

SAÚDE DE POVOS CIGANOS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Manoel Guedes de Almeida¹; Tayná Maria Gonçalves Varão Silva²; José Ivo dos Santos Pedrosa³

^{1,2,3} Universidade Federal do Piauí – UFPI

RESUMO

Este trabalho trata da saúde de povos ciganos no Brasil. Para tanto, utiliza-se da revisão integrativa como metodologia de pesquisa nas bases de dados Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Scholar através dos descritores Ciganos, Cigana, Cultura, Saúde, Identidade, Promoção da Saúde, Equidade e Políticas, agrupados ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão “como as políticas públicas de saúde se relacionam com as necessidades impostas pelas características da população cigana?”. Aborda, pois, a saúde da população cigana e sua inserção nas políticas públicas em saúde, de modo a contribuir para a discussão a cerca da inserção dessa minoria étnica nas ações do Sistema Único de Saúde. Para apresentação dos dados, fora construída planilha de tabulação própria, sendo que as informações nelas contidas foram sintetizadas e analisadas de forma descritiva, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados. A análise dos resultados baseou-se em Lo Biondo-Wood, Haber. Aspectos característicos da etnia, como o nomadismo e suas implicações, além de péssimas condições de habitação e saneamento básico, baixa escolaridade, estrutura familiar nuclear, preconceito marcante, dentre outros, corroboram para necessidades em saúde que são próprias do grupo e que exigem formas especiais de atenção e cuidado. No campo das Políticas de Saúde, esse entendimento tem tateado e há quase total invisibilização da etnia no que se refere à atenção nos serviços de saúde. Em conjunto, esses fatores corroboram para um quadro de maior risco de adoecimento e morte sobre o qual não se destina nenhuma atenção especial em saúde.

Palavras – chave: Ciganos; Saúde; Políticas Públicas; Identidade; Serviços de Saúde; SUS.

ABSTRACT

This paper deals with the health of Gypsies in Brazil. For this purpose, we use the integrative review and research methodology in databases Scielo, Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Google Scholar using the descriptors Gypsies, Gypsy Culture, Health, Identity, Promotion Health, Equity and Policy, grouped or alone, in order to answer the question "how public health policies relate to the needs imposed by the characteristics of Gypsies?". It addresses the health of the Roma and their integration into public health policies in order to contribute to the discussion about the inclusion of ethnic minority shares in the National Health System to present the data, was built worksheet tab, and the information contained therein were collated and analyzed in a descriptive way, to enable to observe, describe, sort and compare data. The analysis was based on Lo Biondo-Wood, Haber. Characteristic features of ethnicity, such as nomadism and its implications, and poor housing conditions and sanitation, poor education, nuclear family structure, landmark bias, among others, serve to support health needs that are unique to the group and require special forms attention and care. In the field of Health Policy, this understanding has groped and there is almost total invisibility of ethnicity in relation to attention in the health services. Together, these factors contribute to an environment of increased risk of illness and death over which he intended no special attention in health.

Keywords: Gypsies, Health, Public Policy, Identity, Health Services, SUS.

INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira de 1988 legitimou a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, efetivadas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como estratégia para efetivação desse artigo constitucional, a lei 8080, de 19 de setembro de 1990 assume a saúde como *direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*. O parágrafo primeiro do artigo 2º afirma que essa garantia se concretiza na formulação e execução de políticas sociais e econômicas.

Desse modo constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na Equidade, Universalidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização e Controle Social como princípios norteadores, o princípio da Equidade e Promoção da Saúde assumem papéis importantes no desenvolvimento deste trabalho.

Se, por um lado, o Brasil é constituído por uma mescla dinâmica de culturas diversas, por outro lado, a ampliação da visão médico-assistencialista rumo à promoção da saúde e qualidade de vida, flexível o suficiente para considerar legítima outras formas de produção de saúde culturalmente definidas ainda tateia, sendo a equidade desafio maior para a efetivação real de ações de promoção da saúde.

Partindo do conceito de Equidade como a *qualidade* da atenção em saúde em se moldar consoante as necessidades próprias de cada grupo ou indivíduo, ainda que minoritário, em seus vários níveis de complexidade, o desafio de construir políticas de saúde que abarquem as características e necessidades de cada grupo não hegemônico se torna maior. Nesse contexto de desafios é que os autores abordam os desejos e dificuldades das ações de saúde em inserirem como parte de sua atenção as comunidades ciganas do território brasileiro, no que pese a construção simbólica frente à territorialização dos serviços de saúde.

No Brasil, apesar de a etnia cigana ter se difundido para todos os Estados e compor distintas camadas sociais como parte da identidade sociocultural do povo brasileiro, os ciganos têm sido, desde a época do Brasil colônia, marginalizados quanto à seus direitos fundamentais, cujo usufruto se associa intimamente às relações de trabalho e vida capitalista. Apesar do avanço ensejado pela Constituição de 1988 e, sobretudo, da Lei Complementar 75 de 20.05.1993 que atribuía ao Ministério Público Federal o dever de proteger povos indígenas e outras minorias étnicas, poucos avanços têm se delineado no tempo, o que corrobora para a vulnerabilidade social característica da população cigana (SIMÕES, 2007).

Em estudo feito por Martins (2011), é reafirmada a escassez de pesquisas sobre a etnia cigana no Brasil, sendo que os trabalhos coletados pelo autor foram classificados em três grandes eixos: 1) História dos povos ciganos, 2) Relações Interétnicas e 3) A criança cigana e a escola.

O presente trabalho se justifica, pois, pela rarefação de pesquisas que apresentam aspectos da saúde, políticas e territórios de povos ciganos.

Sob essa prisma, têm por objetivo abordar a saúde da população cigana e sua inserção nas políticas públicas em saúde, de modo a contribuir para a discussão a cerca da inserção dessa minoria étnica nas ações do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa nas bases de dados Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Google Scholar através dos descritores Ciganos, Cigana, Cultura, Saúde, Identidade, Promoção da Saúde, Equidade e Políticas, agrupados ou isoladamente com o objetivo de responder à questão “como as políticas públicas de saúde se relacionam com as necessidades impostas pelas características da população cigana?”.

Revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que permite a síntese e incorporação de conhecimentos e a elaboração de estratégias de aplicabilidade prática. Permite, além disso, a inclusão de trabalhos de diversas metodologias, que podem contribuir para a resolução da pergunta-chave. Desse modo, aglutina o conhecimento atual sobre uma temática específica, de modo a permitir identificação, análise e síntese de vários trabalhos que versem sobre a mesma temática (SOUZA et. al. 2010).

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos, publicados em periódicos brasileiros ou em livros em língua portuguesa ou espanhola. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora do presente trabalho. Tendo em vista a escassez de trabalhos sobre a temática em questão, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão. No entanto, com base nos demais critérios já estabelecidos, os trabalhos selecionados foram publicados entre os anos de 1997 e 2011.

Para apresentação dos dados, fora construída planilha de tabulação própria (TABELA I), sendo que as informações nelas contidas foram sintetizadas e analisadas de forma descritiva, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

A análise dos resultados baseu-se em Lo Biondo-Wood, Haber. Tanto a análise quanto a síntese dos dados coletados foram realizadas de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados, com base nos descritores utilizados, critérios de inclusão e exclusão e proximidade ou distanciamento com a pergunta norteadora, o total de 11 trabalhos relacionados ao tema. Sendo 8 (66,66%) na base Google Scholar, 1 (8,33%) no LILACS e 3 (25,00%) no SCIELO. Os trabalhos foram tabulados em Livros (33,33%), Periódicos (58,33%) e Anais de Eventos (8,33%), compreendidos entre os anos de 1997 e 2011. Quanto à metodologia empregada, a maioria trata-se de revisão bibliográfica (33,33%), acompanhada por Estudo de Caso, Estudo Exploratório e Relato de Experiência (8,33% cada); os livros não especificaram metodologia empregada, totalizando 33,33% do total de publicações. Apenas três trabalhos (25%) mencionavam de alguma maneira a saúde de povos ciganos, no título ou no corpo do texto, sendo que, destes, apenas um (8,33%) tratava das políticas públicas em saúde para essa população.

A escassez de trabalhos referentes ao tema foi ponto marcante, sendo mencionada em todos os trabalhos coletados.

História dos ciganos no Brasil

Apesar de sua origem controversa, há relatos de que o povo cigano tenha se originado no norte da Índia, em uma região conhecida como Punjab, onde hoje se localiza o Paquistão, havendo referências a partir do século III a. C. Assumindo sua origem indiana, os ciganos dividiram-se em dois grupos maiores conforme a corrente de migração seguida. Os ciganos asiáticos (ciganos da Palestina) e o europeu (Pérsia e Armênia), para só então se espalharem

na Europa. Esses deslocamentos exigiram estratégias de sobrevivência bem estruturadas e metodologias de proteção culturais bem definidos (SIMÕES, 2007;2010).

Pode-se considerar o ano de 1574 como marco inicial de sua inserção no Brasil. Nesse mesmo período, vários grupos ciganos foram degredados de Portugal para o Brasil, concentrando-se em regiões como a Bahia, de onde migraram para outras regiões, concentrando-se em Minas Gerais (TEIXEIRA, 2008).

Teixeira (2008) acrescenta que à época os ciganos eram associados à barbárie, assumindo importância apenas quando inquietavam as autoridades. Desse modo, nunca foram vistos *per se*, mas sempre pelos olhos do agressor, então desconsiderados de seu contexto sócio-histórico, assumindo no Brasil a identidade de “sujos”, “trapaceiros” e “imorais”. Dessa forma, prossegue o autor, foram despedidos de sua singularidade e sua existência enquanto entidade viva, dotada de sentidos, fora restrita ao campo da ilegalidade, imagem estereotipada orientadora de saberes e ações hegemônicas no campo das ações governamentais, onde são entendidos, via de regra, como “pessoas suspeitas”. Esse prejulgamento era subsidiado pela ideia de que apenas era confiável o homem que tivesse uma residência.

De cultura centradamente familiar e que emprega os sacramentos católicos em detrimento de seus costumes, os ciganos sofreram dura perseguição por desafiar a moral religiosa, sendo considerada afronta à Igreja Católica. Desse modo, e associado ao fato de eles serem ágrafos, foram gradativamente associados à ideia de trambiqueiros e vagabundos, que, e à sua natureza essencialmente nômade, pesam para a criminalização do seu modo de viver e para o afastamento simbólico existente entre o grupo e o resto da população geral (TEIXEIRA, 2008).

No Ocidente, pesquisadores distinguiram pelo menos três grupos de ciganos. O grupo Ron é o geograficamente mais difundido, sendo subdividido em vários subgrupos. No Brasil, todavia, os Calon são o grupo mais numeroso. Há ainda vários outros grupos, como os Sinti, que não foram registrados no Brasil. (TEIXEIRA, 2008; Moscovici, 2009).

Os mesmos autores consideram a identidade cigana única. Todavia, Teixeira é enfático em acrescentar que generalizações costumam ser um erro corrente dos estudiosos do assunto, ao assumirem uma construção única de culturas que são taxativamente singulares, produtos de múltiplas identidades, não havendo, por isso, indivíduos ciganos, mas comunidades ciganas historicamente diferenciadas. Por esse motivo, talvez aqui perca o sentido a generalização dotada de preconceitos e inquietudes semânticas e o uso do termo como caracterização uniforme dessas multiculturas.

São raras as pesquisas sobre ciganos no Brasil. Nelas, evidencia-se o predomínio de apenas duas etnias ciganas no país, os Calon e Rom, que migraram para o Brasil provavelmente a partir do século XIX.

Dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009 afirmam que pelo menos 290 municípios brasileiros possuem acampamentos ciganos. No entanto, a escassez de dados acerca da quantidade e distribuição desses povos no Brasil, se por um lado dificulta o estudo e desenvolvimento de ações específicas, por outro lado reafirma a invisibilização dada ao grupo pelos Governos até o momento (IBGE, 2009).

Apesar de controversa e fantasiosa, pode-se assumir que no Brasil existam de 150 000 a 1000 000 ciganos e ex-ciganos, que perderam sua identidade étnica (TEIXEIRA, 2008, MARTINS, 2011). Teixeira (2008) coaduna suas inquietações a esse respeito na seguinte frase: *“Em resumo: nada, mas absolutamente nada, sabemos sobre o número de ciganos nômades, seminômades e sedentários atualmente existentes no Brasil, nem sobre sua distribuição geográfica”*.

A inquietude demonstrada por Teixeira em seu Livro é recorrente em outros trabalhos sobre o tema e é dotada de sentidos. Se, por um lado, a escassez de trabalhos científicos sobre o tema da vida de povos ciganos não despertara interesse como objeto de estudo, por outro lado também não despertara interesse político em trazer essa etnia à luz da sociedade, legitimando-a enquanto entidade viva produtora de história e conhecimento de si como exercício de autonomia. Em conjunto, esses fatos convergem para o ponto singular de invisibilidade sociopolítica em que esses povos se encontram.

A saúde no território cigano

Território consiste na interação dinâmica entre espaço físico e espaço humano, ambos com problemas, limitações e potencialidades, na construção de sujeitos sociais. Garcia (1996) acrescenta à temática ao considerar os governos parte *sine qua non* determinar-se-ão os territórios quando na relação dual entre estrutura e sujeito – cultura e política – no que pese a heterogeneidade das relações e representações sociais experimentadas, contrapondo-se à rigidez das estruturas políticos-institucionais. Nesse contexto, as identidades ciganas e suas relações simbólicas seriam, por um lado, construídas socialmente, e, por outro lado, determinadas objetivamente por uma instituição rígida com vistas à manutenção de uma sociedade de trabalho cujos interesses sejam definidos por posições estruturais e níveis de hierarquia. Para a autora, essa ambiguidade de relações consistiria a problemática do sujeito na modernidade.

O território cigano, nesse contexto, assume características peculiares que o diferencia de um território qualquer. Enquanto Paiva (2009) assume como fato misterioso o nomadismo cigano, não explicado pelas teorias científicas, Costa (2006) afirma que eles carregam consigo uma *herança recebida*, marcas características ou que caracterizam sua identidade cigana. Com efeito, Fazito (2006) acrescenta à discussão ao afirmar que o nomadismo cigano é fruto, por um lado, do discurso mitológico e científico que orbita o grupo e, por outro lado, das constantes perseguições que recaem sobre eles, que imprimem aos corpos a marca constante da diferença. Desse modo, a identidade cigana está intimamente ligada ao nomadismo e às experiências cotidianas, na tendência constante de se afastar paulatinamente das situações potencialmente ameaçadoras do grupo.

A estruturação do Sistema de Único de Saúde em territórios bem definidos como estratégia de descentralização do cuidado é capaz, a princípio, de abarcar as necessidades em nível local, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ferramenta-chave reorientadora do modelo médico-assistencialista. Com efeito, a ESF, baseada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), é responsável pelo cuidado e acompanhamento da área adstrita, localizada em uma área determinada, através de ações integrais de saúde. Desse modo, a territorialização é um pressuposto básico das ações do SUS (PEREIRA, 2006).

Quando se assume os sentidos que o processo de territorialização da saúde adquire, 1) de demarcação de espaço geográfico de atuação dos serviços, 2) de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social e 3) de estabelecimento de relações com outros serviços e instituições de modo horizontal, pode-se aprofundar mais a questão do território dos povos ciganos (PEREIRA, 2006). Falhas na malha que comunica cada uma dessas instâncias da construção de um território constituem vieses importantes no processo de construção da saúde ao passo que dificultam o entendimento pelos Sistemas de Saúde da transposição de um território físico-geográfico a um território vivo.

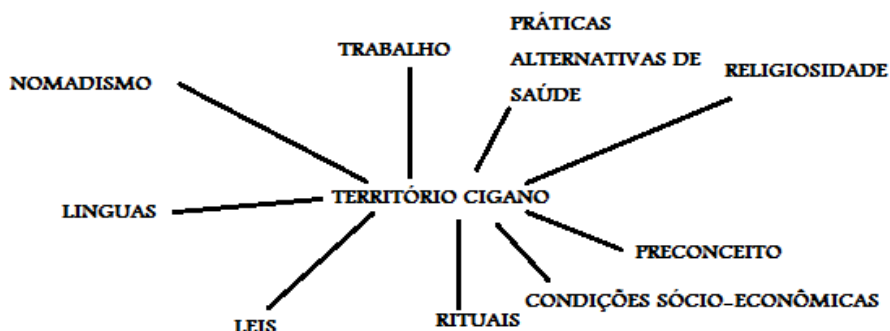
É nesse contexto que assume importância a definição de território cigano. Sem limites definidos geograficamente, *a priori*, constituem dificuldade maior à efetivação das ações

SUS, que se baseiam em territórios delineados. Por serem os ciganos, em sua maioria, nômades, guardam pouca relação com o território físico sobre o qual se assentam. No entanto, quando se considera a transposição do físico ao simbólico, as relações sociais dos povos ciganos, de estrutura familiar, baseada em assentamentos e em grupos coletivos fechados, onde os valores culturais que caracterizam sua etnia mobilizam modos de vida de forma imperativa, os territórios subjetivos da saúde são determinantes do processo saúde-doença.

A perspectiva integradora de territórios talvez melhor se enquadre ao tema em sua perspectiva relacional ao entender o território em toda a sua dimensão constitutiva (política, econômica, social, naturalista, cultural). Essa perspectiva, para Haesbaert (2004b) nos permite entender o território como espaço fluido. No entanto, os conceitos de território não se aplicam assim como o são ao espaço cigano, devem ser adaptados, singularizados.

Admite-se aqui que o território cigano é, além de tudo, nuclear, familiar, onde o espaço geográfico é sempre ou quase sempre móvel. A forma com que ele mobiliza sentidos está de acordo com a construção simbólica desse grupo étnico e não deve ser desconsiderado.

FIG 1. ESQUEMA DO TERRITÓRIO DA SAÚDE DE POVOS CIGANOS



A complexa conjuntura em que se estruturam as relações ciganas determina a construção de seu território e são apresentadas, esquemática e resumidamente na figura I. A imagem é fruto de informações colhidas com base nos referenciais teóricos selecionados no presente estudo.

Para a população cigana, as relações familiares são a base da comunidade. É comum casamentos a definição dos cônjuges por familiares ainda na infância, sendo raro casamento entre ciganos e não ciganos, apesar de haver tendência contrária nos dias atuais.

São, a princípio, ágrafos. Apesar de haverem grupos que aprenderam a ler e escrever, sua cultura se perpetua basicamente pela palavra falada, o que reforça os traços familiares e grupais das comunidades ciganas, bem como a valorização de seus idosos (MEDEIROS, 2011). Convém ressaltar aqui que não só o SUS não foi pensado para povos nômades, mas praticamente nenhuma instituição o foi. Desse modo, o ensino tradicional também é centralizado e excludente, do qual os ciganos tendem a se afastar, fazendo com que os acampamentos reforcem traços culturais do grupo, relativamente fechado às formas de pensar do mundo contemporâneo.

Apesar de ser tradicionalmente nômade, têm apresentado tendência à sedentarização, seja ela voluntária ou forçada, o que têm levado a problemas decorrentes às disputas territoriais recorrentes, sobretudo nas zonas periféricas de centros urbanos, onde é facilitado o ofício da vida ambulante ou mendicância (FERNANDES, 1995).

Desse modo, distinguem-se grupos que se mantêm nômades, com suas necessidades e anseios particulares e grupos que, sedentários, enfrentam novos desafios típicos da ocupação

de novos espaços, tanto físicos quanto sociais. Ambos necessitam, pois, de atenção política diferenciada no tocante ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde em seu conceito mais amplo, no sentido de desenvolver as habilidades necessárias ou empoderar os grupos na luta por melhores condições de vida.

A exclusão social à qual essa etnia se submeteu no decorrer dos anos no Brasil e no mundo é muitas vezes retratada como parte ou elemento estruturante da própria cultura cigana. Nesse contexto, pode-se afirmar que a prerrogativa maior fora a recusa sistemática às regras do mercado capitalista (PINTO, 1995).

No mundo contemporâneo, baseado em relações de trabalho orientadoras de formas de vida em todos os seus níveis, o fato de os ciganos terem deliberadamente recusado as premissas da cultura capitalista vai de encontro a todas as formas de entender as relações humanas da cultura reconhecida como dominante na sociedade moderna. É nessa linha de raciocínio que se caracteriza, a princípio, o principal ponto de inflexão entre dois modos de ver o mundo. De um lado, a visão mercantilista da sociedade do capital; do outro e estranha àquela, a etnia cigana, cujo estranhamento é a única forma de subsistência de sua identidade étnica e cultural.

Por esses e outros motivos, há uma tendência quase universal à sedentarização dos ciganos no Brasil, fruto da inapetência dos Governos em criarem mecanismos de inserção de povos nômades em atividades de distribuição de renda e desenvolvimento de instrumentos de promoção da saúde e qualidade de vida para o grupo. Apesar disso, a característica nômade permanece marcante e poucas ações são desenvolvidas no sentido de inclusão desses povos nas ações do Sistema de Saúde pela dificuldade de transposição da lógica territorialista da saúde.

Em ambientes onde as ações em saúde pública não alcançam ou não incapazes de responder às questões que a vida impõe, caso dos acampamentos ciganos, outras formas de entender a relação saúde-doença saltam aos olhos. Quando a iniquidade persiste, como é o caso, por milhares de anos caracterizados por perseguição, preconceito, invisibilidade antes as entidades governamentais, o sentido que a saúde adquire se desenvolve por conta própria segundo seu próprio caminho, em um diálogo quase uníssono com a cultura, sociedade e história. Nesse contexto, o desenvolvimento de práticas em saúde baseadas em fototerapia, magia e outras permeiam as relações da vida cigana como parte constituinte da mesma. Ao contrário das UBSs, núcleos de saúde em um território, a saúde cigana se dissolve em todos os aspectos da vida como parte dela, indissociável. Quando, então, as ações em saúde da ESF impõem outras formas de entender essa relação delicada elas professam uma forma de ver o mundo que é sumariamente rejeitada pela comunidade cigana. É uma afronta à sua forma de vida, ao que lhe caracteriza.

Quando, além disso, se considera o conceito de qualidade de vida como sinônimo ou substrato ao desenvolvimento da saúde, onde outros determinantes e condicionantes se destacam, o povo cigano também é peculiar e representa desafio às ações em saúde, como a falta de saneamento básico e outras condições fundamentais de vida. As dificuldades em mobilizar recursos e desenvolver estratégias de melhoria das condições de vida da população cigana nômade são então ainda maiores, haja vista a precariedade dos ambientes em que se assentam e desenvolvem seus acampamentos.

Nessas condições, o desenvolvimento de doenças infectocontagiosas e do aparelho respiratório facilmente evitáveis com medidas básicas de saneamento e de educação em saúde são frequentes. Além disso, a escassez de acompanhamento pelas equipes da ESF tornam as doenças crônico-degenerativas de difícil controle. Não só a minoria cigana, mas todos os grupos étnicos não hegemônicos no Brasil não são, em geral, abarcados em suas diferenças,

mas limitados pelo que é comum a todos, o corpo. E o corpo cigano, como todos os corpos, é produto da construção coletiva de sua etnia. Desconsiderar esses aspectos na construção das políticas públicas consiste na ponta-da-flexa da iniquidade em saúde e justificativa política para o despreparo dos serviços de saúde e profissionais em legitimarem as práticas em saúde desses grupos e endocitarem-nas como parte de seu território em saúde.

Políticas Públicas em Saúde de povos ciganos

As políticas públicas brasileiras praticamente ignoram ou invisibilizam os povos ciganos como parte da constituição cívica nacional. Um exemplo básico é que, apesar dos avanços ensejados e a Lei Complementar 75 de 20.05.1993 que considerava a proteção a minorias étnicas, os ciganos Rom, Sinti e Calon sequer são considerados minorias étnicas, sendo privados de direitos específicos reconhecidos em várias entidades internacionais e constitucionalmente garantidos (MOONEN, 2011).

Moonen, ao relatar os avanços após a Constituição de 88 e a Lei Complementar 75/93, afirma que pouco se seguiu no sentido da defesa/proteção do povo cigano. Em abril de 1994, prossegue, foi criada a Câmara de Coordenação e Revisão dos Direitos das Comunidades Indígenas e Minorias, onde se incluíram as minorias ciganas. Apesar disso, afirma, pouco se têm de concreto em favor dos povos ciganos como fruto desses “avanços” supracitados (MOONEN, 2011).

Em 2005 fora organizada a 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (1º CONAPIR), mas os grupos ciganos foram postos de lado do processo. Em protesto, solicitaram a realização de uma Audiência Cigana, com o objetivo de elaborar propostas a serem encaminhadas à Conferência. Das 41 propostas apresentadas, apenas duas se relacionam especificamente ao campo da saúde, o que deixa claro que outras necessidades urgem aos olhos do grupo e são tomadas como prioritárias (MOONEN, 2011).

As propostas foram as seguintes:

- 1. Implantação de programas de saúde diferenciados na assistência à etnia cigana pelo SUS, priorizando ações na área de medicina preventiva, segurança alimentar, fitoterapia, DST/AIDS.*
- 2. Garantir a presença de ginecologista mulher nas unidades móveis para que as mulheres ciganas possam realizar seus exames preventivos e de pré-natal sem criar constrangimentos dentro de sua comunidade.*
- 3. Inclusão da etnia cigana em toda e qualquer campanha de saúde, educação, solidariedade, fraternidade e respeito às diversidades.*
- 4. Garantir a inclusão do povo cigano a toda e qualquer campanha de saúde, educação, solidariedade, fraternidade e respeito às diversidades.*

No 1º CONAPIR, das 1053 propostas apresentadas e 87 relacionadas à saúde, apenas uma tratava da saúde cigana. Das propostas acima, apenas a 2ª fora apresentada na 1ª Conferência, refletindo um desejo político, claro, caracterizada por um processo histórico excludente da população cigana. Reformas estruturantes, como as mencionadas nas outras três propostas foram postas de lado.

O 2º CONAPIR, na mesma linha do primeiro, dedica apenas um artigo aos ciganos, mas avanços significativos são incitados ao passo que afirma que os governos devem “*Buscar*

mecanismos para garantir o atendimento integral e imediato de saúde dos grupos de ciganos acampados e de passagem, oferecendo saneamento básico atendimento de saúde através de ações emergenciais dos órgãos públicos” (MOONEN, 2011).

Quando assume a necessidade de um atendimento integral dos povos ciganos, o 2º CONAPIR dá um passo importante, simbólico, a princípio, mas indicador de um norte de possibilidades e ações.

No entanto, logo após esse ensejo, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, entidade criada em 2003, (SEPPIR) censurou as 10 propostas apresentadas por ONGs ciganas, a saber:

- 1. Garantir à toda etnia cigana o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional.*
- 2. Priorizar e fortalecer os programas de pesquisa, especialmente a pesquisa participativa, voltada ao estudo e ao desenvolvimento de instrumentos de combate as principais doenças incidentes em comunidades, como a malária, dengue, doença de chagas, a anemia, falciforme, a diabetes, hepatite, câncer de pele, entre outras.*
- 3. Garantir a presença de ginecologista mulher nas unidades de saúde, fixas ou móveis, para que as mulheres ciganas possam realizar seus exames preventivos e de pré natal sem criar constrangimentos dentro de sua comunidade.*
- 4. Desenvolver estratégias e políticas para capacitação de recursos humanos e o monitoramento da situação alimentar e nutricional das comunidades ciganas, com base no respeito a sua diversidade cultural.*
- 5. Implementar ações e programas emergenciais continuados voltados para a garantia da segurança alimentar e nutricional familiar, priorizando as crianças e os idosos, levando-se em consideração suas práticas alimentares.*
- 6. Garantir a distribuição ampla e gratuita de medicamentos, bem como o diagnóstico gratuito para as comunidades ciganas.*
- 7. Em casos de emergência, atender o cigano, independente de qualquer documento ou registro junto a unidades de saúde, em qualquer posto e em todo o território brasileiro.*
- 8. Garantir o desenvolvimento de programa de formação e capacitação de pessoas da própria comunidade cigana para realizarem o atendimento local de saúde, garantindo-lhes os meios necessários para tal, inclusive os de emergência.*
- 9. Garantir o tratamento odontológico e oftalmológico de qualidade para as comunidades ciganas, em especial para crianças e idosos, e ampliar a política preventiva de saúde-bucal e oftalmológica.*
- 10. Elaborar e implementar programas contra desnutrição materno-infantil, incluindo a melhoria da assistência pré-natal e pós-natal.*

De ações concretas decorrentes de anos de mobilização ora mais ora menos articulada, o produto das conquistas dos povos ciganos se concentram em uma cláusula na Portaria que

regulamenta o cadastramento dos usuários do SUS que dispensa a população cigana de apresentar comprovação de endereço.

“Art. 19 – Durante o processo de cadastramento deverá ser solicitado o endereço do domicílio permanente do usuário, independente do município no qual esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 1º - Não estão incluídos nessa exigência os ciganos nômades e os moradores de rua”

(Portaria 940, de 28 de abril de 2011)

Fica claro, então, o afunilamento que as políticas públicas de saúde impõem às exigências dos povos ciganos. Não são exigências impostas por mero acaso, são exigências reais que se impõe frente a uma realidade opressora. Após anos de luta, sistematização e apresentação de propostas que dialoguem com a realidade da etnia cigana de modo a inserir o grupo nas ações do SUS se concentram em uma mudança pontual, não fragmentada apenas por ser única, que em praticamente nada responde às necessidades apresentadas pela participação do movimento social organizado sobre a questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender a saúde dos povos ciganos como um produto da construção simbólica que determina seu modo de vida tem implicações práticas nos serviços de saúde. Aspectos característicos da etnia, como o nomadismo e suas implicações, além de péssimas condições de habitação e saneamento básico, baixa escolaridade, estrutura familiar nuclear, preconceito marcante, dentre outros, corroboram para necessidades em saúde que são próprias do grupo e que exigem formas especiais de atenção e cuidado.

A história recente tem mostrado crescente organização dos povos ciganos no sentido de lutar por seus direitos constitucionalmente adquiridos. Por outro lado, esse esforço pouco tem reverberado em ações ou políticas em saúde específicas para o grupo, para o qual a equidade em saúde passa de imagem-objetiva à utopia.

Os serviços de saúde da forma que estão postos, baseados em territórios de saúde bem definidos, são incapazes de reconhecer as particularidades dos povos ciganos. Não apenas pela sua característica nômade, mas por não dialogarem com as formas desenvolvidas por eles de se relacionarem com o processo saúde-doença, suas práticas “alternativas” (na visão deles, sem as aspas) e outras formas de relacionamento com a cultura externa ao grupo.

Desse modo, não basta apenas entender a etnia cigana como um grupo particular que merece atenção especial, mas criar dispositivos efetivos capazes de modificar a lógica da atenção em saúde no território. Ao invés de criar modos de inserir os povos ciganos no espaço da ESF, entender que eles são unidades vivas, inserir as ações da ESF na lógica da produção de cuidado e dissolvê-las no espaço do acampamento cigano, abarcando os fazeres locais como práticas legítimas e potencializá-las, ressignificando as práticas da Estratégia para que possam efetivamente ser incluídas no mundo cigano.

REFERÊNCIAS

- COSTA, M. A. A. **Ciganos, histórias de vida**. Coimbra: Minerva Coimbra, 2006.
- FAZITO, Dimitri. A identidade cigana e o efeito de “nomeação”: deslocamento das representações numa teia de discursos mitológico-científicos e práticas sociais. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 49, n. 2, 2006.
- FERNANDES, A. T. **Etnicização e Raciação no Processo de Exclusão Social**, in *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, I Série, Vol. I, Porto, 1995.
- GARCIA, S. G. **Cultura, dominação e sujeitos sociais**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 8(2):159-176, outubro de 1996.
- GIDDENS, A.– **As Consequências da Modernidade**, Oeiras, Celta Editora, 1990.
- GIDDENS, A. **Sociologia**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004b, 400p.
- LO BIONDO-WOOD G, HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- MOONEN, FRANS. **Políticas ciganas no Brasil 1988 – 2010**. Ensaio foi Publicado como capítulo 11 do livro Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil, Recife, 3ª edição digital, 2011.
- MARTINS, J. A. O. J. **A cultura cigana em questão: significados e sentidos da instituição escolar para a criança cigana**. Curitiba, 2011.
- PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. **O território no programa de saúde da família the territory in family health program**. Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006
- PAIVA, Asséde. **Brumas da História do Brasil**. FBN no registro 248582, livro 442, f. 242 Revisão Acir Reis, 2006.
- CORTESÃO, Luíza; PINTO, Fátima (Org.). **O povo cigano: cidadãos na sombra. Processos explícitos e ocultos de exclusão**. Porto: Edições Afrontamento, 1995, p. 13-20, v. VIII.
- SOUZA, M. T., SILVA, M. D., CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
- SIMÕES, S. R. F.; FLEURI, R. M.; AZIBEIRO, N. E. **Ciganos: perspectivas e desafios emergidos na busca por direitos fundamentais**. Anais do II Seminário Nacional

Movimentos Sociais, Participação e Democracia 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil.

SIMÕES, S. R. F. **Educação cigana: entre-lugares entre escola e comunidade étnica.** REP - Revista Espaço Pedagógico, v. 17, n. 2, Passo Fundo, p. 348-355, jul./dez. 2010

TABELA I: APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Ano	Título do trabalho	Base de dados	Periódico, livro ou outras formas de publicação	Autor (ES)	Metodologia
2011	A cultura cigana em questão: significados e sentidos da Instituição escolar para a criança cigana	Google Scholar	Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR	MARTINS, J.	Estudo de Caso por meio de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e produção de desenho infantil.
2011	Uma análise da cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento: contribuições para a Estratégia Saúde da Família	Google Scholar	Trabalho de Conclusão do Curso de Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família - Biblioteca da UFMG	MEDEIROS, C. M.	Revisão bibliográfica
2011	Artigo: Estudos ciganos no Brasil	Google Scholar	Livro	MOONEN, F.	Não se aplica
2011	Ensaio: Políticas ciganas: subsídios para encontros e congressos ciganos no	Google Scholar	Livro	MOONEN, F.	Não se aplica

	Brasil				
2010	Gadjés em Tendas Calons: um Estudo Exploratório com Grupos Ciganos Semi-nômades em Território Capixaba	LILACS	Revista de Pesquisas e Práticas Psicossociais	BONOMO, M.; SOUZA, L. DE; BRASIL, J. A.; LIVRAMENTO, A. M. DO; CANAL, F. D	Estudo Exploratório
2010	Educação cigana: entre-lugares entre escola e comunidade étnica	Google Scholar	Revista Espaço Pedagógico	SIMÕES, S. R. F	Relato de experiência
2009	Os ciganos entre perseguição e emancipação	SCIELO	Revista Sociedade e Estado	MOSCOVICI, S.	Revisão bibliográfica
2008	História dos ciganos no Brasil	Google Scholar	Livro História dos Ciganos no Brasil	TEIXEIRA, R. C.	Não se aplica
2007	Ciganos: perspectivas e desafios emergidos na busca por Direitos fundamentais	Google Scholar	Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia	SIMÕES, S. R. F.	Revisão Bibliográfica
2006	Ciganos, histórias de vida	Google Scholar	Livro	COSTA, M. A. A	Não se aplica
2006	A identidade cigana e o efeito de “nomeação”: deslocamento das representações numa teia de discursos mitológico-	SCIELO	REVISTA DE ANTROPOLOGIA	FAZITO, D.	Revisão bibliográfica

	científicos e práticas sociais				
1997	Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano	SCIELO	Revista da Escola de Enfermagem da USP	BRAGA, C. G.	Estudo etnográfico