

TRILHAS DA INIQUIDADE: SAÚDE DE POVOS CIGANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

INIQUITY TRACKS: HEALTH OF GYPSIES OF PEOPLE AND PUBLIC POLICIES IN BRAZIL

CAMINOS DE LA INIQUIDAD: SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS GITANOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN BRASIL

Manoel Guedes de Almeida¹, Débora Regina Marques Barbosa², José Ivo dos Santos Pedrosa³

RESUMO

O presente estudo aborda a saúde da população cigana e sua inserção nas políticas públicas em saúde, de modo a contribuir para a discussão sobre essa minoria étnica nas ações do Sistema Único de Saúde. Trata-se de revisão integrativa através das bases Scielo, LILACS e Google Scholar por meio 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?”. 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.

Descritores: Ciganos; Saúde; Políticas Públicas; Serviços de Saúde.

¹ Graduando em medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Membro do Grupo de Estudos em Saúde Pública (GESP/UFPI). E-mail: manoel.medufpi@gmail.com

² Graduanda e enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM/MA). E-mail: ddebora.regina@gmail.com

³ Médico, professor doutor da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: jivopedrosa@gmail.com

ABSTRACT

The present study focuses on the health of the Roma population and their inclusion in public health policies in order to contribute to the discussion of this ethnic minority in the actions of the National Health System. It is an integrative review through the bases SciELO, and LILACS Google Scholar through descriptors Gypsies, Gypsy Culture, health, Identity, health Promotion, Equity and Policy, grouped or individually, in order to answer the question "how public health policies relate to the needs imposed by the characteristics of Roma"? characteristic features of ethnicity, as nomadism and its implications, as well as poor housing and sanitation, low education, nuclear family structure, striking bias, among others, to corroborate health needs that are specific to the group and forms that require special attention and care. In the field of health Policy, this understanding has groped and there is almost total invisibility of ethnicity in relation to health care services. Together, these factors serve to support a framework for higher risk of illness and death on which there is intended any special attention in health..

Keywords: Gypsies, Health, Public Policy Health Services

RESUMEN

El presente estudio se centra en la salud de la población gitana y su inclusión en las políticas de salud pública a fin de contribuir a la discusión de esta minoría étnica en las acciones del Sistema Nacional de Salud es a través de la revisión integradora bases SciELO y LILACS Google Académico a través de descriptores gitanos, gitano Cultura, Salud, Identidad, Promoción de la Salud, Equidad y Políticas, agrupados o individualmente, con el fin de responder a la pregunta "cómo las políticas de salud pública relacionadas con las necesidades impuestas por las características de Roma"? rasgos característicos de la etnia, como el nomadismo y sus consecuencias, así como la precariedad de la vivienda y el saneamiento, la educación bajo, estructura de la familia nuclear, sorprendente sesgo, entre otros, para corroborar las necesidades de salud que son específicos de la grupo y las formas que requieren especial atención y cuidado. en el campo de la política de salud, este entendimiento ha manoseado y hay invisibilidad casi total de la etnicidad en relación con los servicios de atención de salud. Juntos, estos factores sirven para apoyar un marco de mayor riesgo de enfermedad y muerte en los que se haya previsto ninguna atención especial en materia de salud.

Descriptores: Gitanos, Salud, Servicios públicos de Protección de la Salud

INTRODUÇÃO

No Brasil, em reflexo aos ideais de promoção da saúde e qualidade de vida, o movimento de reforma sanitária consistiu ponto de convergência de vários outros movimentos sociais antipopulistas e antiditatoriais que invisibilizavam aspectos sociais e culturais determinantes de maior ou menor risco, mascarados pela máxima Ordem e Progresso pintada na bandeira nacional e nas Políticas Públicas de Saúde. Distingua-se, então, dois tipos de políticas no Brasil anterior à Constituição de 1988: a política da Ordem, destinada à maioria de baixa renda e que abafava suas necessidades sociais e marcas identitárias frente a um país hegemônico, e a política do Progresso, destinada aos poucos detentores de poder econômico e político, que assumiam a identidade hegemônica de Brasil.

Considerando-se a qualidade de vida fator determinante da saúde, parte de fatores que vão além da doença¹. Dissolve-se no meio social, individual e coletivo, e se concretiza ao passo que toma formas concretas no mundo da vida na medida em que os sujeitos se relacionam e entendem sua realidade. Partindo desse pressuposto, é impossível extrair a cultura de cada grupo coletivo da construção de um ambiente social saudável, ao passo que é ela (a cultura) os olhos com os quais esse grupo enxerga o mundo a sua volta; os determinantes e condicionantes de uma melhor ou pior condição de vida passam por esse crivo subjetivo, como é o caso de grupos ciganos no Brasil, com todas as suas especificidades.

Desse modo, a Constituição brasileira de 1988 legitimou a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas que visem à redução do risco de adoecimento e de outros agravos, efetivadas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como estratégia para sua efetivação, 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". Com efeito, esse direito seria garantido pela execução de políticas sociais e econômicas específicas².

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 estratégico das Políticas Públicas de Saúde (PPS)². 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 maior³. Em termos gerais, a equidade baseia-se na premissa de igual acesso à atenção disponível para igual necessidade, igual utilização para igual necessidade, e igual qualidade da atenção para todos⁴.

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 sua construção simbólica frente à territorialização dos serviços de saúde.

No Brasil, apesar de a etnia cigana ter se difundido para todos os Estados e de compor distintas camadas sociais como parte da identidade sociocultural do povo brasileiro, os ciganos têm sido, desde a época do Brasil colônia, marginalizados quanto a seus direitos fundamentais, cujo usufruto se associa intimamente às relações de trabalho e vida capitalista. Desse modo, a população cigana assume características em saúde peculiares à medida que se insere na estrutura social e de assistência do Sistema Único de Saúde, haja vista as dificuldades de inserção da etnia no modo de produção de saúde ensejado pelo SUS.

Sob esse prisma, o presente trabalho tem por objetivos 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, agrupadas 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?”. A seleção dos trabalhos se deu através de busca ativa por leitura flutuante dos resumos dos artigos, possibilitando análise prévia de conteúdo e sua possível aproximação com a pergunta norteadora deste trabalho.

Revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que permite a síntese e incorporação de conhecimentos e a elaboração de estratégias de aplicabilidade prática. Permite, ainda, a inclusão de trabalhos de diversas metodologias, que podem contribuir para a resolução da pergunta-chave⁵.

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.

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 2012.

Para apresentação dos dados, optou-se por abordagem descritiva de caráter quanti-qualitativo, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

RESULTADOS

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 uma); 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 brasileiros referentes ao tema foi ponto marcante, sendo mencionada em todos os trabalhos coletados.

DISCUSSÃO

Contextos históricos

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^{6,7}. Esses

deslocamentos exigiram estratégias de sobrevivência bem estruturados e metodologias de proteção culturais bem definidos.

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 Gerais⁸.

Os ciganos foram historicamente 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 seus contextos social e histórico, assumindo no Brasil a identidade de “sujos”, “trapaceiros” e “imorais”⁸. Dessa forma, foram despidos 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 comumente consideradas “pessoas suspeitas”. Esse prejulgamento era subsidiado pela ideia de que apenas era confiável o homem que tivesse uma residência.

De cultura marcadamente 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 – impossibilitados, pois, de dar voz institucional à sua identidade a partir de suas próprias vivências – o grupo foi gradativamente associado à trapaça e marginalidade, que, somado 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^{8,9}.

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 Brasil⁸.

A literatura é uníssona em considerar a identidade cigana única. Todavia, acrescenta-se que generalizações costumam ser um erro corrente dos estudiosos do assunto, ao assumirem uma construção única de culturas singulares, produtos de múltiplas identidades, não havendo, por isso, indivíduos ciganos, mas comunidades ciganas historicamente diferenciadas. Por esse motivo, perde-se o sentido a generalização dotada de preconceitos e inquietudes semânticas e o uso do termo como caracterização uniforme dessas multiculturas.

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. 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^{8,9}.

Se, por um lado, a escassez de trabalhos científicos sobre temas ciganos não desperta interesse como objeto de estudo para a comunidade científica, por outro lado também não desperta interesse político em trazer essa etnia à luz da sociedade hegemônica, legitimando a etnia enquanto entidade viva produtora de história e conhecimento de si no exercício de sua cidadania. Em conjunto, esses fatos convergem para o ponto singular de invisibilidade sociopolítica em que esses povos se encontram.

Território da saúde de povos ciganos

Território consiste na interação dinâmica entre espaço físico e espaço humano, ambos com problemas, limitações e potencialidades, na construção de sujeitos sociais¹⁰. Podem-se considerar, nesse contexto, os governos parte sinequan 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 político-institucionais^{10,11}.

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. Essa ambiguidade de relações consistiria a problemática do sujeito na modernidade¹¹.

O território cigano, nesse contexto, assume características peculiares que o diferencia dos demais territórios. Enquanto alguns autores assumem como fato misterioso o nomadismo cigano¹², não explicado pelas teorias científicas, outros afirmam que o grupo carrega consigo uma herança recebida, marcas características ou que caracterizam sua identidade¹³.

Com efeito, se o nomadismo cigano é fruto, por um lado, do discurso mitológico e científico que orbita o grupo, por outro lado, constitui-se também das constantes perseguições que recaem sobre eles, que imprimem aos corpos a marca constante da diferença¹⁴. 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.

Quando se assume os sentidos que o processo de territorialização da saúde adquire, de demarcação de espaço geográfico de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social e de estabelecimento de relações com outros serviços e instituições de modo horizontal, pode-se aprofundar a questão do território dos povos ciganos e sua inserção nos serviços de saúde no Brasil¹⁵. 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 do 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-doença¹⁶.

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 torna compreensível o território como espaço fluido composto pela dinâmica social. No entanto, os conceitos de território não se aplicam assim como o são ao espaço cigano, devem ser adaptados, singularizados na medida das relações e cultura ciganas.

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.

Para a população cigana, as relações familiares são os pilares sustentadores 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 atuais¹⁷.

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. Convém ressaltar que não só o SUS não foi pensado para povos nômades, mas praticamente nenhuma instituição o foi. Desse modo, o ensino tradicional também é centralizador 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 contemporâneo¹⁸.

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 mendicidade¹⁹.

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.

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, no 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, é frequente o desenvolvimento de doenças infectocontagiosas e respiratórias facilmente evitáveis por meio de medidas básicas de saneamento e de educação em saúde⁴. 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 implica em agravar a iniquidade em saúde e justificar politicamente o despreparo dos serviços de saúde e profissionais em legitimarem as práticas em saúde desses grupos e incorporá-las como parte de seu território em saúde.

Políticas Públicas em Saúde

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 garantidos²⁰.

Após a Constituição de 88 e a Lei Complementar 75/93 pouco se seguiu no sentido da defesa e proteção do povo cigano²⁰. 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, pouco se têm de concreto em favor dos povos ciganos como fruto desses “avanços” supracitados²⁰.

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 prioritárias²⁰.

Ao 1º CONAPIR foram apresentadas 1053 propostas estruturantes de políticas públicas, das quais 87 eram relacionadas à saúde; destas apenas uma tratava da saúde cigana. Do total de propostas apresentadas no 1º CONAPIR, apenas a 2 foram apresentadas na 1ª Conferência, refletindo um desejo político claro caracterizado por um processo histórico excludente da população cigana²⁰.

O 2º CONAPIR, na mesma linha do primeiro, dedicou apenas um artigo aos ciganos, mas avanços significativos foram incitados, ao passo que afirmou que os governos deviam “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”²⁰.

Quando assumiu a necessidade de um atendimento integral dos povos ciganos, o 2º CONAPIR deu um passo importante, simbólico, a princípio, mas indicador de um norte de possibilidades e ações rumo a equidade dos processos de cuidado. No entanto, logo após esse ensejo, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), entidade criada em 2003, censurou as 10 propostas apresentadas por ONGs ciganas²⁰.

De ações concretas decorrentes de anos de mobilização ora mais ora menos articulada, o produto das conquistas dos povos ciganos se concentrou em uma cláusula na Portaria que regulamenta o cadastramento dos usuários do SUS que dispensa a população cigana de apresentar comprovação de endereço.

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.

CONCLUSÃO

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 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

1. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e Metodológicos Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 20, n. 2, abril de 2004.
2. Brasil. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dez., 1990.
3. Fleury S. 1994. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. Saúde em Debate (43): 44-52, jun.
4. Silva ACC et. al. Projeto "Condições de saúde da população cigana na Bahia: equidade em saúde com enfoque étnico". Anais do 10º Congresso Internacional de Saúde Coletiva. 2012.
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
6. Simões SRF, Fleuri RM, Aziberto NE. 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.
7. Simões SRF. 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.
8. Teixeira RC. História dos Ciganos no Brasil. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, 2008.
9. Martins JAOJ. A cultura cigana em questão: significados e sentidos da instituição escolar para a criança cigana. Curitiba, 2011.
10. Almeida MG cols. Desafios da integralidade em um território desintegrado: da cidadania à promoção da saúde. Anais I Simpósio Internacional sobre Território e Promoção da Saúde. UFU, 2012.
11. Garcia SG. Cultura, dominação e sujeitos sociais. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 8(2):159-176, outubro de 1996.

12. Paiva A. *Brumas da História do Brasil*. FBN no registro 248582, livro 442, f. Revisão Acir Reis, 2006.
13. Costa MAA. *Ciganos, histórias de vida*. Coimbra: Minerva Coimbra, 2006.
14. Fazito D. 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.
15. Pereira MP, Barcellos C. O território no programa de saúde da família the territory in family health program. *Hygeia*, 2(2):47-55, jun 2006.
16. Machado GF; Sousa SC, Almeida TS. A territorialidade cigana em Jacobina-Ba: relações de poder, simbologias e políticas públicas. *Revista Geográfica de América Central*, 2011.
17. Souza L cols. Procesos identitarios entre gitanos: desde la exclusión hasta una cultura de libertad. *Liberabit, Lima*, v. 15, n. 1, jun. 2009 .
18. Casa-Nova MJ. Políticas sociais e educativas públicas, direitos humanos e diferença cultural. *Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, 2004.
19. Fernandes AT. Etnicização e Racização no Processo de Exclusão Social, in *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, I Série, Vol. I, Porto, 1995.
20. Moonen F. 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.

Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-03-24
Last received: 2013-08-20
Accepted: 2013-09-26
Publishing: 2013-09-30