



SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

# LIVRO DE ATAS

**13º CONGRESSO NACIONAL  
PSICOLOGIA DA SAÚDE**



**COVILHÃ  
30, 31 JAN. e 1 DE FEV. 2020**

## **EDITORES:**

Henrique Pereira, Samuel Monteiro,  
Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

TÍTULO: 13º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – ACTAS  
EDITORES: HENRIQUE PEREIRA / SAMUEL MONTEIRO /  
GRAÇA ESGALHADO / ANA CUNHA / ISABEL LEAL

© ISPA, CRL  
RUA JARDIM DO TABACO, 34 • 1149-041 LISBOA  
1ª EDIÇÃO: JANEIRO DE 2020

COMPOSIÇÃO: ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

ISBN: 978-989-8384-58-4

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhad, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **PROCESSOS INTERCULTURAIS E COMUNICACIONAIS NA SAÚDE CIGANA NO BRASIL E PORTUGAL**

Natália Ramos<sup>1</sup> & Aluizio de Azevedo Silva Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Aberta & CEMRI, UAb, Portugal

<sup>2</sup>Ministério da Saúde, UNEMAT, Br & CEMRI/UAb, Portugal

Apresentamos neste texto os cenários investigativos de uma investigação de doutoramento que pesquisou os processos interculturais de comunicação e saúde, a partir do mapeamento e análise de mediações envolvidas na apropriação de políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal. Destacamos os modos em que ancoramos tal problemática no campo da Comunicação & Saúde, evidenciando que os processos interculturais e comunicacionais, suas mediações e contextos, interferem diretamente no processo de acessibilidade e atendimento em saúde das populações ciganas que ocupam os serviços públicos de saúde de ambos os países.

Partimos do princípio de que as relações discursivas não são simétricas. Alguns atores das práticas discursivas, devido a um conjunto de fatores e competências, estratégias e contextos, detêm maior parcela do poder simbólico, poder de fazer ver e fazer crer (Bourdieu, 1989) e tornam-se vozes oficiais e hegemónicas, que vão ditando narrativas, regras e valores. Outros atores, desprovidos de capital económico ou cultural ficam à margem discursiva, tendo as suas vozes ora desqualificadas, por meio de políticas de silenciamento, com a utilização de estratégias como a censura ou a interdição; e ora apagadas, negligenciadas ou excluídas de qualquer possibilidade de manifestação ou visibilidade (Araujo, 2000).

Ter em conta essa dimensão, que aponta para as relações de poder e de desigualdades nas cenas discursiva e social é fundamental: tanto para construirmos uma análise crítica das políticas em conjunto com as pessoas ciganas; quanto para basilar os parâmetros da relação e comunicação que estabelecemos com elas, compreendê-las como dotadas de vozes e saberes próprios, que merecem ser escutadas (Ramos, 2001, 2008, 2012a,b, 2017).

Nesta ótica, consideramos que gestores e técnicos dos sistemas públicos de saúde, donos dos meios de produção e circulação e controladores de muitas fontes e fatores de mediação, averbam para si o direito à fala e a prerrogativa da verdade. Constituem-se como vozes oficiais autorizadas e passam a dominar opressivamente o jogo enunciativo, conduzindo os rumos das políticas de saúde e definindo histórias e narrativas dominantes. No contraponto, as pessoas ciganas, em sua maioria excluídas ou em situação de desigualdade e vulnerabilidade, negligenciadas na área da saúde e vivendo à margem das sociedades portuguesa e brasileira, tiveram suas vozes historicamente censuradas ou apagadas (Silva Júnior & Araujo, 2015). Mas, lutam pela inclusão social, colocando em (enunci)ação estratégias de resistência para se manterem na disputa pelo poder simbólico e estarem mais no centro da rede discursiva, conquistando o direito à saúde, à comunicação e à cidadania.

Partindo deste cenário, trouxemos uma questão levantada por Gayatri Spivak (2010), que incomodamente emerge ao ocuparmos o lugar de interlocução de pesquisadores que estudam grupos “subalternos”, marginalizados ou colonizados, caso dos grupos ciganos: “pode o subalterno falar? Podem os ciganos participar do processo comunicativo das políticas públicas sem ocupar um lugar de inferioridade?”.

Tais questões podem ser analisadas sob variados ângulos. Primeiro, porque a saúde é uma palavra complexa e ambígua que pode designar: um conceito, um campo científico, um serviço (unidades de saúde), um sistema (SUS e SNS), um estilo de vida ou bem-estar físico, social, psíquico, econômico, cultural e emocional. Portanto, precisa ser observada a partir das suas múltiplas determinações sociais (Almeida Filho, 2011; Ramos, 2004). Segundo, porque o universo cultural e social *romani* é repleto de contradições, lacunas, similar a uma colcha de retalhos gigantesca, composta por uma miríade de buracos e fios soltos, que exige conhecer, sensibilidade investigativa e múltiplos olhares. E terceiro, porque a comunicação, vista como processo social de sentidos, é multidimensional, multidirecional, fluida, da ordem do simbólico e constantemente em modificação (Ramos, 2001, 2004, 2012a,b).

Assim, não tivemos a pretensão de abranger totalmente as dimensões dessa complexidade. O intuito foi proceder a uma investigação que privilegiasse o debate e a reflexão aprofundada sobre o tema, que ainda carece de compreensão crítica e análise comunicacional, de modo a compreender

aquilo que de outro modo pode passar despercebido, como as iniquidades em saúde. Para tanto, alinhamo-nos a correntes e autores da C&S que problematizam a intervenção na realidade social, potencializando a luta política dos grupos estudados, a exemplo de Araujo e Cardoso (2007). Como Spivak, buscam “lutar contra a subalternidade”, destacando a necessidade da criação de “espaços e articulações para que possam falar e ser ouvidos”, que potencializem vozes periféricas, como as ciganas; que promovam participação e tenham em conta os contextos, questionando a exclusão dessas populações da possibilidade de protagonismo na saúde, particularmente, pela política de silenciamento e invisibilidade que tomam formas nas políticas e práticas de comunicação dos órgãos de saúde pública no Brasil (Aguiar, 2017; Lavor, 2014) e em Portugal (Ramos, 2001, 2004, 2005, 2008).

*O campo da Comunicação & Saúde e a problemática da relação ciganos e saúde*

“Por Comunicação e Saúde nos referimos à existência de um campo composto, formado em intercessão, buscando seus próprios caminhos políticos, conceituais e práticos. O Conectivo “e” expressa essa articulação, delimitando “um território de disputas específicas, ainda que atravessado e formado pelos elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga” (Araujo & Cardoso, 2007, p. 95).

O campo da C&S, vem-se estruturando a partir da década de 90 e abarca as interfaces entre outros dois campos: o da comunicação e o da saúde. De acordo com Araujo e Cuberli (2015, p. 339) como outros campos, é conformado por “história, políticas, discursos, teorias e metodologias, práticas e tecnologias, capitais, sujeitos individuais e coletivos, agendas, interesses, negociações, conflitos e interfaces”. Ou seja, delineia-se no entremeio de conflitos, limites e desafios, sendo marcada por várias tendências, que buscam olhar processos que se referem à produção, à circulação e a apropriação, bem como a implementação de políticas de saúde e movimentos de caráter reivindicatório.

A comunicação configura-se como constituinte das práticas sociais e culturais, incluindo as decorrentes das políticas de saúde (Araujo & Cardoso, 2007; Ramos, 2001, 2004, 2017). De modo estruturante, o campo relaciona-se com o das políticas públicas, já que elas só se constituem

efetivamente quando são circuladas e apropriadas pela população. O conceito de apropriação ao qual nos referimos é a apropriação do circuito comunicacional (produção, circulação e recepção) e não a apropriação cultural, que aliada à violência, é uma estratégia de opressão (Santos, 2002). A apropriação comunicacional das políticas públicas afirmativas, se desdobra em formas de aceder a direitos cidadãos e a emancipação. A definição das políticas é sempre precedida por uma disputa simbólica pelo modo mais legítimo e adequado de analisar os problemas sociais e as reivindicações públicas e os seus modos de enfrentamento, processo em que o que está em pauta é o poder de fazer ver e fazer crer (Bourdieu, 1989).

Há diversos interesses e estratégias na disputa discursiva dos processos de comunicação das políticas e práticas de saúde. Assumimos uma abordagem da C&S que prioriza a cultura e a saúde pública coletiva (Ramos, 2004, 2012, 2017), um marco teórico e político “é impossível não assumir uma postura política quando se trata de um campo relacionado com práticas sociais tão importantes na vida dos seres humanos (Araujo e Cuberli, 2015, p. 2)”.

#### *Princípios para pensar a comunicação & saúde nos serviços de saúde*

Nesta perspectiva, adotamos a visão de que a relação entre saúde e comunicação tem de ser equacionada no contexto da saúde, para promover cuidados de saúde éticos e social e culturalmente competentes (Ramos, 2004, 2012a,b, 2017), aplicando-se os mesmos princípios do SUS, como sugerem Araujo e Cardoso (2007). Estruturamos a problemática no campo da C&S observando a comunicação nos contextos de saúde, inclusive os investigativos, como vinculados à universalidade, equidade, integralidade, descentralização, e participação. Entendemos que estes princípios também são assumidos pelo SNS, em Portugal, nomeadamente a universalidade, a equidade e a integralidade, expressas, por exemplo, em documentos como a Estratégia Nacional de Integração para as Comunidades Ciganas 2013-2020 (ACID, 2013).

*Universalidade:* o princípio da universalidade passa pelo acesso e se aplica no entendimento de que a comunicação é também um direito de todos. As Constituições Brasileira e Portuguesa e os sistemas públicos de

saúde dos dois países estabelecem que a saúde é um direito de todos. Historicamente, o poder de falar sempre pertenceu às instituições estatais e oficiais de saúde, que o utilizaram na implantação de políticas, prescrevendo comportamentos e normas à população, a qual sempre foi vista como passiva, sem informações e direito à fala. Para combater esta situação, a proposta trazida pela C&S, aponta para o conceito de “lugar de interlocução” (Araujo, 2002), questionando o lugar de receptor passivo e silenciado, historicamente estabelecido para os ciganos; e pensa essa população com voz própria, que necessita e tem direito a ser escutada, ter um lugar de interlocução de agente de sua própria presença pública, sendo necessário a criação de canais apropriados de espaço de fala e de escuta.

Para compreender a prática comunicativa na clivagem da universalidade; o conceito de polifonia (Bakhtin, 2002) é indispensável, uma vez que, permitindo entender a natureza polifônica da linguagem e dos processos de silenciamento, busca dar vazão às vozes reprimidas nos processos políticos, sociais, económicos e culturais da saúde.

Ao refletir-se sobre o tema da apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos a partir da ótica da universalidade, duas questões se colocam: (1) Os representantes das comunidades ciganas tiveram acesso à comunicação, as suas reivindicações foram ouvidas e os seus conhecimentos levados em consideração? (2) As pessoas ciganas conhecem os direitos de acessibilidade e universalidade que possuem no âmbito da saúde, fazendo uso deles?

*Equidade:* este princípio vincula-se à necessidade de tratar diferentemente os desiguais. As Constituições Federais de Brasil e Portugal e os documentos e leis que regem os seus sistemas públicos de saúde (SUS e SNS), trazem o princípio da equidade como uma premissa. A possibilidade de apropriação é um parâmetro para equidade. Para que o acesso seja universal, é preciso que o sistema de saúde e as suas políticas se adaptem às diversidades, contextos e condições sociais das populações, oferecendo acesso integral aos serviços de saúde, sem qualquer preconceito ou exclusão de etnia, género, idade, classe social, religião etc. O conceito de contextos está diretamente ligado à produção social dos sentidos e é compreendido como “práticas socioculturais onde os produtos culturais se originam e são consumidos” (Pinto, 2002). As linhas que separam os diversos contextos são flexíveis e colocam-se como espaços de negociação,

confrontos e lutas, afetando o acesso das pessoas às informações e apropriação, visto que o acesso não é garantido apenas pela oferta ou códigos, passando também pela articulação dos contextos de circulação e apropriação (Araujo, 2002).

Trata-se de oferecer condições de vida e saúde, como uma necessidade e possibilidade fundamental das pessoas e parte de uma premissa: a existência das desigualdades e da exclusão social. Daí a necessidade de elaborar políticas redistributivas, que considerem contextos e especificidades vinculados aos grupos marginalizados. A circulação é uma dimensão da comunicação onde a presença ou ausência da equidade incide fortemente. A capacidade de fazer circular ideias e participar de modo mais igualitário da rede de produção de sentidos não é distribuída equitativamente. É na circulação que as vozes são amplificadas ou silenciadas (Araujo & Cardoso, 2007).

No diapasão da equidade emergem questões: Quem na saúde consegue fazer circular a sua voz e ser ouvido? Que lugar na rede das políticas públicas os ciganos ocupam: em posições periféricas ou centrais? Em que contextos se produziram as políticas públicas para ciganos? Representantes da etnia participaram da sua elaboração, orientando suas necessidades e reivindicações? Apropriaram-se das políticas? Tiveram os seus direitos específicos respeitados? Como é que a saúde é percebida pelas pessoas ciganas? Existem práticas de saúde tradicionais?

*Integralidade:* a integralidade prevê “uma comunicação multidimensional, entendida como práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções, lugares de fala” (Araujo & Cardoso, 2007, p. 73). Portanto, exige atributos como: (a) Práticas de escuta e reconhecimento do lugar de interlocução do outro (polifonia); (b) Serviços como espaço de conversa e troca; (c) Recusa ao fechamento; e (d) Recusa as falas autorizadas. Ocorre que a maioria dos modelos atuais e vigentes da comunicação enfocam apenas o âmbito da produção, deixando a circulação e a apropriação incompletas. Cabe aqui uma pergunta central: Porque é importante fazer uma pesquisa de campo com os ciganos? Para estas autoras a apropriação é o lugar onde se define se a comunicação se realiza ou não e que sentidos finalmente dela resultarão; é o lugar no qual a polifonia social se manifesta com vigor. Neste princípio, outras perguntas: Que canais e instrumentos a rede pública de saúde oferece aos serviços para ouvir a população cigana?

E os gestores de políticas públicas, que canais e instrumentos utilizam para ouvir as suas necessidades, interesses e posições?

*Descentralização:* pensar o princípio da descentralização a partir da comunicação é caminhar no sentido de “desconcentração de poder”, dado que “concentrar comunicação significa também concentrar poder” (Araujo & Cardoso, 2007, p. 77). O campo da comunicação tem a tradição de concentrar o poder da fala nas instituições, ou seja, o direito de falar e ser ouvido é desigualmente distribuído. O sentido é fortalecer atores sociais para o exercício da cidadania e do seu poder de cidadão: as pessoas adquirem poder simbólico quanto se apropriam dos meios de produção, circulação, conteúdos, processos e políticas. A concretização da descentralização pode ocorrer com a criação de canais locais de fala e escuta; a divisão equitativa de recursos gastos com as políticas públicas de saúde e a observância dos diversos contextos e atores ciganos envolvidos na pesquisa. Como foram os gastos com as estratégias de comunicação e materiais? Elas respeitaram os ciganos, suas especificidades e contextos? As pessoas ciganas se apoderaram das políticas em seu favor?

*Participação:* remete ao controle social, com a inserção da sociedade nos conselhos e outras formas de fiscalização dos serviços e ações estatais. A participação em qualquer serviço público de saúde é fundamental, tanto enquanto usuário/utente, como nas instâncias oficiais de acompanhamento e fiscalização, sejam elas do próprio órgão ou serviços vinculados aos órgãos de fiscalização e controle dos serviços públicos como o Ministério Público. Na comunicação, Araujo e Cardoso (2007) lembram que a participação está ligada aos outros cinco princípios. Para elas, o desafio da participação ocorre no cotidiano dos serviços, onde o nível mais simples, o direito de ser ouvido, é frequentemente negado. O SUS, por exemplo, destina canais para participação popular, como os conselhos e as conferências de saúde, mas não são espaços que garantem a discussão ou o acesso à participação de todos os grupos sociais, excluindo aqueles que não estão organizados, caso dos ciganos. Este princípio levou-nos a confirmar a necessidade de que para garantir a participação cigana no trabalho era preciso construir uma pesquisa de campo que conseguisse acompanhar o cotidiano, as lutas do movimento cigano; ouvindo e levando em consideração os relatos de pessoas desta etnia. Esse princípio remeteu a questões práticas e metodológicas, sobre as

formas de criação de canais de escuta para que as pessoas ciganas participassem de fato na investigação, fortalecendo suas vozes e reivindicações na saúde, na comunicação e na cidadania.

## DISCUSSÃO

Para compreender como o campo da C&S se articula com o nosso objeto empírico, é necessário compreender que no contexto da saúde para as populações negligenciadas, incluindo os ciganos, a comunicação “precisa escutar e entender os silêncios, as ausências, amplificar as vozes historicamente abafadas, entender os sentidos clandestinizados por força das estruturas e práticas autoritárias” (Araujo & Cardoso, 2007, p. 111).

O direito à comunicação não se dissocia do direito à saúde e cidadania, no entendimento de que existe uma forte relação entre comunicação, cultura e desigualdade, que se expressa pela invisibilidade e pelo silenciamento, que, por sua vez, desembocam na exclusão e vulnerabilidade. Invisibilidade na comunicação que gera uma comunicação negligenciada e inadequada e uma ausência de indicadores e instâncias que cuidem das desigualdades e especificidades sociais e culturais na saúde (Ramos, 2001, 2008, 2012a,b, 2017).

Sem visibilidade não há políticas públicas, recursos financeiros, serviços adequados, acesso com qualidade e equidade. Populações negligenciadas, desiguais cultural e socialmente, não são contempladas adequadamente com políticas e serviços públicos, recursos financeiros, informação e comunicação (Araujo, Moreira, & Aguiar, 2013; Ramos, 2008, 2012a,b). Deste modo, não se respeita, os princípios da universalidade e da equidade, princípios adotados, em documentos norteadores pelos SUS e pelo SNS, mas que na prática dos serviços de saúde não são cumpridos, o que se configura como discriminação institucional e negligência na saúde, com impactos na saúde e bem-estar geral dos indivíduos, grupos e comunidades.

## REFERÊNCIAS

ACID. (2013). *Estratégia nacional para integração das comunidades ciganas: 2013-2020*. Disponível em [http://www.acidi.gov.pt/\\_cfn/51d2a4fd86705/](http://www.acidi.gov.pt/_cfn/51d2a4fd86705/)

- live/Estrat%C3%A9gia+Nacional+para+a+ Integra%C3%A7%C3%A3o+ das+Comunidades+Ciganas, [Consultado em 10.12.2014].
- Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde? Coleção temas em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araujo, I. S. (2000). *A reconversão do olhar*. São Leopoldo: Editora Unisinos.
- Araujo, I. S. (2002). *Mercado simbólico: Interlocução, luta, poder: Um modelo de comunicação para políticas públicas*. Tese (Doutorado), Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Araujo, I. S. (2009). Contextos, mediações e produção de sentidos: Uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *RECIIS [Rio de Janeiro]*, 3(3), 42-50. Acesso em 28 set. 2013, em <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/280/324>
- Araujo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Araujo, I. S., & Cuberly, M. (2015). Comunicación y salud: Un campo en permanente movimiento. In Cesar Bolaño; Delia Crovi Druetta; Gustavo Cimadevilla (Orgs.), *La contribución de América Latina al campo de la comunicación: Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación* (Vol. 1, pp. 338-390). Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Araujo, I. S, Moreira A. D. L., & Aguiar, R. (2013). Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. *RECIIS [Rio de Janeiro]*, 6(4). Acesso em 04/02/2017, em [www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br)
- Bakhtin, M. (2002). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil.
- Garcia, C. (2017). *Comunicação e desrazão: Entre contextos e mediações, o direito à voz da pessoa com esquizofrenia*. Tese (Doutorado em Informação, Comunicação e Saúde), ICICT, Fundação Oswaldo Cruz.
- Lavor, A. M. (2014). *Visibilidade, comunicação, políticas públicas e saúde: Ressonâncias e interrelações na saúde indígena*. Tese (Doutorado em Informação, Comunicação e Saúde), ICICT, Fundação Oswaldo Cruz.
- Pinto, M. J. (2002). *Comunicação e discurso: Introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker Editores.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178.

- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2005). Contribuição do método fílmico para o estudo das representações sociais: Perspectivas teóricas e de pesquisa. A. Moreira et al. (Orgs.), *Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais* (pp. 365-400). João Pessoa: EDUFPA.
- Ramos, N. (2008). Comunicação e saúde em contexto multicultural. *Atas IV Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura* (28-30 de maio 2008), Faculdade de Comunicação, UFBA, Salvador.
- Ramos, N. (2012a). Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In H. Priego Alvarez & P. Remoaldo (Orgs.), *Mercadotecnia social en salud. Teoria y Práctica* (pp. 65-109). Universidade Juárez Autónoma de Tabasco: Tabasco.
- Ramos, N. (2012b). Comunicação em saúde e interculturalidade. Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS [Rio de Janeiro]*, 6(4), 1-19.
- Ramos, N. (2017). Comunicação em Saúde, interculturalidade competências: Desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. In L. Rangel & N. Ramos (Orgs.), *Comunicação e saúde. Perspectivas contemporâneas* (pp. 149-172). Salvador: EDUFBA.
- Santos, B. S. (2002). *Para um novo senso comum: A ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- Silva Júnior, A. A. (2009). *A liberdade na aprendizagem ambiental cigana dos mitos e ritos Kalon*. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação e Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.
- Silva Júnior, A. A. (2018). *Produção social de sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde: A apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal*. (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, ICICT, FIOCRUZ. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/33131>