

# SAÚDE DAS COMUNIDADES CIGANAS NO BRASIL: CONTEXTOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Aluizio de Azevedo Silva Júnior<sup>1</sup> e Marcos Toyansk<sup>2</sup>

---

## RESUMO

Neste artigo, discute-se o universo cigano no Brasil pela perspectiva da saúde pública, considerando os contextos histórico e culturais que delinham as relações entre ciganos e o mundo exterior. Os primeiros ciganos chegaram ao país há séculos, vitimados pela política colonialista portuguesa, que, entre outras perseguições e expulsões, remetia membros dessa minoria étnica para sua principal colônia. Historicamente, os ciganos foram vítimas de violências físicas e simbólicas, aplicadas e normatizadas tanto em terras lusitanas, quanto em terras brasileiras, durante o reinado ou no período republicano. Expulsos sem cessar de uma cidade a outra, de um estado a outro, estigmatizados e estereotipados no imaginário popular durante séculos, grande parte dessa população, que hoje soma aproximadamente 500 mil pessoas no Brasil, encontra-se em situação de exclusão social e alijada das políticas de saúde. Sobrevivendo com a aplicação de saberes, práticas, cosmologias, mitologias e modos de ver alternativos, os ciganos buscam crescentemente a inclusão social e o atendimento equitativo em saúde.

**Palavras-chave:** Ciganos. Romani. Saúde. Minorias.

## ABSTRACT

In this article, the Romani universe in Brazil is discussed from the perspective of public health, considering the historical and cultural contexts that outline the relations between Romani and the outside world. The first Romanies arrived in the country centuries ago, victimized by Portuguese colonialist politics, which, among other persecutions and expulsions, sent members of this ethnic minority to their main colony. Historically, Romani have been victims of physical and symbolic violence, applied and standardized both in Lusitanian and Brazilian lands, during the reign or in the republican period. Expelled without ceasing from one

---

1 Ativista cigano, jornalista, especialista em cinema, mestre em Educação pela UFMT e doutor em Comunicação e Saúde Cigana pela Fiocruz. E-mail: luiju25@gmail.com.

2 Doutor em Geografia Humana pela USP. Pesquisador do Centro de Pesquisa e Formação do Sesc SP. Realizou estágio de pesquisa pós-doutoral na Universidade de Sevilha, com apoio da Capes. Coordena grupo de pesquisa composto por ciganos na USP. E-mail: marcos@cpf.sescsp.org.br.

city to another, from one state to another, stigmatized and stereotyped in the popular imagination for centuries, a large part of this population, which today totals approximately 500 thousand people in Brazil, is in a situation of social exclusion and excluded from the health policies. Surviving by using their knowledge, practices, cosmologies, mythologies and alternative world views, Romani people increasingly seek social inclusion and equitable health care.

**Keywords:** Gypsies. Romani. Health. Minorities.

## 1. O UNIVERSO CIGANO E A SAÚDE: UMA INTRODUÇÃO

Propomos abordar as comunidades ciganas brasileiras a partir do contexto da saúde pública. Mas, para adentrar de forma inovadora neste universo, é necessário um novo olhar para a palavra “cigano”. Esse termo evoca uma série de representações nas mentes dos não ciganos, através de imagens paradoxais: por um lado, a imagem do cigano pode representar liberdade e alegria; enquanto, por outro, há os estereótipos negativos, que associam os ciganos ao crime, ao embuste e à marginalidade. Aqui, não tratamos dos ciganos a partir dos estereótipos, mas como uma fragmentada e diversa comunidade étnica global, cujos ancestrais chegaram à Europa por volta do século X, em sucessivas ondas migratórias: primeiro, na região balcânica; depois, atingindo o restante do continente europeu, incluindo Portugal (século XV), de onde vieram os primeiros ciganos deportados para o Brasil a partir do século XVI.

As comunidades ciganas se ramificam numa infinidade de pequenos e médios grupos pertencentes a troncos principais<sup>3</sup>: Rom, provenientes da Europa Oriental; os Romanichals, encontrados principalmente no mundo anglo-saxão; Sinti, vinculados principalmente à Europa Central; e Calon (ou Kalon), de origem ibérica. Esses grupos e seus inúmeros subgrupos são encontrados em muitos países e juntos somam cerca de 15 milhões de pessoas. Populações que possuem em comum um histórico de conflitos com as sociedades majoritárias onde vivem, que sempre os trataram como estrangeiros por excelência, executando políticas excludentes e persecutórias.

Refletimos acerca de comunidades que elaboraram sofisticados saberes, resistindo à colonização e mantendo modos de ver e viver, identidades

---

<sup>3</sup> Há também outros grupos ciganos menos numerosos, como os *Ashakali* da Albânia e os *Kalé* da Finlândia, e grupos que mantêm proximidades culturais e históricas, apesar de origem distinta, como os *Irish Travellers* (viajantes irlandeses) e os *Yenishes* (viajantes da Europa Central).

e culturas próprias, alternativas ao estilo de vida hegemônico, mas que até muito recentemente viveram afastados do Estado. Todavia, a necessidade de sobreviver em contato mais próximo com sociedades majoritárias e participar em igualdade com outros grupos em contextos nacionais fez emergir movimentos emancipatórios ciganos. Militantes de vários países se organizaram e passaram a pressionar os governos a buscarem soluções para a exclusão romani.

Os primeiros sinais da mobilização étnica romani e a busca por unificação das diversas e dispersas comunidades surgiram nos Bálcãs no século XIX (MARUSHIAKOVA; POPOV, 2005, p. 433). Desde então, a mobilização experimentou vários estágios de desenvolvimento: das primeiras tentativas para unir os ciganos do mundo num Estado único até o movimento global. Após a paralisação provocada pelo nazismo (KLIMOVÁ, 2005, p. 15), essa unificação aconteceu com o Primeiro Congresso Mundial Cigano, em Londres, em 1971.

No Brasil – onde estimativas apontam para um contingente de aproximadamente 500 mil pessoas –, tais reivindicações ecoaram a partir da redemocratização. A saúde é um dos direitos pétreos garantidos pela Constituição Federal de 1988, devendo chegar a todos os cidadãos brasileiros, independente de etnia, credo ou gênero. Reconhecendo que historicamente as minorias étnicas, entre elas as ciganas, sofreram políticas persecutórias e encontram-se, por isso, em situação de desigualdade social ou exclusão, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou os princípios da universalidade e da equidade.

A equidade vincula-se à necessidade de tratar diferente os desiguais e está diretamente ligada à perspectiva da saúde pública para os ciganos no Brasil. Assim, teoricamente reconhecem-se as especificidades culturais e as tradições romani. 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 (SILVA JR., 2018).

Respondendo a essa demanda, o Ministério da Saúde (MS), por exemplo, criou a portaria 940 de 2011, atendendo às comunidades de circo, povos ciganos e populações em situação de rua, dispensando-as de apresentarem comprovação de endereço nas unidades de saúde do SUS. Outro exemplo é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. A normativa soma-se a outras que visam garantir a saúde das pessoas ciganas em acordo com seus contextos culturais, sociais, econômicos e identitários, além de atender a instrumentos internacionais, a exemplo de recomendações de dois relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015, 2016).

A nova política traz entre suas premissas que estabelecimentos e profissionais de saúde devem considerar “as práticas e saberes tradicionais em saúde”, de maneira a valorizar “as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades”. O objetivo geral da nova política, expresso em seu artigo 3o, deixa bastante explícito o fato de que o órgão reconhece a existência da ciganofobia/romafobia, já que o combate à essa forma de racismo institucional contra as comunidades ciganas é um dos deveres a ser cumprido pelos serviços e profissionais de saúde.

Ocorre que, na prática, as populações negligenciadas, como as comunidades ciganas, não são contempladas com políticas e serviços públicos suficientes, com recursos financeiros, com informação e comunicação adequadas. Do ponto de vista da saúde, não se cumpre o princípio da equidade (ARAÚJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013). Para que o acesso seja universal, é preciso que o sistema de saúde e suas políticas se adaptem à diversidade de contextos e condições sociais das populações, oferecendo acesso integral aos serviços de saúde sem qualquer preconceito ou exclusão de raça, gênero, idade, classe social, religião etc.

Até o mês de abril de 2020, passados nove anos da aprovação da portaria 940 e um ano e quatro meses da aprovação da política nacional de atenção integral aos povos ciganos, nada saiu do papel. Os ciganos não se apropriaram dessas normativas, tampouco os profissionais e gestores de saúde as conhecem. Não foram circuladas nem divulgadas apropriadamente. Em outras palavras, para compreender a saúde cigana, é necessário compreender o universo cigano a partir de seus contextos, suas histórias, narrativas, saberes, práticas, cosmologias, modos de ver e viver, de maneira a quebrar as barreiras do estereótipo. É neste sentido, que iniciamos um breve diálogo que aborda o conceito macro de saúde e entende este campo em suas múltiplas determinações sociais (BARATA, 2013), considerando dimensões contextuais e identitárias.

## **2. CONTEXTOS DO UNIVERSO CIGANO: AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE**

Para a teoria da produção social dos sentidos e para os Estudos Culturais, o conceito de contextos é fundante, pois permite a compreensão das condições de produção, circulação e apropriação de qualquer evento comunicativo. Maleáveis e deslizantes, como a cena discursiva, são construídos como espaços de negociação, em constante transformação e relação dialética com discursos, narrativas e sujeitos. Partindo desse princípio, para compreender a saúde cigana é necessário entender os contextos a que se vincula. Assim, enfocaremos três contextos que auxiliam a compreender as determinações sociais da saúde dessa população: o histórico

de perseguição e racismo; os contextos identitários e culturais; e os contextos situacionais de exclusão e desigualdade.

## 2.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS DE PERSEGUIÇÃO E RACISMO

Não é possível reconstruir uma história homogênea das comunidades ciganas. Elas não possuem uma história escrita. É no marco do aprendizado sociocultural que mantêm tradições, valores e bens culturais, transmitindo-os de geração em geração. Durante séculos, os registros foram realizados por não ciganos, na maioria estereotipados, proliferando lendas e preconceitos (MIRANDA, 2011, p. 110).

Os ciganos chegaram à Espanha em 1425; em Portugal, o primeiro registro foi no século XV, na peça teatral *Farsa das ciganas*, de Gil Vicente (1521), na qual as ciganas diziam que eram gregas e falavam com sotaque espanhol (MOONEN, 2011, p. 46). Por lá também, desde a chegada, “já estavam identificados com a imagem negativa” (AZEVEDO, 2013, p. 7).

A relação entre ciganos e não ciganos é marcada por conflitos, embora não em todos os lugares, ao mesmo tempo e com a mesma intensidade; vivendo ora entre a exclusão e o extermínio, ora submetidos a uma integração subordinada ou a uma política assimilacionista, marcada por desigualdade, padronização cultural e apagamento de saberes. Durante séculos, nações ocidentais, incluindo o Brasil, criaram políticas anticiganas para regular essas comunidades, aplicando violência física como genocídios, prisões, torturas, escravidão, separação de famílias e sequestro de crianças; e violência simbólica, como a proibição de falar a língua, praticar costumes próprios, o apagamento de saberes ou estereotipação e estigmatização (SILVA JR., 2018).

De acordo com Moonen (2011, pp. 7-8), sete foram as principais políticas adotadas por países ocidentais contra os romani: 1) a escravidão; 2) a prisão; 3) a deportação e as expulsões; 4) o isolamento em guetos e bairros próprios; 5) a integração ou pluralismo; 6) a assimilação compulsória ou o etnocídio; e 7) o extermínio físico ou o genocídio. Elas foram traçadas de formas distintas e em configurações próprias nos diferentes países.

Desde o século XVI, o Estado lusitano aplicou “muitas leis e regulamentos” buscando “erradicá-los ou obrigá-los a se integrarem na sociedade através da sedentarização” (BORGES, 2007, p. 22). Na modernidade portuguesa, os “que foram associados à vagabundagem”, caso dos ciganos, eram “punidos com o degredo civil, para terem utilidade social na lide colonizadora”, a partir de três degredos: o colonial, o interno e nas galés (MENINI, 2014, pp. 1-2). A “Lei de 28 de agosto de 1592”, por exemplo, previa “a pena de morte aos ciganos”, estipulando que as mulheres dos

presos nas galés teriam que sair de Portugal em quatro meses, caso contrário poderiam ser açoitadas ou degredadas para sempre para o Brasil (COSTA, 1998, pp. 38-9).

Não há unanimidade sobre quando as primeiras pessoas da etnia desembarcaram em “terras tupiniquins”. Alguns afirmam que o primeiro registro da presença de um cigano no país ocorreu em 1574, quando o Kalon João de Torres e sua família foram condenados ao degredo (TEIXEIRA, 2008). Foi a partir do “Decreto de 27 de agosto de 1686, assinado por D. Pedro II ordenando o banimento dos ciganos do reino para a capitania do Maranhão” (MENINI, 2014, p. 7) que o degredo se intensificou, quando outras capitanias passaram a recebê-los (ibidem, p. 20). Portanto, as principais características da trajetória inicial cigana no Brasil se ligam à política colonialista de Portugal.

Entre as punições aplicadas aos ciganos no Brasil colonial constavam: a) a proibição de ser cigano, que incluía falar a língua própria, usar seus trajes, viajar em bandos, praticar a leitura de sorte ou “feitiçarias”, praticar mendicância; b) a sedentarização com a ocupação de trabalhos fixos e a separação de famílias; c) degredo intercolônias e expulsões intercapitanias, que também continuaram no período republicano entre estados; e) perseguições policiais, falsas acusações, sequestros de seus bens; e f) assassinatos (TEIXEIRA, 2008, p. 18).

Segundo Teixeira (ibidem), em Minas Gerais ocorreu uma das ações mais cruéis contra os ciganos: episódios que ficaram conhecidos como “as correrias ciganas”, movimentações destes em fuga, perseguidos pela polícia, com muitas mortes. Borges (2007, pp. 49-50) afirma que houve um “projeto de saneamento moral e material” durante todo o Brasil imperial até a o fim do primeiro período republicano, em que o Estado atacava fortemente o estilo de vida cigano, tentando aniquilar suas tradições e costumes.

A partir dos anos 1960, o êxodo rural impactou muitas comunidades ciganas, que passaram a concentrar-se nas grandes cidades. Muitos grupos e indivíduos preferiram e ainda preferem omitir a identidade cigana como estratégia de sobrevivência. O Estado diminuiu a vigilância policial, mas ampliou a exclusão via invisibilidade, silenciamento, manutenção de estereótipos, preconceitos e discriminações. Somente a partir dos anos 2000, o Estado brasileiro passou a elaborar políticas de inclusão social para ciganos e políticas afirmativas e de reparação social. A perseguição, contudo, não é coisa do passado. Recentemente, ocorreram ataques e tentativas de expulsão de grupos ciganos em cidades brasileiras, sob a alegação de que os ciganos seriam vetores de transmissão do novo coronavírus.

## 2.2 CONTEXTOS IDENTITÁRIOS E CULTURAIS

Aqui o conceito de identidade aproxima-se da visão de Silva, Hall e Woodward (2000, p. 82), para quem o processo de identificação não pode ser pensado sem o processo de diferenciação, com ambos se manifestando na linguagem. Para esses autores, as identidades são formas de classificações para ordenar o mundo social em grupos e classes: “quem tem o poder de representar tem o poder de definir e determinar a identidade” (ibidem, p. 91). Mas a definição das identidades e diferenças não ocorre sem conflitos entre os vários interlocutores que compõem a cena enunciativa.

A luta pelo reconhecimento das identidades se conforma a partir dos sistemas simbólicos, que dão “sentido aos meios pelos quais alguns grupos são excluídos e estigmatizados” (SILVA; HALL; WOODWARD, pp. 18-9). Durante séculos, o poder de definição das palavras e conceitos esteve a cargo da ciência ocidental e cartesiana, que classificou os grupos étnicos a partir de suas próprias referências de mundo, vislumbrando um outro classificado numa posição social de inferioridade e, por vezes, não humana.

Neste cenário, movimentos sociais de minorias, como étnicos e de gênero, têm reivindicado o direito de assumir a responsabilidade por representar e construir as suas próprias identidades. Assim, abordar os contextos culturais ciganos é, fundamentalmente, falar de relações de poder, de processos de nomeação e de diferenças culturais. Os primeiros ciganos que chegaram à Europa contavam que vinham do “Pequeno Egito”, passando a ser nomeados com base nessa narrativa: *Gypsy* (inglês), *gitano* (espanhol), ou *gitan* (francês). No período bizantino, a palavra *atsingani* (intocáveis) era utilizada para designar esses grupos, derivando daí os termos *grecianos* (espanhol), *tsiganes* (francês), ciganos (português) e *zingaros* (italiano).

Esses termos, em sua maioria, “são denominações genéricas que os europeus deram”, mas não consta como os ciganos de então se autoidentificavam (MOONEN, 2011, pp. 9-10). Teixeira (2008, p. 10) aponta “uma generalidade reducionista ao se chamar de ciganos indivíduos e/ou comunidades com diferenças significativas entre si”. Podemos encontrar uma heterogeneidade imensa nas comunidades, que estão espalhadas por todos os países, mas separadas por séculos de histórias e caminhos diferenciados. Há pequenos grupos formados por dez a vinte pessoas de um mesmo núcleo familiar, vivendo de forma nômade, até comunidades fixas que chegam a cinco mil pessoas.

Como seria possível, então, pensar numa representação ou definição fechada de todos os grupos e comunidades com esse termo genérico,

“ciganos”? A palavra “cigano” é utilizada para denominar e normatizar as diferentes comunidades que vivem em vários países e possuem uma diversidade de culturas e de identidades, querendo fazer crer que são apenas um todo homogêneo. Historicamente, o termo “cigano”, em várias línguas europeias foi investido de estereótipos e uma carga semântica muito negativa, levando o movimento cigano europeu a propor uma mudança nesses termos, substituindo-os por “Rom” ou “Romá” (TEIXEIRA, 2008, p. 10).

A ONU assumiu a nova terminologia, mas ela também não está isenta de conflitos, na medida em que é questionada pelo mesmo motivo de padronização, por parte dos outros troncos étnicos como Kalon e Sinti, que não se sentem representados. Rom e Romá dizem respeito à forma como os grupos Rom se autodenominam, o que demonstra que a identidade só pode ser compreendida como um processo negociado e de diferenciação. Já a palavra Romani tanto é um sinônimo de “Romá” ou de cigano, como é utilizada para nomear a língua dos grupos Rom.

Ocorre que a maioria da população brasileira, incluindo profissionais de saúde, desconhece essa multiplicidade. Ao marcá-los numa contínua repetição demoníaca, eivada de estigmas e estereótipos, os inferiorizam, de modo a excluí-los socialmente. Evidente que tais desqualificações nunca foram aceitas pelos ciganos que têm os seus próprios conceitos do que é ser cigano. Como também se utilizaram ambigualmente dos estereótipos, ora como forma de contraposição, refutação, oposição aos modos de vida não ciganos, ora como forma de integração, hibridação e aceitação (SOUZA, 2013; FERRARI, 2010; OLIVEIRA, 2013; MELO, 2008; SIBAR, 2012).

Assim, é preciso atentarmos para não “denominar como cigana a identidade de grupos que chegaram deportados de Portugal desde o século XVI”, da etnia Kalon e, ao mesmo tempo, dizer que é a mesma de famílias oriundas dos Bálcãs e da Europa Central, da etnia Rom, ou os Sinti, oriundos da França e Alemanha. Ainda que haja diferenças étnicas internas, de costumes e tradições, todos esses grupos foram marcados por alguns estereótipos, tais como: mendigos, desonestos e ladrões (MOONEN, 2011, p. 129).

Mayall (2004) e Vermeersch (2006) compilam as possíveis faces da identidade romani: diaspórica, que remete a um passado longínquo de nomadismo, saído da Índia; um grupo caracterizado por uma cultura, estilo de vida e comportamentos próprios; um grupo, raça ou parentes biológicos; um grupo ligado pelo histórico de perseguições e sofrimentos de discriminação e hostilidades por parte das sociedades majoritárias; uma identidade étnico-cultural; e uma construção social originária da população marginalizada europeia que optou por um estilo de vida nômade na Idade Média e adquiriu traços étnicos.



Ainda que não aceita ou conhecida por todas as comunidades ciganas, a teoria indiana ocupa importância na definição da identidade cigana na atualidade. A teoria “atua como componente de articulação política”, entre os diferentes grupos dos distintos países e permite a conformação de “uma comunidade romani transnacional” (TOYANSK, 2012, pp. 15-7). Atualmente, há duas narrativas diaspóricas que se destacam:

a noção diaspórica difundida pelo movimento internacional não-confessional identifica as origens do povo romani na Índia e busca estabelecer um contato próximo ao governo indiano, os evangélicos afirmam que todos os ciganos são israelitas que foram separados dos outros judeus durante os quarenta anos de exílio no deserto do Sinai. A visão Pentecostal é fundamentada nas similaridades culturais e em um passado comum de perseguição (TOYANSK; CANTÓN-DELGADO, JIMÉNEZ-ROYO, 2019, p. 461).

Outras lendas mencionam o Egito como país de origem dos ciganos, fazendo-os descendentes dos *sindhu* ou *sintés* que, segundo a lenda, chegaram à Caldeia na época de Abraão e, acompanhando-o até Canaã, ganharam dos faraós o direito ao asilo (SANT'ANNA: 1983, p. 23).

### 2.3 CULTURAS E TRADIÇÕES

O modo de organização sociocultural das comunidades ciganas varia entre os troncos étnicos ou comunidades. Todavia, há alguns pontos comuns, como a organização social estruturada a partir da família e a valorização das configurações que ela proporciona, seus rituais e lugares. A família congrega costumes e tradições centrais da ciganidade, sendo três principais: o nascimento, que reverbera no máximo cuidado às crianças; o casamento, que enfoca a virgindade feminina e a vergonha da mulher, na honra do homem respeitado por suas ações em acordo com a tradição cigana; e o luto, que considera o respeito central aos idosos e aos mortos (SILVA JR., 2009, 2018; SOUZA, 2013).

Também é a partir da família que se expressam os modos de se comportar e agir frente aos aspectos cotidianos da vida, como a alimentação, o trabalho, a convivência intergeracional etc. Não vamos adentrar nos modos de ritualização dessas tradições nem eleger um modelo ideal. Cada tronco étnico, seus grupos e famílias vivem essas cosmologias de acordo com seus aspectos próprios. O importante é compreender que o modelo familiar alargado é o lócus principal da sociabilidade romani, incluindo questões de saúde e de educação, que são processos coletivos nessas comunidades, diferindo do modelo ocidental, em que os laços estão cada vez mais individualistas.

E mais, que essa forma de organização sociopolítica se estrutura hierarquicamente pela idade, onde os mais velhos, os chamados tios e tias de honra, de respeito, de valor e de vergonha, costumam ser as autoridades máximas na aplicabilidade das “leis ciganas”, sua filosofia e seus sistemas de ação, porque conhecem os costumes e as tradições, orientando as regras do namoro/casamento ou aconselhando e julgando nos conflitos.

Os variados tipos de família extensa se organizam a partir dos patriarcas ou das matriarcas, que conservam laços de parentesco com outros patriarcas ou matriarcas de outras comunidades que compõem o grupo. Se na família nuclear a figura paterna tem uma autoridade evidente, na família extensa ela está submetida à figura dos tios e tias de respeito, de honra e de vergonha. Mas isso não significa que a relação não seja tensa. Ocorrem conflitos entre as diferentes gerações, fricções entre os seus papéis.

Além disso, podemos citar como demarcadores comuns das diferentes etnias ciganas: o passado comum de sofrimento e de perseguição; os trabalhos tradicionais, como o comércio de variados tipos de mercadorias, o artesanato diversificado, circo, música, a cartomancia e quiromancia; e as línguas próprias de cada grupo, que se diversificaram, mas têm uma base comum.

Por outro lado, as culturas ciganas de todos os troncos étnicos se expressam ainda pela contraposição aos não ciganos em vários pontos, como na mobilização do estereótipo reverso do ladrão ou bandido perigoso; ou na utilização da língua como uma estratégia de defesa. São esses elementos simbólicos, entre outros, que dão sentido aos modos das populações ciganas entenderem e se portarem frente a processos de saúde, cura, enfermidade, nascimento e morte. E foram eles que lhes permitiram resistir às perseguições históricas, mantendo vivos valores culturais, costumes e tradições.

#### **2.4 CONTEXTOS SITUACIONAIS DE DESIGUALDADE E EXCLUSÃO**

Outros contextos necessários para a compreensão da saúde cigana dizem respeito às suas condições de vida e aspectos relativos à habitação, saneamento básico, trabalho e educação. Para começar, é preciso dizer que não há precisão quanto ao número de pessoas ciganas vivendo no país, pois o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) não contabiliza esse grupo no censo populacional. Assim, não é possível afirmar quantas pessoas ciganas continuam nômades, seminômades ou fixaram residência.

Em 2012, a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) assumiu o número de 500 mil ciganos vivendo no Brasil, e essa

passou a ser a estimativa oficial, aparecendo em maior número os Kalon, seguidos pelos Rom e poucos Sinti. Atualmente, a única pesquisa nacional sobre os povos romani no Brasil é a Pesquisa de Informações Básicas Municipais” (Munic) do IBGE. A investigação não é específica sobre ciganos, mas sobre os perfis dos municípios brasileiros. Portanto, é respondida pelos municípios, e não pelas pessoas ciganas, o que pode distorcer os dados.

De qualquer modo, a pesquisa aponta que, dos 5.570 municípios brasileiros participantes, apenas 337, localizados em 22 Estados, declararam ter em seu território algum acampamento cigano. A maioria está na região Sudeste (36,2%), seguido pelas regiões Nordeste (34,7%), Sul (14,8%), Centro-Oeste (11%) e Norte (3,3%). Dos municípios que têm acampamento, 195 garantiram executar programas e ações para ciganos e destes 73 afirmaram ter área pública para este fim (CAVALCANTE et al., 2016, p. 6).

O número de municípios com acampamentos não indica a quantidade de acampamentos que existem na cidade, caso de São Paulo, que possui ao menos cinco. Levantamento realizado por Cavalcante, Costa e Cunha (2017, p. 233) estima 849 municípios totais somando 1.148 acampamentos. Observando a edição de 2011 da Munic, nota-se um aumento no número de municípios que responderam ter acampamentos, saltando de 290 em 21 estados em 2009, para 337 em 22 estados em 2014. Em 2011, apenas 40 dos 291 municípios afirmaram desenvolver política pública para essa população (ibidem, pp. 6-7).

Muitos acampamentos não têm infraestrutura de água encanada nem luz elétrica, tampouco saneamento básico. Como informa a cartilha *Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano*, “as famílias ciganas em situação itinerante têm a tenda como casa. (...) A maioria acampa em áreas públicas e com autorização prévia dos gestores públicos municipais. Os terrenos designados geralmente não possuem saneamento básico ou qualquer infraestrutura básica” (MS; AMSK, 2016, p. 22). Acrescenta-se que existem comunidades sedentarizadas que vivem em acampamentos fixos.

A pesquisa Munic não contabiliza as comunidades sedentarizadas ou seminômades, que em sua maioria vivem nas periferias urbanas. Boa parte está em condições de pobreza, fora do mercado formal, e a maioria ainda continua analfabeta ou com baixa escolaridade e sem acesso a esgoto ou coleta de lixo (SILVA JR., 2009). Um exemplo é a comunidade Kalon de Souza, na Paraíba, onde vivem 1.720 pessoas em casas de pau a pique, em condições extremas de pobreza, sem saneamento básico (esgoto ou coleta de lixo) e sem água ou luz (MS; AMSK, 2016, p. 9).

Conforme a cartilha do Ministério da Saúde (ibidem), os Kalon tendem a permanecer em maior número nas barracas, ranchos e vilas; e os Rom e

Sinti, mais sedentarizados, sendo poucos os que permanecem na condição exclusiva de barraca. Para a publicação do MS, o maior problema não seria a saúde, mas sim “inviolabilidade da tenda”, já que há “casos de violência e desrespeito por parte das autoridades policiais e vândalos”. Muitos permanecem sem documentação, invisíveis frente ao Estado.

## 2.5 EDUCAÇÃO E TRABALHO

Nas condições educacionais, as comunidades ciganas apresentam pontos problemáticos. Muitos grupos “têm nível de escolaridade abaixo da média nacional, vivem em bairros periféricos e à margem e mercê dos atendimentos públicos de saúde e políticas públicas” (SILVA JR., 2009). Há uma multiplicidade de fatores que levaram essas comunidades ao afastamento do ensino. Um deles foi o nomadismo, que muitas vezes não foi uma opção voluntária, mas fruto de uma política de expulsão contínua praticada pelo Estado, com a ação violenta da polícia (idem, 2018).

Outros dois pontos interferem nas baixas taxas educacionais entre as comunidades ciganas: o modo como se inserem no trabalho e “o casamento no período da adolescência”. Muitos são analfabetos, sendo que o problema se agrava entre as mulheres adultas (PERPÉTUO, 2017 p. 80). Entre os problemas educacionais constam ainda: a defasagem idade/ano das crianças, que sofrem preconceitos pela idade incompatível com o ano/turma e pelo choque cultural; as “dificuldades de aprendizagem, desinteresse pelos projetos oferecidos, defasagem nos conteúdos, questões comportamentais e ausência de acompanhamento pedagógico dos familiares” (ibidem).

Não saber ler ou ter pouca escolaridade afeta o acesso aos direitos cidadãos em todos os campos: educação, saúde, comunicação, habitação, aposentadoria e, como não poderia ser diferente, à inclusão econômica, o que nas sociedades atuais está diretamente relacionado à integração por meio do trabalho formal ou via empreendimento, com a constituição de empresas.

Como não estão no mercado de trabalho formal, acabam excluídos de uma série de benefícios sociais, com aposentadoria, licença-maternidade, férias, 13º salário, licença-saúde etc. Nas palavras de Perpétuo (2017, p. 61), “o trabalho é percebido como uma moeda de troca para a subsistência do grupo” e só são “bem aceitas” caso “supostamente livres, sem subordinação a um patrão, a horários rígidos e pré-definidos”. Mas não completamente, já que sobrevivem do contato com a sociedade não cigana, com as vendas, trocas e comércio ou pequenos serviços informais (ibidem).

Sobre o trabalho, Marques (2005, p. 378) aponta para uma “descoincidência” entre o modelo de sociedade salarial e os modos das comunidades

ciganas, onde prepondera a tradição do trabalho independente. Já Costa e Rolim (2016, p. 9) reconhecem que as atividades informais, como o “rolo” ou “negócio” e a música, são os principais modos de trabalho ciganos, mas lembram que “vários ciganos ocupam profissões liberais, atuando em diversas áreas, como administradores, professores e advogados, juizes, médicos, músicos, enfermeiros, artistas plásticos dentre outras”.

Ofícios e profissões tradicionais das comunidades ciganas, como circo, domadores de cavalos e outros animais, ferreiros, tacheiros, ourives etc. estão desaparecendo. Em algumas comunidades, a leitura de mãos ou a venda de raizadas continuam sendo uma fonte de renda, principalmente das mulheres. Mas não são todos os grupos que praticam a quiromancia, isso porque uma boa parcela tornou-se evangélica<sup>4</sup>, que condena tal prática (ibidem, p. 10).

Outra atividade comum, principalmente entre os grupos na extrema pobreza, é a mendicância, que de alguma forma contribui, ao menos, na alimentação. Uma informação relativa à pobreza consta no relatório publicado pela Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK, 2017), segundo o qual naquele ano havia 5.338 famílias ciganas, ou 16.094 pessoas, recebendo bolsa-família.

### 3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Após a Segunda Guerra Mundial e os horrores perpetrados pelos nazistas<sup>5</sup>, surgiram inúmeras organizações ciganas dedicadas a questões fundamentais, como educação, identidade, saúde, racismo e perseguição. Pressionados por essas organizações, governos e órgãos internacionais foram publicando documentos denunciando a exclusão dessas comunidades e em favor de sua inclusão social.

O primeiro documento inspirador foi a *Declaração universal dos Direitos Humanos*, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, reafirmando a liberdade e a igualdade como direitos básicos, e a

---

4 O movimento evangélico cigano começou em 1952 na França, quando um pastor não cigano chamado Clément Le Cossec criou o primeiro movimento religioso transnacional – *Mission Évangélique Tzigane* (MET) – e começou a difundir-lo por outros países europeus e pelas Américas.

5 “O projeto nazista previa um reordenamento racial e político da Europa que envolvia a perseguição e a aniquilação de judeus e ciganos, assim como a repressão e assassinato de oponentes políticos ou ideológicos, homossexuais, grupos cristãos e deficientes físicos. Em acréscimo, povos eslavos, como poloneses, eslovenos e soviéticos eram considerados inferiores, razão pela qual deveriam ser escravizados ou mortos” (TOYANSK, 2016, p. 351). Estima-se que meio milhão de ciganos foram assassinados pelos nazistas e colaboracionistas.

partir de então passou a publicar recomendações de combate ao racismo. Depois veio a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial, celebrada em 1965, que instou os Estados-membros a proibir e eliminar a discriminação racial (MOONEN, 2000).

Nominalmente, as populações romani foram citadas pela primeira vez na ONU em 1977, com a publicação de uma resolução exortando os países nos quais vivem ciganos a garantir-lhes os mesmos direitos dos outros cidadãos. Na sequência, reconheceu a União Romani Internacional (URI)<sup>6</sup> como organização que representa os ciganos, concedendo-lhe, mais adiante, status consultivo – uma atitude positiva da ONU com relação à URI, já que esse reconhecimento só é concedido às organizações competentes em suas áreas e conhecidas em termos internacionais (KLIMOVÁ-ALEXANDER, 2005, p. 68).

Em abril de 2015, a Relatora Especial sobre Questões das minorias da ONU, Rita Izsák, apresentou estudo-relatório denunciando as políticas de anticiganismo, evidenciando a situação de exclusão das comunidades ciganas nos países europeus, solicitando a adoção urgente de medidas efetivas para sua inclusão social e o combate aos racismos e estereótipos. Em setembro do mesmo ano, a relatora veio ao Brasil e realizou o “Seminário regional sobre a situação do povo Rom nas Américas”, que contou com a participação de representantes das comunidades ciganas e de instituições governamentais da Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Equador e Peru.

O relatório exorta às reivindicações no âmbito dos direitos humanos e conclama os Estados americanos a efetivarem políticas públicas eficazes e estruturais de longo prazo para as comunidades ciganas. Além disso, em termos de documentos americanos, cita-se: a *Declaração do povo Rom da América* (2001), aprovada no evento; “O Povo cigano: o outro filho da Mãe Terra” (Equador); e “Política sobre etnia e saúde” (2017), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS).

Diante de tantas recomendações e com a pressão dos movimentos políticos ciganos, o governo não poderia ficar indiferente. Mas as políticas de integração só puderam emergir após os processos de redemocratização que abrangeram os direitos cidadãos às comunidades ciganas. Foi a Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a saúde como um direito universal e fundamental de todos os seres humanos, independentemente de cor, raça, credo, orientação sexual ou classe social.

---

6 A União Romani Internacional (URI) foi formalmente constituída em 1978, durante o Segundo Congresso Mundial Romani, com o objetivo de representar os ciganos na esfera internacional.

Esse direito se materializou no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da publicação da lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), que inscreveu o direito à saúde como um preceito universal, equitativo, integral, com participação social, hierarquia e regionalização (SANTOS; PEREIRA; NORONHA, 2011).

O SUS é um sistema tripartite, que tem suas particularidades e distintas responsabilidades distribuídas entre as redes de saúde federal, estadual e municipal, cabendo ao MS a gestão central, o financiamento de recursos e a elaboração e implementação de políticas públicas; aos estados a realização de procedimentos de média e alta complexidade, o atendimento de hospitais especializados e atendimento de urgência e emergência; e aos municípios a atenção básica e as políticas de prevenção e promoção da saúde, incluindo os programas de saúde da família.

Em 2007, edita-se a Portaria 3.027 (GM/MS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, que ampara os povos tradicionais e minorias étnicas, entre elas as ciganas. Essa política estabelece diretrizes para a inclusão desses grupos na formulação de políticas públicas da saúde, abrindo canais de comunicação, para além dos formalizados pelo SUS, como os conselhos de saúde.

Já o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 colocou etnias ciganas ao lado de outras populações: quilombolas, pessoas em situação de rua, campo e floresta, e lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) como segmentos prioritários do SUS. Mas a principal ação do MS é a Portaria 940 de 28 de abril de 2011, formulada para atender às especificidades de ciganos e populações em situação de rua. Um texto no blog do MS destaca que: “reconhecendo a especificidade da cultura cigana, o Ministério da Saúde fez constar na Portaria que regulamenta o cadastramento dos usuários do SUS – o Cartão SUS –, uma cláusula que dispensa a população cigana de comprovação de endereço” (MS, 2013).

Entre as ações realizadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) em favor da saúde cigana, também constam o cartaz “Povo Cigano – Acesso Humanizado e Acolhedor em todos os serviços de saúde”, que focou na divulgação da portaria 940, e a cartilha “Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano”, publicada em parceria com a AMSK (2016), que abordou diversos temas relacionados à saúde, cultura, histórico e especificidades das comunidades romani. Ambos foram direcionados para profissionais de saúde.

Em 2017, as ações do MS, via Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP), com sua equipe de saúde cigana, se resumiram a oficinas realizadas com membros da comunidade cigana,

como no I Encontro de Saúde do Povo Rom, que ocorreu no âmbito do Encontro Nacional dos Comitês de Política de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde (11 a 13 de abril). Na ocasião, o órgão iniciou três ações: a) a criação de um documento nacional de saúde para a população cigana, a ser definido entre plano ou política; b) a criação de um comitê em saúde com representantes dessas comunidades para elaborar esse plano/política; e c) a criação de um Observatório da Saúde Cigana.

Apenas o primeiro item foi conquistado, com a publicação, em dezembro de 2018, da Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Povo Cigano/Romani (portaria n. 4.384). Em seus eixos estratégicos, a nova política garante: “o fortalecimento da atenção integral do Povo Cigano em todas as fases do curso de vida”, incluindo redes de atenção à saúde da mulher, da criança, jovens e adolescentes, dos homens e idosos. A norma também prevê o “desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos (...) com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios”, e a “elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde” dessas populações.

Objetivos específicos da política estabelecem que profissionais e gestores de saúde devem “combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani”, “o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde”, e o fomento à “realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde” dessas comunidades “no âmbito Nacional e Internacional”.

Em suas diretrizes gerais, a nova política proclama o “fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação de pessoas ciganas nos Conselhos de Saúde”; a “criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados e municípios”; e a “implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos”, fortalecendo uma “identidade positiva” dessas comunidades. Estabelece ainda que o Ministério da Saúde e as Secretarias da Saúde estaduais e municipais devem promover a inclusão das metas, prioridades e ações em saúde para as comunidades ciganas nos seus respectivos planos.

Contudo, passados treze meses da aprovação da nova política, ainda faltam iniciativas concretas da parte da União ou dos governos estaduais e municipais para sua implementação. Ademais, em seu artigo nono, estabeleceu que no âmbito do Ministério da Saúde, seria a SGEP/MS que faria a articulação “junto às demais Secretarias e entidades vinculadas, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da Política”.



Ocorre que essa secretaria foi extinta em maio de 2019, dissolvendo-se também a equipe que coordenava a Saúde Cigana no órgão. Outra crítica referente à Política é que ela não cita em nenhum momento os principais troncos étnicos pertencentes a universo cigano no Brasil, os Kalon, os Rom e os Sinti, o que demonstra desconhecimento da heterogeneidade dos grupos e subgrupos romani. Não houve qualquer política de comunicação que incluísse a circulação e apropriação da política por parte dos próprios ciganos e dos profissionais de saúde dos serviços públicos do SUS.

Além disso, no âmbito da igualdade racial, o governo federal está coordenando desde 2016 a elaboração de um Plano Nacional de Políticas para os Povos Ciganos, por meio da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério dos Direitos Humanos (SEPPIR/MDH). Até o momento, foram feitas quatro audiências públicas para debater o documento, com a presença de representantes de associações ciganas e órgãos ministeriais, como o próprio MS. A última aconteceu em 2019, realizada como parte das comemorações do Dia Nacional dos Ciganos (24 de maio). O documento não foi finalizado até o momento.

#### **4. CONDIÇÕES DA SAÚDE CIGANA NO BRASIL**

À primeira vista, esses documentos dão a impressão de que a saúde cigana está perfeitamente adequada. Mas não é bem assim. Os resultados são tímidos e não chegam à maioria dos ciganos. Os profissionais da saúde, a quem cabe a execução das políticas, também as desconhecem. É possível constatar esse fato 1) quando analisamos os contextos situacionais das comunidades ciganas, suas condições sociais de vida e saúde, vemos que são precárias e em situação de vulnerabilidade; e 2) quando damos ênfase às vozes ciganas (SILVA JR., 2018).

Por mais específicas que sejam as políticas, como no caso da Portaria 940, elas não circularam e sequer há planos de comunicação para divulgá-las junto às comunidades ciganas, que em sua maioria desconhecem os próprios direitos. O primeiro ponto a enfatizar é a ausência de informações e indicadores sobre a população cigana nos sistemas de informação em saúde do SUS. “Essa lacuna dificulta o desvelamento da situação de saúde de grupos populacionais específicos, em especial o povo cigano, cujo quesito etnia pode contribuir para determinar agravos à saúde, assim como restrição ao acesso a serviços de saúde” (SILVA, 2016, p. 26).

Assim, não é possível saber com precisão informações referentes às taxas de natalidade, de morbidade, mortalidade infantil, mortalidade materno-infantil ou de expectativa/esperança de vida. Tampouco se sabe

quais são as doenças mais prevalentes ou quais os principais problemas de saúde que afetam os indivíduos ciganos.

O mesmo ocorre quanto aos estudos acadêmicos sobre a saúde cigana. Por meio de uma revisão sobre a saúde cigana a partir de bases de dados como OvidSP/Medline, ProQuest, Web of Science e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período 2003 a 2013, Silva (2016, p. 31) identificou apenas dez artigos referentes ao tema, todos em língua inglesa, que “em sua maioria, referem-se a países da Europa”.

Realizando uma revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, (LILACS) e Google Scholar; Almeida, Almeida, Pedrosa e Barbosa (2013) encontraram onze publicações com o tema geral ciganos em periódicos de língua portuguesa ou espanhola. Mas apenas três mencionavam a saúde de povos ciganos em seu título e destes, apenas um tratava das políticas públicas em saúde para essa população.

No Brasil, até a data de redação deste texto, havia apenas três trabalhos de doutorado sobre a saúde cigana. Um deles é a tese de Ana Cláudia Conceição da Silva (2016), que traz apenas dados muito específicos e limitados ao estado da Bahia, destacando uma situação de saúde precária entre os homens acima dos 34 anos, que reclamam de no mínimo duas doenças autorreferidas e apresentam um quadro de saúde “regular, ruim ou muito ruim”.

A outra tese é de Adriana Queiroga Sarmiento Guerra (2014), *Alimentação infantil: representações sociais de mães e avós*. O estudo averigua que as mães ciganas tendem a amamentar exclusivamente os bebês até os seis meses de idade, mantendo a amamentação por mais tempo. Em consequência, a dieta alimentar é iniciada de forma tardia, ao contrário das mães não ciganas. Um fato positivo seria que as mães ciganas não costumam utilizar chupetas e mamadeiras (p. 6).

Em 2018 defendeu-se a terceira tese, de Aluizio de Azevedo Silva Júnior, que analisou a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal, cujos resultados subsidiam esse texto. Registra-se ainda o estudo de especialização de Cristina Medeiros (2011), que abordou a influência da cultura cigana no processo de saúde e adoecimento e suas relações e contradições com as orientações e protocolos de uma unidade básica de saúde. Realizando o trabalho com um grupo Kalon do Bairro da Lagoa, em Belo Horizonte, a autora identifica vários problemas que surgem na prática dos atendimentos básicos de saúde e estão listados abaixo:

- 1) O desafio de gerir o conflito no entendimento do tempo entre profissionais de saúde, que se pautam pelo tempo monocrônico dos

atendimentos em sequência e os usuários ciganos, que veem o tempo como policrônico, muitas vezes pautado pelo nomadismo;

- 2) A situação de insalubridade em que vivem, portanto, mais suscetíveis a doenças infectocontagiosas, especialmente do aparelho respiratório;
- 3) A dificuldade no acompanhamento e monitoramento em relação às doenças crônicas, como diabetes, colesterol alto e hipertensão arterial;
- 4) Apesar do baixo absenteísmo nas consultas programadas com mulheres e crianças relacionadas ao pré-natal e à puericultura, observa-se que não é comum participarem do atendimento de planejamento familiar, ainda que procurem pelo uso de métodos contraceptivos, principalmente pílulas, aproveitando a demanda espontânea;
- 5) Não costumam frequentar as atividades coletivas oferecidas pelo centro de saúde;
- 6) Há mudança no padrão dos matrimônios e da estrutura familiar em relação à tradição cigana e seus costumes, o que pode trazer conflitos psicológicos;
- 7) Os valores estéticos dos ciganos não são trabalhados na UBS;
- 8) Em função da importância do idoso e sem romantizar seu papel, uma sugestão é atuar junto a esse grupo, tornando-os multiplicadores de saberes e práticas de saúde;
- 9) A questão da minoria cigana foi pouco discutida e estudada dentro dos serviços de saúde, e os profissionais são pouco capacitados para enfrentar a questão (MEDEIROS, 2011, pp. 39-40).

Por sua vez, Almeida, Pedrosa e Silva (2013) apontam um paradoxo entre a tradição nômade da maioria dos grupos ciganos (ainda que a maioria tenha fixado residência, o nomadismo continua sendo um forte elemento simbólico para as culturas ciganas) e o conceito de território adotado pela Estratégia de Saúde de Família. A conjuntura desse território cigano simbólico é conformada por ao menos nove eixos de seu sistema sociocultural: trabalho, nomadismo, religiosidade, preconceito, rituais, condições socioeconômicas, línguas, leis e práticas alternativas de saúde (ibidem, pp. 5-6).

Goldfarb, Leandro e Dias (2014, p. 851), analisando os cuidados tradicionais acerca da gestação, do parto e do nascimento entre as ciganas Kalin no município de Souza, na Paraíba, sublinham que há conflitos entre

os saberes médicos e as práticas alternativas das mulheres ciganas, ressaltando a utilização de ervas ou práticas de magia e xamanismo.

Entre os aspectos destacados pelas autoras (GOLDFARB; LEANDRO; DIAS, 2014, p. 852) constam: “péssimas condições de higiene e de saneamento básico, dificuldade de acesso a serviços simples, falta de adesão aos programas de saúde”; “desprezo da sociedade e das autoridades em relação à comunidade”; “resistência das ciganas em participar do acompanhamento nas consultas pré-natal na unidade de saúde” e não realizar exames de rotina.

Sobre a saúde das mulheres ciganas, o Ministério da Saúde informa que as mulheres são as responsáveis pela educação e manutenção da cultura cigana e bem-estar das famílias, bem como pelos saberes tradicionais no campo da medicina tradicional, com o uso de ervas e plantas para o tratamento de enfermidades como hérnias, tensão muscular, dores de cabeça, febres, queimaduras, coceiras, cólicas, machucaduras e hipertensão (MS; AMSK, 2016, p. 13).

Já Costa e Rolim (2014, p. 28) apontam para algumas áreas “prementes de prevenção”: a odontologia; contra o tabagismo e o alcoolismo; aos cânceres de mama e de próstata; na área de nutrição, visando cardiopatias, pressão alta, diabetes e gastrite; no acompanhamento pré-natal e na saúde do homem. Também destacam a urgente necessidade de “profissionais na área de psicologia e psiquiatria”, elencando como causas de problemas como a depressão e o suicídio situações de preconceito, violência e instabilidade de segurança, inclusive alimentar.

Na opinião dos autores, “o descumprimento de leis que viabilizam esses atendimentos, pelo desconhecimento, pelo preconceito ou marginalização, consiste no maior entrave quanto à saúde” (ibidem). Também identificaram problemas relativos ao modo cultural das pessoas ciganas de perceber, sofrer e reagir ao adoecimento, à internação ou à morte. “Estar internado é quase um castigo, tanto para o paciente quanto para a família, que permanece em grupos grandes na porta do hospital, até verem seus parentes livres da doença” (ibidem, pp. 33-4).

Como vimos no contexto existencial, os modos distintos de ver a família e agir perante o sofrimento e a dor, o luto e a morte têm características que confrontam os olhares convencionais da medicina tradicional. Divergem também quanto aos processos de gravidez, parto e cuidado dos filhos, o que gera conflitos em várias dimensões. Silva Júnior (2018) lista algumas dessas características que têm maior impacto:

## Os principais modos de compreensão da saúde cigana

- Há orgulho de nunca ter sido internado, ter ido ao médico ou realizado exames como sinônimo de boa saúde.
- Não há preocupações com *check-ups* de rotina, e o ideal é estar o mais longe possível dos serviços de saúde, numa visão de que existem para tratar doenças, e não para preveni-las;
- Assim como a alegria e a felicidade são compartilhadas coletivamente, o mesmo ocorre com a dor e o sofrimento: o adoecimento de uma pessoa cigana significa o de toda a família-grupo;
- Nas internações, surgem problemas quanto a protocolos médicos como as regras de visita e acompanhamento, já que elas não atendem ao excessivo número de parentes que costumam fazer “plantação” nos serviços de saúde, gerando um intenso fluxo;
- Os tabus em torno ao sexo e aos rituais e procedimentos do casamento tradicional cigano e do sistema de organização familiar envolvem muitas variáveis, como o excesso de vigilância quanto à virgindade feminina antes do casamento;
- Outra variável referente ao modelo familiar é o costume de ter muitos filhos, sendo a família mais prestigiada quanto mais numerosa, o que dificulta ações de planejamento familiar, como a utilização de métodos contraceptivos, e favorece a gravidez precoce, já que em grupos mais tradicionais ainda há o costume de se casar a partir dos 13 anos;
- A cultura da vergonhosidade e tabus corporais traz problemas para a saúde íntima do homem e da mulher, como na prevenção do câncer de próstata, de útero e de mama. Muitas vezes, pedem para ser atendidos por profissionais do mesmo sexo;
- Nesse contexto, outra variável é a dificuldade de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre ambos os sexos;
- Há um estranhamento nos modos de cuidar das crianças, que entre os ciganos são criadas mais próximas do meio ambiente, ao estilo rural, muitas vezes de pés no chão, com uma ideia por parte dos profissionais de saúde de que há falta de higiene;
- O estereótipo dos ciganos como “sujos” ou anti-higiênicos é antigo, e em alguns casos isso ocorre devido à falta de infraestrutura como água encanada ou banheiros para proporcionar o asseio íntimo e a higiene pessoal;

- A discriminação e o racismo institucional são problemas recorrentes nos serviços de saúde, reconhecidos pelo Ministério da Saúde como problemas a serem combatidos;
- A resistência aos sofrimentos e às perseguições, às violências históricas é vista também como uma possibilidade de saúde, já que sobreviveram e resistiram, mesmo com as tentativas de genocídio e extermínio;
- A relação diferenciada que mantêm com as dimensões multiespaciais e multitemporais, especialmente as comunidades que preservam o estilo de vida nômade, seminômade, itinerante ou viajante e que confrontam as visões de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS, ancoradas na fixidez territorial e cronológica;
- Muitos grupos mantêm práticas alternativas de tratamentos, como as tradições de manuseio de ervas, garrafadas, chás e infusões ou rezas, orações e simpatias, ou mantêm o olhar espiritualizado-mitológico para a saúde e a cura, por meio das igrejas e cultos evangélicos.

## 5. PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA SAÚDE CIGANA

Depois de apresentarmos os principais contextos, históricos, demandas e necessidades referentes à saúde e aos direitos sociais dos ciganos como um todo, devemos mencionar um último elemento: a medicina tradicional, que é desenvolvida essencialmente pelas mulheres e se compõe de práticas e cuidados baseados na cura pelas plantas e materiais orgânicos como argila ou mel, além de modos de ver e atuar que, assentados numa filosofia própria, expressam uma visão holística-espiritualista frente aos processos de saúde–doença e vida–morte (SILVA JR., 2018).

Assim como outros aspectos culturais ciganos, que são muito ricos e variados, esse conhecimento se constituiu ao longo de séculos e contatos com diferentes povos (MS; ASMK, 2016; SILVA JR., 2018). É um processo que não está institucionalizado, ocorrendo nas situações do cotidiano, quando a raizeira/benzedeira é acionada por ciganos ou não ciganos.

São conhecimentos e práticas que se perpetuam de geração em geração, no marco da oralidade e da experiência de vida, abrangendo aspectos mitológicos e cosmogônicos. Tais práticas vêm perdendo força atualmente entre muitos grupos ciganos. Porém, resistindo à assimilação cultural e preservando um conhecimento milenar, muitas comunidades ciganas no Brasil continuam mantendo a tradição (SILVA JR., 2018). Muitas vezes, não são levadas em consideração pela medicina tradicional, profissionais e

protocolos de saúde do SUS, apesar do princípio da equidade e das inúmeras leis em favor da saúde cigana já citadas no texto.

A relação intercultural entre ciganos e os serviços de saúde é permeada por conflitos. Por se configurar como experiências atravessadas por muitas mediações, há dificuldades para que as políticas públicas de saúde cheguem até os ciganos. Em geral, são indivíduos que possuem modos diferentes de se colocar no mundo e práticas milenares sobre a saúde, que lhes causam problemas com o preconceito institucional dos serviços públicos de saúde, ferindo o princípio da equidade. Em acréscimo, posto que são populações historicamente negligenciadas e em situação de desigualdade social e racial, em sua maioria privadas dos direitos humanos básicos, enfrentam problemas de saúde decorrentes da precariedade.

Saúde aqui entendida como conceito amplo, que abrange as suas determinações sociais, destacadamente, as questões de saneamento básico e infraestrutura; as questões de saúde mental, que se pode notar em problemas como depressão, alcoolismo, gravidez precoce; bem como nas altas taxas de natalidade e na baixa expectativa de vida.

Com escolaridade baixa, muitos analfabetos, fora dos mercados de trabalho formais, vivendo em condições precárias de habitação, sem saneamento básico, esgoto, água, luz e, muitas vezes, isolados de serviços públicos de transporte e estruturas de lazer, as pessoas ciganas não conseguem meios para garantir os princípios da acessibilidade universal e equidade nos serviços do SUS (SILVA JR., 2018).

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Manuel Guedes de; PEDROSA, José I. dos Santos; SILVA, Tayná M. G. Varão;. “Saúde de povos ciganos no Brasil: uma revisão integrativa”.. In: *Anais do I Congresso Virtual Brasileiro – Gestão, Educação e Promoção da Saúde*, 2012. Brasília: Universidade Federal do Piauí, 2013. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=4306>>.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_.; BARBOSA, Débora R. Marques. “Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil”. *Gestão & Saúde*, Brasília, v. 4, n. 3, pp.1.116-29, 2013.
- AMSK – Associação Internacional Maylé Sara Kalí. *Família cigana: grupos tradicionais e específicos*. Cadastro único. Brasília: AMSK, 2017.
- ARAUJO, Inesita Soares de; MOREIRA, Adriano de Lavor; AGUIAR, Raquel. “Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada: apontamentos para uma pauta política e de pesquisa”. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4 (supl.), fev. 2013. Disponível em: <[www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br)>. Acesso em: 4 fev. 2017.

- AZEVEDO, Ana Cláudia. “Etnias de Portugal: o caso dos ciganos”. *E-REI: Revista de Estudos Interculturais do CEI*, [s.l.], 10 jan. 2013.
- BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>.
- BORGES, Isabel C. M. Mattos. *Cidades de portas fechadas: a intolerância contra os ciganos na organização urbana na Primeira República*. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. “A saúde e seus determinantes sociais”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, pp. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>.
- CAVALCANTE, Lucimara; COSTA, Elisa; VASCONCELOS, Marcia; GUIMARÃES, José R. Soares. *A Importância da geração de dados sobre os povos romani (ciganos)*. Brasília: AMSK, 2016. Disponível em: <[http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao4\\_AMSK\\_2016\\_Geracao\\_Dados.pdf](http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao4_AMSK_2016_Geracao_Dados.pdf)>.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. CUNHA, Jamilly. “Acampamentos ‘ciganos’ 2017: os desafios da implementação de direitos”. *REIA – Revista de Estudos e Investigação Antropológica*, Recife, ano 4, v. esp. II – 20 anos do NEPE, pp. 231-65, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/reia/article/view/236305/29111>>.
- COSTA, Elisa M. Lopes da. “O povo cigano e o degredo: contributo povoador para o Brasil Colônia”. *Revista Textos de História*, Brasília, v. 6, n. 1-2, pp. 35-56, 1998.
- \_\_\_\_\_. ROLIM, José D. Juarez. *Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para discussão*. Brasília: AMSK, 2014. Disponível em: [http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2\\_AMSK\\_2014.pdf](http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2_AMSK_2014.pdf)
- FERRARI, Florencia. *O mundo passa: uma etnografia dos Calin e suas relações com os brasileiros*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- GOLDFARB, Maria P. Lopes; LEANDRO, Suderlan S.; DIAS, Maria. D. “O ‘cuidar’ entre as Calin: concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB”. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 11, n. 33, pp. 851-876, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>>.
- GUERRA, Adriana Q. Sarmiento. *Alimentação infantil: representações sociais de mãe e avós*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.
- KLIMOVÁ-ALEXANDER, Ilona. *The Romani Voice in World Politics: The United Nations and Non-State Actors*. Aldershot: Ashgate, 2005.



- MARUSHIAKOVA, Elena; POPOV, Vasselin. “The Roma - a Nation without a State? Historical Background and Contemporary Tendencies”. In: BURSZTA, W.; KAMUSELLA, T.; WOJCIECHOWSKI, S. (ed.). *Nationalismus Across the Globe: An overview of the nationalism of state-endowed and stateless nations*, Poznan: School of Humanities and Journalism, 2005, pp. 433-55.
- MAYALL, David. *Gypsy Identities 1500-2000: From Egipcians and Moon-men to the Ethnic Romany*. Londres–Nova York: Routledge, 2004.
- MEDEIROS, Cristina. M. *Uma análise da cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento: contribuições para a estratégia da Saúde da Família*. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- MELO, Fábio J. Dantas de. *A Língua da comunidade Calon da Região Norte-Nordeste do estado de Goiás*. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Linguagens, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- MENINI, Natally C. da Rocha. “Do Reino para o ultramar: o degredo dos ciganos no Império Português”. In: *Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio – Saberes e práticas científicas*, 2014. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2014. Disponível em: <[http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400554747\\_ARQUIVO\\_ARTIGOANPUH-NATALLYMENINI.pdf](http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400554747_ARQUIVO_ARTIGOANPUH-NATALLYMENINI.pdf)>.
- MS – Ministério da Saúde, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. “Plano Nacional de Saúde – 2012-2015”. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. “Cartão Nacional de Saúde é entregue aos participantes do evento ‘Brasil Cigano’”. *Blog da Saúde*, 23 maio 2013. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/32380-cartao-nacional-de-saude-e-entregue-aos-participantes-do-evento-brasil-cigano>>.
- \_\_\_\_\_; AMSK – Associação Internacional Maylê Sarah Kalí. *Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- MIRANDA, Francielle F. Faria de. *As representações dos ciganos no cinema documentário brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.
- MOONEN, Frans. *Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil*. Recife: ed. do autor, 2011. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a\\_pdf/1\\_fmanticiganismo\\_2011.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/1_fmanticiganismo_2011.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. *Políticas ciganas no Brasil e Europa*. Recife: ed. do autor, 2013. Disponível: <[http://www.amsk.org.br/imagem/pdf/FMO\\_2013\\_PolíticasCiganasBrasilEuropa.pdf](http://www.amsk.org.br/imagem/pdf/FMO_2013_PolíticasCiganasBrasilEuropa.pdf)> Acesso em 20 set. 2013.
- MORAES FILHO, Mello. *Os ciganos no Brasil e Cancioneiro dos ciganos*. Belo Horizonte / São Paulo: Itatiaia / Edusp, 1981.

- NORONHA José Carvalho de; SANTOS, Isabela Santos; PEREIRA, Telma R. “Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal”. In: SANTOS N.; AMARANTE, P. D. C. (org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- OLIVEIRA, Bruno. “Mediação sociocultural na área da saúde”. In: MAGANO, O.; MENDES, M. M. *Ciganos portugueses: olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas sociais e projectos de intervenção social e cultural*. Lisboa: Latex, 2013, pp. 166-8.
- ONU – Organização das Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos. *A luta contínua das comunidades ciganas em todo o mundo: Novo relatório da perita das Nações Unidas sobre as minorias*. Tradução nossa. Genebra: 2015.
- \_\_\_\_\_. *Relatorio del Seminario regional sobre la situación del Pueblo Rom en las Américas*. Brasília: 2016.
- PERPÉTUO, Lenilda Damasceno. *Comunidade cigana Calon em processo de escolarização: conflitos étnicos e saberes pluriculturais*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- SANT’ANA, Maria L. *Os ciganos: aspectos da organização social de um grupo cigano em Campinas*. São Paulo: FFLCH – USP, 1983.
- SIBAR, Lina M. Lorenzon. *Identidade, alteridade e resistência dos ciganos brasileiros*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Universidade Estadual Paulista, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/88717>>.
- SILVA, Ana C. Conceição da. *Fatores associados à utilização de serviços de saúde por ciganos na Bahia, Brasil*. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016.
- SILVA, Tomaz T. da; HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- SILVA JÚNIOR, Aluizio de Azevedo. *A liberdade na aprendizagem ambiental cigana dos mitos e ritos Kalon*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/30K0vUc>>
- \_\_\_\_\_. *A produção social dos sentidos nos processos interculturais de comunicação e saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal*. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- SOUSA, Carlos J. dos Santos. *Os Maias: retrato sociológico de uma família cigana portuguesa (1827-1957)*. Lisboa: Mundos Sociais, 2013.

- SOUZA, Mirian Alves de. *Ciganos, Roma e Gypsies: projeto identitário e codificação política no Brasil e Canadá*. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.
- TEIXEIRA, Rodrigo Corrêa. *História dos ciganos no Brasil*. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, 2008. Disponível em: <[www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/ciganos02html](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/ciganos02html)>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- TOYANSK, Marcos. “O extermínio de ciganos durante o regime nazista”. *História e Perspectivas*, Uberlândia, v. 28, n. 53, pp. 349-69, jan.-jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. *Associativismo transnacional cigano: identidade, diáspora e território*. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- \_\_\_\_\_; CANTÓN-DELGADO, Manuela; JIMÉNEZ-ROYO, Javier. “Suspicion and Prejudice: The Role of Ideology in the Study of Christian Revival among the Roma”. *Social Compass*, Louvain, v. 66, n. 4, pp. 455-70, dez., 2019.
- VERMEERSCH, Peter. *The Romani Movement: Minority Politics and Ethnic Mobilization in Contemporary Central Europe*. Nova York: Berghahn Books, 2006.