupação dos indivíduos	18
2.4. Condições de habitabilidade e meio envolvente	19
2.5. Cuidado das crianças	21
2.6. Questões gerais de saúde	22
Parte III - Estado de Saúde das Comunidades Ciganas	25
3.1. Percepção sobre o estado de saúde	25
3.2. Doenças e outros problemas de saúde	26
3.2.1. Deficiências e doenças crónicas	28
3.3. Acidentes	28
3.4. Principais Limitações de Actividade	30
3.5. Saúde Oral	32
3.6. Características auditivas e visuais	33
Parte IV - Utilização dos Serviços de Saúde	37
4.1. Consumo de medicamentos	37
4.2. Consultas médicas	41
4.3. Programa Infantil de Vacinação	43
4.4. Consultas ao Dentista	44
4.5. Hospitalização	45
4.6. Utilização dos Serviços de Emergência	48
4.7. Consultas de Saúde Reprodutora e Sexual	50
Parte V - Estilos de Vida	55
5.1. Consumo de tabaco e de álcool	55
5.2. Problemas de álcool e outras drogas	58
5.3. Redes/Relações sociais	59
5.4. Sono	62
5.5. Actividade física	63
5.6. Consumo infantil de televisão	65
5.7. Alimentação	66
5.7.1. Amamentação das crianças ciganas	66
5.7.2. Consumo de alimentos	66
5.8. Índice de Massa Corporal	69
Parte VI - Conclusões e recomendações de acção	71
6.1. Principais Conclusões	71
6.2. Recomendações de Acção	74
Bibliografia	79
Anexos	81

Introdução

As comunidades ciganas constituem a minoria étnica mais numerosa da União Europeia, vivenciando situações de pobreza e de exclusão social. Neste sentido, é importante o seu reconhecimento e a promoção da sua cultura, perceber a discriminação directa e indirecta que padecem, a imagem social negativa de que são alvo e a escassa sensibilização do conjunto da sociedade. Todas elas questões centrais que nunca foram verdadeiramente abordadas e que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida destes indivíduos.

A saúde é uma das principais necessidades sociais básicas e, como tal, um dos direitos fundamentais, desempenhando um papel central nos processos de exclusão/inclusão social, na medida em constitui um elemento integrador para aceder a outros recursos, serviços e direitos que abrem “oportunidades” de convivência e de coesão social.

Desta forma, as desigualdades de saúde e o acesso aos seus serviços são um dos principais factores que contribuem para a exclusão social das comunidades ciganas. Apesar de serem um grupo com grande visibilidade, as suas condições de saúde não são “sustentadas” por dados estatísticos fiáveis, objectivos e actualizados, visto que não existem até ao momento estudos sobre esta temática¹.

Neste sentido, foi desenvolvido um diagnóstico de forma a obter dados fiáveis e objectivos no que se refere à situação de saúde das Comunidades Ciganas e garantir o seu acesso e a utilização dos recursos de saúde existentes. Este diagnóstico foi desenvolvido a nível nacional, no âmbito do Projecto *As Comunidades Ciganas e a Saúde: análise da situação europeia*² (2007-2009), financiando pela União Europeia ao nível do Programa PHEA – Agência Executiva de Saúde Pública. O projecto segue os seguintes objectivos:

- Conhecer a situação actual das comunidades ciganas em Portugal relativamente a alguns indicadores importantes e permitir, por essa via, estabelecer uma primeira comparação entre a realidade das comunidades ciganas face à população em geral em Portugal;
- Obter conhecimento sobre o grau de acesso e a utilização dos serviços de saúde;
- Determinar se existem desigualdades sociais em saúde que podem afectar estas comunidades e definir áreas prioritárias de intervenção.

Assim, este documento pretende, de forma sistematizada, apresentar as principais conclusões do diagnóstico, identificando as reais necessidades e a definição de acções prioritárias. As recomendações definidas propõem-se influenciar o desenvolvimento de medidas, conduzindo a uma redução das desigualdades que as comunidades ciganas enfrentam e promovendo a sua efectiva inclusão social.

¹ Há apenas estudos pontuais referentes a territórios específicos (locais) sem abrangência nacional.

² Este projecto é desenvolvido pela Rede Europeia Anti-Pobreza no âmbito de uma parceria transnacional: Portugal, Espanha (entidade interlocutora); Roménia, República Checa, Bulgária e Grécia.

Parte I - Metodologia

Este diagnóstico tem como principal objectivo conhecer a situação actual das comunidades ciganas em Portugal relativamente a alguns indicadores do seu estado de saúde e permitir, por essa via, estabelecer uma primeira comparação entre a realidade das comunidades ciganas e a população em geral.

De forma a concretizar este diagnóstico e os objectivos apresentados, uma parte fundamental do trabalho consistiu na administração de um questionário a uma amostra das Comunidades Ciganas, através da realização de entrevistas directas (adultos) e indirectas (crianças) a um conjunto de famílias seleccionadas e que se encontram distribuídas pelo território continental.

É importante termos presente como premissa fundamental que a informação existente a nível nacional acerca desta Etnia é bastante deficitária³, tornando, por isso, muito difícil obter dados fiáveis e objectivos sobre as Comunidades Ciganas. Esta lacuna/ausência de informação conduz igualmente à impossibilidade de construção de uma amostra representativa de um universo que, de facto, se desconhece.

Em termos de contextualização geral, verificamos que as primeiras referências sobre a presença de ciganos em Portugal datam do Século XV. Actualmente, e apesar do enorme grau de incerteza e de imprecisão, os números oscilam entre os 30 000 e os 90 000 ciganos portugueses (segundo a Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância são entre 50 000 e 60 000)⁴.

Apenas para termos uma noção das imprecisões, a organização SOS Racismo, através de um Inquérito realizado junto das Câmaras Municipais e de outras entidades (2001), apenas conseguiu apurar um número total de 21 831⁵. O mesmo estudo conclui que as Comunidades Ciganas estão especialmente concentradas no litoral e nas zonas fronteiriças, com especial concentração em Lisboa, concluindo que 31% dos ciganos vivem em situação precária, especialmente nos distritos de Viana do Castelo, Castelo Branco, Coimbra e Évora.

Um outro estudo mais recente⁶, realizado pelo Centro de Estudos Territoriais (CET) indica-nos que existem, aproximadamente, 34 000 ciganos em Portugal continental. Relativamente à distribuição das Comunidades Ciganas por Distrito, verifica-se uma maior concentração no distrito de Setúbal (5 895), seguidos do distrito de Lisboa (2 854), Porto (2 665), Faro (2 647), Santarém (2 245), Braga (2 191) e Portalegre (2 089).

No entanto, todas as estatísticas produzidas e sistematizadas, só podem ser encaradas como meras aproximações à realidade. Uma das principais dificuldades em obter dados mais fiáveis, prende-se com o facto de, à luz da Constituição da República Portuguesa (art.º 13, n.º 2 – Princípio da não discriminação⁷), não ser possível discriminar nenhum cidadão português, o que inviabiliza a obtenção

³ Não existe um estudo sociológico ou qualquer tipo de aproximação científica a uma caracterização destas Comunidades em Portugal. Se é verdade que muitos estudos foram produzidos sobre as Comunidades Ciganas em Portugal, não é menos verdade que a sua totalidade é parcial e baseada em diferentes metodologias, não permitindo uma visão de conjunto fiável.

⁴ Second Report on Portugal", European Commission Against and Intolerance, Adoptado em 20 de Março de 2002, Estrasburgo, 4 de Novembro de 2002, pg.21

⁵ "Sastipen ta li – Saúde e Liberdade, Ciganos – Números, abordagens e realidades", SOS Racismo, Lisboa, 2001, pg.22

⁶ CASTRO, Alexandra; "Dos Contextos Locais à Invisibilização Política: discussão em torno dos ciclos de exclusão habitacional dos ciganos em Portugal", in *Revista Cidades: Comunidades e Territórios*, nº. 15, Dezembro de 2007

⁷ Art.º13, n.º 2 da Constituição da República Portuguesa: "Não pode haver discriminação, pelo que ninguém pode ser beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da ascendência, sexo, raça, língua, territórios de origem, credos religiosos, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual."

e tratamento de “dados étnicos” e, no caso das Comunidades Ciganas, uma evidente aproximação mais fidedigna à realidade⁸.

Esta ausência de dados concretos tem óbvias repercussões no momento em que se procura definir uma amostra representativa. Na realidade, nem ao nível dos indicadores censitários mais básicos (género, idade, distribuição territorial) é possível obter dados suficientemente fiáveis para representar o universo geral das Comunidades Ciganas em Portugal.

É tendo presente todas as dificuldades metodológicas identificadas que procurámos definir uma amostra que possa ir de encontro às necessidades básicas deste estudo, procurando contornar as impossibilidades, não deixando de manter uma permanente preocupação com a factualidade dos números que possam vir a ser alcançados e com a sua necessária proximidade à realidade conhecida e documentada.

1.1. Abordagem Metodológica

Universo

Num estudo com estas características, em que se pretende obter informação sobre um assunto específico – saúde – por relação com as Comunidades Ciganas, e onde existe a profunda dificuldade de ter à partida indicadores básicos que as caracterizem, a construção de qualquer tipo de amostra representativa (de um universo que se desconhece) é uma extraordinária aventura.

Na tentativa de obter e sistematizar uma “fotografia” sobre o universo deste estudo – as Comunidades Ciganas portuguesas – a Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal (REAPN), procurou, em primeira instância, identificar um conjunto de estudos nacionais disponíveis sobre estas Comunidades⁹. No entanto, e como já era esperado, a totalidade destes estudos apenas consegue chegar a resultados aproximados, e, na maior parte dos casos, são dados que apenas se referem ao número de indivíduos e não ao número de famílias¹⁰.

Paralelamente, e procurando uma mais actualizada qualificação dos dados disponíveis, a REAPN solicitou às suas estruturas descentralizadas¹¹ o levantamento do número de famílias ciganas existentes em cada distrito procurando, sempre e onde possível, que fosse feita uma identificação dos territórios concretos (Concelhos) onde essas famílias residem ou se encontram habitualmente. Este levantamento foi efectuado com base em informações recolhidas junto das Redes Sociais Locais, dos Centros Distritais de Segurança Social e de organizações que trabalham directamente com estas comunidades.

Os dados recolhidos encontram-se no seguinte quadro, tendo por base os 18 distritos do território nacional continental.

⁸ Embora não questionando a legitimidade e importância do “princípio da não discriminação” é por todas estas razões que, desde há longo tempo, várias são as organizações que reclamam a necessidade e extrema importância da realização de um estudo sociológico de âmbito nacional que permita um conhecimento sistemático do número de pessoas que compõem esta minoria étnica.

⁹ Para este efeito a Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal (REAPN) consultou vários peritos nestas matérias, tendo mesmo organizado um encontro no dia 09 de Maio de 2008 especificamente dedicado à análise e discussão sobre de diferentes estudos e resultados.

¹⁰ De acordo com os critérios estabelecidos no âmbito deste projecto, pretende-se a inquirição de famílias / agregados familiares.

¹¹ Os dezoito Núcleos Distritais da Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal.

Quadro 1. Número de famílias ciganas identificadas pela REAPN

Distritos	Nº. de Famílias
Aveiro	563
Beja	448
Braga	289
Bragança	116
Castelo Branco	153
Coimbra	315
Évora	114
Faro	268
Guarda	138
Leiria	160
Lisboa	2 398
Portalegre	65
Porto	316
Santarém	672
Setúbal	653
Viana do Castelo	152
Vila Real	199
Viseu	135
Total	7 154

Após verificarmos que os dados obtidos através deste levantamento se encontravam em grande sintonia com outros estudos, e tinham a vantagem adicional de, para além de serem mais actuais, identificarem directamente o objecto directo de estudo – famílias ciganas – a REAPN decidiu partir para a definição da amostra com base nestes números. Estes dados comportam ainda uma vantagem adicional para a definição da amostra e para a concretização do estudo que é a de, em boa parte dos Distritos, identificarem os Concelhos onde estas famílias residem ou se encontram habitualmente.

Definição da Amostra

Tendo por base tudo o que foi referido anteriormente, e para cobrir a amostra, definiu-se aplicação de 360 questionários com o objectivo de procurar obter informação detalhada sobre o estado de saúde destas comunidades. Esta amostra representa aproximadamente 5% do total das famílias identificadas – 7 154 que, de acordo com o levantamento efectuado, foi possível registar.

Quadro 2. Definição da Amostra

Género	Amostra	Idade	Urbano/Rural	Alojamento
Homens	120	16-25= 48 26-50= 48 + 50= 24	Rural = 60 Urbano = 60	Barracas/tendas = 60 Apartamentos/casas = 60
Mulheres	120	16-25= 48 26-50= 48 + 50= 24	Rural = 60 Urbano = 60	Barracas/tendas = 60 Apartamentos/casas = 60
Crianças	120	0-3 = 24 4-10=48 10-15=48	Rural = 60 Urbano = 60	Barracas/tendas = 60 Apartamentos/casas = 60
Total				360 Questionários

Estamos assim perante uma amostra por quotas no sentido de se obter, não uma representatividade em termos numéricos, mas sim uma representatividade das variáveis definidas como primordiais no diagnóstico a desenvolver: idade, sexo, rural/urbano; acampamentos/vivendas – casas térreas, ou seja, uma representatividade das diversas realidades vivenciadas pelas comunidades ciganas.

De acordo com todos os elementos que foram referidos anteriormente, a amostra final fica definitivamente construída da seguinte forma:

- Realização dos **360 questionários** distribuídos por **12 distritos**: Aveiro; Beja; Braga; Bragança; Castelo Branco; Coimbra; Évora; Faro; Lisboa; Porto; Santarém e Setúbal;
- Dos 360 questionários, **120 seriam aplicados a crianças** e **240 a adultos** (120 a adultos do sexo feminino e 120 a adultos do sexo masculino);
- Em cada **distrito** seleccionado seriam **aplicados 30 questionários distribuídos** da seguinte forma: **10 crianças, 10 adultos do sexo masculino e 10 adultos do sexo feminino**.

Para a composição da amostra concorreram os seguintes pressupostos¹².

- a. A impossibilidade de aplicação dos questionários em todos os distritos, devido à insuficiência de recursos (humanos e financeiros). Face a esta dificuldade optou-se por seleccionar 12 distritos que pudessem, de alguma maneira, reflectir, de forma mais aproximada quanto possível, a realidade da presença das comunidades ciganas no território português e as suas diferenças/características mais relevantes. Esta selecção do território baseou-se nos seguintes elementos: distritos com maior presença de comunidades ciganas no seu território; características (semelhanças e diferenças) das Comunidades Ciganas em termos da sua distribuição territorial e a possibilidade de cobrir diferentes variáveis em termos de caracterização dos territórios (rural, urbano, diferenciação das tipologias de habitação, entre outras), que directamente incidem sobre o objecto de estudo.
- b. A dificuldade de selecção de uma amostra representativa por Distrito: tendo em consideração que os dados obtidos são apenas aproximações à realidade e que não contêm outros elementos muito importantes para a selecção de uma amostra de escala numérica (género, escalões etários, etc.) optou-se por inquirir o mesmo número de famílias em cada um dos territórios seleccionados, garantindo que tal número é suficientemente abrangente e representativo face aos números disponíveis.

Tratando-se de uma amostragem por quotas, relativamente às variáveis seleccionadas (“idade”, “género”, “localização rural / Urbana”, “tipologia de habitação”), os entrevistadores tiveram o cuidado de obter dados representativos e suficientes para completar cada uma das quotas em cada um dos territórios seleccionados. Para este efeito, foi facultada uma grelha com as variáveis (escalon etário, género, habitação, rural/urbano) para que os entrevistadores pudessem controlar os dados recolhidos e o número de pessoas entrevistadas de acordo com as quotas pré-estabelecidas. Esta grelha permitiu controlar a recolha da informação e desta forma, garantir a representatividade pretendida.

Neste sentido estamos perante uma amostra que procura ter em conta não só uma aproximação representativa em termos numéricos mas também uma qualificação da mesma que permita, com maior rigor e abrangência, incluir as diferentes vivências e problemáticas que são pertinentes para a obtenção de um retrato geral sobre a situação de saúde das comunidades ciganas ao nível nacional.

1.2. Trabalho de Campo

Relativamente ao trabalho de campo, fase fundamental em qualquer tipo de investigação, e dadas as características específicas do objecto de estudo, definiu-se um conjunto de princípios de forma a obter informação fidedigna de acordo com a realidade vivenciada por estas comunidades.

O acesso às comunidades ciganas não é fácil e, por conseguinte, o sucesso do trabalho de campo resulta do perfil das pessoas envolvidas nesse trabalho. Todos os entrevistadores¹³ são pessoas

¹² Pressupostos que também decorrem da experiência da REAPN no trabalho com estas Comunidades ao longo de mais de 14 anos e que se encontram reflectidos em inúmeras publicações resultantes de outros tantos projectos.

¹³ Bruno Gonçalves (mediador sócio-cultural); Bruno Oliveira (mediador da área da saúde); Vera Ricardo (ADESCO); Maria Paula Rocha (C.M.Stº Tirso); Maria do Carmo Rocha (S.D.P Ciganos – Porto); Sandra Sequeira (Centro de Saúde – Lagoas); Cristina Dias (CASFIG).

que desenvolvem um trabalho, directo ou indirectamente, com a população cigana e, que por conseguinte, possuem um amplo conhecimento sobre a mesma e sobre o território facilitando a abordagem junto daquela.

Neste sentido, foi desenvolvida uma **acção de formação para os entrevistadores** – 13 de Junho de 2008 com os responsáveis do projecto. O objectivo desta sessão foi apresentar o Manual do Entrevistador, o questionário e a amostra de aplicação dos questionários. Uma parte desta sessão foi dedicada à realização de exercícios de *role playing* no sentido de praticar e de identificar possíveis dificuldades/obstáculos na sua aplicação.

Fotografia 1. Sessão de formação – entrevistadores



A equipa de entrevistadores foi constituída por 8 técnicos (profissionais de organizações que trabalham com as Comunidades Ciganas a nível local, em regime de voluntariado) e dois mediadores ciganos (na área social e da saúde). A opção por entrevistadores locais teve como preocupação facilitar a mobilidade e o contacto/conhecimento/proximidade com as comunidades ciganas locais.

Fotografia 2. Sessão de formação – entrevistadores



Foram, igualmente, apresentados alguns procedimentos de aplicação das entrevistas de forma a minimizar possíveis riscos e obter a informação desejada e adequada aos objectivos do estudo. Assim, os que mais se destacaram foram:

- a. Relativamente à pessoa que deveria responder em cada caso, definiu-se os seguintes critérios:
- **Questionário do agregado:** como norma o informante do questionário deveria ser o sustentador/principal do agregado familiar, salvo quando essa pessoa por alguma razão não pudesse responder às nossas questões. Neste caso, o inquérito poderia ser ministrado a outra pessoa com conhecimentos suficientes sobre o restante agregado familiar. A ordem de preferência como informante deveria ser a seguinte: conjugue, pai ou mãe, irmão ou filho (segundo a idade) ou outro familiar.
 - **Questionário de Adultos:** entrevistar uma pessoa adulta, seleccionada aleatoriamente (mas tendo presente a amostra por quotas) entre todos os adultos do agregado, que responderia sobre a sua situação e que nos facultaria as suas percepções sobre a realidade de acordo com as questões presentes no questionário.
 - **Questionários das crianças:** Este questionário deveria ser respondido por um adulto em nome do menor, sendo que este seria previamente seleccionado entre todas as crianças que fazem parte do agregado familiar. O informante ideal seria sempre o pai ou a mãe da criança, ou na sua ausência, o tutor ou tutora da mesma. Uma vez mais importa ter presente que existia um número de quotas a atingir em termos de idades das crianças a inquirir.
- b. De forma geral, se a pessoa seleccionada não estava na posse de alguns dos dados solicitados ao longo da entrevista, de forma excepcional, outra pessoa do agregado podia facultar essa informação. Esses dados poderiam ser completados, de forma excepcional por telefone (ou outro meio possível) no caso de não se encontrar mais ninguém disponível. Apenas no caso dos adultos, as perguntas de percepção ou de carácter muito pessoal (temas ginecológicos, consumo de tabaco e de álcool) não poderiam ser respondidas por outra pessoa que não a pessoa seleccionada.
- c. Todas as entrevistas deveriam ser realizadas nas casas das pessoas que foram seleccionadas. Apenas se poderia realizar as entrevistas fora do seu domicílio nos casos em que a pessoa seleccionada não estivesse disponível no horário da aplicação dos questionários.
- d. A entrevista (no domicílio ou fora dele) deveria ser realizada ao longo de todo o dia, entre as 10 da manhã e as 19/20h da tarde. O ideal seria que os questionários fossem aplicados equitativamente pela manhã e pela tarde. Esta seria a única forma de assegurar a abrangência de pessoas que desenvolvem uma actividade laboral.
- e. Era de evitar a realização das entrevistas (nos casos em que não era possível a sua aplicação nas habitações dos entrevistados) em mercados ou em locais similares, visto que nestes sítios todos os potenciais entrevistados tendem a ter o mesmo perfil e poderiam desvirtuar, de certa forma, os resultados obtidos.
- f. No interior das habitações era necessário alternar o perfil das pessoas a entrevistar (quer em termos de género, quer em termos de grupos de idade) de forma a respeitar as quotas pré-estabelecidas.

Cada entrevistador estava em permanente articulação com os restantes entrevistadores e com a equipa responsável pelo projecto de forma a ter um conhecimento aprofundado e próximo sobre o trabalho de campo e sobre as possíveis dificuldades que surgiam no terreno.

Desta forma, o trabalho de campo foi desenvolvido entre Julho e Novembro de 2008. Nos primeiros meses (Julho/Agosto), foi aplicado o pré-teste para averiguar se a organização e os conteúdos do questionário eram adequados a este público-alvo. Tendo-se verificado a sua adequabilidade, os restantes questionários foram aplicados de Setembro a Novembro. Como resultado do trabalho de campo, é importante comparar a amostra teórica e a amostra final que se apresenta no seguinte quadro:

Quadro 3. Amostra Real das Comunidades Ciganas

Distribuição Real das Entrevistas	Masculino	Feminino	Total
0 - 4	11	16	27
5 - 9	12	27	39
10 - 15	20	37	57
Sub-Total	43	80	123
16 - 29	54	58	112
30 - 44	28	33	61
45 - 64	32	23	55
Mais de 65	7	9	16
Sub-Total	121	123	244
Total	164	203	367

Foram realizadas mais 7 entrevistas do que estava previsto inicialmente. Verificou-se, igualmente, um desfasamento entre a amostra definida inicialmente e a amostra real. Assim, foram realizadas mais questionários a indivíduos do sexo feminino, visto que apresentavam mais disponibilidade e motivação para colaborar com os entrevistadores.

É ainda importante salientar que dos 367 questionários, foi possível obter informações pertinentes sobre as questões da saúde relativamente a 1.673 elementos da etnia cigana.

Quadro 4. População total averiguada (elementos dos agregados familiares inquiridos)

Membros do Agregado	Masculino	Feminino	Total
0 - 4	81	93	174
5 - 9	102	117	219
10 - 15	124	188	312
16 - 29	205	231	436
30 - 44	147	146	293
45 - 64	101	83	184
Mais de 65 anos	28	27	55
Total	788	885	1.673

1.3. Questionário

O questionário aplicado em Portugal foi elaborado pela parceria do projecto transnacional “As comunidades ciganas e a saúde: análise da situação europeia” de forma a obtermos, igualmente, dados a nível europeu e permitir a comparação entre os vários países envolvidos no diagnóstico. No entanto, para a elaboração do questionário teve-se em consideração o Inquérito Nacional de Saúde, no sentido dos resultados finais serem comparáveis, igualmente, com os dados da população geral a nível nacional. Desta forma, o questionário (ver em anexo) encontra-se estruturado da seguinte forma:

Questionário do agregado familiar

Como já foi referido anteriormente, com este questionário pretendia-se obter informações sobre as pessoas que fazem parte do agregado familiar, assim como alguns dados gerais do mesmo. Este bloco de perguntas estrutura-se da seguinte forma: i) dados gerais; ii) os elementos do agregado familiar e iii) outros dados do agregado familiar.

- **Dados de situação** – Neste caso, recolheu-se informação que nos permitia aferir geograficamente o lugar de residência da pessoa entrevistada, bem como os seus dados pessoais. Outros dados que permitiram aferir foi o distrito onde se realizou a entrevista, onde se anotou literalmente o nome do concelho.

- **Os elementos do agregado familiar** – Estas questões pretendiam obter alguns dados sobre todas as pessoas que residiam na respectiva habitação. A informação disponibilizada permitiu conhecer em termos gerais cada pessoa e a sua situação de saúde.
- **Outros dados do agregado familiar** – estas questões permitiram a recolha de informação sobre as condições de habitabilidade e o acesso aos principais serviços.

Questionário das Crianças

Neste questionário podemos encontrar um conjunto de perguntas de forma a obter informações sobre a saúde das crianças (pessoas dos 0 aos 15 anos de idade). Como já foi referido anteriormente, estas questões foram respondidas por uma pessoa adulta do agregado familiar. Este bloco estrutura-se nos seguintes itens: I) dados gerais; II) doenças; III) acidentes; IV) limitações na actividade diária; V) consumo de medicamentos; VI) consultas ao médico; VII) internamentos e urgência; VIII) hábitos de vida; IX) alimentação; X) Vacinação.

Questionário de Adultos

Este questionário foi direccionado para a população cigana com mais de 16 anos de idade. Neste caso foi uma pessoa do agregado familiar a responder directamente à sua situação pessoal e que nos deu as suas próprias percepções às perguntas que são colocadas. Assim, a informação recolhida foi facultada em primeira-mão e não de forma indirecta como os anteriores questionários.

Este questionário estrutura-se da seguinte forma: I) dados gerais; II) doenças; III) acidentes; IV) limitações na actividade diária; V) consumo de medicamentos; VI) consultas ao médico; VII) internamentos e urgência; VIII) consumo de tabaco e álcool; IX) hábitos de vida; X) alimentação; XI) Práticas preventivas da mulher; XII) outros aspectos.

1.4. Limitações da Investigação

A elaboração deste estudo contou com a existência de algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da definição da amostra e na aplicação dos questionários:

Dificuldades na definição da amostra

- Na aplicação dos questionários em todos os distritos devido à falta de recursos (humanos e financeiros);
- Na construção de uma amostra representativa por distrito, visto que não existem dados fiáveis sobre as Comunidades Ciganas nos diferentes distritos (sexo, idade, género, etc.).

Dificuldades na aplicação dos questionários

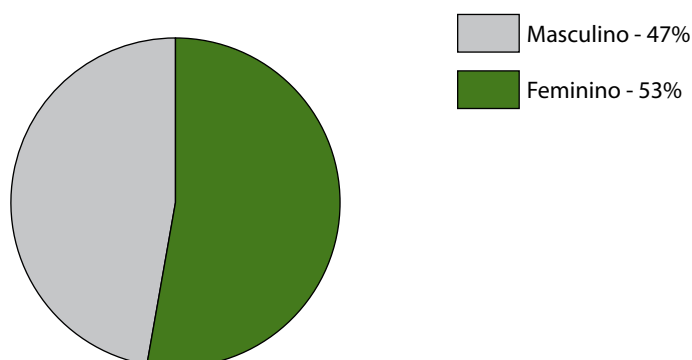
- Quando o entrevistador aplica os questionários, houve tendência para outros membros da etnia cigana concentrarem-se perto do entrevistador. Esta situação dificultou o preenchimento do próprio questionário e o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado.
- Na explicação aos outros elementos do agregado familiar que o questionário era direccionado apenas para um dos elementos (não ao grupo, família, etc.)
- Quando abordados sobre a existência de doenças, os entrevistados tenderam a responder afirmativamente a todas as questões. Por isso, o entrevistador teve de filtrar a informação com outras questões.
- Na obtenção de informação relativamente ao peso e à altura (principalmente dos mais velhos que não têm noção sobre estas questões).
- Nas referências ao Álcool – admitiram o seu consumo mas foi difícil averiguar a quantidade que consomem por dia (isto porque não conseguiam determinar a quantidade ou sentiam-se embaraçados em admitir quanto bebem por dia).

Parte II - Caracterização da população cigana inquirida

2.1. Estrutura da população segundo o género e a idade

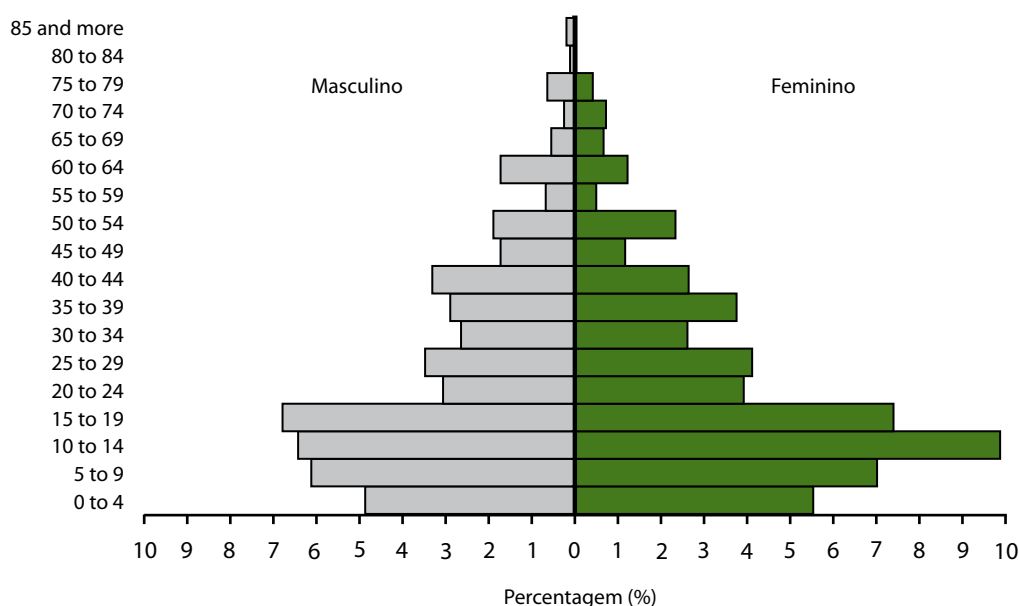
Em termos demográficos, podemos considerar que estamos perante uma população caracterizada por um maior peso da *população feminina*, 885 mulheres (52,9%) face à *população masculina* – 791 homens (47,1%). Assim, esta situação encontra-se em consonância com a estrutura demográfica portuguesa: 51,6% mulheres e 48,4% homens¹⁴.

Gráfico 1. Distribuição da população total inquirida por sexo



Outra variável de caracterização sociográfica relevante, prende-se com a distribuição da população inquirida por grupos etários. Tendo por base a população total averiguada, constata-se que a população cigana é essencialmente jovem. Cerca de 60% da população situa-se entre os 0-24 anos de idade, englobando 39,7% de crianças com menos de 15 anos de idade. É ainda de referir que cerca de 40% insere-se nos escalões etários com mais de 25 anos de idade, com 14,4% de indivíduos com mais de 45 anos de idade.

¹⁴ INE, Anuário Estatístico Regional, 2007

Gráfico 2. Pirâmide Etária das Comunidades Ciganas (elementos dos agregados domésticos)

Atendendo à distribuição do gráfico anterior, os indicadores presentes indicam uma forte sobrejuvenilidade relativamente à restante população portuguesa, que apresenta uma pirâmide invertida com maior população nos escalões etários mais elevados. Assim, 60% da população cigana com menos de 25 anos é contraposto por 27% da população total portuguesa nesta faixa etária. Refira-se ainda que 55,6% da população total portuguesa possui entre os 25 e os 64 anos e que 17,4% possui 65 anos ou mais, uma percentagem superior à que se verifica na população cigana com mais de 45 anos (14,4%)¹⁵. Este facto poderá ser justificado por uma elevada taxa de natalidade e baixa presença de idosos no seio da população cigana.

A menor percentagem da população nos escalões etários mais altos poderá estar relacionada com a baixa longevidade desta população. No entanto, e apesar desta menor longevidade ser assinalada em vários estudos, não existem dados estatísticos concretos sobre a esperança média de vida destes indivíduos. É ainda importante salientar que esta situação poderá estar, igualmente, associada às fracas condições de habitabilidade que estas comunidades vivenciam e que têm, consequentemente, repercussões ao nível da saúde.

2.2. Nível de escolaridade dos indivíduos

Relativamente aos níveis de escolaridade dos indivíduos, constata-se que 52,3% (48,2% de adultos e 4,1% de crianças) da população *não possui nenhum nível de escolaridade*, sendo que desses 36,9% (33,9% adultos e 3% crianças) são *iletrados* e 9% *não sabem ler, nem escrever* (8% adultos e 1,1% crianças). É ainda de assinalar que 38,3% da população adulta possui o *ensino primário completo* e apenas 0,4% possui o *ensino secundário completo*. De salientar, portanto, a incidência de um baixo nível de habilitações escolares, situação que reforça o contexto de forte vulnerabilidade à exclusão social associado a estas comunidades.

¹⁵ INE, *op cit*, 2007

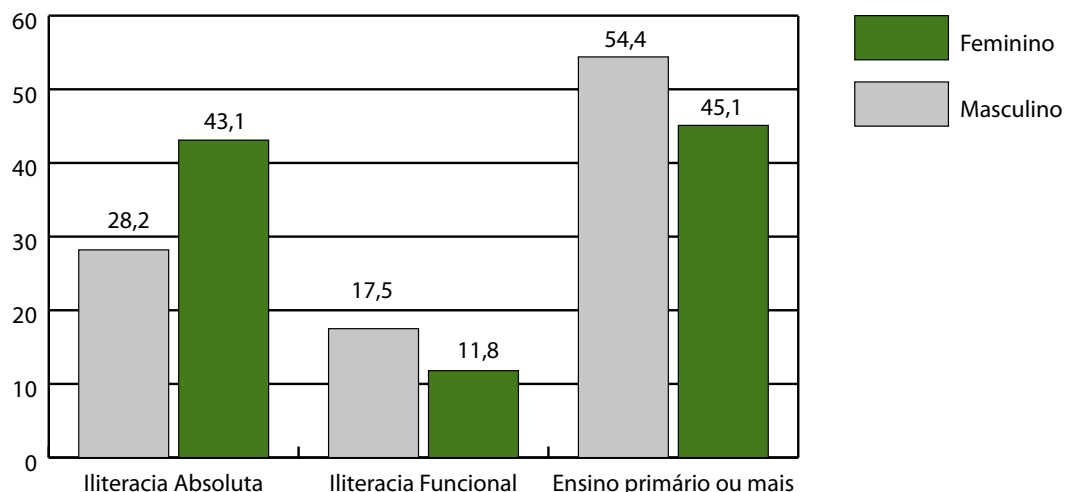
Quadro 5. Distribuição dos indivíduos que não frequentam o sistema de ensino de acordo com os níveis de escolaridade

Níveis de escolaridade (%)	
Crianças (trabalham ou não fazem nada)	
Iliteracia	3,0
Não sabem ler nem escrever	1,1
Adultos (mais de 16 anos)	
Iliteracia	33,9
Não sabem ler nem escrever	8,0
Não completaram o ensino primário	6,3
Ensino primário completo	38,3
Ensino secundário incompleto	8,9
Ensino secundário completo	0,4
Total	100
Base (N)	(243)

A título meramente indicativo podemos comparar estes dados com os fornecidos pelos Censos 2001. Através desta comparação é possível inferir a maior vulnerabilidade da população cigana face à população total nacional no que diz respeito à qualificação escolar. Efectivamente a percentagem da população residente em Portugal que *não possui nenhum grau de escolarização* é cerca de metade do que se verifica na população cigana (26,4% da população residente em Portugal, em 2001, *não possui qualquer grau de ensino*). Curiosamente, a percentagem de pessoas que *não sabem ler nem escrever* é de 9,1% na população cigana e de 15% na população residente no território nacional (em 2001). É, no entanto, necessário reforçar que os dados da população residente em Portugal referem-se a 2001, encontrando-se assim desactualizados. Refira-se ainda que a maior proporção da população residente em Portugal que são *analfabetos* encontram-se nos escalões etários mais elevados, escalões etários esses que se encontram sub-representados na população cigana. Por fim, apenas 0,4% da população cigana possui o *ensino secundário completo*, este valor aumenta para 11% quando nos referimos à população total em 2001.

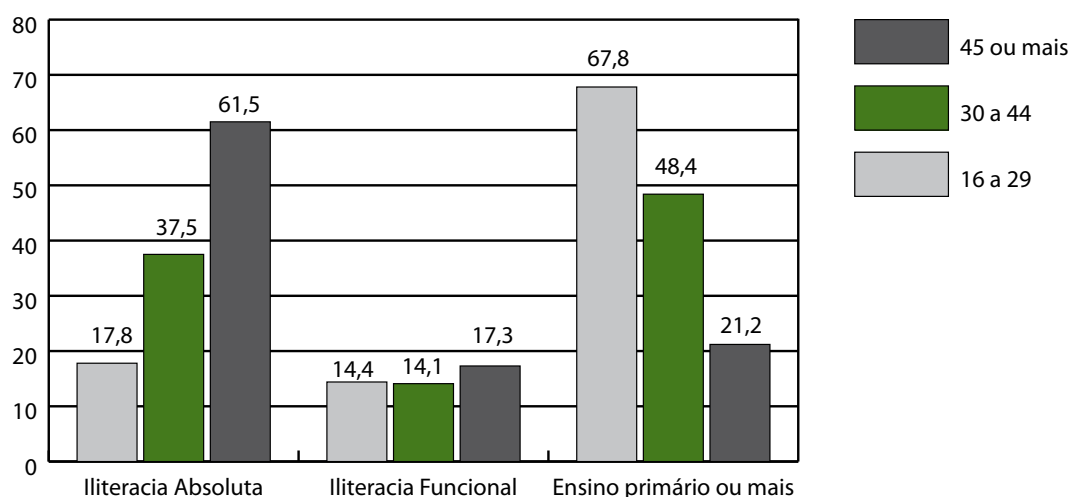
Relativamente ao género, refere-se a proeminência das mulheres com uma taxa elevada sem *nenhum nível de ensino* (54,9%) do que os homens (45,7%), apresentando valores mais baixos, igualmente, com o *nível primário de ensino ou mais*. Esta situação poderá estar relacionada com um desinvestimento escolar destas comunidades em relação às meninas, nas quais se espera outros compromissos e outras capacidades/competências, designadamente o casamento e a vida doméstica. No entanto, é geral para ambos os sexos o ainda baixo reconhecimento da importância no prolongamento da escolarização.

Gráfico 3. Distribuição da população segundo o género e outras variáveis



Observando, agora, a distribuição dos indivíduos pelos grupos etários, verifica-se uma tendência para as novas gerações progredirem regularmente ao nível da escolaridade. Assim, e tendo presente os dados, constata-se que os escalões etários mais jovens possuem níveis de escolaridade mais elevados, contrariamente ao que se verifica nos escalões com mais idade.

Gráfico 4. Distribuição da população segundo os grupos etários e outras variáveis

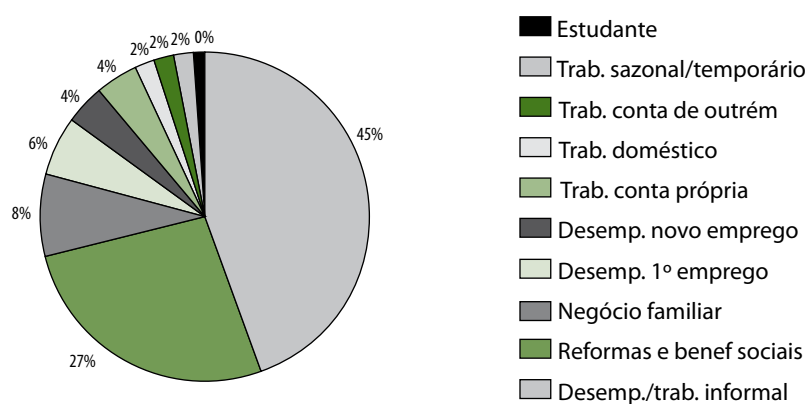


2.3. Principal ocupação dos indivíduos

Outro eixo de análise prende-se com a principal ocupação dos indivíduos, apresentando-se como uma população maioritariamente não activa. Assim, é de referir que 84% dos indivíduos são inactivos, destacando-se os *desempregados/com trabalho informal* com 45%, seguido dos indivíduos com *reformas e outros benefícios sociais* – 27%. Destaca-se, igualmente, os *desempregados à procura do primeiro emprego* – 6% e os *desempregados à procura de novo emprego* – 4%.

Os restantes 16% dos indivíduos constituem população activa, sendo 4% trabalhadores *por conta própria* e apenas 2% são trabalhadores *por conta de outrem* e indivíduos com trabalho *sazonal/temporário*, respectivamente. É ainda de salientar que 8% possui *negócios familiares*, negócios que poderão estar associados a actividades esporádicas, como por exemplo a venda ambulante e a venda em feiras.

Gráfico 5. Distribuição da população adulta de acordo com a principal ocupação

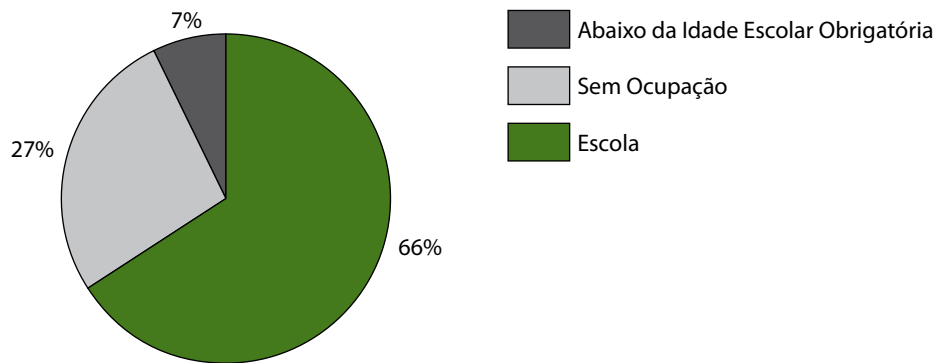


Um dos elementos de produção e reprodução de pobreza e de exclusão social ao nível das comunidades ciganas prende-se com a ausência da entrada no mercado de trabalho formal, que os dados acima retratam. Assim, estamos perante uma população que se caracteriza por baixos níveis

de escolaridade (uma certa iliteracia) e reduzida inserção no mercado de trabalho. Esta situação coloca muitos elementos destas comunidades no desenvolvimento de actividades precárias, trabalho informal e enquanto beneficiários do Rendimentos Social de Inserção.

No entanto, é importante referir que este cenário tende a modificar-se, visto que 66% das crianças encontram-se a frequentar o sistema de ensino adquirindo recursos escolares que lhes poderão facilitar uma futura integração no mercado de trabalho.

Gráfico 6. Distribuição das crianças até aos 15 anos de idade segundo a principal ocupação



Contudo, não podemos deixar de referir que 27% até aos 15 anos de idade *não possui nenhum tipo de ocupação*, representando um elemento importante de análise e de reprodução de pobreza e de exclusão social.

2.4. Condições de habitabilidade e meio envolvente

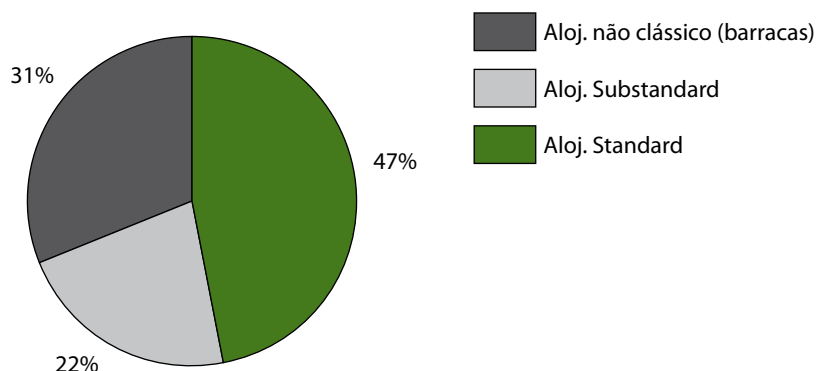
Se se considerar que o alojamento traduz de forma relevante algumas das características mais importantes das condições de vida de uma população, é de salientar que a maioria dos agregados familiares (53% num total de 367) apresentam *fracas condições de habitabilidade*, englobando 31% de agregados que vivem em *alojamentos não clássicos*, isto é, barracas, casas abarracadas e ruínas.

Foto 3. Acampamento de famílias inquiridas



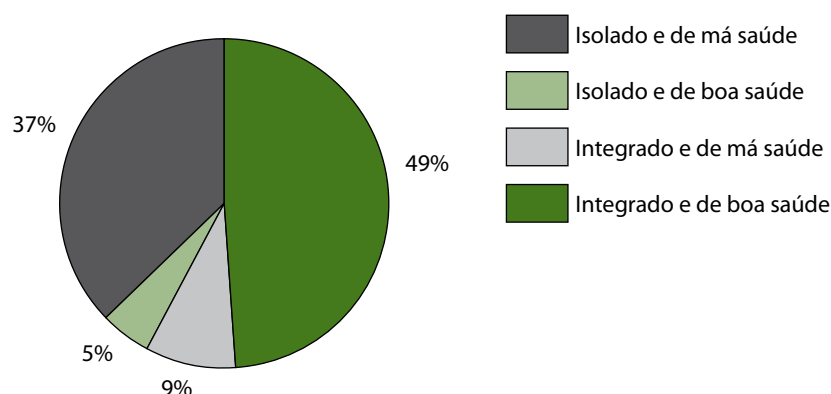
No entanto, verifica-se ainda que 47% dos entrevistados possuem *alojamentos com condições de habitabilidade*. Mas, apesar deste valor, não podemos deixar de ter presente que a habitação continua a ser uma das áreas prioritárias de intervenção.

Gráfico 7. Distribuição dos agregados domésticos de acordo com o tipo de habitação



Outro dado significativo a assinalar neste domínio prende-se com a análise do meio envolvente em que os agregados familiares estão inseridos. Assim, constata-se que a maior parte dos agregados situa-se na categoria de *integrados e de boa saúde* com cerca de 50%. No entanto, 46% dos agregados familiares inserem-se na variável de *mau estado de saúde*, realçando a categoria de *isolado e de má saúde* com 37% de agregados familiares.

Gráfico 8. Distribuição dos agregados familiares de acordo com o meio envolvente



Procedendo à análise do meio envolvente e cruzando com as condições de habitabilidade, reconhece-se que os indivíduos que possuem *Aloj. substandard* (51,3%) ou *vivem em alojamentos não clássicos* (73,4%) são, igualmente, os indivíduos que se encontram isolados em termos de principais bens e recursos sociais. Estes elementos têm, consequentemente, repercussões no estado de saúde das comunidades ciganas.

Quadro 6. Distribuição dos agregados familiares de acordo com os serviços sociais e de saúde

	Com serviços sociais e de saúde	Sem serviços sociais e de saúde	Total	Base (N)
Total	64,7	35,3	100	(367)
Tipo de Habitação				
Alojamento standard	96,5	3,5	100	(171)
Aloj substandard	48,7	51,3	100	(81)
Alojamento não clássico (barracas)	26,6	73,4	100	(107)
Tipo de meio envolvente				
Integrados e de boa saúde	96,6	3,4	100	(176)
Integrados e de má saúde	40,6	59,4	100	(30)
Isolados e de boa saúde	94,7	5,3	100	(18)
Isolados e má saúde	23,7	76,3	100	(135)

Por isso, pode-se referir que os agregados familiares inseridos em localidades sem recursos sociais e de saúde apresentam um estado de saúde medíocre, visto que os indivíduos que possuem *boa saúde* (estando integrados ou não) – mais de 90% - possuem um acesso facilitado aos principais serviços. Esta situação contrasta com os indivíduos que apresentam *má saúde*, encontrando-se maioritariamente sem acesso a esses serviços. Este facto é ainda mais grave para os indivíduos que estão *isolados* – 76%.

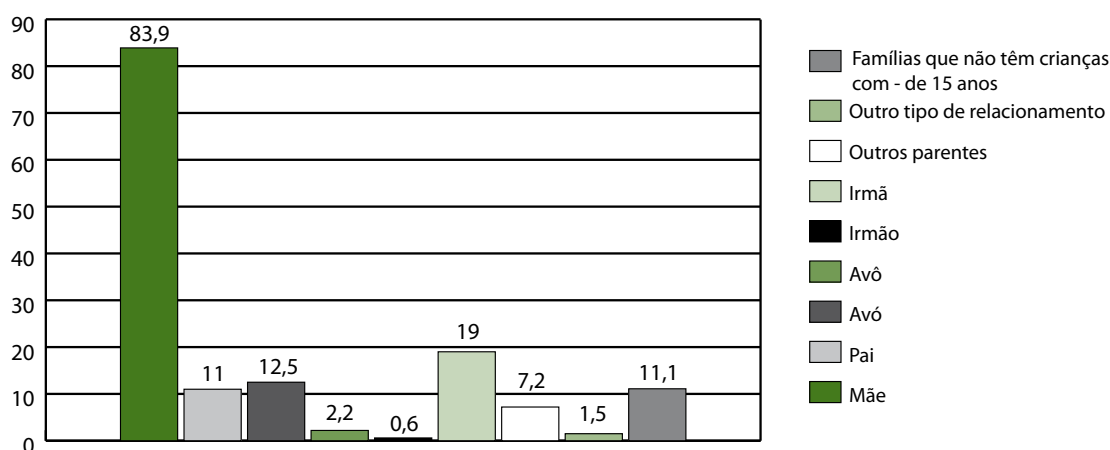
2.5. Cuidado das crianças

Outro indicador igualmente pertinente é a pessoa que assume a responsabilidade/cuidado com as crianças no seio familiar. Assim, são as *mães* (83,9%) que detêm uma maior preponderância neste domínio.

Foto 4. Mãe com criança ao colo



Esta questão poderá estar relacionada com o papel que as mulheres desempenham no seio familiar, uma vez que estão associadas a actividades domésticas e são consideradas como elementos responsáveis pela educação das crianças. Refira-se ainda que a *irmã* é a segunda pessoa responsável pelas crianças (19%).

Gráfico 9. Pessoa responsável pelas crianças com menos de 15 anos no seio familiar

2.6. Questões gerais de saúde

Centrando, neste momento, a nossa análise em questões gerais de saúde, podemos dizer que (quase) a totalidade da população cigana inquirida tem como cobertura de saúde, o sistema nacional de saúde (99,6%), tendo os restantes tipos de cobertura uma expressão pouco significativa.

Quadro 7. Percentagem da população cigana de acordo com o tipo de cobertura de saúde

	População (%)
Sistema Nacional de Saúde	99,6
Sociedade mútua de seguros públicos	0,1
Sem ligação à S Social mas com SNS	0,3
Sem ligação à S Social mas com apoio de ONG	0,1
Base (N)	(1.676)

Um segundo elemento de análise incide nas dificuldades que apresentam na execução das actividades diárias. Assim, verifica-se que a maioria da população *não apresenta dificuldades* (94,1%), em detrimento de 5,9% de indivíduos que *possuem dificuldades*. No entanto, se analisarmos a população com dificuldades destaca-se uma tendência que vai no sentido progressivo dos escalões etários, na medida em que 56,4% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam dificuldades moderadas e 7,3% na mesma variável apresentam sérias dificuldades na execução das actividades diárias.

Quadro 8. Percentagem da população cigana total segundo o nível de dificuldades

	Não tem dificuldades	Dificuldades moderadas	Sérias dificuldades	Sérias dificuldades e incapacidades	Total
Total	94,1	4,9	0,8	0,2	100
Sexo					
Masculino	93,4	5,7	0,6	0,3	100
Feminino	94,8	4,1	1,0	0,1	100
Grupos etários					
0 - 4	95,4	2,3	2,3	0,0	100
5 - 9	98,6	1,4	0,0	0,0	100
10 - 15	98,4	1,6	0,0	0,0	100
16 - 29	98,1	1,2	0,2	0,5	100
30 - 44	93,1	6,2	0,3	0,3	100
45 - 64	89,6	8,2	2,2	0,0	100
Mais de 65 anos	36,4	56,4	7,3	0,0	100

Analisando a necessidade de ajuda para a execução das actividades diárias, podemos considerar que 45,9% das pessoas que têm dificuldades *não necessitam de ajuda*, enquanto que 54,1% *necessitam de auxílio*. Contudo, é importante destacar que deste último grupo, 5,1% não possui apoio nesse sentido. Estes indivíduos encontram-se inseridos nos escalões etários a partir dos 16 anos de idade.

Relativamente à pessoa que faculta apoio nas actividades diárias, são essencialmente as *esposas/companheiras* (50%) que prestam esse apoio relativamente aos homens. No entanto, quando são as mulheres a necessitar de apoio verifica-se uma distribuição desta responsabilidade por outros parentes, designadamente *marido/companheiro* (29,6%); *filha/filho* e *mãe* com 18,5% respectivamente.

Quadro 9. Percentagem da população cigana com dificuldades de acordo com o sexo e a pessoa que presta o cuidado

	Masculino (%)	Feminino (%)	Total
Marido ou companheiro	0,0	29,6	17,0
Esposa ou companheira	50,0	3,7	23,4
Filha	5,0	18,5	12,8
Filho	30,0	18,5	23,4
Mãe	5,0	18,5	12,8
Avô	5,0	0,0	2,1
Outro parente	5,0	7,4	6,4
Serviços sociais ou voluntariado	0,0	3,7	2,1
Total	100	100	100
Base (N)	(26)	(27)	(53)

No seguimento da análise efectuada, é importante aferir o tipo de dificuldades que esta população apresenta. Neste sentido, verifica-se que as dificuldades que mais prevalecem são as *dificuldades físicas* - 47%. No entanto, é importante referir que 43,9% dos indivíduos apresentam *dificuldades físicas e mentais*, e apenas 9% dos indivíduos apresentam *dificuldades do foro mental*.

Em termos de género, não existem discrepâncias significativas relativamente ao tipo de dificuldades, incidindo sobretudo no *domínio físico* (homens - 48,4%; mulheres 45,7%) e em *ambos os domínios - físico e mental* (homens - 41,9%; mulheres 45,7%). Relativamente à população adulta verifica-se uma maior incidência de dificuldades do *foro físico* (51,7%), enquanto que nas crianças as dificuldades nos dois *domínios - físico e mental* (50%), assumem uma grande importância, seguido das *dificuldades em termos mentais* (37,5%). Neste sentido, é ainda de salientar que à medida que se progride nos escalões etários as *dificuldades em termos físicos* são mais prementes. Este facto poderá estar relacionado com a fraca mobilidade e dificuldades físicas que os indivíduos mais idosos apresentam.

Quadro 10. Percentagem da população com dificuldades de acordo com o tipo de dificuldades

	Físico	Mental	Ambos	Total	Base (N)
Total	47,0	9,1	43,9	100	(98)
Sexo					
Masculino	48,4	9,7	41,9	100	(52)
Feminino	45,7	8,6	45,7	100	(46)
Crianças/Adultos					
0 aos 15	12,5	37,5	50,0	100	(16)
Mais de 16 anos	51,7	5,2	43,1	100	(82)
Grupos de Idade					
0 aos 4	20,0	0,0	80,0	100	(8)
5 aos 9	0,0	100	0,0	100	(3)
16 aos 29	40,0	0,0	60,0	100	(8)
30 aos 44	60,0	10,0	30,0	100	(20)
45 aos 64	69,2	7,7	23,1	100	(19)
Mais de 65 anos	43,3	3,3	53,3	100	(35)

Em termos de síntese, é possível descrever, ainda que sumariamente, o perfil das comunidades ciganas inquiridas: a baixa taxa de qualificação escolar e o abandono prematuro do sistema de ensino, a predominância de categorias sócio-profissionais pouco qualificadas e socialmente desvalorizadas, uma dinâmica de vida marcada desde muito cedo por dificuldades e constrangimentos. Percurso de vida que se reflecte nas condições de vida destas comunidades, permitindo a emergência e a acumulação de uma diversidade de factores propiciadores a situações de forte vulnerabilidade e, conseqüentemente, de pobreza e de exclusão social.

Assim, as carências educacionais, económicas e de habitação são factores que determinam o bem-estar e qualidade de vida da população. Os processos de exclusão e marginalização social limitam o acesso e a utilização que as pessoas fazem dos serviços de saúde.

Parte III - Estado de Saúde das Comunidades Ciganas

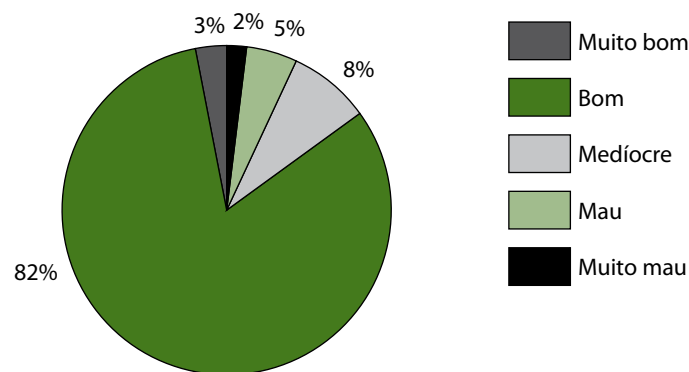
3.1. Percepção sobre o estado de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças ou enfermidades”. Assim, a saúde é considerada um direito humano fundamental e, em consequência, todas as pessoas devem ter acesso aos recursos de saúde necessários e básicos.

A saúde/doença distribui-se de forma desigual entre as sociedades e entre os grupos sociais no interior de cada sociedade. A situação actual de saúde está directamente relacionada com as atitudes e os comportamentos do quotidiano associados à saúde/doença de que são exemplo as práticas alimentares, o consumo de medicamentos, práticas de prevenção, consumo de tabaco e álcool, acidentes, entre outros.

Neste sentido, a percepção que a maioria dos indivíduos inquiridos tem sobre o seu estado de saúde é *boa* (82%). No entanto, 15% dos indivíduos consideram que o seu estado de saúde encontra-se entre o *medíocre* e o *muito mau*.

Gráfico 10. Distribuição da população entrevistada de acordo com o seu estado de saúde nos últimos 12 meses



Esta percepção é mais consistente nos grupos etários mais jovens, não havendo uma dispersão/distribuição dos indivíduos pelas outras variáveis. Contrariamente, nos escalões etários mais elevados, verifica-se uma maior distribuição da percepção pelas variáveis de bom, medíocre e mau. Este facto é mais visível nos indivíduos com mais de 65 anos de idade, apresentando os seguintes valores: *bom* – 57,7%; *medíocre* – 25,0% e *mau* 13,5%. Esta situação poderá estar relacionada com o facto das pessoas com mais idade apresentarem um estado de saúde mais frágil devido às suas próprias condições físicas e por se situarem em idades com determinada debilidade. É ainda de referir que à medida que aumenta a idade, aumenta igualmente a percepção negativa face à sua saúde.

Quadro 11. Distribuição da população entrevistada relativamente à sua percepção de saúde, por grupos de idade

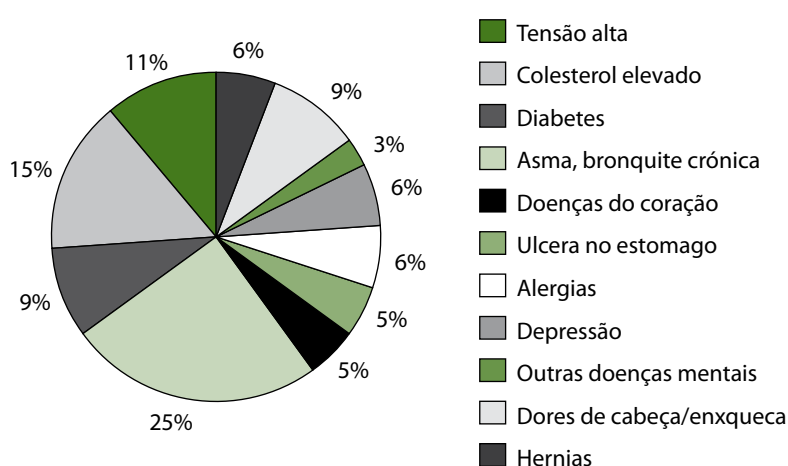
	Grupos de idade				
	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Mais de 45
Muito Bom	3,7	6,1	1,0	3,1	1,9
Bom	91,5	84,8	88,7	73,4	57,7
Medíocre	1,2	6,1	6,2	9,4	25,0
Mau	3,7	0,0	2,1	10,9	13,5
Muito mau	0,0	3,0	2,1	3,1	1,9
Total	100	100	100	100	100
Base (N)	(66)	(56)	(112)	(62)	(71)

Desta análise, e tendo presente, os resultados da população geral portuguesa, o nível de satisfação de saúde é relativamente mais elevado face à percepção que a comunidade cigana tem da sua saúde. Assim, os resultados do 4º Inquérito Nacional de saúde (2005-2006) mostram que 53% da população residente no continente considerou o seu estado de saúde como muito bom ou bom e apenas 14% classificou como *mau* ou *muito mau*¹⁶.

É ainda de referir que esta questão é subjectiva, visto que as comunidades ciganas possuem uma concepção de saúde diferente da população geral. A saúde aparece ao nível das comunidades ciganas associada à inexistência de sintomas perceptíveis de doença ou de mal-estar, não existindo preocupação para a prevenção das doenças.

3.2. Doenças e outros problemas de saúde

Relativamente às doenças referidas pelos inquiridos, salienta-se que as *doenças respiratórias* assumem um valor significativo junto das comunidades ciganas, designadamente a *asma* e a *bronquite crónica* (25%). Seguidamente, apresenta-se as doenças relacionadas com o *colesterol* (15%) e com a *tensão alta* (11%). Se compararmos estes dados com a população geral, verifica-se que não existe uma similitude em termos de prevalência de doenças. Assim, a doença que mais prevalece junto da população geral é a *tensão elevada*, enquanto que as *doenças respiratórias* assumem valores baixos, não tendo expressão significativa.

Gráfico 11. Percentagem da população entrevistada segundo as doenças crónicas diagnosticadas

¹⁶ INE, "4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006", in *Destaque*, Agosto 2007

Nos diferentes tipos de doenças crónicas mais referenciadas verifica-se uma maior prevalência no grupo feminino de *doenças respiratórias* (17,1%) face a 11,4% no grupo masculino. Relativamente às crianças são, igualmente, evidenciadas as doenças relacionadas com a *asma e bronquite crónica* (21,7%) e as alergias (7,1).

Quadro 12. Distribuição da população entrevistada de acordo com as doenças crónicas

	Masc.	Fem.	Crianças	Adultos
Crianças e adultos				
Tensão arterial elevada	5,0	7,8	0,0	11,2
Colesterol elevado	9,4	9,0	0,9	15,2
Diabetes	7,2	3,7	0,0	9,2
Asma, bronquite crónica	11,4	17,1	21,7	9,2
Doenças do Coração	4,6	1,1	0,9	4,1
Úlcera no estômago	3,5	2,5	0,9	4,5
Alergias	3,1	4,2	7,1	1,2
Depressão	2,3	4,7	0,0	6,2
Outras doenças mentais	1,6	2,4	0,9	2,8
Dores de cabeça/enxaqueca	2,0	8,3	1,4	8,3
Hérnias	3,3	4,3	0,6	6,2
Apenas Adultos				
Má circulação	5,7	7,5	-	6,2
Reumatismo	3,8	5,6	-	4,7
Osteoporose	1,0	1,9	-	1,1
Problemas da próstata	0,0	--	-	0,0
Problemas da menopausa	--	0,9	-	0,7
Base (N)	(163)	(204)	(123)	(244)

A incidência destas doenças está relacionada com a situação de precariedade das comunidades ciganas associada às más condições de habitabilidade, nomeadamente à vivência em barracas de construção precária e em locais sem acesso a serviços sociais e de saúde. Desta forma, pode-se considerar que a prevalência destas doenças está directamente associada com o modo de vida e com a situação de pobreza e de exclusão social em que se encontram estas comunidades.

Um outro nível de análise, é a média de idade das pessoas que possuem estas doenças. De uma forma geral, pode-se considerar que as doenças acima mencionadas surgem mais cedo nas mulheres do que nos homens. É o caso por exemplo, das *doenças respiratórias* (18 anos), seguidas das *úlceras* (30 anos), *dores de cabeça/enxaquecas* (33 anos) e outras *doenças mentais* (35 anos). No entanto, é importante referir que existem cinco grupos de doenças em que os homens apresentam uma média de idade mais baixa relativamente às mulheres, designadamente *alergias* (4 anos); *osteoporose* (18 anos); *depressões* (33 anos); *doenças do coração* (39 anos) e *colesterol elevado* (43 anos). No entanto, relativamente à *osteoporose* este valor é muito residual, o que explica a média de idade tão baixa neste grupo de doenças. Ainda neste eixo de análise, é importante salientar que a prevalência de *alergias* é mais visível nas crianças, aparecendo no sexo masculino com idade média muito baixa (4 anos).

Quadro 13. Média de idade das pessoas de acordo com o tipo de doenças

	Masculino	Feminino	Crianças	Adultos	Total
Crianças e adultos					
Tensão arterial elevada	48,74	45,56	-	46,69	46,69
Colesterol elevado	43,12	41,65	4,00	43,92	42,35
Diabetes	49,70	49,80	-	49,74	49,74
Asma, bronquite crónica	19,70	17,78	8,28	35,91	18,49
Doenças do coração	39,06	61,48	15,00	48,45	44,00
Úlcera no estômago	49,22	30,13	4,00	45,59	40,54
Alergias	4,42	20,76	6,36	48,50	14,31
Depressão	33,00	39,08	-	37,28	37,28
Outras doenças mentais	57,72	34,60	4,00	51,69	43,11
Dores de cabeça/enxaqueca	34,68	32,99	10,50	36,17	33,29
Hérnias	46,44	42,50	7,00	46,79	44,07
Apenas Adultos					
Má circulação	46,44	47,05	--	46,79	46,79
Reumatismo	61,64	46,47	--	52,92	52,92
Osteoporose	18,00	55,50	--	42,47	42,47
Problemas da menopausa	--	61,00	--	61,00	61,00

3.2.1. Deficiências e doenças crónicas

Tendo presente os elementos dos agregados familiares constata-se que são as pessoas dos escalões etários mais elevados que possuem deficiências e doenças crónicas. Esta situação está relacionada com o facto desta população ser mais vulnerável às doenças. Contudo, não se pode deixar de referir que os escalões etários mais baixos apresentam, igualmente, um valor significativo que se prende com a evidência de *doenças respiratórias* e de *alergias* junto das crianças.

Quadro 14. Percentagem da população total com deficiências e doenças crónicas segundo sexo e idade

	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
Total	19,5	19,5	19,5
0 - 4	18,5	30,3	24,7
5 - 9	21,0	27,4	24,4
10 - 15	18,5	17,6	17,9
16 - 29	5,4	7,8	6,7
30 - 44	14,3	15,1	14,7
45 - 64	44,6	30,1	38,0
Mais de 65 anos	60,7	55,6	58,2
Base (N)	(791)	(885)	(1.676)

Outro eixo de análise relaciona-se com o facto dos indivíduos que moram em *barracas* (23,3%) e em *más condições de habitabilidade* (16,1%) apresentarem mais doenças crónicas e deficiências, assim como os indivíduos que não têm acesso aos principais *recursos sociais e de saúde* (21,7%). É ainda de destacar que à medida que aumenta a dimensão dos concelhos residentes o número de indivíduos com estas doenças aumenta proporcionalmente.

3.3. Acidentes

O que diz respeito a ocorrência de acidentes, nota-se que apenas 7,1% dos inquiridos relataram ter sofrido acidentes nos últimos 12 meses. Sendo importante referir que os adultos são os mais vulneráveis a acidentes do que as crianças (9,4% e 3,9% respectivamente). É ainda de referir que a expressão dos acidentes é mais significativa no género masculino do que no feminino (9,4% e 5,1%

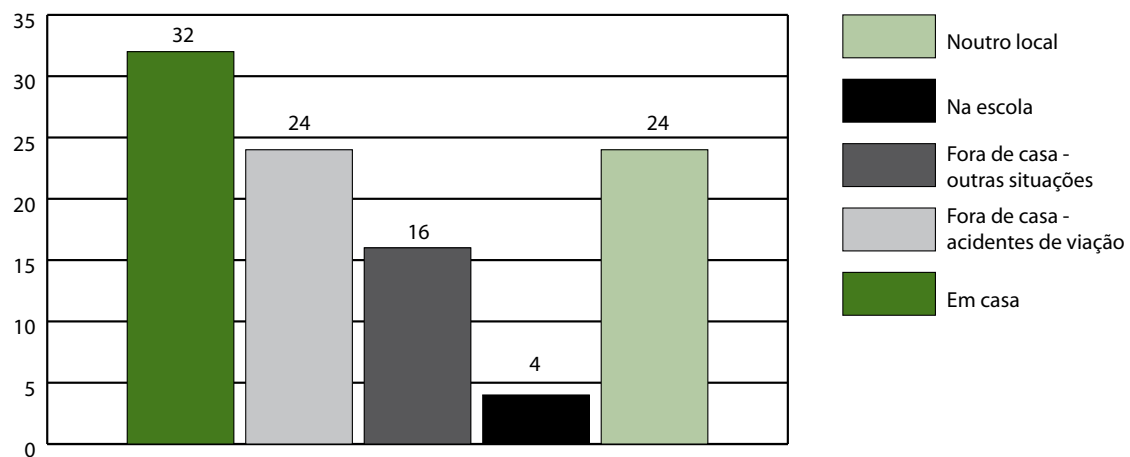
respectivamente). O grupo etário onde se verifica maior incidência de acidentes é o grupo dos 30 aos 44 anos (22,3%).

Quadro 15. Distribuição da população inquirida de acordo com a ocorrência de acidentes nos últimos 12 meses

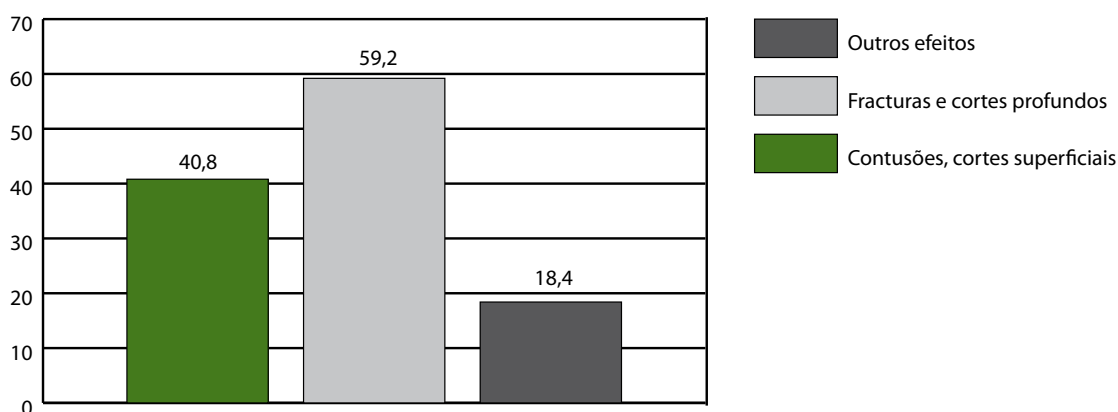
	Existência de Acidentes	Inexistência de Acidentes	Total	Base (N)
Total	7,1	92,9	100	(366)
Crianças e adultos				
Crianças	3,9	96,1	100	(122)
Adultos	9,4	90,6	100	(244)
Sexo				
Masculino	9,4	90,6	100	(163)
Feminino	5,1	94,9	100	(203)
Grupos etários				
0 - 9	0,0	100	100	(66)
10 -15	9,0	91,0	100	(56)
16 - 29	4,2	95,8	100	(112)
30 -44	20,3	79,7	100	(61)
Mais de 45 anos	5,8	94,2	100	(71)

Se tivermos presente o tipo de acidentes, constata-se que estamos perante um número significativo de *acidentes domésticos* (32% da população inquirida), assumindo uma grande relevância junto dos indivíduos com idades compreendidas entre os 10-15 anos de idade. A nossa casa é um refúgio, um local de encontro da família e dos amigos, mas constitui também um lugar propício a acidentes. Estes acidentes atingem frequentemente os mais novos, visto que são os mais vulneráveis a este tipo de riscos.

Gráfico 12. Distribuição da população inquirida de acordo com o tipo de acidentes



Assim, existe nas crianças uma maior tendência para os *acidentes domésticos* (66,7% das crianças), seguidos dos acidentes no *meio escolar e noutros lugares* (16,7% respectivamente). Em relação aos danos sofridos, verifica-se principalmente a ocorrência de *fracturas e cortes profundos*. Os *acidentes domésticos* poderão estar relacionados com as más condições de habitabilidade que estas comunidades apresentam.

Gráfico 13. Distribuição das crianças que sofreram acidentes pelo tipo de acidentes

No caso da população adulta, os acidentes ocorrem maioritariamente *fora de casa* – *acidentes de viação* (40%), sobretudo no caso dos homens, mas também em *casa* (50%) - escadas, entrada de prédios, especialmente no caso das mulheres.

No entanto, se tivermos presente as crianças e os adultos, constata-se que a maioria destes acidentes poderiam ser evitados, sendo a prevenção o caminho privilegiado para a intervenção. Por isso, é necessário apostar em medidas que evitam a ocorrência de situações propícias aos acidentes. A protecção das crianças dos perigos domésticos requer frequentemente a participação dos pais, pois são eles que controlam o espaço doméstico e definem as regras de segurança em casa.

3.4. Principais Limitações de Actividade

Um elemento importante de caracterização do estado actual de saúde das comunidades ciganas prende-se com a análise das principais limitações no desenvolvimento de actividades. Neste sentido, constata-se que apenas 10% da população inquirida encontrava-se em situação de *incapacidade temporária*, nas duas últimas semanas anteriores à entrevista. Este facto é mais visível junto das crianças (10,5%). Destaca-se ainda uma maior frequência de incapacidade temporária nas mulheres (10,3%), sendo mais visível nos indivíduos com mais de 45 anos de idade.

Quadro 16. Percentagem da população inquirida que reduziu a sua principal actividade nas 2 últimas semanas

	Redução da actividade	Não redução da actividade	Total
Total	9,9	90,1	100
Crianças e adultos			
Crianças	10,5	89,5	100
Adultos	9,4	90,6	100
Sexo			
Masculino	9,4	90,6	100
Feminino	10,3	89,7	100
Grupos etários			
0 - 9	10,5	89,5	100
10 - 15	10,6	89,4	100
16 - 29	4,2	95,8	100
30 - 44	12,5	87,5	100
Mais de 45 anos	13,5	86,5	100

Tendo presente os dados da população geral portuguesa, constata-se que existe uma percentagem mais elevada de pessoas que apresentavam incapacidade temporária do que as comunidades ciganas inquiridas. Assim, a população geral apresenta um valor de 12%¹⁷ face a 10% da população cigana.

Os principais motivos que levaram à redução da sua actividade principal junto das comunidades ciganas foram, essencialmente, *dores de cabeça* (37,5%), *nervosismo, depressão e dificuldades em dormir* (33,4%), assim como *dores nos ossos, articulações ou na coluna* (32,2%). No caso das crianças foi sobretudo por ocorrência de *febre* (69,4%), seguido de *dores de garganta e de resfriados* (30,6%).

Quadro 17. Percentagem da população inquirida que reduziu a sua principal actividade nas 2 ultimas semanas segundo os motivos

	Crianças	Adultos	Total
Ossos, articulações e coluna	8,3	32,2	21,3
Nervosismo, depressão e dificuldades em dormir	21,9	33,4	28,2
Dores de garganta, resfriados, gripe	30,6	8,2	18,4
Dores de cabeça	27,7	37,5	33,0
Contusões, cortes superficiais	8,3	7,7	8,0
Dores de ouvidos	14,8	4,2	9,0
Problemas intestinais e diarreia	21,2	4,0	11,8
Alergias	11,2	0,0	5,1
Problemas digestivos	8,3	19,0	14,1
Febre	69,4	4,2	33,8
Problemas com os dentes	10,0	0,0	4,5
Tonturas e desmaios	-	24,9	13,6
Dor no peito	-	4,4	2,4
Dor de tornozelos	-	5,8	3,2
Dificuldade em respirar	-	9,3	5,1
Cansaço sem razão aparente	-	22,5	12,3
Vómitos	13,5	-	6,1
Outros sintomas	26,8	14,2	19,9

As mulheres inquiridas foram mais afectadas do que os homens por questões relacionadas com *problemas de nervos, depressão e dificuldade em dormir* (43,2%), por ocorrência de *febre* (39,4%) e *dores de cabeça* (36,8%). Os homens inquiridos que reduziram a sua actividade fizeram-no principalmente devido a *dores nos ossos, articulações e coluna* (30,3%), mas também *dores de cabeça* (28,4%) e *febre* (26,8%).

¹⁷ INE, *op cit*, 2007

Quadro 18. Percentagem da população inquirida que reduziu a sua principal actividade nas 2 ultimas semanas, segundo o sexo e os sintomas

	Masculino	Feminino	Total
Ossos, articulações e coluna	30,3	14,1	21,3
Nervosismo, depressão e dificuldades em dormir	9,5	43,2	28,2
Dores de garganta, resfriados, gripe	16,6	19,8	18,4
Dores de cabeça	28,4	36,8	33,0
Contusões, cortes superficiais	17,9	0,0	8,0
Dores de ouvidos	5,2	12,1	9,0
Problemas intestinais e diarreia	21,6	3,9	11,8
Alergias	11,4	0,0	5,1
Problemas digestivos	13,6	14,5	14,1
Febre	26,8	39,4	33,8
Problemas com os dentes	10,2	0,0	4,5
Tonturas e desmaios	9,5	16,9	13,6
Dor no peito	5,3	0,0	2,4
Dor de tornozelos	7,1	0,0	3,2
Dificuldade em respirar	5,3	4,8	5,1
Cansaço sem razão aparente	11,4	13,0	12,3
Vómitos	0,0	11,1	6,1
Outros sintomas	19,8	20,0	19,9

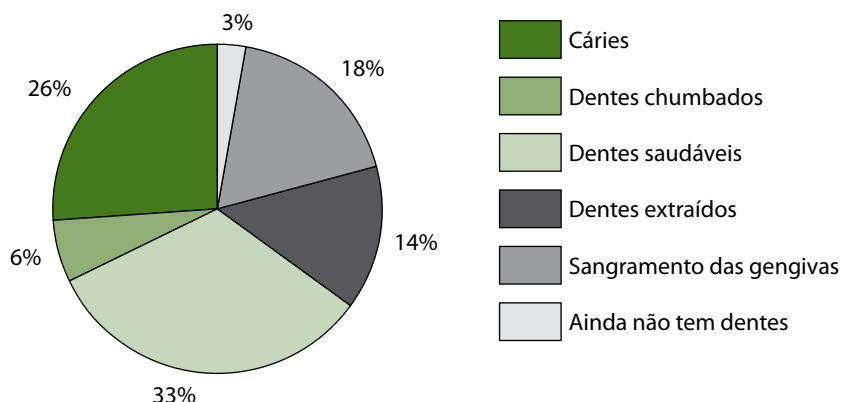
Em relação à faixa etária, o grupo dos inquiridos com 45 e mais anos foi o mais afectado, registando uma grande percentagem de sintomas relativos a *dores de cabeça*, logo seguido de problemas de *nervos*, *depressão* e *dificuldades em dormir*.

Ainda neste eixo de análise não se pode deixar de referir que os entrevistados que apresentaram incapacidade temporária residem em *alojamentos precários* ou em *acampamentos*, assim como em localidades com acesso aos serviços de saúde.

3.5. Saúde Oral

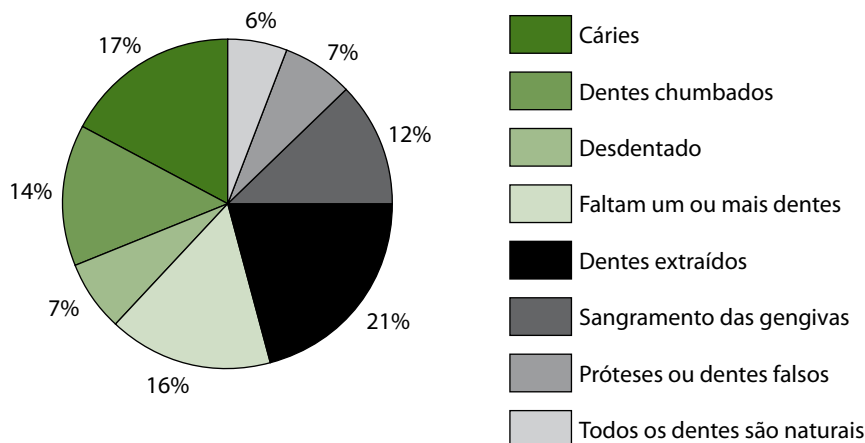
Uma das áreas pertinentes de análise é a saúde oral, visto que uma boa higiene dental pode reduzir o risco de algumas doenças, tais como o derrame, as doenças do coração e o controle do colesterol. Desta forma, os cuidados com a saúde oral afectam positivamente a saúde do restante organismo.

Neste sentido, é pertinente analisar o estado dos dentes e das gengivas, permitindo definir o estado de saúde oral das comunidades ciganas inquiridas. Assim, 33% das crianças têm os *dentes saudáveis* e 26% têm *cáries dentárias*. Na generalidade, cerca de 64% das crianças possuem *algum tipo de problema* ao nível da saúde oral. Este número é particularmente preocupante, demonstrando uma saúde oral deficitária.

Gráfico 14. Estado dos Dentes das Crianças Ciganas

Esta situação deficitária que caracteriza a saúde oral das crianças, prevalece, igualmente, nos indivíduos adultos. Assim, no que diz respeito aos adultos, cerca de 94% dos entrevistados referiram *ter algum problema* a nível dentário. As situações mais relevantes são a *extração de dentes* (21%) e as *cáries* (17%). As situações em que *faltam um ou mais dentes* também foram destacadas (16%), sendo que a percentagem de pessoas que resolvem esses problemas através da colocação de *próteses* ou *dentes falsos* é ainda reduzida.

Gráfico 15. Estado dos Dentes dos Adultos Ciganos



Assim, através dos dados é possível apurar que a situação actual dos dentes é fundamentalmente negativa, quer junto dos indivíduos adultos como das crianças.

A importância da higiene oral é um contributo importante para a promoção de saúde e de bem-estar dos indivíduos. Um estudo publicado na revista científica *Heart* de Setembro¹⁸ revela que quanto mais cáries e dentes em falta um adulto jovem apresenta, maior o risco de sofrer de doenças cardiovasculares no futuro. Desta forma, a abordagem desta temática foi de extrema importância pois os índices avaliados demonstram a precária condição de higiene oral destas comunidades e as consequências que poderá ter no seu estado de saúde.

3.6. Características auditivas e visuais

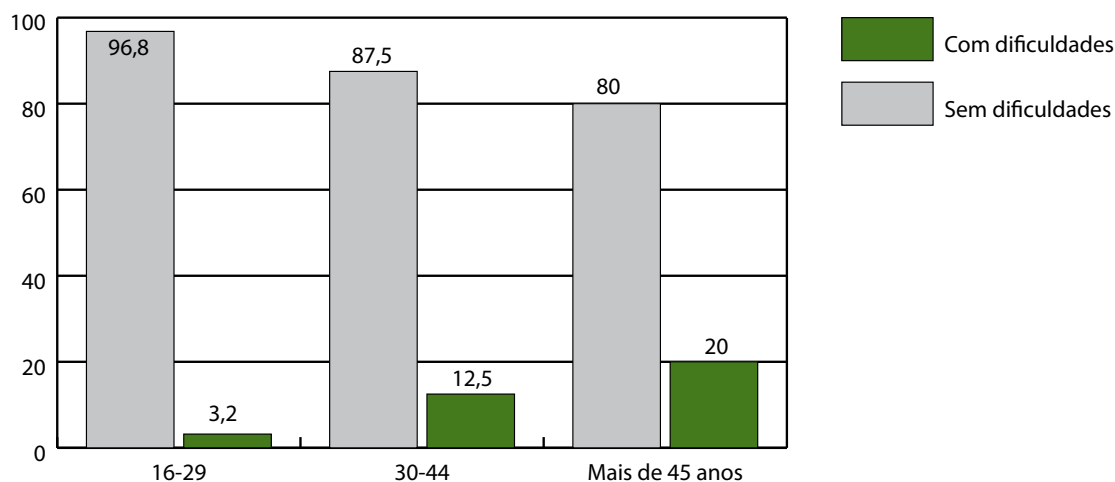
Em termos de **características auditivas e visuais**, constata-se que apenas 10,5% dos adultos entrevistados têm dificuldades auditivas, sendo mais visível junto dos indivíduos do sexo masculino com um valor de 12,4% em detrimento do sexo feminino – 8,6%.

Quadro 19. Percentagem da população adulta com dificuldades auditivas

	Sem dificuldades	Com dificuldades	Total	Base (N)
Total	89,5	10,5	100	(244)
Sexo				
Masculino	87,6	12,4	100	(121)
Feminino	91,4	8,6	100	(123)

Se consideramos os escalões etários, verificamos que é a população adulta mais idosa que apresentam maiores dificuldades de audição, designadamente os indivíduos com mais de 45 anos (20%), seguido dos indivíduos com 30 e 40 anos de idade (12,5%) e, por último, os indivíduos com mais jovens – entre os 16 – 29 anos (3,2%). Encontramos assim a tendência de desgaste de capacidade auditiva com o envelhecimento (com o aumento da idade).

¹⁸ <http://100xnatural.com/forum/index.php/topic,188.0.html>

Gráfico 16. Distribuição da população adulta com dificuldades auditivas de acordo com os escalões etários

Observando, as **dificuldades de visão** verifica-se, igualmente, que esta população apresenta um valor pouco significativo (11,3%) de pessoas com este tipo de dificuldades. Sublinhe-se igualmente que não se verificam disparidades significativas relativamente ao sexo.

Quadro 20. Percentagem da população adulta com dificuldades de visão

	Sem dificuldades	Com dificuldades	Total	Base (N)
Total	88,7	11,3	100	(244)
Sexo				
Masculino	89,5	10,5	100	(121)
Feminino	87,9	12,1	100	(123)
Grupos etários				
16 - 29	94,8	5,2	100	(112)
30 - 44	93,8	6,3	100	(61)
Mais de 45 anos	73,1	26,9	100	(71)

Tal como as dificuldades auditivas, as dificuldades de visão são mais significativas nos escalões etários mais elevados, concretamente nos seguintes intervalos: mais de 45 anos (26,9%) e dos 30 aos 44 anos de idade (6,3%). Contudo, importa referir que 7,6% dos entrevistados possuem dificuldades nos dois sentidos: visão e audição. Apresentando valores menos significativos os indivíduos com dificuldades apenas auditivas (3,3%) ou dificuldades de visão (2,9%). Analisando estes dados por género, verifica-se que as mulheres (4,8%) apresentam maiores dificuldades de audição comparativamente aos homens (1,9%), registando-se o contrário nas dificuldades de visão (homens – 3,8%/ mulheres – 1,9%).

Quadro 21. Percentagem da população adulta com problemas auditivos e de visão

	Sem dificuldades	Dificuldades de visão e audição	Dificuldades de audição	Dificuldades de visão	Total	Base (N)
Total	86,2	7,6	3,3	2,9	100	(244)
Sexo						
Masculino	85,7	8,6	1,9	3,8	100	(121)
Feminino	86,7	6,7	4,8	1,9	100	(123)
Grupos etários						
16 - 29	94,7	3,2	2,1	0,0	100	(112)
30 - 44	87,3	4,8	1,6	6,3	100	(61)
Mais de 45 anos	72,0	18,0	8,0	2,0	100	(71)

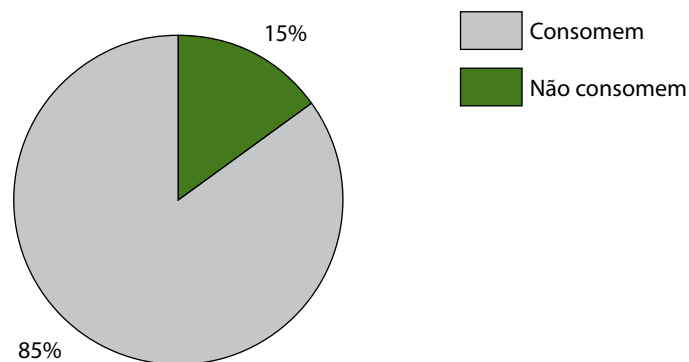
Aprofundando a nossa análise, e se considerarmos o grupo etário dos inquiridos, reconhece-se que são os indivíduos com mais de 45 anos de idade que mais referem a existência apenas de dificuldades de audição (8,0%). Relativamente às dificuldades de visão, destacam-se os indivíduos entre os 30 e os 44 anos de idade onde cerca de 6,3% apresentam apenas dificuldades de visão. No entanto, é importante referir que estes resultados são uma auto-percepção que os entrevistados possuem relativamente às características auditivas. Estamos, assim, perante uma percepção subjectiva, não existindo um diagnóstico objectivo por parte de especialistas.

Parte IV - Utilização dos Serviços de Saúde

4.1. Consumo de medicamentos

A análise da prescrição e do uso de medicamentos tem relevância especial para averiguar o tipo de medicamentos que são consumidos pela presente população. O tipo de medicamentos consumidos permitem facultar informação sobre as doenças que mais prevalecem junto das comunidades ciganas. Tendo presente o consumo de medicamentos, é possível averiguar que 85% da população entrevistada recorre à sua utilização.

Gráfico 17. Percentagem da população adulta que consome medicamentos



É, igualmente, visível que a percentagem é elevada em ambos os sexos, mas ligeiramente mais elevada no caso das mulheres (89,7% das mulheres face a 81% dos homens). Relativamente aos grupos etários, são os indivíduos entre os 30-44 anos que apresentam um maior consumo (93,8%), seguido dos indivíduos com mais de 45 anos (88,5%) e, por fim, os indivíduos com idades compreendidas entre os 16-29 anos (79,2%). Assim, a média de idade onde se verifica uma maior utilização de medicamentos é de 36 anos, sendo ligeiramente mais baixa nas mulheres (34 anos) do que nos homens (38 anos).

O número médio de medicamentos consumidos pela população inquirida é de *2 tipos de medicamentos*, sendo esta situação mais evidente nos homens e nos indivíduos entre os 16-29 anos de idade. Verifica-se, igualmente, que a quantidade de medicamentos consumidos aumenta à medida que aumenta a idade dos indivíduos.

Quadro 22. Percentagem da população de acordo com o número de medicamentos consumidos

	Um	Dois	Três ou mais	Total	Base (N)
Total	23,6	45,6	30,8	100	(208)
Sexo					
Masculino	27,9	48,8	23,3	100	(98)
Feminino	19,8	42,7	37,5	100	(110)
Grupos etários					
16 - 29	22,4	56,6	21,1	100	(88)
30 - 44	30,5	37,3	32,2	100	(57)
Mais de 45 anos	17,0	38,3	44,7	100	(63)

Assim, os indivíduos com mais de 45 anos apresentam valores significativos relativamente ao consumo de 3 ou mais tipos de medicamentos. Esta situação está relacionada com o aparecimento de várias doenças à medida que aumenta a idade, visto que estamos perante indivíduos que apresentam uma maior vulnerabilidade ao nível da saúde.

Em relação ao tipo de medicação, verifica-se que nas 2 semanas anteriores ao inquérito, um número significativo de crianças tomou *medicamentos para dores e/ou redução de febre* (27,4%) e para *resfriados, dores de garganta, gripes* (22%), sem prescrição médica. O uso de *antibióticos*, sem prescrição médica, merece, igualmente, uma atenção especial visto que apresenta um valor relativamente significativo (10%). Embora os antibióticos não sejam, de modo geral, perigosos não podem ser utilizados indiscriminadamente, sobretudo pelo facto da sua má utilização poder ocasionar alterações das bactérias tornando-as mais resistentes, o que não só dificultará tratamentos posteriores, como inviabilizará, pura e simplesmente, o uso do antibiótico.

Quadro 23. Consumo de medicamentos das crianças de acordo com o tipo de medicamentos utilizados

	Medicação	Auto-medicação	Base (N) crianças
Resfriado, constipação	56,3	27,4	(72)
Febre e dores	63,6	22,0	(82)
Vitaminas	5,1	2,9	(5)
Laxantes	2,1	1,1	(2)
Antibióticos	11,1	10,0	(12)
Tranquilizantes, calmantes	3,0	1,9	(3)
Alergias	5,7	5,0	(6)
Medicamentos para combater a diarreia	7,2	7,2	(7)
Medicamentos para combater os vómitos	5,0	5,0	(5)

As percentagens de auto-medicação nas crianças são significativas em ambos os sexos, com particular relevância no tratamento de *resfriados/gripes* no caso dos rapazes e no caso das raparigas, nas *dores e/ou febre* (65,6%), mas também *resfriados e gripes, dores de garganta* (65,3%). Os rapazes consomem mais *laxantes; antibióticos; relaxantes/comprimidos para dormir, e medicamentos contra a diarreia*.

Quadro 24. Consumo de medicamentos das crianças de acordo com o tipo de medicamentos utilizados e o género

	Masculino		Feminino	
	Consumo	Auto-medicação	Consumo	Auto-medicação
Resfriado, constipação	44,0	29,4	65,6	25,9
Febre e dores	46,2	16,6	76,9	26,1
Vitaminas	9,9	4,8	1,5	1,5
Laxantes	4,9	2,5	0,0	0,0
Antibióticos	16,4	14,2	7,0	6,9
Tranquilizantes, calmantes	6,9	4,5	0,0	0,0
Alergias	8,2	8,4	3,8	2,6
Medicamentos para combater a diarreia	12,8	13,1	3,0	2,9
Medicamentos para combater os vômitos	7,9	8,1	2,8	2,7

Se aprofundarmos a nossa análise tendo presente a idade das crianças, denota-se que existe uma maior distribuição de consumo de medicamentos pelas várias doenças apresentadas junto dos indivíduos entre os 0-9 anos de idade, enquanto que no escalão etário dos 10-15 anos verifica-se uma concentração no consumo de medicamentos em *situação de resfriado/gripe e dor/febre*. No entanto, estas duas últimas categorias são os medicamentos com maior prevalência nos dois grupos de idades (crianças e adultos).

Relativamente aos adultos, não existem diferenciações significativas, visto que as maiores taxas de consumo de medicamentos centram-se, fundamentalmente, nos domínios da *dor/febre* (59,1%), seguido dos *resfriados/gripe* (55,2%) e, por último, nos *métodos contraceptivos* (10,4%). Deve-se ter, igualmente, presente os medicamentos para reduzir o *colesterol* (9,5%) e a *tensão arterial* (7,8%). É ainda de salientar que estes tipos de medicamentos são, igualmente, os mais utilizados sem recorrer à prescrição médica. Neste sentido, existe uma preocupação em saber se realmente os medicamentos estão a ser utilizados de forma correcta e se são os mais adequados para cada indivíduo.

Quadro 25. Consumo de medicamentos por parte dos adultos de acordo com o tipo de medicamentos

	Consumo	Auto-medicação	Base (N) Adultos
Resfriado, constipação	55,2	13,2	(133)
Febre e dores	59,1	11,6	(141)
Vitaminas	2,8	2,8	(7)
Laxantes	0,5	0,5	(1)
Antibióticos	2,1	2,1	(5)
Tranquilizantes e calmantes	6,1	5,7	(15)
Alergias	0,5	0,5	(1)
Medicamentos para combater a diarreia	1,3	0,8	(3)
Medicamentos para o reumatismo	6,1	5,7	(15)
Medicamentos para o coração	4,9	4,8	(13)
Medicamentos para a tensão elevada	7,8	7,4	(20)
Medicamentos para problemas digestivos	6,1	4,9	(15)
Anti-depressivos	5,8	5,8	(15)
Pílula	10,4	10,3	(24)
Substituição de hormonas	0,4	0,4	(1)
Medicamentos para emagrecer	6,9	1,7	(16)
Medicamentos para combater o colesterol	9,5	9,5	(23)
Medicamentos para combater os diabetes	5,6	5,6	(14)
Outros medicamentos	5,8	4,9	(15)

Em termos de género não existem grandes diferenças excepto no consumo de *pílulas contraceptivas* por parte das mulheres e *medicamentos para reduzir o colesterol* por parte dos homens. Em ambas as situações não existe receituário médico de forma a aconselhar a utilização destes medicamentos.

Ainda no seguimento da nossa análise, é pertinente referir que os medicamentos para os *resfriados/gripe* é mais saliente nos indivíduos com idades compreendidas entre os 16-29 anos, enquanto que os indivíduos com mais de 45 anos detêm um maior consumo de medicamentos para a *pressão arterial* e para a *redução do colesterol*.

É interessante comparar estes dados com os dados da população geral, visto que o principal consumo de medicamentos nesta população está associado à *tensão arterial elevada* (com 15,6%), seguido da *dor nas articulações* (10%)¹⁹. Os medicamentos para o colesterol apresentam percentagens idênticas nos dois grupos populacionais. Mas o que importa realçar é o valor significativo que os medicamentos para a *tensão arterial* têm junto da população geral, contrariamente ao que se verifica nas comunidades ciganas. Nas comunidades ciganas os medicamentos para os *resfriados/gripes* e para combater o *colesterol* apresentam uma maior prevalência, situação que está relacionada com a existência de doenças associadas aos problemas de febre e gripe e com o tipo de alimentação que caracteriza estas comunidades. Como é visível na parte V deste documento, as comunidades ciganas apresentam ma alimentação rica em gorduras e açúcares.

Outro eixo de análise pertinente para averiguar as atitudes e os comportamentos das comunidades ciganas face à saúde, esta relacionada com a existência de auto-medicação. Assim, esta prática é elevada junto desta população apresentando uma percentagem de 55,8%. Neste nível, não existem diferenciações em termos de sexo, no entanto, em termos de idades, é evidente que os indivíduos com mais de 45 anos apresentam valores elevados de auto-medicação (74,5%). Podemos ainda considerar que à medida que a idade aumenta existe uma tendência para o aumento da auto-medicação. Assim, a idade média das pessoas que se auto-medica é de 40 anos.

Quadro 26. Percentagem da população adulta que se auto-medica

	Não auto-consumo	Auto-medicação	Total	Base (N)
Total	44,2	55,8	100	(244)
Sexo				
Masculino	44,7	55,3	100	(121)
Feminino	43,8	56,3	100	(123)
Grupos etários				
16 - 29	57,9	42,1	100	(112)
30 - 44	40,7	59,3	100	(61)
Mais de 45 anos	25,5	74,5	100	(71)

Refere-se ainda que o número médio de medicamentos que são consumidos sem prescrição médica é *dois* (mais concretamente 1,73). Existindo um aumento de medicamentos consumidos junto dos indivíduos com mais de 45 anos (consomem em média dois ou mais tipos de medicamentos sem prescrição médica).

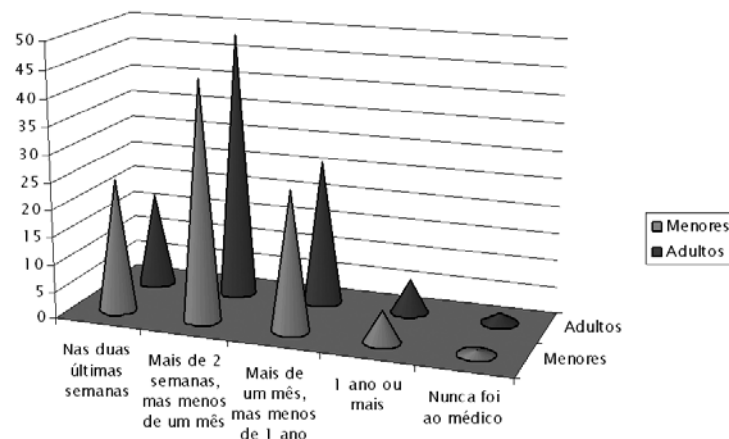
Tudo o que foi dito neste capítulo revela, uma vez mais, o recurso desadequado das comunidades ciganas aos serviços de saúde e às consultas de rotina, permitindo o aparecimento e/ou agravamento de possíveis problemas de saúde. Demonstra, igualmente, falta de informação sobre a utilização de medicamentos sem prescrição médica, bem como as consequências que esse tipo de atitude poderá ter no seu bem-estar.

¹⁹ INE, *op cit*; 2007

4.2. Consultas médicas

Um importante eixo de análise prende-se com o recurso às consultas médicas por parte das comunidades ciganas. Neste sentido, verifica-se que, na generalidade, a população cigana vai regularmente às consultas médicas.

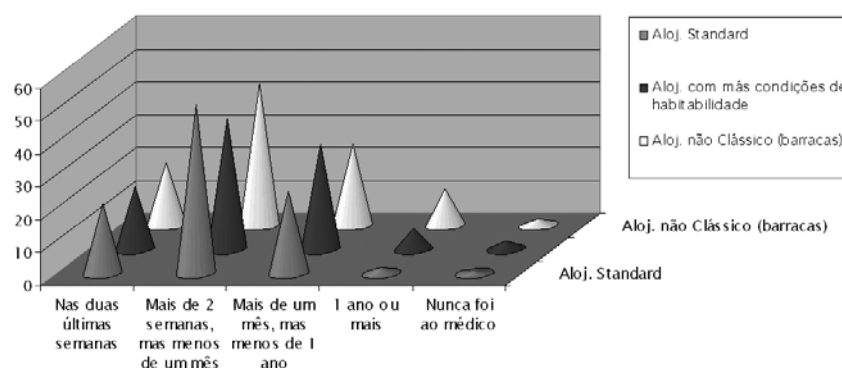
Gráfico 18. Distribuição da população cigana segundo o tempo decorrido desde a última visita ao médico



Essa frequência é mais significativa no período de *mais 2 semanas e menos de um mês* (43,8% para os menores e 48,6% para os adultos), logo seguida da visita anual ao médico – *mais de um mês mas menos de um ano* (25,5% no grupo dos Menores e 26,4% no grupo dos Adultos). As consultas ocorridas nas duas últimas semanas também têm um valor significativo em especial no grupo das crianças (24,2%).

Se fizermos esta análise pelo tipo de alojamento em que as pessoas se inserem verifica-se que não existe qualquer influência das condições de habitabilidade na utilização das consultas médicas, ou seja, não é pelo facto das famílias viverem em *barracas* ou em *alojamentos standards* que vão menos ou mais ao médico. Como se pode verificar os valores são bastante semelhantes no período de *mais de 2 semanas, mas menos de um mês* (pessoas a viverem em *alojamento standard* – 51,5%; *Alojamento com más condições de habitabilidade* – 39,7%; *Alojamento não Clássico* – 43,1%).

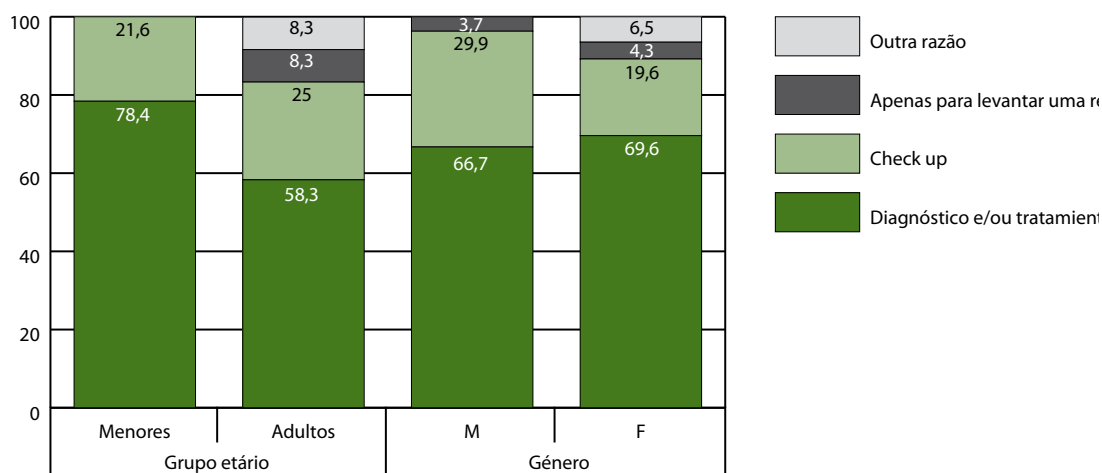
Gráfico 19. Distribuição da população cigana segundo o tempo decorrido desde a última visita ao médico, pelo tipo de alojamento



Apesar da população cigana recorrer na sua maioria aos Hospitais sempre que tem um problema de saúde, no caso das consultas médicas a tendência é para estas decorrerem no Centro de Saúde, logo seguidas pelas consultas externas no Hospital. Esta situação poderá estar relacionada com o facto dos inquiridos estarem inseridos no Sistema Nacional de Saúde.

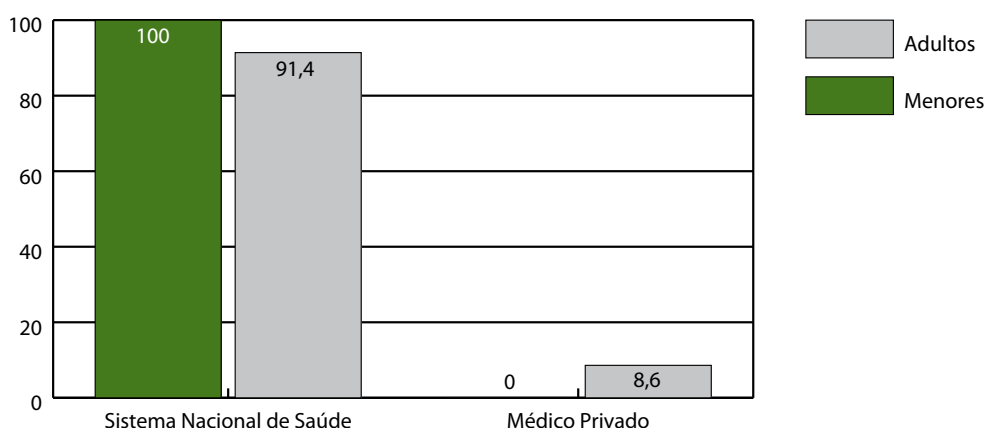
A necessidade de *ter um diagnóstico e/ou fazer um tratamento* constituem as principais razões para a população cigana ir ao médico. Os valores são significativos quer para o grupo dos adultos (58,3%), quer para o grupo dos menores (78,4%), assim como para o género (66,7% homens e 69,6% mulheres). Os homens adultos recorreram mais ao médico para fazer *check up* do que as mulheres adultas.

Gráfico 20. Principal razão pela visita ao médico, por grupo etário e género



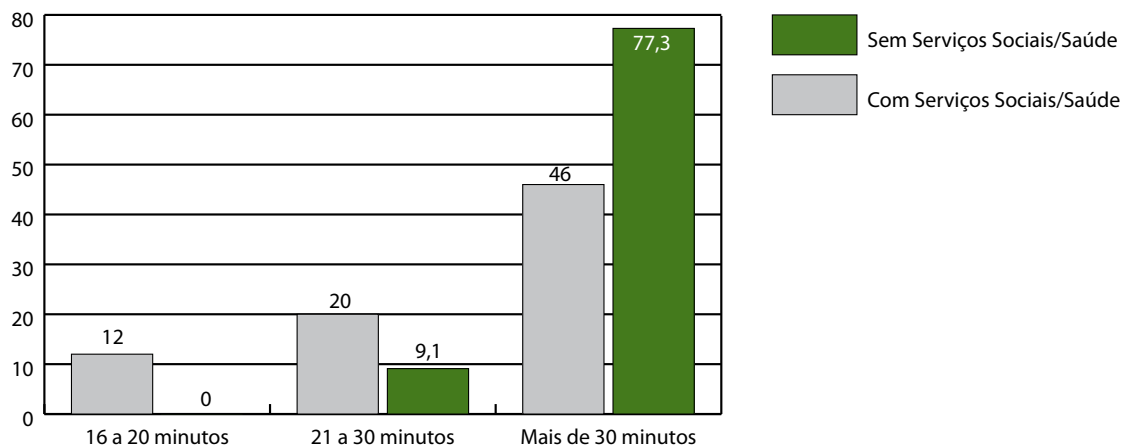
Dos dados recolhidos é possível deduzir que as comunidades ciganas recorrem ao *sistema nacional de saúde* para a realização de visitas ao médico. Verifica-se no grupo da população adulta que uma pequena percentagem também recorre a *serviços médicos privados* (8,6%).

Gráfico 21. Distribuição da população cigana que recorreu a visitas médicas segundo o tipo de cobertura



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.

Gráfico 22. Período de tempo percorrido (minutos) para consultas no médico nas duas últimas semanas segundo a disponibilidade de serviços sociais/saúde na área de residência



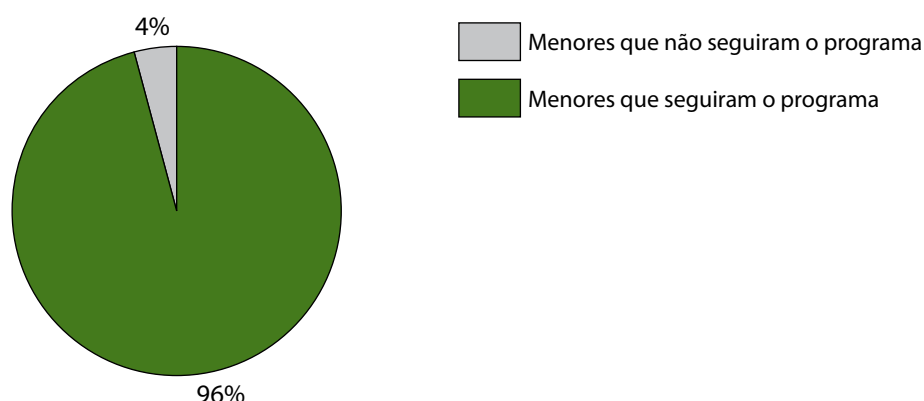
A percentagem de população cigana que precisou de assistência médica, mas não a recebeu é bastante irrelevante no total de população entrevistada (3%). Mesmo assim, as razões apontadas para não terem recebido essa assistência centraram-se entre aqueles que afirmaram que não conseguiram marcar consulta (75%) e os que afirmaram que a consulta era muito cara e, por isso, não tinham dinheiro para a mesma (25%).

Gráfico 23. Distribuição da população cigana em termos de assistência médica



4.3. Programa Infantil de Vacinação

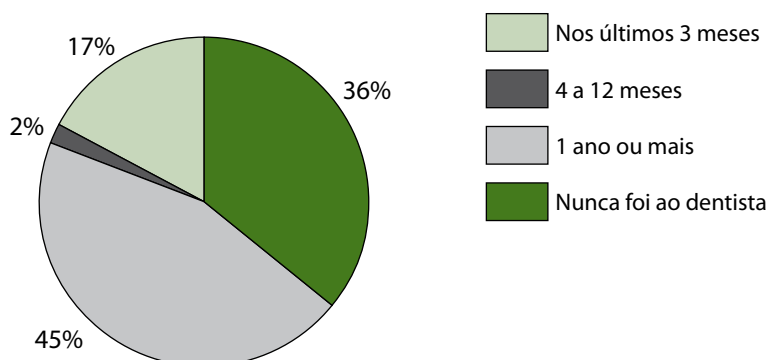
Relativamente ao Plano Nacional de Vacinação, verifica-se que a maior parte das crianças seguem o plano de vacinação. De acordo com o gráfico, apenas 4% das crianças não seguem devidamente a vacinação. O facto de 96% das crianças cumprirem o referido plano, poderá estar associado às várias intervenções de projectos e instituições que têm trabalhado as questões de saúde destas comunidades, mais concretamente no cumprimento deste Programa. 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.

Gráfico 24. Percentagem de Menores que seguiram o Plano de Vacinação

Assim, à semelhança da assistência médica, é pouco relevante a percentagem de menores que não seguiram o Programa Nacional de Vacinação. Contudo, deve-se apostar continuamente na sensibilização da necessidade e da importância da vacinação, de forma a que o plano de vacinação seja abrangido por toda a população cigana.

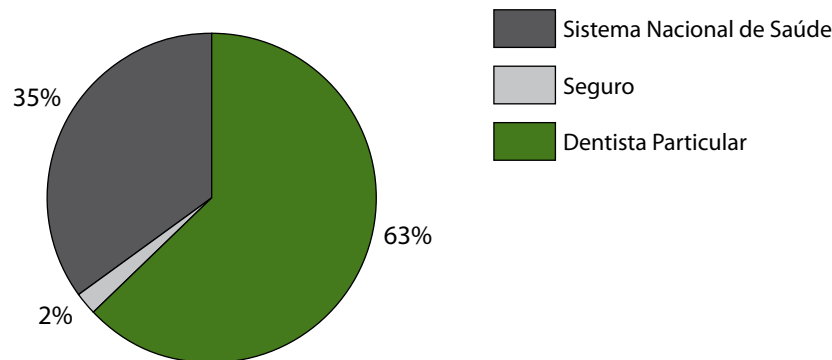
4.4. Consultas ao Dentista

Se tivermos presente a população entrevistada, denota-se que as pessoas que *foram ao dentista há um ano ou mais* (45%), são na sua maioria adultos com idades entre os 30 e 44 anos. É igualmente significativa a percentagem de pessoas ciganas que responderam que *nunca foram ao dentista* (36%). Deste grupo a maioria são menores dos 0 aos 15 anos. No entanto é também este grupo etário que mais foi ao dentista nos últimos 3 meses (17%). Este facto pode estar relacionado com o desenvolvimento de programas de saúde oral estabelecidos entre o Ministério da Saúde e da Educação, fundamentalmente, naqueles casos que ainda se encontram a frequentar o sistema de ensino.

Gráfico 25. Tempo passado desde a última visita ao médico, pelo tipo de alojamento

No entanto, não se pode ignorar que uma significativa percentagem de pessoas nunca foi ao dentista, revelando a ausência de educação para a saúde oral. Ao contrário das visitas regulares ao médico que são realizadas no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, no caso dos Dentistas as consultas são realizadas em médicos privados (63%). Efectivamente, o Sistema Nacional de Saúde ainda não possui respostas adequadas a este nível dirigidas à população em geral, constituindo-se como excepção a regra a existência da especialidade de odontologia nos Centros de Saúde locais. Esta situação explica o não acesso das comunidades ciganas ao dentista, visto que estamos perante uma população com fracos recursos económicos.

Gráfico 26. Distribuição da população cigana que nos últimos 3 meses teve consultas no dentista, pelo tipo de sistema de saúde



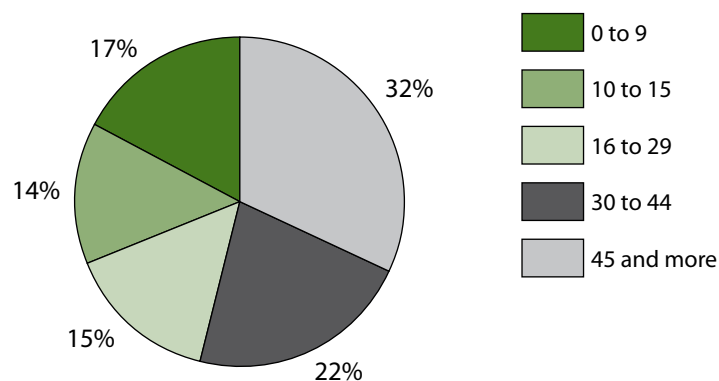
A falta de informação neste domínio associado ao não recurso a serviços específicos, relaciona-se com a baixa qualidade de saúde oral. Devido ao seu evidenciado empobrecimento, e conforme se constata no capítulo II, as Comunidades Ciganas apresentam um menor acesso aos serviços de saúde oral, quer por questões financeiras, quer pela não inclusão desta temática nos planos de saúde.

4.5. Hospitalização

Sendo a hospitalização algo inerente à própria saúde, torna-se pertinente abordar esta temática no sentido de aferir os principais motivos e a frequência desta situação junto das comunidades ciganas.

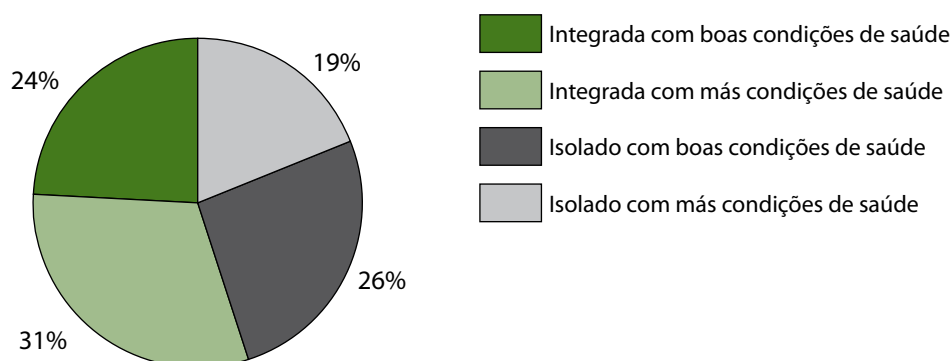
Na generalidade, apenas 23% dos entrevistados afirmaram terem sido hospitalizados pelo menos uma noite no último ano. No entanto, apesar de ser um valor baixo, não deixa de ser relevante o seu significado para análise. Desta população hospitalizada, a maioria era população adulta, com idades acima dos 30 anos, num total de 54%.

Gráfico 27. Percentagem da população que foi hospitalizada, pelo menos por uma noite nos últimos 12 meses, por nível etário



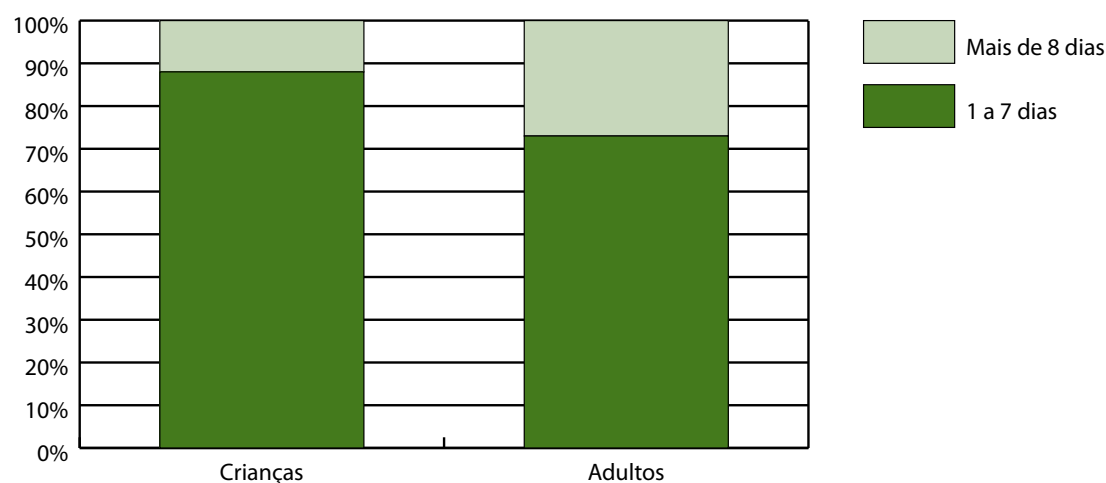
Em termos das condições de saúde face ao local de residência dos inquiridos que já foram hospitalizados, verifica-se que cerca de 55% destes inquiridos encontram-se integrados na cidade. No entanto, as boas ou más condições de saúde desses locais parecem ter um peso semelhante junto dos que já foram hospitalizados: metade dos inquiridos hospitalizados encontram-se em locais com boas condições de saúde e metade em locais com más condições de saúde. Assim, cerca de 31% da população hospitalizada vive em áreas *integradas na cidade, mas com más condições de saúde*, logo seguida dos que vivem em *meios isolados, mas com boas condições de saúde* (26%).

Gráfico 28. Percentagem da população que foi hospitalizada, pelo menos por uma noite nos últimos 12 meses, por condições de saúde na área de residência



No entanto, e apesar de existir um numero significativo de situações de internamento, o tempo de permanência é relativamente curto. Assim, é visível que na sua maioria (73%), a população cigana internada no último ano *não passou mais de uma semana* no hospital. Comparando a população infanto-juvenil e a população adulta, verifica-se que é junto dos mais jovens onde sobressai um período de internamento mais curto. Perto de 90% das crianças e jovens foram internadas nos últimos 12 meses por um período inferior a 8 dias. Estes foram na sua maioria – perto de 90% - crianças e jovens.

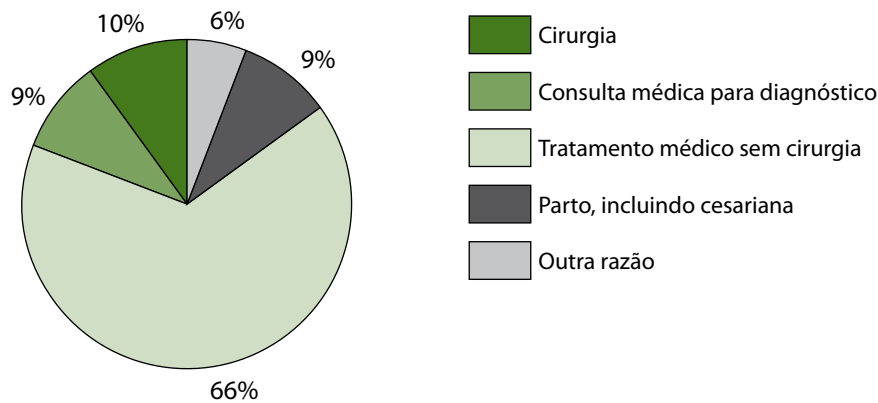
Gráfico 29. Percentagem da população hospitalizada nos últimos 12 meses pelo número de dias de internamento



No caso dos adultos, embora o número de dias de internamento tenha sido na sua maioria, também, de 1 a 7, a percentagem dos que ficaram *mais de 8 dias* no hospital foi muito mais elevada nesta faixa etária (34,5%) do que na anterior (10,7%). O curto período de permanência destas comunidades no hospital poderá estar relacionado com os principais motivos que levaram ao seu internamento, visto que algumas doenças necessitam de maiores cuidados e, consequentemente, uma maior permanência nesses serviços.

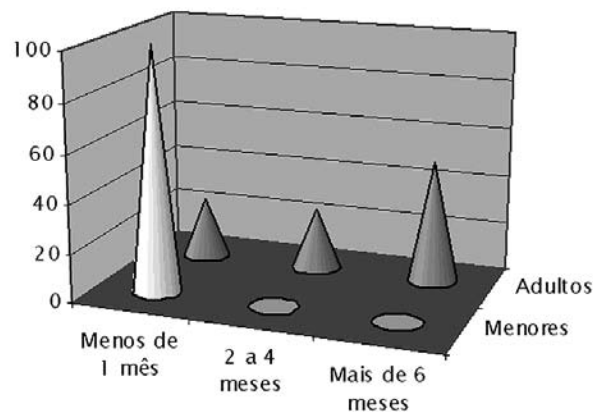
Para melhor compreender o maior ou menor período de internamento, é importante analisar as causas desta hospitalização. Desta forma, e tendo presente o seguinte gráfico, verifica-se que a maioria da população cigana foi hospitalizada para *tratamento médico sem ser necessário recorrer a cirurgia* (66%). Esta percentagem foi elevada para as duas faixas etárias (crianças e adultos), embora tenha sido mais relevante ao nível das crianças.

Gráfico 30. Causas do mais recente internamento (percentagem da população hospitalizada nos últimos 12 meses)



Em termos de lista de espera para a hospitalização, verifica-se que grande parte da população entrevistada que foi hospitalizada *não integrou uma lista de espera* (94%). Dos que tiveram que esperar pelo internamento, o tempo de espera para as crianças e jovens foi de *menos de um mês*. No caso da população adulta o tempo de espera para internamento distribuiu-se pelas 3 categorias, embora tenha sido mais significativa na de maior tempo de espera – *mais de 6 meses* (50%).

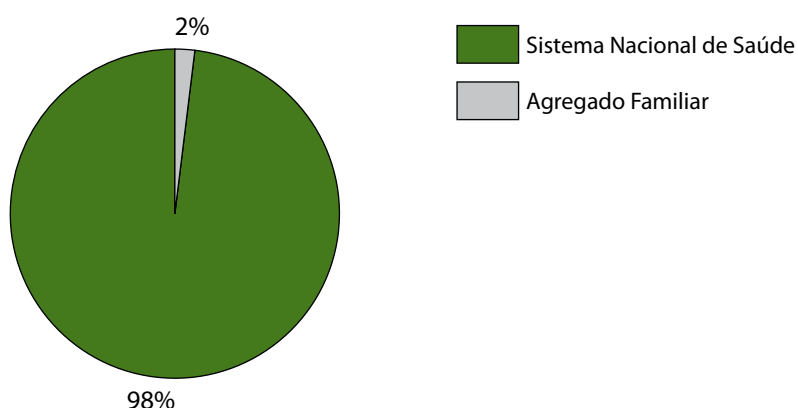
Gráfico 31. Tempo de espera da população que integrou uma lista de espera para ser hospitalizada, nos últimos 12 meses



Denota-se, pela análise dos dados, que os indivíduos que integraram uma lista de espera, se caracterizam por situações que requerem outro tipo de tratamento médico, inclusive o *recurso a cirurgias*. Contudo, não se pode descurar que as comunidades ciganas apresentam um valor baixo de integração em listas de espera. Esta ausência de integração em listas de espera deve-se, fundamentalmente, ao facto destas comunidades acederem apenas aos serviços de saúde em situação de emergência, não existindo cuidados primários e secundários.

À semelhança do que verificamos anteriormente no que diz respeito às consultas, também no caso dos internamentos, o principal meio de financiamento é o Sistema Nacional de Saúde.

Gráfico 32. Financiamento da hospitalização

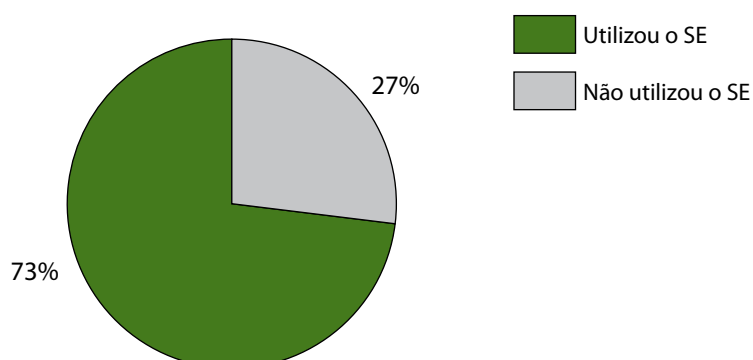


A percentagem reduzida (2%) que foi assegurada pelo agregado familiar deveu-se unicamente a situações de cirurgia, mas mesmo assim não é muito significativa.

4.6. Utilização dos Serviços de Emergência

Para além do internamento/hospitalização é importante aferir as atitudes e os comportamentos das comunidades ciganas face aos serviços de emergência. Neste sentido, afere-se que nos últimos 12 meses, cerca de 73% pessoas recorreram ao serviço de emergência (Centro de Saúde e/ou Hospital).

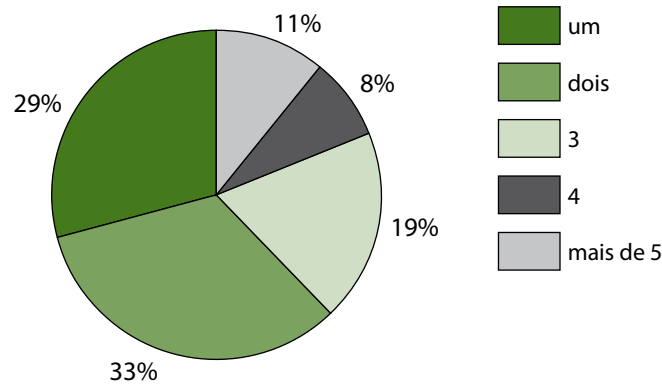
Gráfico 33. Utilização dos serviços de emergência (SE) nos últimos 12 meses



Esta situação pode ser explicada pela ausência de práticas preventivas que leva a situações em que os problemas de saúde são diagnosticados tardiamente provocando situações de urgência e o prolongamento do respectivo tratamento. Dessa forma, quando recorrem aos serviços de saúde, acedem já em situação de emergência.

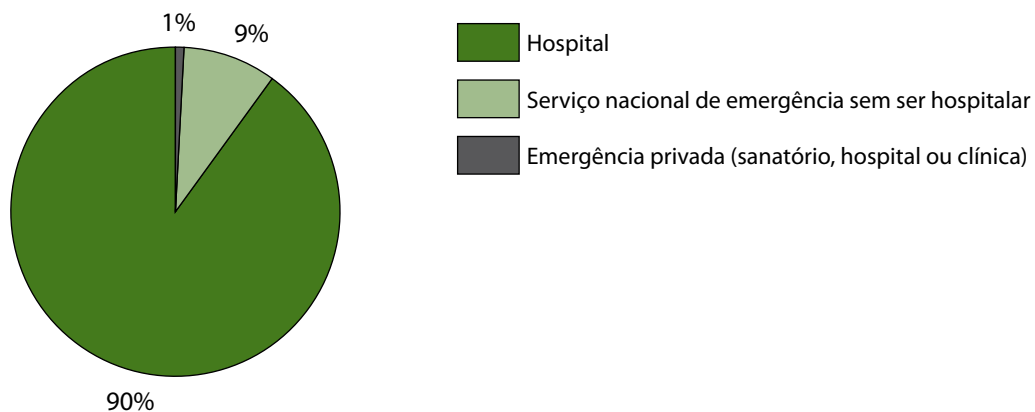
Atendendo à frequência de utilização dos serviços de emergência, afere-se que 33% da população que recorreu a estes serviços fê-lo *duas vezes* nos últimos 12 meses e 29% apenas *1 vez*, contabilizando um total de 62% que deram entrada nos serviços de urgência no máximo *duas vezes* ao longo dos últimos 12 meses. A percentagem de população que recorreu mais de *5 vezes* a estes serviços foi ainda relativamente significativa (11%).

Gráfico 34. Frequência de Utilização dos SE



Tendo presente os diferentes tipos de serviços de emergência, constata-se que as comunidades ciganas, recorrem maioritariamente aos hospitais (90%). O que demonstra uma vez mais a ausência de diagnósticos preventivos e o recurso destas comunidades aos serviços de saúde, apenas quando surgem sintomas com necessidade de tratamento urgente, ou seja, recorrem aos serviços apenas em ultimo recurso. Assim, pode-se referir que as comunidades ciganas possuem uma informação deficitária sobre o sistema de saúde e, conseqüentemente, um uso desadequado dos seus respectivos serviços. Demonstra, igualmente, a necessidade imediata que as comunidades ciganas sentem de curar as doenças de forma mais rápida possível, atendendo à forte associação doença/morte.

Gráfico 35. Tipo de Serviço de Emergência Utilizado



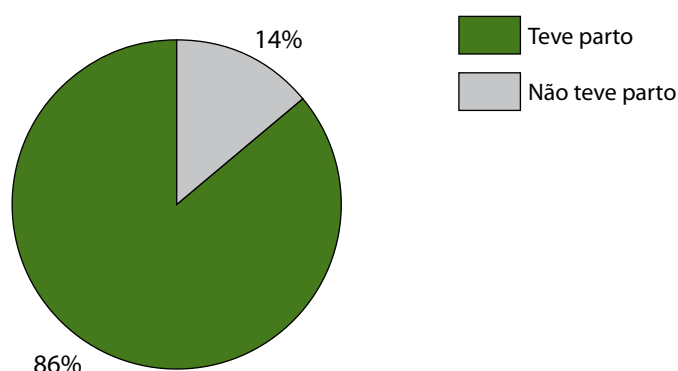
Assim, o contacto com as instituições de saúde é quase sempre em situação de urgência, quando o mal-estar ou a doença atingem estados alarmantes provocando, em muitos casos, incapacidade para o desenvolvimento das suas actividades. A resistência e o adiamento à intervenção médica são, igualmente, comuns entre a população geral. No entanto, junto das comunidades ciganas estas situações têm um maior predomínio, bem como o recurso imediato a serviços de urgência. Neste sentido, é pertinente apostar em sessões de esclarecimento sobre os serviços de saúde e sobre a necessidade de incutir a importância dos cuidados primários e secundários na saúde.

4.7. Consultas de Saúde Reprodutora e Sexual

Há factores que interferem na saúde sexual da mulher, tais como a idade, os hábitos e os estilos de vida, os factores genéticos e o meio ambiente. O bem-estar sexual, os níveis de fertilidade, a qualidade de vida durante a gravidez e a maternidade são influenciados de forma positiva ou negativa por estes factores.

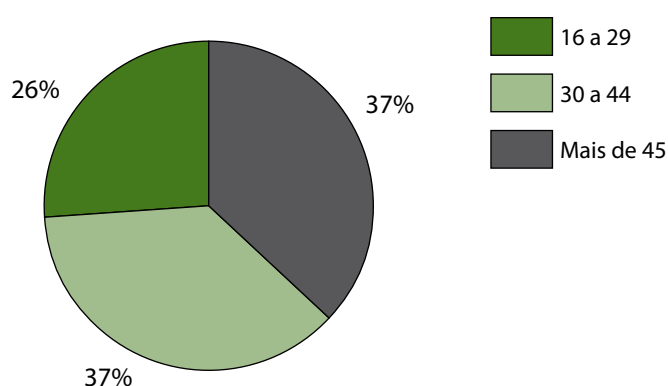
Em relação à maternidade, verifica-se que existe uma elevada percentagem de mulheres ciganas (86%) que já passaram pela experiência do parto.

Gráfico 36. Percentagem de mulheres que já tiveram filhos



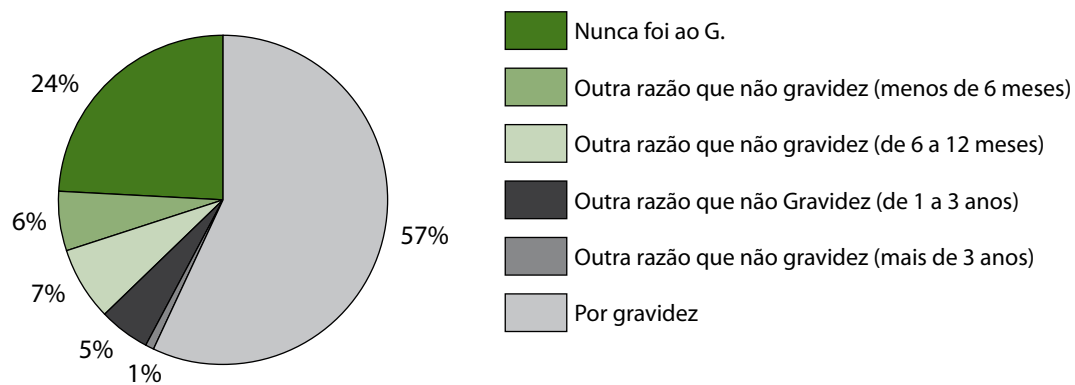
Este facto é mais visível junto das mulheres com idades a partir dos 30 anos. No entanto, deve-se ter presente que 26% das mulheres entre os 16 e os 29 anos já passaram pela experiência do parto, o que demonstra que a maternidade ocorre bastante cedo ao nível das comunidades ciganas, embora se verifique algumas alterações a esse nível.

Gráfico 37. Percentagem de mulheres que já tiveram filhos, por nível etário



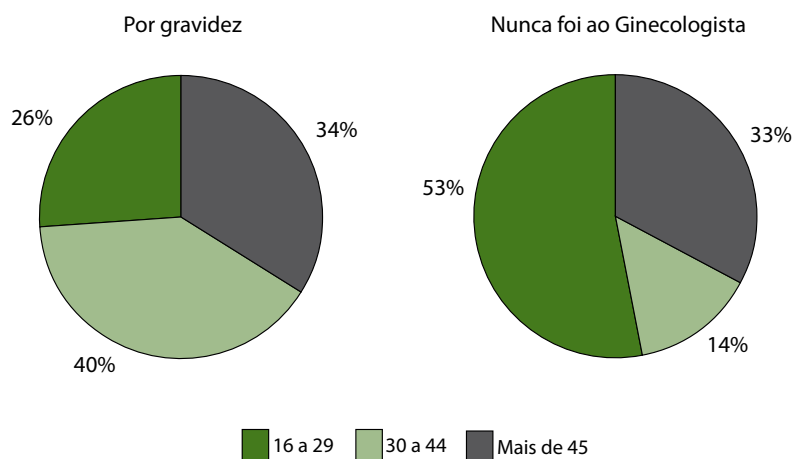
Por outro lado, apesar da maternidade ser precoce nas comunidades ciganas, verifica-se que as mulheres não recorrem com frequência a consultas específicas de ginecologia. Assim, 24% das mulheres entrevistadas referiram que *nunca foram a uma consulta desta especialidade* médica, sendo mais visível junto da população com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos. A faixa etária reduz no caso das mulheres que nunca foram ao ginecologista. Assim, 53% das mulheres entre os 16 e os 29 anos de idade *nunca foram ao ginecologista*, face a 33% das mulheres com mais de 45 anos.

Gráfico 38. Percentagem de mulheres que foram ao ginecologista e as razões da consulta



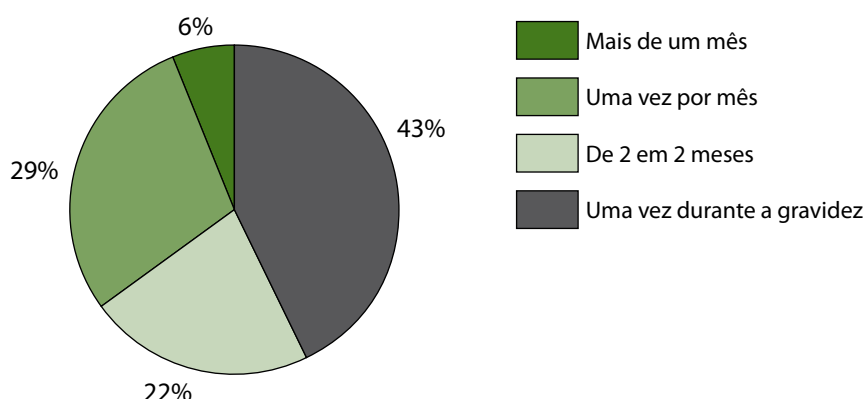
Relativamente às mulheres que recorreram a consultas ginecológicas, verifica-se que o principal motivo deve-se à *existência de uma gravidez* (57%), sendo que também apresenta um valor significativo aquelas mulheres que afirmaram que *nunca foram a consultas desta natureza*. No que diz respeito à primeira situação, 40% das mulheres tinham idades entre os 30 e os 44 anos.

Gráfico 39. Percentagem de mulheres que foram ao ginecologista por gravidez e as mulheres que nunca foram a esta especialidade médica



Ainda neste nível de análise, é pertinente referir que a maioria das mulheres em situação de gravidez, só foi ao ginecologista *apenas uma vez* durante todo o período da gravidez (43%) e cerca de 22% afirmou ter ido a *consultas de 2 em 2 meses*.

O acompanhamento médico da gravidez tem maior significado/incidência nas mulheres mais jovens. No entanto este acompanhamento é desadequado ao seu estado de saúde, visto que este processo necessita de um acompanhamento permanente. Assiste-se a uma naturalização versus uma visão clínica da gravidez. Esta naturalização da gravidez torna-se contraproducente no sentido em que denota uma despreocupação quanto à necessidade de vigilância e de cuidados especiais durante o período de gravidez.

Gráfico 40. Frequência de consultas de Ginecologia durante a gravidez

É ainda de salientar que 19% das mulheres consultaram o ginecologista por outras razões que não a gravidez, designadamente, *planeamento familiar* (43,8%), *problema ginecológico* (31,3%) e *para check-up de rotina* (25%).

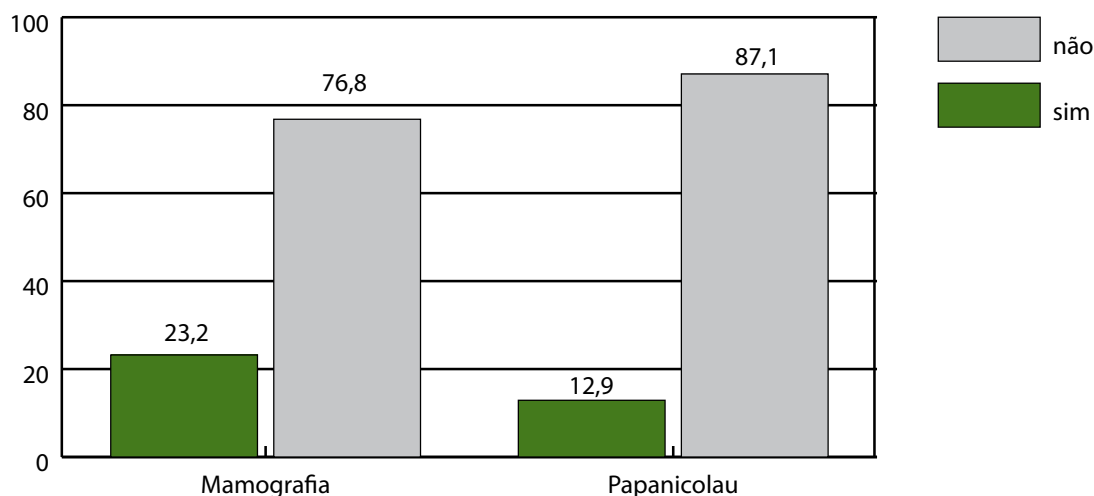
Quadro 27. Consultas no Ginecologista por outras razões que não a gravidez, por nível etário

Grupo etário	Problema ginecológico	Planeamento Familiar	Check up periódico	Total
16 a 29	28,6	71,4	0,0	100
30 a 44	20,0	40,0	40,0	100
Mais de 45	50,0	0,0	50,0	100
Total	31,3	43,8	25,0	100

O planeamento familiar é um elemento fundamental na prestação de cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva, tendo como principal objectivo o apoio e o acompanhamento dos casais no planeamento do nascimento dos seus filhos, através do aconselhamento e da utilização dos métodos contraceptivos. Assim, através dos dados enunciados na tabela anterior, constata-se que o recurso a esta área constitui uma das principais mudanças ocorridas junto das comunidades ciganas, visto que esta situação não era prática corrente. As mulheres ciganas tinham os seus filhos sem planeamento e acompanhamento, não existindo recurso a métodos contraceptivos. Neste sentido, denota-se que são essencialmente as mulheres com idades entre os 16 e os 29 anos que recorrem a este tipo de consulta. Esta situação demonstra que as camadas mais jovens estão mais sensibilizadas para a necessidade de um planeamento familiar, enquanto que as mulheres com mais idade recorrem apenas por questões de *problemas ginecológicos* e *diagnósticos de rotina*. Este facto está associado, muitas vezes, ao aparecimento de doenças ginecológicas e de problemas associados à menopausa.

No seguimento da análise anterior, verifica-se que cerca de 76,8% e 87,1% das mulheres entrevistadas afirmaram *não terem feito mamografia e papanicolau*, respectivamente, enquanto exames recomendados por um especialista.

Gráfico 41. Percentagem de mulheres adultas que fizeram, ou não, mamografia e papanicolau por recomendação de um especialista



É interessante verificar que aquelas que fizeram estes exames foram na sua maioria mulheres com mais de 45 anos. Esta é uma preocupação que surge mais com o avançar da idade, embora já tenha sido referido que uma grande parte destas mulheres já foi mãe com idades mais novas sem recurso à realização de exames periódicos. Refira-se ainda que junto das mulheres com mais de 45 anos, cerca de 61% fez a *mamografia* quando recomendado pelo médico, enquanto que apenas 21% fez o *exame de papanicolau*. O carácter mais intrusivo deste exame ginecológico estará provavelmente na causa desta maior resistência.

Quadro 28. Distribuição etária das mulheres que fizeram, ou não mamografia e papanicolau, por recomendação de um especialista

Grupo Etário	Fez Mamografia	Não fez Mamografia	Fez papanicolau	Não fez papanicolau
16 a 29	4,4	95,6	6,7	93,3
30 a 44	22,6	77,4	15,6	84,4
Mais de 45	60,9	39,1	20,8	79,2

Mais uma vez se depara a representação que as comunidades ciganas possuem sobre os serviços de saúde como a resolução para a cura em situação de doença ou de perigo iminente. Contudo, não existe um reconhecimento sobre a importância e a necessidade de prevenção no sentido de despistar possíveis doenças, ou seja, não se reconhece a importância de diagnósticos que possam detectar precocemente as doenças e facilitar, dessa forma, o tratamento/cura.

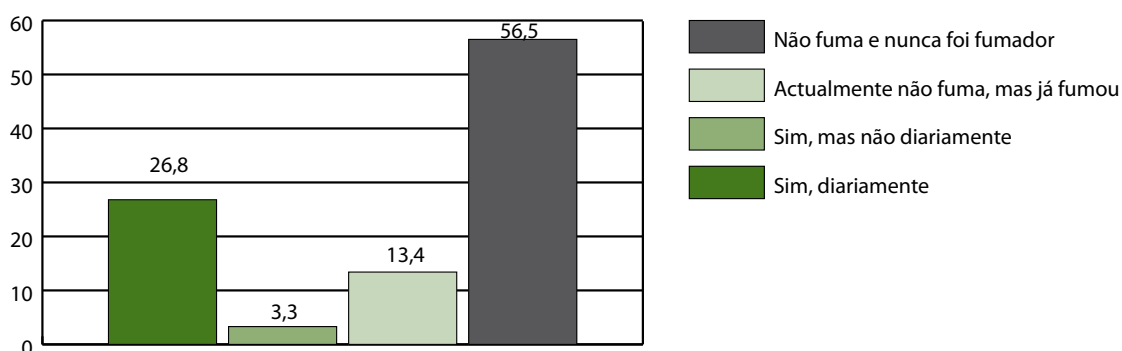
Parte V - Estilos de Vida

É com base nos diferenciados estilos de vida que melhor se compreendem os comportamentos que propiciam o aparecimento de determinadas doenças. Esses estilos de vida são, essencialmente, o tipo de alimentação, o hábito de fumar, a prática de exercício físico, a manutenção do peso, o consumo de álcool, entre outros. É importante um estilo de vida saudável para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. É neste sentido que os próximos itens são dedicados a esta temática, permitindo uma melhor compreensão da situação de saúde das comunidades ciganas e a explicação de determinados comportamentos evidenciados no presente relatório.

5.1. Consumo de tabaco e de álcool

Relativamente ao consumo de tabaco, é possível inferir que a maioria dos inquiridos *não são fumadores* (69,9%). Contudo, não podemos deixar de assinalar que cerca de um terço dos inquiridos *são fumadores*, contemplando 3,3% de inquiridos que são apenas *fumadores ocasionais*. Se compararmos os dados com a população geral (não cigana e cigana), constata-se que apenas 19,6% dos indivíduos consomem tabaco²⁰. Por isso, verifica-se que existe um maior consumo de tabaco junto das comunidades ciganas face a população geral.

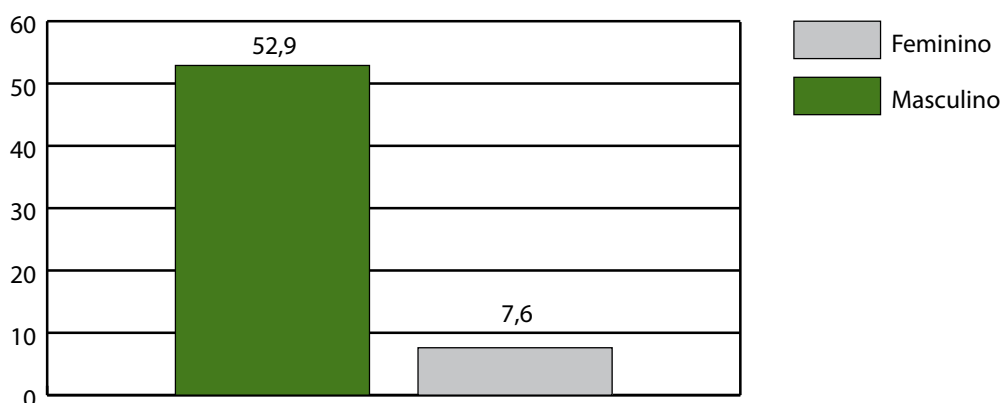
Gráfico 42. Distribuição da população adulta segundo o consumo de tabaco



Como podemos constatar no gráfico seguinte, existem diferenças significativas em termos de género, sendo mais visível o consumo de tabaco junto da população masculina (52,9% face a 7,6% das mulheres que fumam), e nos escalões etários mais jovens.

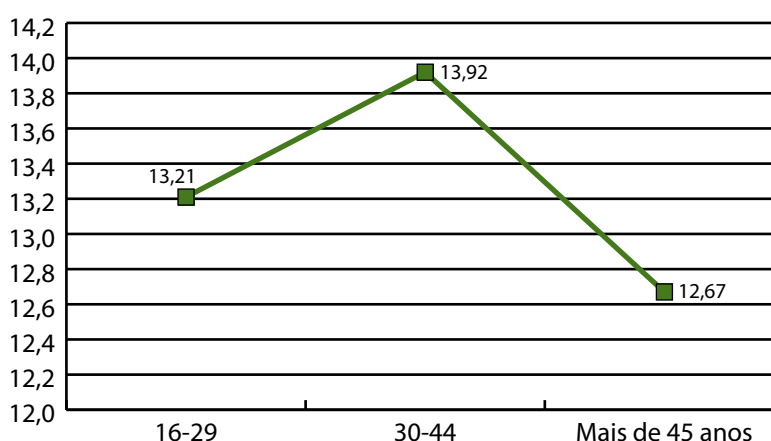
²⁰ INE, *op cit*, 2007

Gráfico 43. Distribuição da população que fuma segundo o género



Ainda a este propósito, um dado interessante prende-se com o facto de 13,4% já ter consumido tabaco e actualmente ter deixado esse consumo. É igualmente, pertinente referir que são os homens que deixam de fumar à medida que se sobe nos escalões etários: 16-29 anos de idade – 9,4%; 30-44 anos de idade – 11,1% e por último, com mais de 45 anos de idade – 21,6%. Assim, verifica-se uma diminuição do consumo de tabaco à medida que se avança nos escalões etários, situação que poderá estar relacionada com o aparecimento de doenças nos inquiridos que fumam em idades ainda jovens (essencialmente a partir dos 30 anos). Estas doenças são provocadas, em muitos casos, pelo consumo precoce de tabaco.

Gráfico 44. Média da idade com que começaram a fumar

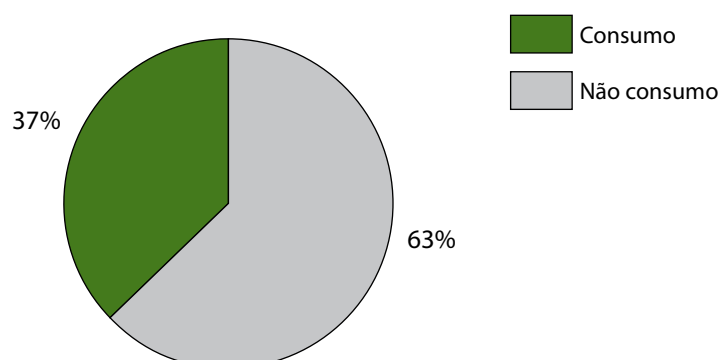


Tendo por base os dados acima expostos, é visível que a idade de início de consumo de tabaco é muito jovem junto da população cigana: 13,8 anos de idade.

Relativamente ao tipo de tabaco que consomem verifica-se que os fumadores ocasionais, consomem maioritariamente *charutos* (96,5%). Em contrapartida, junto dos fumadores frequentes encontramos um consumo elevado de *cigarros* (94,5%) face a outro tipo de tabaco. Neste sentido, não podemos deixar de assinalar que junto dos fumadores ocasionais existe um consumo dos três tipos (*cigarros*, *cachimbo* e *charutos*) de tabaco, enquanto que nos fumadores frequentes apenas se verifica o consumo de *cigarros* e de *charutos*. Desta forma, a média de cigarros por dia junto da população cigana fumadora é de 29,6. Ao cruzarmos estes dados com os grupos etários, detecta-se que existe um ligeiro decréscimo de consumo diário de cigarros nos indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 44 anos de idade (25,8 cigarros/dia), enquanto que nos outros escalões etários não existe diferenciações significativas (16 – 29 anos – 30,7 cigarros/dia; mais de 45 anos de idade – 31,6 cigarros/dia).

No que diz respeito ao álcool, observa-se que a maior parte da população inquirida refere que não consumiu álcool nos últimos 12 meses. Desta forma, apenas 37% dos inquiridos respondeu afirmativamente sobre esta questão. Este cenário é contrário ao que se evidencia na população geral portuguesa. Assim, 53,8% dos indivíduos confirmaram o consumo de álcool, valor relativamente elevado face às comunidades ciganas inquiridas²¹.

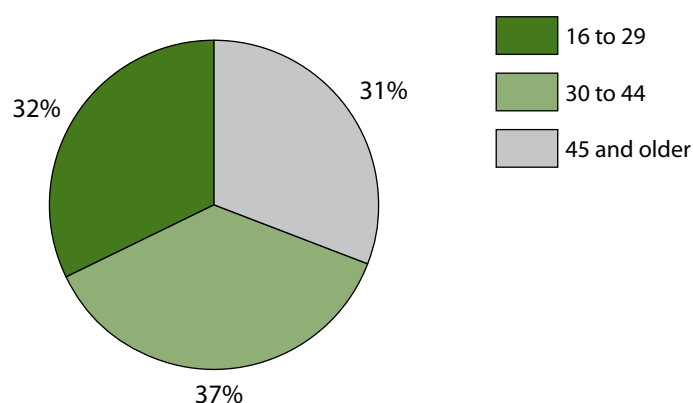
Gráfico 45. Distribuição da população adulta segundo o consumo de álcool



Se analisarmos, a relação entre o consumo e o género, registamos que a maior parte da população que consumiu álcool é do sexo masculino (88%), apresentando as mulheres uma percentagem relativamente baixa (12%).

Relativamente aos grupos etários, os dados demonstram que não existem diferenças significativas, sendo o consumo de álcool ligeiramente mais elevado nos indivíduos que se situam entre os 30 e os 44 anos de idade (37%).

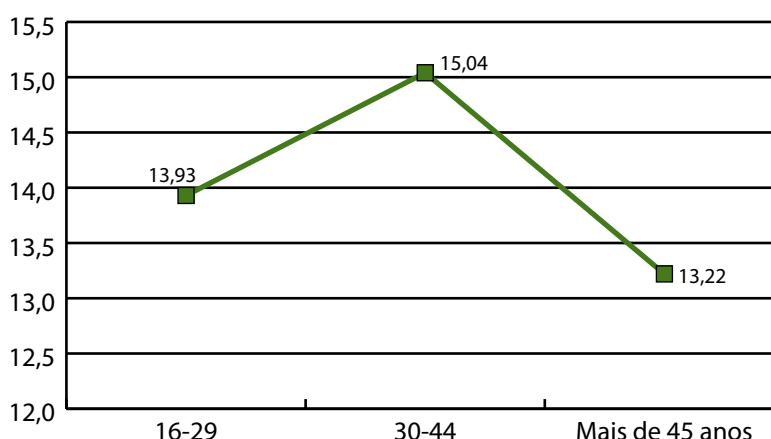
Gráfico 46. Distribuição da população adulta que consome álcool de acordo com os escalões etários



Ainda a este propósito, constata-se que a idade de início de consumo de álcool é, igualmente, muito precoce – 14 anos. No entanto, nos homens a média de idade de consumo é mais baixa (cerca dos 13 anos) comparativamente às mulheres que ocorre por volta dos 16 anos.

Contudo, em termos gerais, verifica-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e 44 anos iniciaram o seu consumo mais tarde, relativamente aos indivíduos que se situam no escalão etário dos 16-29 anos e aos indivíduos com mais de 45 anos.

²¹ INE, *op cit*; 2007

Gráfico 47. Média da idade com que começaram a consumir álcool

Outro eixo de análise pertinente, prende-se com o tipo de bebida. Neste sentido, os dados são ilustrativos relativamente ao facto do *vinho* ser a bebida mais consumida diariamente pelos inquiridos, seguido da *cerveja*. As bebidas mais fortes, como por exemplo, o *whisky*, as *bebidas espirituosas*, os *licores* e a *mistura de bebidas* são as menos consumidas pelos inquiridos. No caso do *whisky*, no entanto, apesar de apenas 4,3% consumir esta bebida diariamente, mais de 10% bebem *whisky* várias vezes por semana (10,7% consomem esta bebida 4 a 6 dias por semana e 12,8% bebem esta bebida 2 ou 3 dias por semana)

Quadro 29. Distribuição da população que consome álcool de acordo com o tipo de bebida e a frequência de consumo

	Vinho	Cerveja	Xerez/bebidas espirituosas	Shots/licores	Whisky	Mistura de bebidas
Diariamente	55,8	21,9	2,2	0,9	4,3	0,0
4 a 6 dias por semana	5,6	23,2	2,7	5,3	10,7	5,9
2 a 3 dias por semana	3,9	23,3	2,0	4,2	12,8	1,1
1 dia por semana	0,0	5,2	0,9	2,0	6,3	0,0
1 dia em cada 2 semanas	0,0	1,8	0,0	0,0	1,1	1,1
1 dia por mês	1,5	5,3	1,1	2,2	1,1	0,0
1 dia por mês	21,3	8,8	66,1	58,0	35,6	57,6
Não consome	11,9	10,4	25,0	27,5	28,2	34,3
Total	100	100	100	100	100	100
Base (N)	(244)	(244)	(244)	(244)	(244)	(244)

No entanto, a quantidade de consumo é maior nas *bebidas espirituosas* com uma média de cerca de 6 copos diários, enquanto que a *cerveja* apresenta uma média de consumo de 4,7; seguido do *vinho* com 3,2, do *whisky* com 2,5 e, por último, os *licores* com uma média de 2 copos por dia.

5.2. Problemas de álcool e outras drogas

Em cada agregado familiar procurou-se obter informações sobre a existência de problemas relacionados com álcool ou com outro tipo de drogas. Da informação recolhida, regista-se que a maioria dos elementos dos agregados familiares não têm problemas, sendo visíveis apenas 2,8% de indivíduos com problemas associados apenas ao *álcool* e 0,2% que apresentam dificuldades de *álcool* e *outras drogas*. Relativamente aos indivíduos que apresentam problemas de álcool, verifica-se que os escalões etários que manifestam uma maior prevalência são os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 – 44 anos (4,1%), sendo seguido por crianças entre os 0 – 9 anos (3,4%) e os jovens dos 10 aos 15 anos (2,6%). Estes últimos dados são bastante preocupantes, visto que estamos perante

indivíduos com idades muito baixas para o consumo de álcool, tendo, potencialmente, um forte impacto no desenvolvimento cognitivo.

Quadro 30. Percentagem da população cigana de acordo com problemas de drogas (agregados familiares)

	Não tem probl.	Sim, álcool	Sim, outras drogas	Sim, álcool e outras drogas	Total	Base (N)
Total	96,6	2,8	0,4	0,2	100	(1.673)
Grupos etários						
0 - 9	96,6	3,4	0,0	0,0	100	(393)
10 - 15	97,4	2,6	0,0	0,0	100	(312)
16 - 29	97,2	1,8	0,7	0,2	100	(436)
30 - 44	94,5	4,1	1,4	0,0	100	(293)
Mais de 45 anos	97,1	2,1	0,0	0,8	100	(239)
Sexo						
Masculino	95,2	3,7	0,9	0,3	100	(788)
Feminino	97,9	1,9	0,0	0,1	100	(885)

Constata-se, igualmente, que são os indivíduos do sexo masculino que apresentam valores mais elevados (3,7%), assim como os indivíduos que *residem em localidades de pequena dimensão* (6,1%).

Tendo presente o gráfico seguinte, verifica-se que 10,9% dos indivíduos que apresentam fracas *condições de habitabilidade* (habitam em barracas), manifestam problemas com *álcool e outras drogas*. É ainda de referir que os indivíduos que estão *integrados no meio envolvente e de má saúde* apresentam, igualmente, problemas relacionados com o *álcool e outras drogas*.

Quadro 31. Percentagem da população total com problemas de Álcool e de drogas

	Sem problemas	Com problemas	Total	Base (N)
Total	90,8	9,2	100	(357)
Tipo de alojamento				
Aloj. standart	91,8	8,2	100	(171)
Aloj standart com más cond. de habitabilidade	91,1	8,9	100	(81)
Aloj. Não classico (barracas)	89,1	10,9	100	(107)
Area de residencia				
Integrado e de boa saúde	91,0	9,0	100	(176)
Integrado e de má saúde	87,5	12,5	100	(30)
Isolado e de boa saúde	94,7	5,3	100	(18)
Isolado e de má saúde	90,9	9,1	100	(135)

5.3. Redes/Relações sociais

O interesse pela análise das redes sociais de apoio advém dos efeitos que estas podem ter na saúde e no bem-estar dos indivíduos. O apoio social está associado a uma diversidade de pontos de vista: apoio estrutural e emocional, aconselhamento, interação com as pessoas e com o meio envolvente, orientação, confiança, sentimento de pertença, assistência, entre outros. De certa forma, são estes os elementos que pretendemos abordar neste capítulo de forma a caracterizar as relações de integração que as pessoas da etnia cigana possuem e que podem influenciar o seu estado de saúde.

Assim, se tivermos presente os dados recolhidos, pode aferir-se que a maior parte da população entrevistada considera que possui um suporte social razoável, sendo de destacar que a variável que assume uma maior percentagem é o *numero de vezes adequado* independentemente dos indicadores em análise.

Quadro 32. Distribuição da população adulta de acordo com o nível de suporte social

	Com suporte social		Deficit de suporte social			Total
	Mais do que gostaria	0 nr. de vezes adequada.	Algumas vezes, mas menos do que gostaria	Muito menos do que gostaria	Nunca	
É convidado para sair com outras pessoas	24,4	58,1	6,3	4,2	7,0	100
Recebe amor e carinho	18,6	69,3	7,1	2,5	2,5	100
Tem alguém para falar dos seus problemas	20,2	67,5	6,5	2,9	2,9	100
Tem pessoas que se preocupam consigo	17,6	71,8	7,1	1,7	1,7	100
Recebe conselhos	19,6	69,8	6,7	0,7	3,3	100
Recebe ajuda quando está doente/acamada	18,0	71,1	5,0	3,2	2,7	100

Apesar de ser uma minoria os inquiridos que consideram possuir um deficit de suporte social (entre 11% e 18% consoante os diferentes itens), importa perceber quais os grupos mais vulneráveis e quais os aspectos mais deficitários. Assim, se aprofundarmos os dados verifica-se que o indicador que possui um maior deficit de apoio social é *ser convidado para sair com outras pessoas* (17,5% das pessoas), revelando um valor relativamente elevado o *nunca ser convidado* (7% das pessoas).

Se tivermos presente a população sem suporte social, verifica-se que os indivíduos com mais de 45 anos de idade são o grupo com menos redes sociais, sendo mais visível no indicador - *é convidado para sair com outras pessoas* (28,3%). No entanto, importa referir que apesar dos mais velhos apresentarem um menor suporte social, os indivíduos entre os 16 e 29 anos de idade apresentam valores significativos nos indicadores: *tem alguém para falar dos seus problemas* (11,7%) e *tem pessoas que se preocupam consigo* (10,8%) comparativamente aos indivíduos que se situam entre os 30 e 44 anos de idade.

Quadro 33. População com deficit de suporte social de acordo com os grupos etários

	16 - 29	30 - 44	Mais de 45	Total
É convidado para sair com outras pessoas	13,6	14,4	28,3	17,5
Recebe amor e carinho	11,7	11,4	13,6	12,0
Tem alguém para falar dos seus problemas	11,7	9,6	16,7	12,3
Tem pessoas que se preocupam consigo	10,8	6,6	15,2	10,6
Recebe conselhos	9,9	8,4	15,1	10,7
Recebe ajuda quando está doente/acamada	9,8	9,4	14,9	10,9

Ao analisarmos a relação entre as variáveis, sexo e os indicadores de suporte social, registamos algumas discrepâncias, nomeadamente no que diz respeito – *em ser convidado para sair com outras pessoas* – em que as mulheres apresentam um valor de 22,9%, enquanto que os inquiridos do sexo masculino apresentam apenas um valor de 12%. Esta questão poderá estar relacionada com o facto das mulheres ciganas terem o papel de educadoras/responsável pelas crianças e pelas tarefas domésticas, ficando, desta forma, mais restritas ao espaço/área residencial.

Quadro 34. População com deficit de suporte social de acordo com o sexo

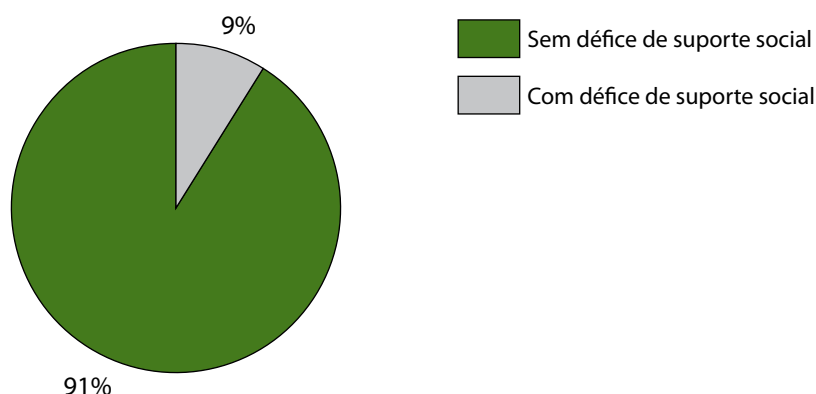
	Masculino	Feminino
É convidado para sair com outras pessoas	12,0	22,9
Recebe amor e carinho	12,1	12,1
Tem alguém para falar dos seus problemas	12,5	12,1
Tem pessoas que se preocupam consigo	11,7	9,5
Recebe conselhos	12,1	9,3
Recebe ajuda quando está doente/acamada	11,4	10,5

No entanto, podemos também observar algumas diferenciações em alguns indicadores em que os homens apresentam percentagens mais elevadas de ausência de suporte social, designadamente: *tem pessoas que se preocupam consigo* (11,7%); *recebe conselhos* (12,1%) e *recebe ajuda quando está doente/*

acamada (11,4%). Deste modo, os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais elevados nestas categorias.

Passando a uma análise mais aprofundada sobre os apoios sociais, verifica-se que apenas 9% da população adulta inquirida apresenta um deficit de apoio social, contrariamente a 91% que consideram possuir suportes sociais.

Gráfico 48. População inquirida de acordo com os apoios sociais



Contudo, no decorrer desta análise é possível detectar uma dinâmica pertinente relativamente às redes sociais, visto que são os homens (10,5%) e os inquiridos com mais de 45 anos de idade (15,4%) que apresentam mais deficits de suporte social. De igual modo, o mesmo cenário é visível junto dos inquiridos com dificuldades nas actividades diárias.

Quadro 35. Percentagem da população adulta sem redes sociais

	Sem deficit de suporte social	Com deficit de suporte social	Total	Base (N)
Total	90,6	9,4	100	(244)
Sexo				
Masculino	89,5	10,5	100	(121)
Feminino	91,6	8,4	100	(123)
Grupos etários				
16-29	91,7	8,3	100	(112)
30 - 44	92,2	7,8	100	(61)
Mais de 45 anos	84,6	15,4	100	(71)
Escolaridade				
Iliteracia Absoluta	88,9	11,1	100	(85)
Iliteracia Funcional	80,0	20,0	100	(36)
Ensino primário ou mais	95,1	4,9	100	(115)

Outro dado significativo a assinalar no domínio das redes sociais prende-se com os níveis de escolaridade. Assim, é possível observar que os inquiridos que não possuem recursos escolares (31,1%) são os indivíduos com mais deficit de suporte social. Ainda a este propósito, um dado interessante prende-se com o facto de que à medida que a dimensão do concelho de residência aumenta, aumenta igualmente o número de inquiridos com mais dificuldades de redes sociais. Assim, os concelhos com uma dimensão entre 50 001 a 100 000 habitantes apresentam um valor de 22,0%.

Quando ao meio envolvente, verifica-se que os indivíduos que se encontram isolados e de boa saúde (22,2%) contemplam um deficit neste domínio, seguido dos indivíduos *integrados* e de *má saúde* (21,4%) e os inquiridos isolados e de má saúde (14,8%). A este nível é significativo o facto de apenas 2% dos indivíduos integrados e de boa saúde percepcionarem fracas redes de sociabilidade.

Quadro 36. Percentagem da população adulta sem redes sociais

	Sem défice de suporte social	Sem défice de suporte social	Total
Total	90,6	9,4	100
Dimensão dos concelhos			
5 001 - 10 000	100	0,0	100
10 001 - 25 000	88,4	11,6	100
25 001 - 50 000	89,9	10,1	100
50 001 - 100 000	78,0	22,0	100
100 001 - 250 000	100	0,0	100
Mais de 250 000	100	0,0	100
Área de residência			
Integrado e de boa saúde	98,0	2,0	100
Integrado e de má saúde	78,6	21,4	100
Isolado e de boa saúde	77,8	22,2	100
Isolado e de má saúde	85,2	14,8	100

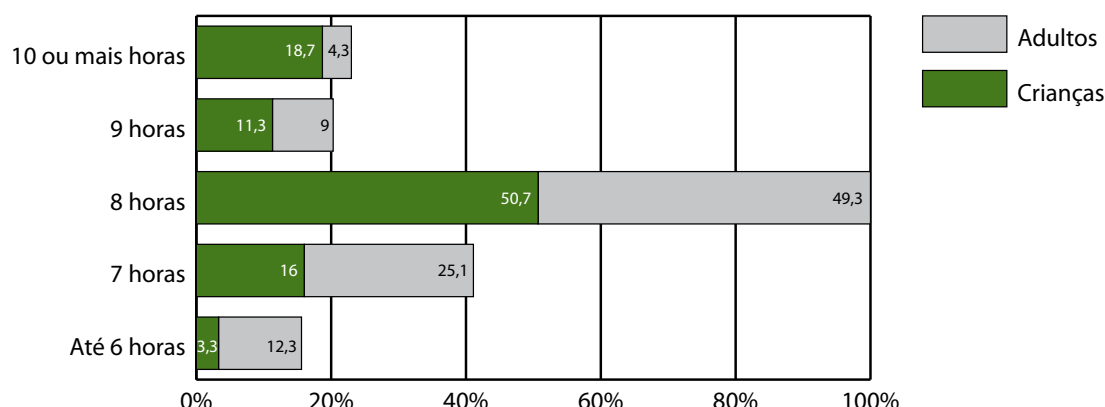
Desta análise, é possível deduzir que a maior parte da população cigana não apresenta déficits de suporte social. Este facto está relacionado com o forte sentimento de pertença à comunidade (cigana) em que estão inseridos e com as redes de entajuda (quer familiar, quer de vizinhança) existentes entre os membros da etnia cigana.

No entanto, 9% da população apresenta déficits de redes de sociabilidade. Apesar de ser um valor baixo, não deixa de ser preocupante para o bem-estar das pessoas, visto que este indicador revela um fraco (ou mesmo ausência) vínculo destas pessoas ao meio social.

5.4. Sono

O sono assume um papel pertinente na caracterização do estado de saúde das comunidades ciganas, visto que tem funções importantes com consequências negativas directas para a saúde, bem como permite o fortalecimento do sistema imunológico e a consolidação da memória, isso sem falar no relaxamento e descanso do próprio corpo. Dormir bem é essencial não apenas para uma melhor produtividade no dia seguinte, mas, também para manter-se saudável, melhorar a qualidade de vida e até aumentar a longevidade. O nosso desempenho físico e mental está directamente ligado a uma boa noite de sono.

Neste sentido, denota-se que a população adulta entrevistada apresenta na sua maioria *8 horas de sono* (49,3%), seguido de 25,1% de indivíduos que referiram *7 horas de sono* e 12,3% *dormem até 6 horas*. Assim, verifica-se que os indivíduos que dormem *mais do que 8 horas* constituem uma percentagem muito reduzida.

Gráfico 49. Distribuição da população entrevistada de acordo com o número de horas de sono por dia

Se compararmos a análise dos adultos com os dados das crianças, constata-se que existe uma semelhança de prevalência nas *8 horas de sono por noite* (50,7% das crianças). No entanto, existe uma diferenciação em termos de variáveis com valores igualmente significativos, como: 18,7% das crianças dormem *10 ou mais horas*, seguido de 11,3% que *dormem 9 horas*. Assim, refere-se que a situação aqui descrita vai de encontro ao que é defendido pelos profissionais de saúde: os adultos devem dormir aproximadamente 8 horas de sono por noite, enquanto as crianças devem dormir pelo menos 9 horas.

Em termos de género, não existem diferenciações ao nível das horas de sono, verificando-se apenas uma discrepância de 0,13 do número médio de horas de sono entre os homens (8 horas) e as mulheres (7,9 horas).

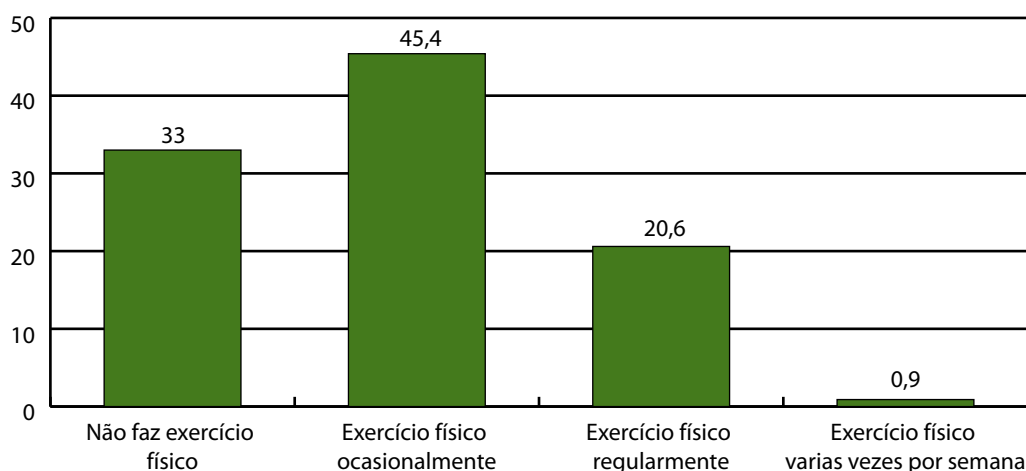
Ainda no seguimento desta análise, é possível depreender que à medida que aumenta a idade, diminui o número de horas por noite. Assim, se em média os inquiridos dormem cerca de *8 horas* por dia, junto do escalão etário mais elevado (mais de 45 anos) esta média desce para *7,2 horas*.

Quadro 37. Número médio de horas de sono

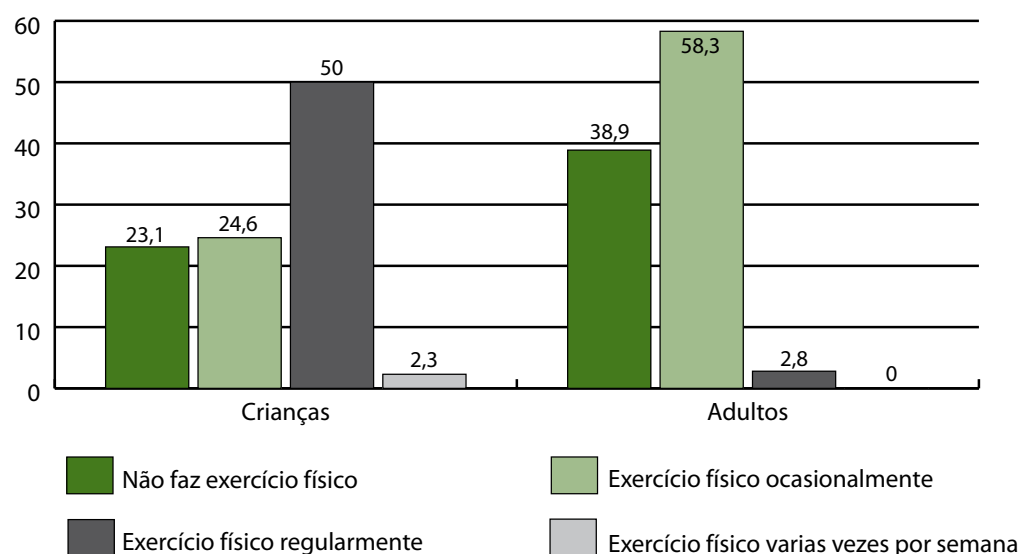
	Masculino	Feminino	Total
Total	8,03	7,90	7,96
Crianças e adultos			
Crianças	8,49	8,25	8,35
Adultos	7,75	7,61	7,68
Grupos etários			
0 - 9	8,49	8,47	8,48
10 - 15	8,50	8,00	8,19
16 - 29	8,09	7,83	7,95
30 - 44	7,75	7,58	7,66
Mais de 45 anos	7,20	7,20	7,20

5.5. Actividade física

A maior parte da população cigana (78,4%) realiza *pouca ou nenhuma actividade física* nos seus tempos livres. Destaca-se assim, que 33% da população inquirida *não faz qualquer tipo de exercício físico* e 45,4% *apenas faz ocasionalmente*. Este facto é visível na população feminina e masculina, não existindo discrepâncias nesse sentido.

Gráfico 50. Distribuição da população entrevistada de acordo com o tipo de actividade física

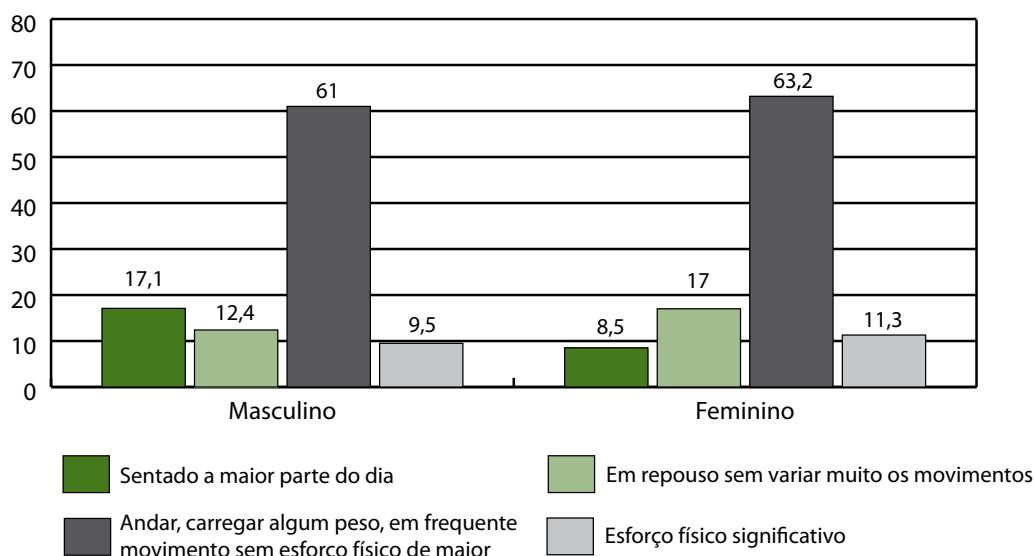
No seguimento desta análise, salienta-se ainda que as crianças apresentam níveis de actividade física maiores do que a população com mais de 16 anos. Esta questão poderá estar relacionada com o facto de ser uma população em idade escolar e, por isso, com currículos que integram disciplinas de educação física. Verifica-se, igualmente, que nos grupos etários mais elevados começam a ser poucas as pessoas que realizam alguma actividade física. Exemplificando, 62,7% dos indivíduos com mais de 45 anos de idade *não fazem exercício físico* e 37,3% apenas desenvolvem uma *actividade física ocasionalmente*.

Gráfico 51. Distribuição da população entrevistada de acordo com o tipo de actividade física

Relativamente aos adultos, se confrontarmos os dados com a principal actividade desenvolvida constata-se que são as mulheres que se movimentam mais ao longo do dia do que os homens. Neste sentido, realça-se que para além dos homens desenvolverem uma actividade que exige *carregar algum peso* e *em frequente movimento* (61%), depara-se que existe ainda uma percentagem significativa de indivíduos do sexo masculino que passam a maior parte do seu dia *sentados* (17,1%) ou em *repouso sem variar muito os seus movimentos* (12,4%). Esta situação poderá estar relacionado com o facto da população ser maioritariamente inactiva.

Comparativamente com os homens, as mulheres apresentam algumas diferenças, designadamente em actividades que exigem *esforço físico significativo* (11,3%) ou que implicam um *movimento permanente* (63%). Esta situação poderá ser explicado através do desenvolvimento de tarefas domésticas e o cuidado da família.

Gráfico 52. Distribuição da população adulta em termos de exercício físico e da principal actividade desenvolvida



5.6. Consumo infantil de televisão

Relativamente ao “consumo” de televisão, verifica-se que a maior parte das crianças *vê frequentemente televisão* – 82% (num total de 123 crianças) e apenas 18% *recorre a este meio de comunicação esporadicamente*. Este facto é mais evidente nas crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos e nas crianças do sexo feminino, que poderá ser explicado pelo facto das crianças do sexo masculino terem outro tipo de brincadeiras associadas por exemplo ao futebol e das meninas permanecerem mais tempo em casa do que os meninos.

Quadro 38. Percentagem de crianças pela frequência de “consumo” de televisão

	Sexo		Grupos etários		
	Masculino	Feminino	0 - 9	10 -15	Total
TV diariamente	75,4	86,8	76,9	86,8	82,0
TV ocasionalmente	24,6	13,2	23,1	13,2	18,0
Total	100	100	100	100	100
Base (N)	(42)	(81)	(66)	(56)	(123)

Importa referir que as condições de relativo afastamento/fechamento em que vive a maior parte das comunidades ciganas, influencia muitos aspectos relacionados com os estilos de vida e de saúde, como exemplo: o descanso, a intimidade, os tempos livres, a convivência e também a utilização da televisão. Em muitas famílias não existem espaços reservados para o estudo ou para as brincadeiras. A família convive num mesmo espaço em que a televisão assume grande importância e em que está ligada praticamente todo o dia.

Através dos dados do quadro seguinte, constata-se que a maior parte das crianças (43,6%) passa entre *1- 2 horas por dia em frente ao televisor*, seguido de 38,2% de crianças que passa entre *2 -3 horas*, por fim, 13,6% passa *mais do que 3 horas*.

Quadro 39. Percentagem de crianças que vêem televisão de acordo com o número de horas diárias

	Sexo		Grupos etários		Total
	Masculino	Feminino	0 - 9	10 - 15	
Menos de 1 hora	9,3	1,5	7,8	1,7	4,5
1 a 2 horas	48,8	40,3	51,0	36,7	43,6
2 a 3 horas	25,6	46,3	29,4	46,7	38,2
Mais de 3 horas	16,3	11,9	11,8	15,0	13,6
Total	100	100	100	100	100
Base (N)	(28)	(62)	(40)	(50)	(90)

5.7. Alimentação

5.7.1. Amamentação das crianças ciganas

A amamentação é uma prática maioritária junto das crianças ciganas e muito prolongada no tempo (para além de um ano na maioria dos casos). A longa duração do período de amamentação é bem visível nas comunidades ciganas, sendo que a partir dos três meses verifica-se a predominância de uma *alimentação mista* (natural e artificial) - 88,6%.

Quadro 40. Alimentação das crianças entre os 6 meses e os 4 anos segundo o tipo de alimentação até aos 6 meses

	Primeiras 6 semanas	6 semanas até aos 3 meses	3 a 6 meses
Natural	86,8	83,8	5,7
Mista	10,5	16,2	88,6
Artificial	2,6	0	5,7
Total	100	100	100
Base (N)	(27)	(27)	(27)

A prática da amamentação junto da população geral tende a diminuir, enquanto que nas comunidades ciganas vai permanecendo. Esta situação poderá estar relacionada com as restrições alimentares devido à falta de recursos económicos e com uma maior presença materna (nas comunidades ciganas) durante os primeiros meses de vida das crianças permitindo um prolongamento da amamentação.

5.7.2. Consumo de alimentos

Relativamente ao tipo de alimentos consumidos pelas comunidades ciganas, evidencia-se que o *pão/cereais* (89,8%) e a *massa e o arroz* (76,9%) são os alimentos com maior consumo. Por outro lado, denota-se um fraco consumo nos alimentos relacionados com os *vegetais* (18,3%), os *legumes* (12,9%) e o *peixe* (3,4%). É ainda de destacar o maior consumo de *carne* (9,3%) em relação ao peixe. A ausência de um maior consumo de vegetais, legumes e peixe poderá explicar a existência de doenças como o colesterol e tensão arterial elevada.

Quadro 41. Proporção da população entrevistada que consome diariamente cada tipo de alimentos

	Consumo diário
Fruta fresca	16,4
Carne	9,3
Ovos	0,8
Peixe	3,4
Massa, arroz	84,7
Pão, cereais	89,8
Vegetais	18,3
Legumes	12,9
Fiambre	46,9
Produtos Lácteos	38,1
Doces	18,4

Se compararmos a alimentação das crianças com a dos adultos, verifica-se algumas diferenciações:

- Apesar dos alimentos mais consumidos (*pão/cereais e arroz/massa*) serem idênticos nos dois grupos, esses mesmos alimentos são consumidos em maior número pelas crianças.
- As crianças consomem mais *fruta fresca* (20,3%) e mais *produtos lácteos* (47,6%) do que os adultos, 13,7% e 31,8% respectivamente. No entanto, os adultos consomem mais *vegetais e legumes* do que as crianças.
- Por último, as crianças consomem mais *doces* do que os adultos.

Quadro 42. Frequência de consumo de alimentos (crianças e adultos)

	Crianças	Adultos
Fruta fresca	20,3	13,7
Carne	10,5	8,5
Ovos	0,7	0,9
Peixe	4,2	2,8
Massa, arroz	96,5	76,9
Pão, cereais	93,7	87,2
Vegetais	11,9	22,6
Legumes	10,4	14,6
Fiambre	49,3	45,2
Produtos Lácteos	47,6	31,8
Doces	29,4	10,9

Quanto à frequência do consumo de alimentos por sexo, podemos destacar o seguinte:

- Os homens consomem mais *carne* (85% comem 3 vezes ou mais por semana, face a 82,2% de mulheres), *produtos lácteos* (47,3% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 38,5% das mulheres), *massa e arroz* (16,7% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 9% das mulheres) e, por fim, *pão e cereais* (10,1% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 5,3% das mulheres);
- As mulheres consomem mais *fruta fresca* (70,4% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 61,1% dos homens), *peixe* (68,4% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 59,9% dos homens), *vegetais* (67,2% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 50,3% dos homens), *legumes* (66,3% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 54,5% dos homens) e, por fim, *doces* (51,9% consomem 3 vezes ou mais por semana, face a 35,3% dos homens).

Quadro 43. Alimentos que são consumidos mais do que 3 vezes por semana de acordo com o sexo

	Homens	Mulheres
Fruta fresca	61,1	70,4
Carne	85,0	82,2
Ovos	21,6	22,0
Peixe	59,9	68,4
Massa, arroz	16,7	9,0
Pão, cereais	10,1	5,3
Vegetais	50,3	67,2
Legumes	54,5	66,3
Fiambre	25,6	25,0
Produtos Lácteos	47,3	38,5
Doces	35,3	51,9

O pequeno-almoço típico das comunidades ciganas inclui uma combinação de alimentos: *pão/cereais* (95,6%); *café com leite* (73,4%) ou *chá e leite* (71,6%). É ainda de referir que os *ovos*, o *queijo*, *fiambre*, *enchidos* e *salsichas* são alimentos que não constam do pequeno-almoço destas comunidades, elemento que se verifica, igualmente, junto da população portuguesa em geral.

Quadro 44. Pequeno-almoço típico (alimentos consumidos em termos de percentagens)

	Total
Leite, chá, chocolate, cacau, iogurte	71,9
Pão/cereais	95,2
Fruta/sumos	15,6
Ovos, queijo, fiambre, enchidos e salsichas	3,3
Café, café com leite	73,4
Outro tipo de comida e de bebida	3,1
Não tomam habitualmente o pequeno-almoço	3,2

Importa, igualmente, referir que 3,2% dos inquiridos não têm como hábito a realização desta refeição. Neste sentido, são os indivíduos com mais de 45 anos que apresentam uma maior percentagem neste domínio (9,9%). Se tivermos presente os dados recolhidos, observa-se que existe uma mudança dos alimentos que compõem o pequeno-almoço à medida que vamos subindo nos grupos etários. Esta situação é mais visível ao nível do *leite*, *chá*, *chocolate*, *cacau* e *iogurte* e na *fruta fresca* e *sumos*, onde se verifica uma diminuição do consumo destes alimentos. Estes dados poderão explicar a existência de algumas doenças na população cigana, doenças associadas à ausência de alimentos com cálcio, como por exemplo, *osteoporose* e *doenças relacionadas com o reumatismo*.

Quadro 45. Pequeno-almoço típico de acordo com o nível etário (alimentos consumidos em termos de percentagens)

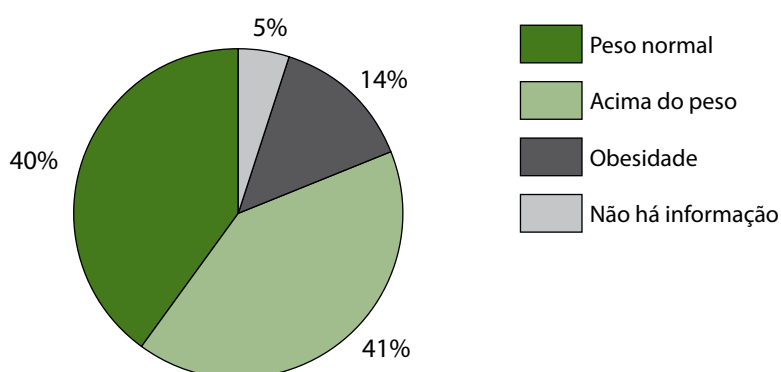
	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Mais de 45
Leite, chá, chocolate, cacau, iogurte	77,7	76,6	75,8	63,3	60,3
Pão/cereais	93,7	98,0	97,3	93,3	91,8
Fruta/sumos	26,2	16,1	14,5	11,9	5,9
Ovos, queijo, fiambre, enchidos e salsichas	2,4	5,4	1,8	4,9	2,9
Café, café com leite	57,6	70,5	80,1	81,4	78,3
Outro tipo de comida e de bebida	2,1	3,7	0,9	8,5	1,3
Não tomam habitualmente o pequeno-almoço	1,7	2,0	2,7	1,5	9,9

5.8. Índice de Massa Corporal

Um elemento importante de análise de bem-estar e de saúde, prende-se com o peso que as pessoas possuem, mais concretamente com o Índice de Massa Corporal (IMC). O indicador IMC, calculado através do quociente entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros, define como uma das classes de excesso de peso ou de pré-obesidade, os valores de referência do IMC iguais ou superiores a 27 e inferiores a 30Kg/m² e, como obesidade, os valores iguais ou superiores a 30 kg/m².

Assim, constata-se que 41,4% da população entrevistada possui o *peso acima do normal*, 39,7% possui o *peso normal* e, por fim, 13,7% encontra-se em situação de *obesidade*. Por isso, estamos perante uma população com riscos elevados de obesidade, comparativamente à restante população geral. Desta forma, a população geral apresenta os seguintes valores: 18,6% de indivíduos com *excesso de peso* e 16,5% em situação de *obesidade*²².

Gráfico 53. Distribuição da população em termos de peso

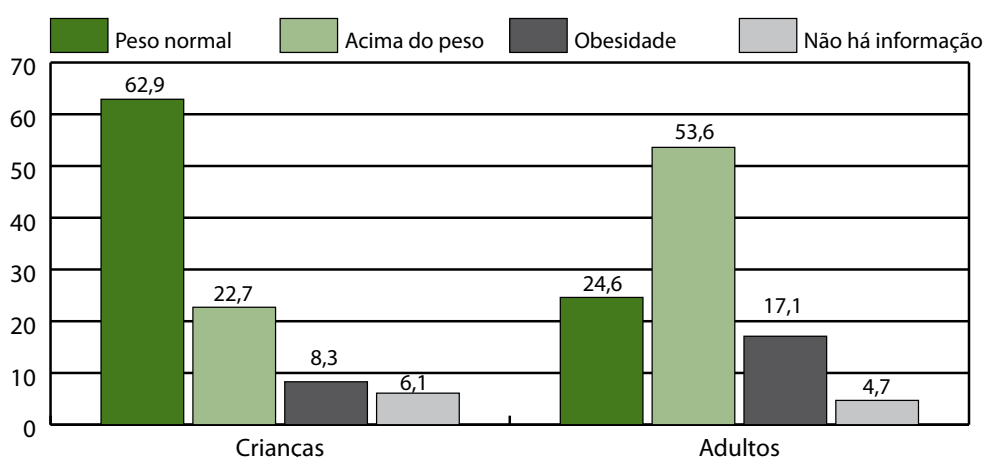


Relativamente às crianças verifica-se que a maioria das crianças apresenta um *peso normal* – 62,9%. No entanto, não se pode ignorar que 31% das crianças inquiridas apresentam um peso acima do normal (22,7% com *peso acima do normal* e 8,3% com *obesidade*). Esta situação está relacionada com o facto das crianças terem uma alimentação desequilibrada, incidindo sobretudo em alimentos ricos em *hidratos de carbono* (como por exemplo *arroz*, *massa* e *pão*) e em *açúcares* (*doces*). Associado a esta questão encontra-se, igualmente, a ausência de *legumes* e de *vegetais* na alimentação das crianças.

Se analisamos os dados dos adultos, observa-se que 53,6% dos adultos têm *peso acima do normal* e que 17,1% estão numa situação de *obesidade*. Tal como nas crianças, esta situação deve-se ao tipo de alimentação que esta população tem e à ausência de exercício físico diário, indicadores que foram analisados nos capítulos anteriores. Estas são condições que permitem o aumento do peso e, consequentemente, situações de obesidade.

²² INE, *op cit*; 2007

Gráfico 54. Percentagem da população entrevistada segundo o peso



No que diz respeito à obesidade, constata-se que a população cigana apresenta uma percentagem de 9,4% de homens e 17,4% de mulheres. Face a esta situação, destaca-se que a obesidade, nas comunidades ciganas, é mais incidente nas mulheres do que os homens.

Se aprofundarmos a análise por grupos etários, observa-se alguns dados relevantes:

- São as crianças com idades compreendidas entre os 0-9 anos que apresentam uma elevada percentagem de *obesidade* (16,9%). Relativamente aos adultos, são os indivíduos dos 30-44 anos que apresentam a percentagem mais elevada (25 %);
- Apesar dos indivíduos entre os 10-15 anos de idade apresentarem um valor nulo de percentagem de *obesidade*, a percentagem de inquiridos com o *peso acima do normal* nesta faixa etária é de 35,8%;
- Existe uma tendência paulatina para o aumento do *peso acima do normal* a partir dos 16 anos de idade, sendo os indivíduos com mais de 45 anos que apresentam a percentagem mais elevada (57,7%). Esta situação, por sua vez, conduz a situações de obesidade.

Parte VI - Conclusões e recomendações de acção

Uma vez apresentados os principais resultados, este capítulo apresenta as principais conclusões, no sentido de facultar uma visão sintetizada do conjunto de temas que descrevem a actual relação entre a saúde e as comunidades ciganas. Neste sentido, o objectivo fundamental deste capítulo é, por um lado, apresentar as principais ideias obtidas do conjunto de variáveis e indicadores analisados ao longo do presente documento, para apresentar, assim, um conjunto de recomendações de acção de forma a minimizar as desigualdades de saúde existentes entre estas comunidades e a restante população geral portuguesa.

6.1. Principais Conclusões

Da abordagem efectuada ressaltam algumas conclusões que, embora tenham sido abordadas ao longo do relatório, não poderíamos deixar de sublinhar uma vez mais.

No que concerne ao domínio **demográfico**, as comunidades ciganas apresentam algumas especificidades que não podem ser ignoradas. Assim, estas comunidades aparecem como uma população caracterizada por um maior peso da população feminina e uma forte sobrejuvenilidade relativamente à restante população portuguesa. Neste sentido, apresentam uma pirâmide etária com maior população nos escalões etários mais baixos. Este facto poderá ser explicado por uma elevada taxa de natalidade e uma fraca presença de pessoas mais idosas. A menor percentagem da população nos escalões etários mais altos pode estar relacionado com a baixa longevidade destas comunidades. Esta menor longevidade é assinalada em vários estudos, não sendo, no entanto, possível possuir dados estatísticos concretos sobre a esperança média de vida da população em questão. É ainda de salientar que esta situação poderá estar, igualmente, associado às fracas condições de habitabilidade que estas comunidades vivenciam e que têm, consequentemente, influência na qualidade de vida das pessoas. Assim, em termos habitacionais desde logo se salienta que a habitação é um direito, sendo que todos deviam aceder a um alojamento com determinadas condições de habitabilidade. As comunidades ciganas pautam-se por um predomínio de habitação sem as mínimas condições de habitabilidade e a existência de alojamentos não clássicos, isto é, barracas, casas abarracas e ruínas.

Um dos elementos de produção e reprodução da pobreza e de exclusão social é a ausência de entrada das comunidades ciganas no mercado de trabalho formal. Estamos, desta forma, perante uma população que se caracteriza por baixos níveis de escolaridade e não inserção no mercado de trabalho. Situação esta que possibilita o desenvolvimento de actividades precárias, o recurso ao trabalho informal e à posição de beneficiários de Rendimento Social de Inserção. Assim, as carências educacionais, económicas e de habitação são factores que determinam o bem-estar e a qualidade de vida da população. Os processos de exclusão e marginalização social limitam o acesso e a utilização que as pessoas fazem dos serviços de saúde.

As questões relacionadas com a saúde, revestem-se de um carácter particular, que tem a ver com a percepção, as atitudes e os comportamentos que as comunidades têm face à saúde/doença. Ao nível da **percepção do seu estado de saúde**, a maioria dos indivíduos inquiridos considera que a sua saúde é *boa*. Este nível de satisfação com a saúde é baixo relativamente ao encontrado na população geral.

As **doenças** que mais prevalecem nestas comunidades são as doenças respiratórias, designadamente *asma e bronquite crónica*, o *colesterol* e a *tensão alta*. Salienta-se que existe uma diferença entre estas comunidades e a população geral portuguesa que reside, fundamentalmente, na elevada incidência das doenças respiratórias nas comunidades ciganas, situação que está associada às más condições de habitabilidade (barraca de construção precária) e aos locais sem acesso a serviços sociais e de saúde. Este cenário é, igualmente, semelhante junto das crianças – *asma e bronquite crónica* com a excepção das *alergias* que assumem um valor significativo. Desta forma, verifica-se que os medicamentos para os *resfriados/gripe* e para a *febre e dores* assumem valores significativos, quer ao nível das crianças, como dos adultos. Nas crianças verifica-se, igualmente, um consumo relativamente elevado de antibióticos e de medicamentos para a diarreia. A este nível importa referir que a maior parte dos antibióticos e dos medicamentos para a gripe e para a febre e dores não são prescritos pelos médicos. Ao nível dos adultos, é visível o mesmo cenário no que diz respeito à não prescrição por parte dos médicos (medicamentos para *resfriados/gripe* e para a *febre e dores*). No entanto, existem outros medicamentos que também não são prescritos pelos médicos mas são consumidos pelas comunidades ciganas, como por exemplo, o *método contraceptivo – a pílula*, seguido de medicamentos para o *colesterol* e para os *diabetes*. Estamos, assim, perante um elevado auto-consumo de medicamentos.

Apesar da população cigana ocorrer na sua maioria aos Hospitais sempre que tem um problema de saúde, no caso das consultas médicas a tendência é para estas decorrerem no Centro de Saúde, logo seguidas pelas consultas externas no Hospital. Na generalidade, esta população tem de percorrer longas distâncias, levando, na sua maioria, 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 são acessíveis. Esta situação reforça a situação de exclusão social destas comunidades, visto que estas encontram-se em locais periféricos das cidades.

Tendo presente a **saúde oral**, é significativa a percentagem de pessoas ciganas que responderam que *nunca foram ao dentista*. O facto desta especialidade ser assumida por médicos privados explica o não acesso destas comunidades ao dentista, visto que estamos perante uma população com fracos recursos económicos. Assim, verifica-se que a este nível existe uma diferenciação entre as comunidades ciganas e a população geral, visto que a maior parte da população geral já consultou especialistas desta área. Esta situação está relacionada com a sensibilização que a população geral tem da importância da saúde oral.

Em termos de **hospitalização**, a maior parte da população cigana internada no último ano não passou mais de uma semana no hospital, sendo o *tratamento médico sem ser necessário recorrer a cirurgia* o motivo com maior incidência. Paralelamente, constata-se que a maior parte destas comunidades recorrem com uma frequência elevada aos serviços de emergência. Ao contrário do que verificamos nas consultas médicas, sempre que está em causa uma situação de emergência, a maioria da população cigana entrevistada afirma recorrer aos hospitais, mostrando, dessa forma, uma desadequação de utilização dos serviços de saúde e o recurso a estes serviços em situações urgentes. Neste sentido, as comunidades ciganas quando recorrem aos serviços de saúde, recorrem numa fase em que os sintomas/doenças já estão num estado muito avançado.

Em relação à **maternidade**, verifica-se que existe uma elevada percentagem de mulheres que já passaram pela *experiência do parto*. Este facto é mais visível junto das mulheres entre os 16 e os 29 anos, o que demonstra que a maternidade decorre bastante cedo ao nível das comunidades ciganas, embora a situação também esteja a mudar a este nível.

Por outro lado, e apesar da maternidade ser precoce nas comunidades ciganas, verifica-se que as mulheres não recorrem com frequência a **consultas específicas de ginecologia**. Assim, uma grande percentagem das mulheres entrevistadas referiram que nunca foram a uma consulta desta especialidade médica, sendo mais visível junto da população com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos. Relativamente às mulheres que recorreram a consultas ginecológicas, verifica-

se que o principal motivo deve-se à existência de uma gravidez. Ainda neste nível de análise, é pertinente referir que a maioria das mulheres em situação de gravidez só tiveram uma consulta durante todo o período da gravidez. Importa ainda sublinhar que as mulheres que **consultaram o ginecologista por outras razões** que não a gravidez fizeram-no, essencialmente, com a finalidade de planeamento familiar, devido ao aparecimento de problemas ginecológicos e para check-up de rotina. Relativamente ao planeamento familiar, denota-se que são essencialmente as mulheres com idades entre os 16 e os 29 anos que recorrem. Esta situação demonstra que as camadas mais jovens estão mais sensibilizadas para a necessidade de um planeamento familiar, enquanto que as mulheres com mais idade recorrem apenas por questões de problemas ginecológicos e diagnósticos de rotina. Este facto está associado, muitas vezes ao aparecimento de doenças ginecológicas e de problemas associados à menopausa.

Neste sentido, verifica-se que existe uma **ausência de práticas preventivas ao nível ginecológico**, sendo significativo o número de mulheres que nunca realizaram exames ginecológicos (mamografia e papanicolaou).

Relativamente ao **consumo de tabaco**, este é mais elevado junto da população masculina e nos escalões etários mais jovens. Verifica-se, igualmente, uma diminuição deste consumo à medida que se avança nos escalões etários, situação que poderá estar relacionada com o aparecimento de doenças nos inquiridos que fumam em idades mais jovens (essencialmente a partir dos 30 anos), doenças provocadas em muitos casos, pelo consumo precoce de tabaco. Esta situação é contrária à restante população portuguesa, em que a proporção mais elevada de fumadores concentra-se entre os 35 e os 44 anos de idade.

No que diz respeito ao **álcool**, observa-se que a maior parte da população inquirida não consumiu álcool nos últimos 12 meses. Constata-se, igualmente, que a idade de início de consumo de álcool é, igualmente, muito precoce – 12 anos. No entanto, nos homens a média de idade de consumo é mais prematura (cerca dos 13 anos) comparativamente às mulheres que só ocorre por volta dos 16 anos.

Relativamente ao **consumo de televisão**, verifica-se que a maior parte das crianças vê frequentemente televisão e que passam entre 1- 2 horas por dia em frente ao televisor. Este facto é mais evidente nas crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos e nas crianças do sexo feminino, o que poderá ser explicado pelo facto das crianças do sexo masculino terem outro tipo de brincadeiras associadas por exemplo ao futebol e das meninas permanecerem mais tempo em casa.

Em termos de **exercício físico**, a maior parte da população cigana realiza *pouca ou nenhuma actividade física* nos seus tempos livres. Salienta-se ainda que as crianças apresentam níveis de actividade física maiores do que a população com mais de 16 anos.

Relativamente à **alimentação, destaca-se** o *pão/cereais, a massa e o arroz* como os alimentos com maior consumo. No entanto, denota-se um fraco consumo dos alimentos relacionados com os *vegetais, os legumes e o peixe*, sendo de destacar o maior consumo de *carne* em relação ao *peixe*. A ausência de um maior consumo de *vegetais, legumes e peixe* poderá explicar a existência de doenças como o *colesterol* e tensão arterial elevada junto desta população. Neste sentido, constata-se que a maior parte da população entrevistada possui *excesso de peso*. Existe uma tendência paulatina para o aumento do *peso acima do normal* a partir dos 16 anos de idade, sendo os indivíduos com mais de 45 anos que apresentam a percentagem mais elevada. Esta situação, por sua vez, conduz a situações de *obesidade* que se deve muitas vezes ao tipo de alimentação que esta população tem e à ausência de exercício físico diário.

Através deste enquadramento dos principais problemas que afectam as comunidades ciganas, pode-se constatar que as carências ao nível da educação, habitação, inserção no mercado de trabalho são factores que influenciam o estado de bem-estar e de qualidade de vida das populações ciganas. Neste

sentido, e tendo presente os indicadores²³ definidos cientificamente pela Organização Mundial de Saúde para aferir desigualdades de saúde, considera-se que a situação de saúde das comunidades ciganas é deficiente comparativamente à restante população portuguesa. Aponta-se, assim como síntese, 5 elementos que ressaltam deste diagnóstico:

- As comunidades ciganas apresentam situações de pobreza e de exclusão social que afectam o seu estado de saúde. Refere-se que as doenças respiratórias assumem um valor importante junto destas comunidades, doenças que estão relacionadas com as más condições de habitabilidade. Neste sentido, é necessário apostar numa intervenção ao nível das condições prévias²⁴, condições sem as quais as intervenções não terão o sucesso desejável em termos de saúde;
- Inexistência de práticas de prevenção (fundamentalmente em questões como o planeamento familiar, doenças ginecológicas, saúde oral, entre outras), visto que as comunidades ciganas percebem a saúde enquanto ausência de doença. Por isso, só recorrem aos serviços de saúde quando aparecem sintomas e em consequências limitativas e de incapacidade, sendo muito difícil trabalhar o conceito de prevenção;
- Carência de educação para a saúde de forma a alterar alguns comportamentos e atitudes, predominando a resistência de algumas ideias pré-concebidas relativamente ao corpo, à doença, à saúde e à sexualidade. Esta situação poderá estar relacionado com o enraizamento dos costumes culturais, sendo mais difícil a alteração desses comportamentos;
- Ausência de estilos de vida saudáveis, como por exemplo ao nível da alimentação (inadequada alimentação, alimentação desequilibrada) e da ausência de exercício físico regular, que se reflecte na elevada percentagem de indivíduos com peso acima do normal e em risco de obesidade. Assim, é premente a realização de sessões de educação para a saúde que deve ser um processo de (in)formação, de responsabilização do indivíduo no sentido de adquirir os conhecimentos, hábitos e atitudes para a defesa e promoção de saúde.
- Por fim, é de salientar que existe uma clara situação de desigualdade entre a população cigana e a população geral, sendo necessário, para além do que foi dito anteriormente, uma mudança de atitudes e de comportamentos de saúde. Esta mudança só será possível contando com a colaboração e o envolvimento das próprias comunidades ciganas e dos profissionais de saúde.

6.2. Recomendações de Acção

A Organização Mundial de saúde considera que a saúde é um direito humano fundamental e, em consequência, todas as pessoas devem ter acesso aos recursos de saúde necessários e básicos. Por isso, quando se fala em saúde, referimo-nos ao processo de interacção entre os seres humanos e ao envolvimento social e natural que influencia o bem-estar físico e psíquico que lhes permite contribuir plenamente para a vida social. A saúde surge como resultado de todos os factores que intervêm sobre a vida dos indivíduos, quer os que não são modificáveis (sexo, idade, entre outros) quer aqueles que são potencialmente modificáveis (comportamentos, meios de vida, aspectos culturais e socioeconómicos). As carências ao nível da habitação, educação e emprego influenciam de forma pertinente a saúde, pois são factores determinantes para o bem-estar e para a qualidade de vida de uma população. Neste sentido, os grupos sociais mais desfavorecidos apresentam características que os tornam mais susceptíveis a uma saúde deficitária, como é o caso das comunidades ciganas. As desigualdades de saúde surgem, não só das variáveis socio-económicas, mas também do acesso aos serviços de saúde e à utilização efectiva dos mesmos por falta de adaptação ou de inclusão.

²³ Os indicadores são: mortalidade, morbilidade, percepção da saúde, comportamentos relacionados com a saúde, limitação da actividade diária, acesso/utilização dos serviços de saúde, entre outros.

²⁴ A Organização Mundial de Saúde definiu em 1985 condições prévias de saúde como a preservação da paz, alimentação apropriada, condições de habitabilidade suficientes, participação na vida social, entre outros.

Para além destes factos, as comunidades ciganas apresentam um conjunto de elementos culturais que influenciam, igualmente, o estado de saúde dos seus membros e condicionam a relação e comportamentos dos seus membros.

Assim, a análise das principais conclusões permitiu identificar as reais necessidades desta população e definir um conjunto de **estratégias de intervenção** de forma a contribuir para a eliminação das desigualdades de saúde nas comunidades ciganas. No entanto, é importante referir que estas estratégias são transversais, visto que estas comunidades necessitam de uma intervenção integrada e articulada entre as diferentes áreas de intervenção (educação, saúde, habitação, emprego, entre outras). Necessitam, igualmente, de estratégias que permitam melhorar o acesso e a qualidade de saúde, através da capacitação progressiva das comunidades ciganas para o cuidado da sua própria saúde e do desenvolvimento de atitudes de proximidade e pró-activas tendo em conta a diversidade cultural.

Assim, as principais estratégias de acção são:

- 1. Realização de estudos e de investigações** – Em primeiro lugar, antes de definir políticas, é necessário conhecer a população (não existe em Portugal um estudo sociológico sobre estas comunidades). Este facto conduz, por um lado, a uma quase invisibilidade do fenómeno nas diferentes instâncias decisoras e nos instrumentos de política social existentes e, por outro lado, conduz a uma inadequação das medidas e acções políticas que visam a inclusão social e a eliminação de práticas discriminatórias, não contemplando os ciganos como grupo-chave nos planos nacionais de acção para a inclusão.²⁵ Assim, uma primeira estratégia a ter presente é a realização de um maior número de diagnósticos sobre a realidade dos ciganos. Qualquer intervenção nestas comunidades tem que ter presente as especificidades culturais, sociais e económicas de forma a obtermos um conhecimento profundo sobre esta população e, consequentemente, uma intervenção mais eficaz. Concretamente, no que diz respeito à saúde, é premente apostar na realização de estudos que proporcionem informação sobre as necessidades e comportamentos relacionados com a saúde e as comunidades ciganas, tais como:
 - Estudos específicos como por exemplo de prevalência de infecção do VIH/Sida, DST, hepatites B e C, consumo de tabaco, consumo de álcool e de outras drogas, entre outras;
 - Avaliação de risco e estudos de vigilância comportamental;
 - Análise de factores que influenciam e dificultam o acesso destas comunidades ao serviço de saúde de forma a definir medidas que contrariem esses factores;
 - Monitorização de alguns dados relativamente a questões específicas de saúde nestas comunidades.
- 2. Estratégia integrada para as Comunidades Ciganas** – É pertinente definir políticas e medidas mais activas de inclusão social, não se restringindo a políticas e a projectos avulso e pontuais que não têm continuidade ou sustentabilidade. Por isso, são necessárias políticas integradas e articuladas entre as diferentes áreas de intervenção (educação, saúde, habitação, justiça, emprego e formação profissional, entre outras) incluídas numa estratégia direccionada para estas comunidades. Estamos assim a falar da necessidade de um plano nacional de integração das comunidades ciganas em Portugal que permita efectivamente o acesso aos principais bens e serviços básicos e o exercício de uma cidadania plena. Neste sentido, podem ser definidas as seguintes medidas:
 - Medidas que promovam o acesso à educação com uma atenção particular às práticas directas e indirectas de segregação ou de assimilação nas escolas;
 - Medidas de promoção de melhores condições de habitabilidade e de desmantelamento de bairros segregados e desfavorecidos com grande concentração de ciganos;

²⁵ Sublinhe-se que até 2008 o PNAI – o Plano de Acção para Inclusão não contemplava as comunidades ciganas como grupo prioritário de intervenção

- Medidas que promovam o acesso aos principais bens e serviços, designadamente serviços de saúde;
- Desenvolvimento de estratégias para inserir as comunidades ciganas no mercado de trabalho, através da formação profissional e do seu acompanhamento pós-integração;
- Medidas de sensibilização que “encorajem” as entidades empregadoras para a contratação de indivíduos das comunidades ciganas. O sucesso da integração profissional deve ser “publicitado” no sentido de quebrar estereótipos e de transmitir confiança entre os membros das comunidades ciganas de que a inserção profissional é possível.

3. Fomentar a Participação das Comunidades Ciganas – É importante fomentar a presença e a participação dos membros das comunidades ciganas na concepção, implementação, execução e avaliação das intervenções. Temos de trabalhar com e não para as comunidades ciganas, pois o trabalho em conjunto é essencial para uma intervenção mais eficaz e mais adequada às suas necessidades e vivências. As próprias comunidades ciganas devem ser parte activa nos seus processos de inclusão. Assim, é pertinente envolver as associações ciganas, as instituições locais e as comunidades ciganas no sentido de obter uma consciência colectiva de educação para a saúde.

4. Trabalho em rede/trabalho intersectorial e acompanhamento sistemático e continuado das iniciativas desenvolvidas – é fundamental apostar no trabalho em rede/intersectorial e na transversalidade das intervenções. É necessário concentrar esforços e apostar num forte trabalho em rede, envolvendo vários actores e instituições com ampla experiência neste âmbito, de forma a promover a inclusão da diferença e da diversidade. Neste sentido, a área da saúde deve estar sempre presente nas diversas iniciativas e projectos, de forma a obter alguns dados específicos sobre estas comunidades e, consequentemente, a possibilidade de trabalhar temáticas pertinentes. No fundo, é apostar na colaboração e articulação inter-sectorial e multidisciplinar dos profissionais através do estabelecimento de parcerias, incluindo as diferentes estruturas e sectores de saúde (Ministério da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde, Coordenação para a Infecção do VIH/SIDA, Ministério da Educação, as próprias comunidades ciganas e outras organizações que trabalham no âmbito das comunidades ciganas).

5. Promover a mediação intercultural – A mediação é um recurso que actua como ponte entre a comunidade cigana e a sociedade maioritária no sentido em que promove o intercâmbio entre estes intervenientes. Incluir experiências piloto de mediação intercultural nos serviços de saúde permitirá trabalhar com a população cigana aspectos relacionados com a educação para a saúde e o uso adequado dos serviços de saúde. Por isso, é importante continuar a apostar na formação de mediadores para a área da saúde.

6. Formação dos profissionais de saúde sobre a diversidade cultural – Para se obter uma intervenção eficaz junto das comunidades ciganas, deve-se promover a proximidade entre os profissionais de saúde e estas comunidades, tentando criar uma relação de confiança e de empatia no sentido de desmistificar estereótipos e preconceitos existentes. Para tal, é importante o desenvolvimento de um trabalho contínuo de sensibilização de todos os profissionais de saúde através de formação multicultural. Os conteúdos programáticos a abordar devem incidir, essencialmente, no respeito pela diferença/pela diversidade cultural, características e aspectos culturais das comunidades ciganas. Assim, é premente que os profissionais de saúde tenham acesso a esta formação durante o percurso académico e na vida profissional de forma a existir uma congruência entre a prestação de cuidados de saúde e a cultura das comunidades ciganas.

7. Identificar profissionais de referência de forma a obter-se um acompanhamento mais próximo e uma relação de confiança – Em situações de maior intimidade o profissional de saúde deve ser do mesmo sexo do utente no sentido de facilitar a comunicação e evitar constrangimentos. É, igualmente, pertinente promover o intercâmbio entre a equipa de

profissionais de saúde no sentido de quebrar a questão do género, visto que algumas mulheres ciganas sentem-se inibidas perante um médico do sexo masculino.

8. Campanhas de informação/sensibilização – Neste âmbito poderão ser desenvolvidas as seguintes acções:

- Acções que promovam a credibilidade dos serviços através de visitas guiadas e complementadas com folhetos informativos sobre os vários serviços de saúde de forma a contrariar o desconhecimento existente entre as comunidades ciganas e os serviços de saúde;
- Realizar campanhas adaptadas a estas comunidades, sendo os próprios elementos das comunidades os principais agentes e destinatários (utilizar membros-chave das comunidades – as mulheres, associações ciganas);
- Envolver as associações, as instituições locais e a comunidade cigana em acções de sensibilização e informação sobre as questões de saúde;
- Realização de sessões de educação para a saúde de forma a trabalhar as seguintes áreas: higiene oral e corporal, hábitos alimentares, prevenção de acidentes, importância de consultas de rotina, adopção de estilos de vida saudáveis, entre outros;
- Criar grupos de trabalho/fóruns de reflexão para os profissionais de saúde e da área do social no sentido de permanentemente promoverem o acesso destas comunidades aos serviços de saúde e de estarem atentos às dificuldades que estas apresentam (definição de práticas profissionais).

9. Apostar em meios de informação/divulgação alternativos – Devem ser criados materiais adaptados às comunidades ciganas, de forma a que a informação seja devidamente apreendida e identificada. Assim, estas estratégias não podem passar exclusivamente por informação escrita, visto que estamos perante uma população com baixos níveis de escolaridade. Neste sentido, é importante apostar em instrumentos mais apelativos e compreensíveis.

- Estes materiais/instrumentos devem contemplar de forma sistematizada a organização dos diversos serviços de saúde e especialidades médicas.
- Facultar informação sobre doenças, tratamentos e práticas preventivas de forma compreensível, evitando dessa forma, uma linguagem demasiado técnica.
- Elaboração de documentos técnicos adequados à diversidade cultural.
- Apostar em unidades móveis temporárias junto das comunidades ciganas no sentido de informar, orientar e criar laços de proximidade e de confiança entre os profissionais de saúde e os elementos das comunidades ciganas.
- Acções de informação para as comunidades ciganas sobre os mecanismos e os procedimentos de funcionamento dos serviços de saúde, explicando os cuidados primários de saúde, o que são os serviços de saúde, quais são os procedimentos de acesso.

10. Medidas para áreas específicas de saúde – Para além das medidas mencionadas anteriormente, considera-se pertinente definir medidas específicas para algumas áreas da saúde. Assim, apresenta-se de forma sucinta algumas estratégias que foram referidas:

- **Planeamento familiar** - a) Organizar sessões no sentido de diminuir o nº. de gestações na adolescência respeitando a cultura cigana no que diz respeito à maternidade, o uso de métodos contraceptivos, necessidade de vigilância na gravidez e de rastreio oncológico;
- b) Nas consultas ginecológicas, é importante que: i) seja uma mulher (ginecologista) a realizar os diagnósticos ginecológicos regulares; ii) ter em atenção os aspectos da relação profissional-utente; iii) criar um clima de confiança e de compreensão e iv) respeitar os aspectos culturais relacionados com o sexo e com a reprodução;
- c) Acções informativas sobre a menopausa visto que muitas mulheres desconhecem este processo, essencialmente as transformações que ocorrem nos seu organismo.

- **Saúde Infantil** – Realizar sessões de educação para a saúde, recorrendo a formas lúdicas e proporcionando proximidade, de forma a trabalhar as seguintes áreas: importância da vacinação; higiene oral e corporal; hábitos alimentares, prevenção de acidentes, entre outros;
- **Estilos de vida** – Campanhas de sensibilização para adopção de estilos de vida (alimentação equilibrada, exercício físico, entre outros) saudáveis e a incorporação da importância da prevenção, adaptadas a estas comunidades com a colaboração de elementos da etnia cigana e dos profissionais de saúde.

Assim, lutar contra as situações de pobreza/exclusão social e desigualdades de saúde que afectam as comunidades ciganas, *“exigem políticas/estratégias de “pequenos passos”. Políticas que têm de ser adaptadas ao contexto em que actuam, às pessoas a que se destinam. A mudança social em contextos desta natureza, produz-se de geração em geração, acumulando vitórias, reconhecendo e avaliando derrotas, recuando por vezes dois passos para poder com persistência, voltar avançar”*²⁶

²⁶ Sérgio Aires, in Prefácio, Estudo de Caracterização Sócio-Demográfico das Comunidades Ciganas no Concelho de Aveiro, Caritas de Aveiro, 2008

Bibliografia

- Caritas de Aveiro; *Estudo de Caracterização Sócio-Demográfico das Comunidades Ciganas no Concelho de Aveiro*, 2008
- Castro, Alexandra; “Dos Contextos Locais à Invisibilização Política: discussão em torno dos ciclos de exclusão habitacional dos ciganos em Portugal”, in *Revista Cidades: Comunidades e Territórios*, nº. 15, Dezembro de 2007
- European Commission Against and Intolerance; *Second Report on Portugal*, Adoptado em 20 de Março de 2002, Estrasburgo, 4 de Novembro de 2002
- European Commission Against and Intolerance; *Terceiro Relatório sobre Portugal*, Adoptado em 30 de Junho de 2006, Estrasburgo, 13 de Fevereiro de 2007
- Instituto Nacional de Estatística, “4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006”, in *Destaque*, Agosto de 2007
- Instituto Nacional de Estatística, *Anuário Estatístico Regional*, 2007
- Rede Europeia Anti-Pobreza-Portugal; *Actuar com a Comunidade Cigana – Orientações para a Intervenção em Toxicodependência a partir dos serviços de assistência*, 1999
- Rede Europeia Anti-Pobreza-Portugal; *Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana*, 2007
- Rede Europeia Anti-Pobreza-Portugal; *Manual de Sensibilização para a Elaboração de Políticas de Inclusão Social das Comunidades Ciganas*, 2004
- SILVA, Luísa Ferreira et al; “A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária”; in *IV Congresso Português de Sociologia*, Coimbra 2000.
- SOS Racismo; *Sastipen ta li – Saúde e Liberdade, Ciganos – Números, abordagens e realidades*; Lisboa, 2001

Anexos

Comunidades Ciganas e a Saúde - Questionário ao Agregado Familiar

(Questões para todos os elementos do agregado)

I. Dados de localização

A. País

1. Grécia
2. Portugal
3. República Checa
4. Eslováquia
5. Roménia
6. Bulgária

B. Distritos

1. Aveiro
2. Beja
3. Braga
4. Bagrança
5. Castelo Branco
6. Coimbra
7. Évora
8. Faro
9. Lisboa
10. Porto
11. Santarém
12. Setúbal

C. Dimensão da cidade

(Escreva o nome do concelho e o código correspondente)

Concelho: _____

1. Até 5.000 habitantes.
2. Entre 5,001 e 10,000 habitantes
3. Entre 10,001 e 25,000 habitantes
4. Entre 25,001 e 50,000 habitantes
5. Entre 50,001 e 100,000 habitantes
6. Entre 100,001 e 250,000 habitantes
7. Mais de 250,000 habitantes.

II. Composição do agregado familiar

H1. Idade

(Entrevistador: se a criança tem menos de um ano de idade, use o código "01")

H2. Sexo

1. Homem
2. Mulher

H3. Qual é o seu grau de parentesco?

(Entrevistador: marque o código do grau de parentesco com o principal assalariado)

1. Principal assalariado
2. Esposa(o) ou companheira(o) do principal assalariado
3. Filho/filha do principal assalariado e/ou do seu/da sua esposa(o) ou companheira(o)
4. Genro/nora do principal assalariado e/ou o seu/a sua esposa(o) ou companheira(o)
5. Mãe ou pai do principal assalariado
6. Irmão/irmã do principal assalariado
7. Neto/neta do principal assalariado e/ou o seu/a sua esposa(o) ou companheiro(a)
8. Avô/avó do principal assalariado e/ou o seu/a sua esposa(o) ou companheira(o)
9. Outro parente do principal assalariado
10. Outro tipo de relacionamento

H4. Que tipo (s) de cobertura de saúde?

(Só duas resposta)

1. Segurança Social com cuidados de saúde facultados pelo Sistema Nacional de Saúde
2. Sociedade mútua de seguros públicos (ADSE, SAMS, entre outros...) com cuidados de saúde facultados pelo Sistema Nacional de Saúde por sua própria decisão ou através de um contrato com companhias e seguros privadas.
3. Seguro público facultado pelo Sistema Nacional de Saúde combinado com um contrato com companhias de seguros privadas.
4. Sociedade privada de seguros ou organizações de cuidados de saúde de acesso gratuito.
5. Outras formas de cobertura através do pagamento de taxas periódicas intitulado o utente a um tipo de cuidado de saúde (médicos, clínicas, hospitais privados, etc.)
6. Sem qualquer ligação à Segurança Social mas com cuidados de saúde proporcionados pelo Sistema Nacional de Saúde.
7. Sem qualquer ligação à Segurança Social mas com cuidados de saúde proporcionados por uma ONG.

- H5. Tem dificuldades em executar actividades quotidianas? (sair, vestir-se, higiene pessoal, comer, etc.)**
1. Não tenho qualquer dificuldade – *Passe para H9*
 2. Dificuldades moderadas
 3. Sérias dificuldades
 4. Dificuldades muito sérias ou incapacidade
- H6. Dada esta dificuldade, necessita de algum tipo de ajuda ou cuidado por parte de terceiros para executar as actividades quotidianas? Caso necessite, recebe a ajuda de terceiros?**
1. Não necessito de qualquer ajuda – *Passe para H8*
 2. Necessito e recebo ajuda
 3. Necessito mas não recebo ajuda
- H7. Quem é a pessoa que cuida de si?**
1. O esposo
 2. A esposa
 3. Filha
 4. Filho
 5. Mãe
 6. Pai
 7. Avô
 8. Avó
 9. Outro parente (irmão/irmã; genro/nora; tio/tia, etc)
 10. Serviços sociais ou de voluntariado
 11. Outro tipo de relacionamento
- H8. Que tipo de problema causa dificuldade na execução das actividades quotidianas?**
1. Físico
 2. Mental
 3. Ambos
- H9. Nos passados 12 meses, classificaria o seu estado de saúde como muito bom, bom, medíocre, fraco ou muito fraco?**
1. Muito bom
 2. Bom
 3. Medíocre
 4. Fraco
 5. Muito fraco
- H10. Tem problemas resultantes do consumo de bebidas alcoólicas ou de outro tipo de drogas (cannabis, cocaína, heroína, etc.)?**
1. Não
 2. Sim, tenho problemas com o álcool
 3. Sim, tenho problemas com outras drogas
 4. Sim, tenho problemas com o álcool e com outras drogas
- H11. Tem qualquer tipo de deficiência ou de doença crónica? Se sim, especifique-a.**
1. Sim ⇒ *Especifique-a:* _____
 2. Não

Entrevistador: Quando as questões relativas a cada membro do agregado familiar tiverem sido respondidas, faça as questões H12, H13, H14 e H15 referindo-se a todo o agregado familiar.

III. Dados adicionais sobre o agregado familiar

H12. Quantas pessoas constituem o agregado familiar? (incluindo a pessoa que vai responder à questão)

H13. Quem normalmente toma conta das crianças com 14 anos ou menos?

(Entrevistador: é possível que haja mais do que uma resposta; anote no máximo três respostas)

1. Mãe
2. Pai
3. Avó
4. Avô
5. Irmão
6. Irmã
7. Outros parentes
8. Outro tipo de relacionamento
9. Não há membros da família menores de 15 anos

H14. Em que tipo de casa residem?

1. Apartamento ou casa normais
2. Alojamento abaixo do normal
3. Barracas / tendas

H15. A área ou o bairro onde vivem está integrado na cidade ou isolado? Em qualquer um dos casos, as condições de saúde são boas ou más?

1. Área ou bairro integrado na cidade com boas condições de saúde
2. Área ou bairro integrado na cidade com más condições de saúde
3. Área ou bairro isolado da cidade com boas condições de saúde
4. Área ou bairro isolado da cidade com más condições de saúde

H16. Os serviços sociais e de saúde estão disponíveis na área ou bairro onde residem?

1. Sim
2. Não

Entrevistador: Quando a questão H16 tiver sido respondida, faça as questões para “menores” (pág. 3) ou “adultos” (pág. 8) conforme apropriado.

Questionário para menores
(Crianças dos 0 aos 15 anos)

I. Dados Situacionais

Número de ordem do menor

(Entrevistador: anote o número de ordem da criança na grelha dos dados relativos ao agregado familiar, isto é, o número associado aos dados da criança na primeira caixa da grelha. É muito importante anotar este número uma vez que sem ele o inquérito é inútil.)

M1. Actualmente, qual é a tua principal actividade?

1. Escola (ou jardim-de-infância) ⇒ *Passe para M3*
2. Escola e trabalho ⇒ *Passe para M3*
3. Trabalho ⇒ *Faça a questão M2 e depois passe para a M4*
4. Nenhuma ⇒ *Faça a questão M2 e depois passe para a M4*
5. Crianças menores de 6 anos que não estão inscritas na escola ⇒ *Passe para M4*

Entrevistador: a questão M2 só é colocada a menores com 6 anos ou mais e que actualmente não estão na escola.

M2. Qual é o nível de escolaridade mais elevado que atingiu?

1. Analfabeto
2. Só conseguiu ler e escrever
3. Não terminou o ensino primário
4. Ensino primário completo
5. Ensino secundário incompleto

M3. Qual é o nível de escolaridade actual?

1. Pré-escolar
2. 1º ano
3. 2º ano
4. 3º ano
5. 4º ano
6. 5º ano
7. 6º ano
8. 7º ano
9. 8º ano
10. 9º ano
11. 10º ano

M4. Agora, vamos abordar a questão de saúde da criança escolhida como objecto da entrevista.

Nos passados 12 meses, classifica o seu estado de saúde como muito bom, bom, medíocre, fraco ou muito fraco?

1. Muito bom
2. Bom
3. Medíocre
4. Fraco
5. Muito fraco

II. Doença

M5. Nos passados 12 meses, a criança teve alguma dor, doença ou problema de saúde que lhe limitasse a sua actividade normal por mais de 10 dias consecutivos?

1. Sim
2. Não

M6. Houve algum médico que informasse a família que a criança sofre, actualmente, de qualquer uma das doenças crónicas ou problemas de saúde que se seguem?

(Entrevistador: leia esta lista de doenças anotando a resposta relativamente a cada uma delas)

- a. Pressão arterial elevada
- b. Colesterol elevado
- c. Diabetes (níveis de açúcar elevados)
- d. Asma, bronquites crónicas ou enfisemas
- e. Doenças cardíacas
- f. Úlceras gástricas
- g. Alergias
- h. Depressão
- i. Outras doenças mentais
- j. Enxaquecas e dores de cabeça
- k. Hérnias

R.T.

1. Sim
2. Não

III. Acidentes

M7. Nos 12 últimos meses, a criança teve algum acidente ou sofreu qualquer de agressão, queimadura ou intoxicação?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para M10*

M8. Especificamente em relação ao acidente mais recente (no caso de ele/ela ter tido mais que um nos últimos 12 meses), onde ocorreu?

1. Em casa, nas escadas, na entrada do prédio, etc.
2. Fora de casa – acidente de viação
3. Fora de casa – não um acidente de viação
4. Na escola ou no jardim-de-infância, etc.
5. Noutro local

M9. Que consequências teve ou que danos sofreu a criança como consequência do acidente?

(Entrevistador: não anote mais que duas respostas)

1. Contusões, pisaduras, entorses ou cortes superficiais
2. Fracturas ou cortes profundos
3. Envenenamento ou intoxicação
4. Queimaduras
5. Outros efeitos

IV. Limitação nas actividades quotidianas

M10. Nas duas últimas semanas, a criança teve que reduzir ou limitar a sua actividade principal (ida à escola ou ao jardim de infância, etc.) e/ou actividades de lazer (brincadeiras, passeios, visitas, jogos, etc.) devido a um ou mais sintomas sofridos?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passar para M12*

M11. Quais foram as dores ou os sintomas que limitaram ou reduziram a actividade principal da criança, até pelo menos 50% de um dia de escola normal ou das actividades de lazer, que normalmente tem diariamente?

(Entrevistador: anote no máximo 4 respostas)

1. Dores de ossos, articulares ou na espinal-medula
2. Nervosismo, depressão ou dificuldades em dormir
3. Problemas de garganta, tosse, resfriado ou gripe
4. Dores de cabeça
5. Contusões, cortes ou arranhões
6. Dores de ouvidos
7. Diarreia ou problemas intestinais
8. Erupções cutâneas, prurido, alergias
9. Desconforto na bexiga ou nos rins
10. Problema de estômago, digestivos, de fígado ou na vesícula biliar
11. Febre
12. Problemas nos dentes ou nas gengivas
13. Vômitos
14. Dores abdominais
15. Outra dor ou sintomas

V. Consumo de medicamentos

M12-M20. Nas duas últimas semanas:

- a. A criança tomou algum dos medicamentos que se seguem?
- b. Estes medicamentos foram prescritos pelo médico? Não inclua medicamentos homeopáticos ou naturais.

(Entrevistador: mencione os medicamentos um a um e anote se a criança os tomou ou não durante as duas últimas semanas e, em ambos os casos, se eles foram prescritos por um médico ou não.)

M12. Medicamentos para os resfriados, gripes, dores de garganta, desconforto brônquico (não incluindo antibióticos)

M13. Medicamentos para as dores e/ou para a redução de febre

M14. Tónicos como as vitaminas e os minerais

M15. Laxantes

M16. Antibióticos

M17. Calmantes, relaxantes e comprimidos para dormir

M18. Medicamentos para alergias

M19. Medicamentos contra a diarreia

M20. Medicamentos contra os vômitos

a. A criança tomou algum desses medicamentos?

1. Sim
2. Não

b. Algum destes medicamentos foi receitado pelo médico?

1. Sim
2. Não

VI. Consultas Médicas

M21. Qual foi a última vez que pediu o conselho de algum médico (pessoalmente ou por telefone) relativamente a algum problema, desconforto ou doença que estava a afectar a criança?

1. Nas duas últimas semanas
2. Há mais de duas semanas mas há menos de um mês
3. Há mais de um mês mas há menos de um ano
4. Há um ano ou mais
5. A criança nunca foi a uma consulta médica

Passar para M26

Entrevistador: As questões M22 a M25 só são colocadas no caso das crianças que foram vistas por um médico nas duas últimas semanas (item 1 na questão M21). Se tal não é o caso, passe para a M26.

M22. Nas duas últimas semanas, recorreram a consulta médica? Onde?

1. No centro de saúde
2. No consultório de um especialista enquanto paciente externo
3. No hospital enquanto paciente externo
4. Na sala de emergência do consultório de um especialista
5. Na sala de emergência do hospital
6. No consultório de um médico privado
7. No consultório de um médico através de uma seguradora privada
8. Na casa do agregado familiar
9. Noutro local

M23. Qual foi a principal razão para esta visita ao médico?

1. Diagnóstico e/ou tratamento
2. Check-up
3. Apenas para ir buscar uma receita
4. Por outra razão

M24. O médico que tratou a criança nesta última consulta era:

1. Do Sistema Nacional de Saúde
2. Da Câmara Municipal
3. De uma seguradora privada
4. Um médico privado
5. De uma Organização Não Governamental ou Voluntária

M25. No caso da última visita ao médico, quanto tempo demorou, aproximadamente, a chegar de sua casa ao consultório do médico?

(Entrevistador: anote o tempo em minutos. Se a visita foi na casa do paciente, anote "999")

M26. Nos últimos 12 meses, a criança necessitou de assistência médica mas não teve?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passar para M28*

M27. Qual foi a principal razão pela qual a criança não recebeu assistência médica?

(Entrevistador: não leia ao entrevistado as diferentes possíveis respostas)

1. Não conseguimos fazer uma marcação
2. Ninguém podia faltar ao emprego para levar a criança ao médico
3. A consulta era muito cara/não tínhamos dinheiro para a consulta
4. Não tínhamos meio de transporte
5. A criança estava muito nervosa ou assustada
6. A seguradora não cobria a consulta
7. A criança não estava assegurada
8. A espera era muito demorada
9. Outra razão

M28. Nos três últimos meses a criança foi a um dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária a fim de efectuar um check-up ou um tratamento a um problema dentário ou na boca?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para M31*

M29. Quantas vezes a criança foi ao dentista nos três últimos meses?

M30. O dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária a que a criança foi mais recentemente era:

1. Do Sistema de Saúde Nacional
2. Da Câmara Municipal
3. De uma seguradora privada
4. Um dentista privado
5. De uma Organização Não Governamental ou Voluntária

Entrevistador: A questão M31 é apenas para as crianças que não foram a um dentista nos três últimos meses (item 2 na questão M28)

M31. Se a criança não foi, quanto tempo passou desde a última vez que foi a um dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária?

1. Há mais de três meses mas há menos de um ano
2. Há um ano ou mais
3. Nunca foi

M32. Independentemente da criança ter ido ou não ao dentista nos três últimos meses, qual é o estado dos seus dentes?

(Entrevistador: marque sim ou não para cada um dos seguintes aspectos)

- a. Tem cárie
- b. Removeu dentes
- c. Tem dentes chumbados
- d. As gengivas sangram espontaneamente ou quando escova os dentes
- e. Os seus dentes são saudáveis
- f. Ainda não tem dentes

R.T.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não |
|--|

VII. Serviços de hospitalização e de emergência

M33. Durante os 12 últimos meses, a criança foi hospitalizada pelo menos por uma noite?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para M39*

M34. Relativamente ao mais recente internamento da criança no hospital, nos últimos 12 meses, quantos dias aproximadamente a criança esteve internada?

(Anotar o número de dias)

M35. Ainda relativamente ao último internamento, qual foi a razão da hospitalização?

1. Intervenção cirúrgica
2. Estudo médico para propósitos de diagnóstico
3. Tratamento médico sem cirurgia
4. Outra razão

M36. A criança foi colocada em lista de espera?

5. Sim
6. Não ⇒ *Passe para M38*

M37. Quanto tempo (número de meses) esteve a criança em lista de espera?

(Entrevistador: anote o número de meses. Se o tempo em lista de espera foi inferior a um mês, anote 00.)

M38. Quem pagou a hospitalização?

1. Sistema de Saúde Nacional
2. Seguro mútuo obrigatório
3. Seguro médico privado
4. Agregado familiar
5. Outras entidades individuais, organizações ou instituições
6. Misto (Sistema de Saúde Nacional e agregado familiar)

M39. Nos últimos 12 meses, a criança teve que recorrer a qualquer serviço de emergência devido a qualquer problema ou doença?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para M41*

M40. Quantas vezes teve a criança de recorrer a esses serviços de urgência durante esses 12 meses?

(anotar o número de vezes)

VIII. Hábitos Diários

M41. Quantas horas, aproximadamente, a criança normalmente dorme por noite?

(anote o número de horas)

Entrevistador: As questões M42, M43 e M44 devem ser aplicadas apenas a crianças com um ano de idade ou mais. No caso das crianças com menos de um ano, passe para a questão M45

M42. A criança tem por hábito ver televisão todo o dia ou quase todo o dia? (Incluindo vídeos e DVD's)

1. Sim
2. Não

M43. Quantas horas aproximadamente?

1. Menos de uma hora
2. Entre uma a duas horas
3. Entre duas a três horas
4. Mais de três horas

M44. Qual das seguintes hipóteses melhor caracteriza a frequência com que a criança pratica alguma actividade física durante o seu tempo livre?

1. A criança não faz qualquer exercício físico.
O seu tempo livre é maioritariamente usado em actividades sedentárias (ler, ver televisão, ir ao cinema, descansar na cama ou no berço, etc.)
2. Ocasionalmente, a criança pratica exercício físico ou desporto (andar a pé ou de bicicleta, ginástica, actividade física leve, etc.)
3. A criança faz exercício físico com regularidade e várias vezes ao mês (desportos, ginástica, corrida, jogos de equipa, etc.)
4. A criança pratica desporto ou treino físico várias vezes por semana

Entrevistador: Se a criança tem entre os 6 meses e os 4 anos de idade, coloque a questão M45

IX. Hábitos alimentares

M45. Que tipo de alimentação teve a criança durante as suas primeiras 6 semanas de vida: natural, artificial ou misto? E até aos 3 meses de idade? E até aos 6 meses de idade?

(Entrevistador: anote a resposta relativa a cada um destes períodos)

- a. Durante as primeiras 6 semanas
- b. Das 6 semanas aos 3 meses
- c. Dos 3 meses aos 6 meses

R.T.

1. Natural
2. Misto
3. Artificial
0. Não sabe/não comenta

Entrevistador: se a criança tem um ano de idade ou mais, coloque as questões M46 e M47.

M46. Relativamente aos hábitos alimentares, habitualmente o pequeno-almoço da criança é composto de que alimentos?

(Entrevistador: podem ser escolhidas várias opções; marque no máximo 3 opções que incluam qualquer alimento ou bebida que a criança normalmente toma ao pequeno-almoço)

1. Leite, chá, leite com chocolate, iogurte, etc.
2. Pão, torradas, bolachas, cereais, produtos de padaria com ou sem manteiga/margarina, etc.
3. Fruta, sumo, etc.
4. Ovos, queijo, fiambre, bacon ou salsichas
5. Café, leite com café, ou chá preto
6. Outro tipo de alimentos e/ou bebidas
7. Nada. Normalmente não tomamos pequeno-almoço

M47. Com que frequência a criança consome os seguintes alimentos?

(Entrevistador: anote a frequência com que cada um dos seguintes alimentos são consumidos.)

- a. Fruta fresca
- b. Carne (frango, carne de vaca, carne de porco, carne de borrego, etc.)
- c. Ovos
- d. Peixe
- e. Massa, arroz, batatas
- f. Pão, cereais
- g. Vegetais e saladas
- h. Legumes
- i. Fiambre
- j. Produtos lácteos (leite, queijo, iogurte)
- k. Doces (bolachas, compota, etc.)

R.T. Códigos da frequência de consumo

1. Diariamente
2. Três ou mais vezes por semana, mas não diariamente
3. Uma ou duas vezes por semana
4. Menos de uma vez por semana
5. Nunca ou quase nunca

Entrevistador: se a criança tem menos de 6 meses de idade, coloque a questão M48.

X. Vacinação e Índice de Massa Corporal (IMC)

**M48. Agora, vou ler-lhe uma lista de doenças.
Contra as quais está a criança vacinada?**

(Entrevistador: anote a resposta a cada uma das seguintes doenças)

1. Difteria
2. Tétano
3. Tosse convulsa
4. Hepatite B
5. Sarampo
6. Parotidite
7. Rubéola
8. Poliomielite
9. Varicela
10. Meningite C

R.T.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não |
|--|

Entrevistador: as questões M49, M50 e M51 aplicam-se a todas as crianças

M49. Segue o programa de vacinação de forma apropriada?

1. Sim ⇒ *Passe para M51*
2. Não

M50. Porque razão não seguiu o programa de vacinação de forma apropriada?

1. Não é útil e poderia ser perigoso.
2. Por falta de informação.
3. Por esquecimento.
4. Por dificuldade de acesso ao centro de vacinação.
5. Por falta de recursos económicos.
6. Outras razões.

M51. Diga-me, por favor, o peso aproximado da criança sem calçado ou roupas.

(anote o peso em quilogramas)

M52. Qual é a altura aproximada da criança sem calçado?

(anote a altura em centímetros)

Fim do questionário para menores

(anote os detalhes da entrevista – dia, mês, horas, duração, etc.)

Questionário para adultos (População com 16 ou mais anos de idade)

I. Dados Situacionais

Número de ordem do adulto

(Entrevistador: anote o número de ordem do adulto na grelha dos dados relativos ao agregado familiar, isto é, o número associado aos dados do adulto na primeira caixa da grelha. É muito importante anotar este número uma vez que sem ele o inquérito é inútil)

A1. Actualmente, qual é a sua principal ocupação?

1. Emprego remunerado (permanente)
2. Emprego remunerado (sazonal, contrato temporário)
3. Trabalhador por contra própria, empresário
4. Envolvido em negócios de família
5. Desempregado que já trabalhou
6. Desempregado, à procura do primeiro emprego
7. Desempregado que trabalha de forma informal
8. Estudante
9. Reformado, pensionista idoso (incluindo os benefícios sociais)
10. Trabalhador em casa

A2. Qual é o seu nível de escolaridade actual?

1. 9º ano
2. 10º ano
3. 11º ano
4. 12º ano
5. Ensino universitário
6. Pós-graduação (especialização, mestrado ou doutoramento)

A3. Qual é o nível de escolaridade mais elevado que atingiu?

1. Analfabeto
2. Só consegue ler e escrever
3. Não terminou o ensino primário
4. Ensino primário completo
5. Ensino secundário incompleto (Educação Secundária Obrigatória – ESO -, Ensino Secundário, formação profissional de nível médio)
6. Ensino secundário completo
7. Grau Universitário
8. Pós-graduação (especialização, mestrado ou doutoramento)

A4. Agora, vamos abordar a questão da saúde. Nos passados 12 meses, classificaria o seu estado de saúde como muito bom, bom, medíocre, fraco ou muito fraco?

1. Muito bom
2. Bom
3. Medíocre
4. Fraco
5. Muito fraco

II. Doenças

A5. Houve algum médico que o informasse que sofre, actualmente, de qualquer uma das doenças crónicas ou problemas de saúde que se seguem?

(Entrevistador: leia esta lista de doenças anotando a resposta relativamente a cada uma delas. Se o entrevistado é do sexo masculino coloque a questão “o” e se for do sexo feminino coloque a questão “p”)

- a. Pressão arterial elevada
- b. Colesterol elevado
- c. Diabetes (níveis de açúcar elevados)
- d. Asma, bronquites crónicas ou enfisemas
- e. Doenças cardíacas
- f. Úlceras gástricas
- g. Alergias
- h. Depressão
- i. Outras doenças mentais
- j. Enxaquecas e dores de cabeça
- k. Má circulação
- l. Hérnias
- m. Artrite e reumatismo
- n. Osteoporose
- o. *Homens apenas:* problemas da próstata
- p. *Mulheres apenas:* problemas relacionados com a menopausa (excepto osteoporose)

R.T.

- | |
|------------------|
| 1. Sim
2. Não |
|------------------|

III. Acidentes

A6. Nos últimos 12 meses, teve algum acidente ou sofreu qualquer de agressão, queimadura ou intoxicação?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A8*

A7. Especificamente em relação ao acidente mais recente (no caso de ter tido mais do que um nos últimos 12 meses), onde ocorreu?

1. Em casa – nas escadas, na entrada do prédio, etc.
2. Fora de casa – acidente de viação
3. Fora de casa – não um acidente de viação
4. No emprego ou na escola, etc.
5. Noutro local

IV. Limitação das actividades quotidianas

A8. Nas duas últimas semanas, teve que reduzir ou limitar a sua principal actividade (emprego, estudos, trabalho em casa, etc.) devido a um ou mais sintomas sofridos?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A10*

A9. Quais foram as dores ou os sintomas que limitaram ou reduziram a sua principal actividade, até pelo menos 50%, de um dia de trabalho normal?

(Entrevistador: anote no máximo 4 respostas dadas)

1. Dores de ossos, articulares ou na espinal-medula
2. Nervosismo, depressão ou dificuldades em dormir
3. Problemas de garganta, tosse, resfriado ou gripe
4. Dores de cabeça
5. Contusões, cortes ou arranhões
6. Dores de ouvidos
7. Diarreia ou problemas intestinais
8. Erupções cutâneas, prurido, alergias
9. Desconforto na bexiga ou nos rins
10. Problema de estômago, digestivos, de fígado ou na vesícula biliar
11. Febre
12. Problemas nos dentes ou nas gengivas
13. Tonturas ou desmaios
14. Dores torácicas
15. Tornozelos inchados
16. Respiração ofegante, dificuldades em respirar
17. Cansaço sem razão aparente
18. Outra dor ou sintomas

V. Consumo de Medicamentos

A10-A28. Durante as duas últimas semanas:

- Tomou algum dos medicamentos que se seguem?
- Estes medicamentos foram prescritos pelo médico? Não inclua medicamentos homeopáticos ou naturais.

(Entrevistador: mencione os medicamentos um a um e anote se os tomou ou não durante as duas últimas semanas e, em ambos os casos, se eles foram prescritos por um médico ou não. Na questão A23, se o entrevistado for do sexo masculino, anote NÃO = 2)

A10. Medicamentos para os resfriados, gripes, dores de garganta, desconforto brônquico (não incluindo antibióticos)

A11. Medicamentos para as dores e/ou para a redução de febre

A12. Tónicos como as vitaminas e os minerais

A13. Laxantes

A14. Antibióticos

A15. Calmantes, relaxantes e comprimidos para dormir

A16. Medicamentos para alergias

A17. Medicamentos contra a diarreia

A18. Medicamentos para o reumatismo

A19. Medicamentos para o coração

A20. Medicamentos para a pressão arterial

A21. Medicamento para problemas do tracto digestivo

A22. Anti-depressivos, estimulantes

A23. *Mulheres apenas:* pílulas contraceptivas

A24. Medicamentos de substituição hormonal

A25. Medicamentos para a perda de peso

A26. Medicamentos para a redução do colesterol

A27. Medicamentos contra a diabetes

A28. Outros

a. Tomou algum destes medicamentos?

- Sim
- Não

b. Algum destes medicamentos foi prescrito?

- Sim
- Não

VI. Consultas médicas

A29. Qual foi a última vez que pediu o conselho de algum médico (pessoalmente ou por telefone) relativamente a algum problema, desconforto ou doença?

- Nas duas últimas semanas
- Há mais de duas semanas mas há menos de um mês
- Há mais de um mês mas há menos de um ano
- Há um ano ou mais
- Ele/ela nunca foi a uma consulta médica

Passe para A34

A30. Onde decorreu a sua consulta médica mais recente, nas últimas duas semanas?

- No centro de saúde
- No consultório de um especialista
- No hospital enquanto paciente externo
- Na sala de emergência do consultório de um especialista
- Na sala de emergência do hospital
- No consultório de um médico privado
- No consultório de um médico através de uma seguradora privada
- Na casa do agregado familiar
- Noutro local

A31. Qual foi a principal razão para esta visita ao médico?

- Diagnóstico e/ou tratamento
- Check-up
- Apenas para ir buscar uma receita
- Licença por doença: confirmação ou término da licença
- Por outra razão

A32. O médico que o tratou nesta última consulta era:

- Do Sistema Nacional de Saúde
- Da Câmara Municipal
- De uma seguradora privada
- Um médico privado
- De uma Organização Não Governamental ou Voluntária

A33. No caso da última visita ao médico, quanto tempo demorou, aproximadamente, a chegar de sua casa ao consultório do médico?

(Entrevistador: anote o tempo em minutos. Se a visita foi na casa do paciente, anote "999")

A34. Nos últimos 12 meses, necessitou de assistência médica mas não teve?

- Sim
- Não ⇒ *Passe para A36*

A35. Qual foi a principal razão pela qual não recebeu assistência médica?

(Entrevistador: não leia ao entrevistado as diferentes possíveis respostas)

- Não consegui fazer uma marcação
- Ninguém podia faltar ao emprego para me levar ao médico
- A consulta era muito cara/não tinha dinheiro para a consulta
- Não tinha meio de transporte
- Estava muito nervoso ou assustado
- A seguradora não cobria a consulta
- Não estava assegurado
- A espera era muito demorada
- Outra razão

A36. Concentrando-nos agora num outro tipo de problema, nos três últimos meses foi a um dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária a fim de efectuar um check-up ou um tratamento a um problema dentário ou na boca?

- Sim
- Não ⇒ *Passe para A39*

A37. Quantas vezes foi ao dentista nos três últimos meses?

A38. O dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária a que foi mais recentemente era:

1. Do Sistema de Saúde Nacional
2. Da Câmara Municipal
3. De uma seguradora privada
4. Um dentista privado
5. De uma Organização Não Governamental ou Voluntária

Entrevistador: A questão A39 é apenas para aqueles que não foram ao dentista nos 3 últimos meses.

A39. Se não recorreram a nenhum destes serviços nos três últimos meses, quanto tempo passou desde a última vez que foi a um dentista, estomatologista ou técnico de higiene dentária?

1. Há mais de três meses mas há menos de um ano
2. Há um ano ou mais
3. Nunca foi

A40. Qual é o estado dos seus dentes?

(Entrevistador: marque sim ou não para cada um dos seguintes aspectos)

- a. Tem cárie
- b. Removeu dentes
- c. Tem dentes chumbados
- d. As gengivas sangram espontaneamente ou quando escova os dentes
- e. Os dentes estão instáveis / abanam
- f. Tem coroas, pivots ou outros tipos de próteses e de dentes falsos
- g. Faltam-lhe dentes que não foram substituídos por próteses
- h. Tem todos os seus dentes naturais

R.T.

1. Sim
2. Não

VII. Serviços de hospitalização e de emergência

A41. Nos 12 últimos meses, esteve hospitalizado pelo menos por uma noite?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A47*

A42. Relativamente ao seu mais recente internamento no hospital nos últimos 12 meses, quando dias aproximadamente esteve internado?

(Anotar o número de dias)

A43. Ainda relativamente ao último internamento, qual foi a razão da hospitalização?

1. Intervenção cirúrgica
2. Estudo médico para propósitos de diagnóstico
3. Tratamento médico sem cirurgia
4. Parto (incluindo Cesariana)
5. Outra razão

A44. Foi colocado numa lista de espera?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A46*

A45. Quanto tempo (número de meses) esteve em lista de espera?

(Entrevistador: anote o número de meses. Se o tempo em lista de espera foi inferior a um mês, anote 00)

A46. Quem pagou pela hospitalização?

1. Sistema Nacional de Saúde
2. Seguro mútuo obrigatório
3. Seguro médico privado
4. O próprio paciente ou o seu agregado familiar
5. Outras entidades individuais, organizações ou instituições
6. Misto (Sistema Nacional de Saúde e agregado familiar)

A47. Nos últimos 12 meses, teve que recorrer a qualquer serviço de emergência devido a qualquer problema ou doença?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A50*

A48. Quantas vezes teve de recorrer a esses serviços de urgência durante esses 12 meses?

(anotar o número de vezes)

A49. Relativamente à última vez que recorreu a um serviço de emergência durante estes 12 últimos meses, que tipo de serviço foi?

1. Hospital público
2. Serviço de emergência público (não um hospital)
3. Serviço de emergência privado (sanatório, hospital ou clínica)
4. Posto de primeiros socorros ou serviço de emergência da autarquia
5. Serviço de saúde ambulante (serviço público)
6. Outro tipo de serviço

VIII. Consumo de tabaco e de álcool

A50. Avançando para um assunto diferente, fuma actualmente?

1. Sim, diariamente
2. Sim, mas não diariamente
3. Actualmente não fuma mas já o fez
4. Não fuma e nunca foi fumaor

} *Passe para A53*

Entrevistador: Se o entrevistado fuma diariamente (item 1 na questão A50), coloque as questões A51 e A52

A51. Que tipo de tabaco e em que quantidade fuma diariamente? (Anotar o número de:)

- Cigarros
- Cachimbo
- Charutos

A52. Que idade tinha quando começou a fumar?

A53. Algumas pessoas têm por hábito beber vinho, cerveja ou licor às refeições, enquanto digestivo, em celebrações ou noutras ocasiões. Por favor, diga-me se consumiu bebidas alcoólicas, ainda que em ocasiões especiais, nos 12 últimos meses.

- Sim
- Não ⇒ *Passe para A56*

A54. Que idade tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?

A55. Que género de bebidas alcoólicas consome actualmente, em que quantidade e com que frequência?

(Entrevistador: anotar a frequência e a quantidade do consumo para cada género de bebida)

- Copos de vinho, de espumante e de champanhe
- Pequenos copos de cerveja (com álcool) ou de cidra
- Cálices de xerez, vermute ou de outras bebidas espirituosas tipicamente tomadas como digestivos
- Shots de licor (anis, brandy, rum, gin, aguardente, etc.)
- Copos de whisky
- Bebidas misturadas (rum e Coca-Cola, gin-tónico, etc.)

1. Código de frequência do consumo 2- Nº. de copos

- Diariamente
- 4 a 6 dias por semana
- 2 a 3 dias por semana
- 1 dia por semana
- 1 dia em cada 2 semanas
- 1 dia por mês
- Menos de 1 dia por mês

--	--

IX. Hábitos diários

A56. Quantas horas dorme aproximadamente por noite?

(anotar o número de horas)

A57. Qual das seguintes hipóteses melhor caracteriza a sua principal actividade no emprego, escola ou em casa (tarefas domésticas), etc?

- Sentado a maior parte do dia
- Em repouso a maior parte do dia sem andar ou variar muito os movimentos
- A andar, a carregar algum peso, em frequente movimento sem esforço físico de maior
- A executar tarefas que requerem um esforço físico significativo

A58. Que tipo de exercício físico pratica no seu tempo livre? Diga-me qual das seguintes hipóteses melhor caracteriza a sua actividade de tempo livre.

- Não faço qualquer exercício físico. O meu tempo livre é maioritariamente usado em actividades sedentárias (ler, ver televisão, ir ao cinema, etc.)
- Ocasionalmente, pratico exercício físico ou desporto (andar a pé ou de bicicleta, ginástica, actividade física leve, etc.)
- Faço exercício físico com regularidade e várias vezes ao mês (desportos, ginástica, corrida, jogos de equipa, etc.)
- Pratico desporto ou treino físico várias vezes por semana

X. Hábitos alimentares

A59. Relativamente aos hábitos alimentares, habitualmente o seu pequeno-almoço é composto de que alimentos?

(Entrevistador: podem ser escolhidas várias opções; marque no máximo 3 opções que incluam qualquer alimento ou bebida que a pessoa normalmente toma ao pequeno-almoço)

- Leite, chá, leite com chocolate, iogurte, etc.
- Pão, torradas, bolachas, cereais, produtos de padaria com ou sem manteiga / margarina, etc.
- Fruta, sumo, etc.
- Ovos, queijo, fiambre, bacon ou salsichas
- Café, leite com café, ou chá preto
- Outro tipo de alimentos e/ou bebidas
- Nada. Normalmente não tomamos pequeno-almoço

A60. Com que frequência consome os seguintes alimentos?

(Entrevistador: anotar a frequência com que cada um dos seguintes alimentos são consumidos.)

- Fruta fresca
- Carne (frango, carne de vaca, carne de porco, carne de borrego, etc.)
- Ovos
- Peixe
- Massa, arroz, batatas
- Pão, cereais
- Vegetais e saladas
- Legumes
- Fiambre
- Produtos lácteos (leite, queijo, iogurte)
- Doces (bolachas, compota, etc.)

R.T. Códigos da frequência do consumo

- Diariamente
- Três ou mais vezes por semana, mas não diariamente
- Uma ou duas vezes por semana
- Menos de uma vez por semana
- Nunca ou quase nunca

Entrevistador: as questões A61 a A65 são apenas para mulheres. Para os homens, passe directamente para a questão A66

XI. Medidas preventivas assumidas pelas mulheres

A61. Já teve algum parto?

1. Sim
2. Não

A62. Já alguma vez foi ao ginecologista?

1. Sim
2. Não ⇒ *Passe para A66*

A63. Com que frequência foi ao ginecologista/ médico durante a última gravidez?

1. Mais que uma vez por mês
2. Uma vez por mês
3. De dois em dois meses
4. Uma vez durante toda a gravidez

A64. Qual foi a última vez que foi a um ginecologista/ médico (planeamento familiar) sem ser por motivos de gravidez ou do parto?

1. Há menos de 6 meses
2. Entre 6 meses a 1 ano atrás
3. Entre 1 a 3 anos atrás
4. De 3 a mais anos atrás
5. Nunca foi por motivos diferentes dos acima mencionados ⇒ *Passe para A66*

A65. Qual foi a razão da sua última visita (exceptuando gravidez/parto)?

1. Um problema ginecológico (doença, desconforto)
2. Aconselhamento/ Planeamento familiar
3. Check-up periódico
4. Outra razão

A66. Já alguma vez fez uma mamografia (raio-x mamário), prescrito por um médico?

1. Sim
2. Não

A67. Alguma vez fez um papanicolau (amostra de células cervicais), prescrito por um médico?

1. Sim
2. Não

XII. Outros aspectos

A68. Diga-me, por favor, o seu peso aproximado sem calçado ou roupas.

(Entrevistador: se o entrevistado é uma mulher grávida, pergunte-lhe qual era o seu peso antes de engravidar. Anote o peso em quilogramas)

A69. Qual é a sua altura aproximada sem calçado?
(anote a altura em centímetros)

A70. Consegue ouvir um programa televisivo a um nível de volume que os outros consideram normal? Se utiliza aparelho auditivo, a questão refere-se às alturas em que o está a utilizar.

1. Sim
2. Não

A71. Consegue ver suficientemente bem para reconhecer uma pessoa a uma distância de quatro metros que esteja, por exemplo, no outro lado da rua? (Se usa óculos ou lentes de contacto, a questão refere-se às alturas em que os está a utilizar.)

1. Sim
2. Não

A72. Agora, vou passar a ler-lhe uma lista de diferentes situações de cariz emocional e pessoal que ocorrem tipicamente no dia a dia e quero que me diga até que ponto cada uma delas acontece consigo.

(Entrevistador: anote as respostas recebidas para cada um destes pontos)

- a. É convidado para sair com outras pessoas para se divertirem
- b. Recebe amor e carinho
- c. Tem alguém com quem falar sobre os seus problemas (pessoais, familiares, etc.) como amigos, colegas de trabalho, familiares, etc.
- d. Ao seu redor, tem pessoas que se preocupam consigo
- e. Recebe conselhos úteis quando algo importante acontece na sua vida
- f. Recebe ajuda quando está doente / acamada

R.T.

1. Mais do que gostaria
2. O número de vezes adequado
3. Algumas vezes, mas menos do que gostaria
4. Muito menos do que gostaria
5. Nunca

A questão A73 é directamente respondida pelo entrevistador sem se dirigir ao entrevistado

A73. A pessoa que entrevistou (seleccionada) respondeu ao questionário na íntegra ou necessitou que outro membro do agregado familiar lhe desse algumas informações?

1. Necessitou de ajuda em menos de 10 questões
2. Necessitou de ajuda entre 10 a 20 questões
3. Necessitou de ajuda entre 20 a 30 questões

Detalhes da entrevista

C. Dia _____ E. Hora (0-24 horas) _____

D. Mês _____ F. Duração (minutos) _____

Entrevistador: _____

Financed by:

