

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CRISTINA MARIA DE MEDEIROS

**UMA ANÁLISE DA CULTURA CIGANA E SUA
INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE SAÚDE E
ADOECIMENTO: contribuições para a Estratégia Saúde
da Família**

**BELO HORIZONTE / MG
2011**

CRISTINA MARIA DE MEDEIROS

**UMA ANÁLISE DA CULTURA CIGANA E SUA
INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE SAÚDE E
ADOECIMENTO: contribuições para a Estratégia Saúde
da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^a Efigênia Ferreira e
Ferreira

BELO HORIZONTE / MG
2011

CRISTINA MARIA DE MEDEIROS

**UMA ANÁLISE DA CULTURA CIGANA E SUA INFLUÊNCIA NO
PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO: Contribuições para
a Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^o Efigênia Ferreira e
Ferreira

Banca Examinadora

Prof. Mara Vasconcelos

Prof. Efigênia Ferreira e Ferreira

Aprovada em Belo Horizonte, 02 de julho de 2011

Agradecimentos:

Aos ciganos, por sua liberdade inspiradora

A Efigênia Ferreira, minha orientadora

Aos profissionais do centro de saúde Lagoa, sobretudo a enfermeira Bernadete, auxiliar Maria, agentes comunitários de saúde: Irenilda, Eunice, Débora e Carla e gerente Fábio

Ao NESCON

“Muitos anos depois, diante do pelotão de fuzilamento, o Coronel Aureliano Buendía havia de recordar aquela tarde remota em que seu pai o levou para conhecer o gelo.

Macondo era então uma aldeia de vinte casas de barro e taquara, construídas à margem de um rio de águas diáfanas que se precipitavam por um leito de pedras polidas, brancas e enormes como ovos pré-históricos. O mundo era tão recente que muitas coisas careciam de nome e para mencioná-las se precisava apontar com o dedo. Todos os anos, pelo mês de março, uma família de ciganos esfarrapados plantava a sua tenda perto da aldeia e, com um grande alvoroço de apitos e tambores, dava a conhecer os novos inventos.

Primeiro trouxeram o ímã. Um cigano corpulento, de barba rude e mãos de pardal, que se apresentou com o nome de Melquíades, fez uma truculenta demonstração pública daquilo que ele mesmo chamava de a oitava maravilha dos sábios alquimistas da Macedônia. Foi de casa em casa arrastando dois lingotes metálicos, e todo o mundo se espantou ao ver que os caldeirões, os tachos, as tenazes e os fogareiros caíam do lugar, e as madeiras estalavam com o desespero dos pregos e dos parafusos tentando se desencravar, e até os objetos perdidos há muito tempo apareciam onde mais tinham sido procurados, e se arrastavam em debandada turbulenta atrás dos ferros mágicos de Melquíades. “As coisas têm vida própria”, apregoava o cigano com áspero sotaque, “tudo é questão de despertar a sua alma.”*

(Gabriel Garcia Marquez, Cem Anos de Solidão, 1996)

*No original *manos de gorrion*. Explicação do autor à tradutora: “O importante da imagem é que esse pássaro tem patas de ave de rapina, mas é bom e inofensivo. Melquíades também, por suas mãos, e à primeira vista, podia parecer uma ave de rapina, mas não o era, como se viu mais tarde.”

RESUMO:

O presente trabalho discute a influência de aspectos culturais no processo de saúde e adoecimento da população de ciganos do bairro Lagoa em Belo Horizonte –MG, tendo como norteadores os princípios que regem o Sistema Único de saúde. Descreve aspectos qualitativos do modo de vida dos ciganos e das relações destes com os profissionais de saúde. Aborda questões relacionadas à forma como o povo cigano foi e como é visto pelo restante da sociedade. Enuncia lacunas acerca de informações demográficas e do registro da história desse povo.

ABSTRACT

This paper discusses the influence of cultural aspects in the process of health and illness in the population of Gypsies in the Lagoa neighborhood in Belo Horizonte-MG, with the guiding of the principles that rule the SUS (Sistema Único de Saúde). SUS is the Brazilian public and unified system of healthcare. Describes the qualitative aspects of the lifestyle of Gypsies and their relations with healthcare professionals. It addresses issues related to how the gypsy people was and how are viewed by the mainstream of society. It outlines deficiencies concerning demographic information and the registry of the history of this people.

Palavras e termos chaves: Atenção básica em saúde, programa saúde da família, ciganos, cultura, saúde, adoecimento.

Key terms and words: Primary health care, Health Family Program, gypsies, culture, health and illness.

Siglas e abreviaturas

ESF: Equipe saúde da família

SUS: Sistema Único de Saúde

CONAPIR: Conferência Nacional de Promoção de Igualdade Racial

IDH: Índice de desenvolvimento humano

LGBT: lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros

DST: Doenças sexualmente transmissíveis

AIDS: em português: SIDA: síndrome de imunodeficiência adquirida

UBS: Unidade básica de saúde

ACS: Agente Comunitário de saúde

SEPPIR : Secretaria Especial de Promoção de Políticas para a igualdade racial, órgão criado em 2003 e ligado ao governo federal

COPASA: Companhia de Saneamento de Minas Gerais

CEMIG: Companhia Energética de Minas Gerais

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DIU: dispositivo intra-uterino

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	09
3 OBJETIVOS	11
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1 Algumas considerações a respeito do termo cultura	13
5.2 Competência cultural: um conceito fundamental	14
5.3 Alguns aspectos históricos da cultura cigana	16
5.4 Um primeiro olhar e um pré-conceito	18
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
6.1 O contexto: caracterizando os ciganos	19
6.2 O paradoxo entre a tradição nômade da comunidade e o conceito de território na estratégia Saúde da Família.	22
6.3 A visão do tempo sob a ótica dos ciganos	26
6.4 Os ciganos e a educação formal	27
6.5 Trabalho e sedentarização	28
6.6 A tradição cultural desse povo com relação a práticas alternativas de medicina (fitoterapia, curandeirismo, magia) e seu contraste com o modelo científico e alopático.	29
6.7 A condição sócio-econômica:	29
6.8 O perfil dos atendimentos realizados aos ciganos	30
6.9 A questão da gravidez (precoce?) em adolescentes ciganas.	32
6.10 A velhice	33
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*¹

De maneira complementar a esse artigo constitucional, de acordo com a lei número 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 2º, *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O parágrafo primeiro dispõe que O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*².

No universo de conceitos que circulam pela Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se necessário conhecer os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização da rede e dos serviços de saúde e Participação social³, destacando-se aqui, os princípios de Universalidade e Equidade, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Segundo o princípio da Universalidade, *“A Saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade*⁴.

Com relação à equidade, é importante ressaltar que *“a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de*

¹ http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm, acesso em 8/08/2010

² <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>, acesso em 8/08/2010

³ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf, acesso em 8/08/2010

⁴ <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm>, acesso em 03/04/2011

*peças, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados*⁵

Na busca pela efetivação desses princípios faz-se necessário estudar a maneira como a diversidade cultural e o preconceito, principalmente com relação às minorias, influencia no processo de saúde, adoecimento e acesso aos serviços de saúde.

O foco principal deste trabalho é o processo de saúde e adoecimento dos ciganos residentes ou nômades que habitam pelo menos por algum tempo o acampamento localizado no bairro Lagoa, bem como as relações que estabelecem com os serviços oferecidos na Unidade Básica de Saúde também localizada nesse bairro de Belo Horizonte – MG. Também tem como foco a provável influência exercida por especificidades culturais sobre esse processo. Quando falamos sobre especificidades culturais estamos nos referindo às várias culturas envolvidas e não apenas a cultura cigana.

2 JUSTIFICATIVA

Pela existência de uma comunidade cigana dentro do território da equipe 1, do centro de saúde Lagoa, no cotidiano de trabalho dentro e fora da unidade, pode-se perceber que esse povo tem particularidades históricas e culturais que provavelmente interferem no seu processo de saúde e adoecimento. Principalmente através das relações com o sistema de saúde e com os demais usuários. Acreditamos que observar e tentar entender seu modo de vida e sua dinâmica social possa ajudar na forma de promover a saúde dessa população, de outras minorias consideradas numa coletividade, das famílias com suas particularidades culturais e até mesmo a própria dimensão individual, já que cada pessoa é um universo. Consideramos este um caminho condizente com a busca da efetivação dos princípios básicos que adotamos como modelo para o atendimento em saúde.

Tentaremos registrar informações que possam inspirar e facilitar a criação de estratégias de saúde pública, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da comunidade cigana, e talvez até de outras minorias étnicas e culturais.

⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf, pág 31, acesso em 08/08/2010)

Em 2004, o Ministério da Saúde chegou a anunciar o programa Ciganos no SUS. A idéia era criar uma espécie de carteirinha para identificar aqueles que ainda são nômades e não possuem documentos oficiais, a fim de facilitar o atendimento nos hospitais do Sistema Único de Saúde. Porém, até agora, o projeto não saiu do papel⁶

A promoção da saúde do povo cigano é também uma demanda desse próprio povo o que a nosso ver justifica e fortalece a necessidade dessa discussão. Em 2004, durante a realização da I Conferência Nacional de Promoção de Igualdade Racial (ICONAPIR) uma das propostas apresentadas pelos representantes da comunidade cigana (que inclusive faz parte das resoluções da II Conferência)⁷ foi a Implantação de programas de saúde diferenciados na assistência à etnia cigana pelo SUS, priorizando ações na área de medicina preventiva, segurança alimentar, fitoterapia, DST/AIDS. Na II Conferência Nacional de Promoção de Igualdade Racial (II CONAPIR) realizada em Brasília no ano 2009 é reconhecida a omissão histórica por parte do Estado em relação aos povos de etnia cigana

Dentre as resoluções da II CONAPIR destacam-se:

- Buscar mecanismos para mapear os acampamentos dos povos de etnia cigana.
- Fortalecer as políticas públicas a partir da identificação e divulgação do índice de desenvolvimento humano (IDH) da população negra (em especial mulheres negras e; lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) negros), dos povos indígenas e **ciganos**.
- Formação de lideranças e responsáveis por setores de políticas públicas para qualificação em concorrência de projetos, financiamentos e implementação de políticas públicas como cultura, educação, saúde, etc, e criar projetos a partir do diálogo junto às comunidades tradicionais, (quilombolas, povos indígenas, **etnias ciganas**, comunidades de terreiro) levantando, assim, suas necessidades e formas de realização.

⁶ http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=361&Artigo_ID=5562&IDCategoria=6366&reftype=1, acesso em 13/09/2010

⁷ http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=361&Artigo_ID=5562&IDCategoria=6366&reftype=1 acesso em 13/09/2010.

- Fortalecer a estratégia de saúde da família através da formação das parteiras tradicionais (dos povos indígenas, quilombolas, **povos de etnia cigana** e comunidades de terreiros), respeitando os seus saberes, ampliando a oferta de casas de apoio às gestantes e fortalecendo as casas de parto no território estadual e municipal, garantindo a humanização da assistência, considerando a vulnerabilidade das mulheres.
- Articular ações de atenção à saúde mental da criança, adolescente, jovem, adulto e idoso na perspectiva de prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e da exclusão social.

Outra observação que julgamos pertinente é a de que esses povos podem estar num processo de substituição de seus costumes próprios por costumes da sociedade não-cigana, o que talvez funcione como modo de adaptação. Nossa hipótese baseia-se em algumas observações citadas ao longo do texto com relação à percepção de mudanças no acesso à educação formal, uso de métodos contraceptivos, perfis dos casamentos e sedentarização. Caso nossa hipótese não esteja equivocada, entendemos ser este um momento delicado e vulnerável nas suas vidas, causando impacto no seu bem estar físico, psíquico e social, donde se faz necessário que o SUS, tendo em vista sua universalidade, seja capaz de criar estratégias que possam ajudar a reduzir esse impacto. Para isso, faz-se necessário buscar conhecê-los, lembrando que apesar das iniciativas para registro da cultura desse povo (como por exemplo, os estudos de lingüistas como Fábio José Dantas de Melo), seu caráter essencialmente oral faz com que sua preservação não seja uma tarefa fácil.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Contribuir para a discussão acerca da influência da cultura no processo de saúde e adoecimento dos indivíduos de uma população cigana que habitam pelo menos por algum tempo o acampamento localizado no bairro Lagoa em Belo Horizonte/MG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir aspectos que facilitam ou dificultam o acesso das minorias (tendo como foco o povo cigano) aos serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde Lagoa em Belo Horizonte.
- Discutir as relações entre os profissionais de saúde e essas minorias
- Contribuir para o registro do modo de vida de uma população cigana residente no bairro Lagoa
- Abordar aspectos relacionados ao preconceito

4 METODOLOGIA

Durante a realização desse trabalho outra dificuldade encontrada foi a falta de bibliografia científica específica sobre o tema. Ao realizar pesquisa nos principais portais utilizando como descritores: ciganos, ciganologia, ciganos e saúde, *gypsies*, cultura cigana, ciganos e oralidade; pouca coisa relevante foi encontrada. Com objetivos semelhantes aos nossos, mas também com perspectivas a suscitar estudos futuros, encontramos apenas um artigo de enfermagem. Trata-se de um estudo mini-etnográfico onde é enfocada a cultura de um grupo cigano de origem *rom* com vistas a prover cuidados em saúde culturalmente congruentes. Buscaram-se também livros cujo assunto fosse a comunidade cigana ou as relações entre cultura e saúde. Foi encontrada muita literatura não científica e em grande parte relacionada ao misticismo e a quiromancia. Condizente a nossa proposta foi selecionada como uma das principais bibliografias o livro do historiador Rodrigo Corrêa Teixeira “*Ciganos em Minas Gerais: breve história*” (2007). Com relação aos livros que tratam do tema cultura e saúde foi escolhida para servir de referência a este trabalho o livro *Cultura, saúde e doença*, de Cecil G. Helman (2009) por seu caráter abrangente e de revisão sobre o assunto. Embora não tenhamos nos aprofundado nos estudos do lingüista Fábio Dantas de Melo registramos neste trabalho sua existência e sua importância no contexto do que se tem produzido até hoje de conhecimento acerca da cultura cigana.

Durante pesquisa para seu estudo de mestrado Fábio José Dantas de Melo coletou cerca de 400 palavras e 46 frases em calão, o que representa um estudo

inédito com relação à língua dos ciganos brasileiros⁸. O grupo cigano estudado pelo pesquisador vive em Mambaí, no nordeste de Goiás, a 250 quilômetros de Brasília.

Não é objetivo desde trabalho proceder uma análise pormenorizada do estudo citado, mas apenas assinalar sua existência e importância para a busca dos conhecimentos sobre a cultura cigana. Até mesmo os estudiosos em antropologia que tecem críticas a esse trabalho reconhecem sua contribuição etnolinguística. As críticas são direcionadas não ao material coletado, mas à maneira de abordá-lo. Estudiosos como por exemplo Florência Ferrari (doutora em Antropologia social pela Universidade de São Paulo) criticam a premissa defendida por Fábio de que a cultura, e, por extensão, a língua dos ciganos, esteja em processo de extinção.

Durante cerca de seis meses (concomitante a revisão de literatura) foram feitas anotações qualitativas sobre os atendimentos realizados na UBS, envolvendo a população residente no acampamento do bairro Lagoa. Ao final de cada atendimento utilizávamos alguns minutos para registro em caderneta pessoal na forma de Estimativa Rápida. As informações coletadas foram extraídas da anamnese convencional. E a nosso ver as perguntas que as geraram são totalmente passíveis de serem realizadas a qualquer paciente que se submeta a uma consulta médica.

Embora, devido principalmente a grande demanda por atendimento médico e escassez de tempo na UBS, algumas questões de extrema importância para o entendimento dos processos de adoecimento deixem de ser abordadas em todos os atendimentos. Como exemplo dessas questões que deveriam figurar em todas as anamneses destacamos: motivação para a busca por atendimento (na verdade Queixa Principal), tratamentos já realizados e condições em que foram “prescritos”, auto-medicação prévia quando houver, entendimento e concordância com as propedêuticas e terapêuticas propostas, profissão (optamos por não abordar renda, para evitar qualquer tipo de constrangimento ou desconfiança dos pacientes), saneamento básico, práticas religiosas e sociais, conhecimento acerca das rotinas de atendimento no centro de saúde, desempenho escolar, padrão alimentar, auto-imagem e auto-aceitação. Não foi elaborado nenhum questionário sistematizado e diferenciado para aplicação durante os atendimentos. Nem todas as questões foram abordadas em todos os atendimentos, levando-se em consideração principalmente as condições do atendimento. Por exemplo, se o paciente parecia motivado e empático (reconhecemos

8

http://www.fflch.usp.br/da/arquivos/publicacoes/cadernos_de_campo/vol16_n16_2007/cadernos_de_cam po_n16_p267-268_2007.pdf

ser esse um critério altamente subjetivo). Vale pontuar aqui que nesse caso a análise foi bastante subjetiva e visa levantar questões que possam vir a ser tema de pesquisa mais elaborada, criteriosa e que possam ser validadas.

Foi feita ainda a análise dos registros em prontuário referentes a atendimentos anteriores aos seis meses, considerando principalmente a queixa apresentada e a frequência de atendimento. Observou-se também a análise dos registros dos agentes comunitários de saúde e as reuniões de equipe da UBS. As informações foram organizadas, sem identificação nominal de qualquer paciente, preservando o sigilo dos usuários ciganos, para posterior análise.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Algumas considerações a respeito do termo cultura:

A discussão sobre o termo cultura foi baseada em Helman (2009), e os autores aqui relacionados foram citados por esta autora.

Várias são as definições antropológicas para o termo Cultura. Tylor em 1871 (citado por Helman, 2009), a definiu como “complexo integral que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, leis, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”.

Para Keesing e Strathern, citados por Helamn (2009) as culturas compreendem “sistemas de idéias compartilhadas, sistemas de conceitos e regras e significados que subjazem e são expressos nas maneiras como os seres humanos vivem” .

A cultura pode ser entendida então como uma lente através da qual enxergamos o mundo e que altera assim nossas experiências emocionais, nosso modo de sentir e reagir frente às outras pessoas, frente a nos mesmos, às forças sobrenaturais, dentre outros

Descrever as diferentes culturas é um eterno desafio, uma vez que de acordo com antropólogos como Leach (Helman, 2009, p. 12), “*praticamente todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro de suas fronteiras*”. Numa mesma sociedade podemos perceber várias formas de estratificação e distinção cultural. Homens, mulheres, adultos, crianças, jovens, ricos, pobres, com profissões qualificadas ou não, poderosos ou destituídos do poder apresentarão regras de

comportamento, modos de vestir, se alimentar e morar diferenciados. Além de outras particularidades culturais como, por exemplo, o modo de falar. .

Além desse tipo de diferenciação cultural dentro de uma mesma sociedade podemos citar ainda a questão das diferentes religiões e minorias étnicas, presença de emigrantes, estudantes estrangeiros, turistas, etc. Mesmo que a parcela majoritária dessa sociedade provoque um certo grau de aculturação (mudança de padrões culturais de um grupo social sob a influência de outro grupo social, geralmente mais poderoso), alguns traços permanecerão podendo inclusive se fortalecer e até mesmo conquistar novos adeptos.

No caso da cultura cigana, não podemos perder de vista o impacto das migrações sobre o fortalecimento e enfraquecimento de aspectos culturais. Até que ponto fechada para se preservar, até que ponto porosa para sobreviver? Deve-se lembrar ainda que o termo genérico 'ciganos', é irreal, tendo em vista a diversidade de sociedades sob essa denominação.

Não apenas os aspectos culturais de quem demanda atendimento de saúde devem ser considerados. Segundo Helman (2009), nas sociedades complexas é importante notar as várias subculturas profissionais existentes, como medicina, enfermagem, direito, engenharia, história, profissões militares, dentre inúmeras outras. Mesmo que compartilhem aspectos de uma cultura maior, suas particularidades profissionais alteram sua forma de enxergar o mundo. Adquirem ao longo de sua formação novos conceitos, regras e maneiras de se organizar socialmente. Mas logicamente esse é um sistema dinâmico com influências recíprocas em maior ou menor grau. As normas gerais alteram o modo da pessoa se posicionar em sua profissão, mas a formação profissional também abala de alguma forma e redefine seu posicionamento perante a sociedade. No caso da profissional de saúde, sua subcultura também reflete as regras e preconceitos da sociedade maior e isso pode interferir nos cuidados e na relação com o paciente.

Deve-se ter muito cuidado com as generalizações e simplificações embasadas na cultura de um povo, uma vez que ela nunca é a única influência. Não se pode esquecer que muitas vezes as diferenças entre membros de um mesmo grupo podem ser tão intensas quanto às diferenças entre membros de culturas completamente distintas.

Uma generalização pura e simples tendo como base uma determinada “cultura” de um povo pode na verdade ser apenas mais uma das formas em que se manifesta o preconceito.

Segundo Helman (2009, p.16), “a cultura pura dificilmente existe, pois é apenas um componente de uma mistura complexa e diversificada de fatores que exercem influência sobre as crenças das pessoas, sobre a forma como elas vivem o seu cotidiano e sobre sua saúde e doença.”

Os modos de vivenciar aspectos relacionados à dor, ao adoecimento, à morte, aos cuidados de saúde e às diversas modalidades terapêuticas são de importância central quando se deseja conhecer a cultura de determinado povo.

5.2 Competência cultural: um conceito fundamental

Carillo *et al.*, citado por Helman (2009, pág 23) observam: “apesar da grande quantidade de culturas nos Estados Unidos, os médicos são inadequadamente treinados para enfrentar os desafios de fornecer cuidados de qualidade a populações social e culturalmente diversas”. Embora muitos esforços e muito investimento financeiro esteja sendo feito no Brasil para melhorar a “competência cultural” dos profissionais do SUS, principalmente daqueles envolvidos com o programa saúde da família, sabe-se que essa qualidade ainda está aquém do razoável.

Dentro do PSF podemos pensar o papel do ACS enquanto uma das ferramentas fundamentais na busca por essa competência cultural. Já que sendo eles da própria comunidade atendida, apresentariam mais afinidade cultural com a população atendida e serviriam como uma espécie de elo e também de “lente” para melhor entender a população atendida. Na aldeia Rio do Sono, tribo Xerente, em Tocantins, no ano 1997, Teodoro Pasiku completava seu segundo ano de trabalho como agente comunitário de saúde na região. Ele morava na aldeia e também fazia parte da tribo, ou seja, provavelmente compartilhava boa parte da cultura indígena. Segundo Teodoro mesmo sendo da tribo ele encontrou muitas dificuldades em mostrar a função de seu novo papel: “Depois do treinamento, fui logo nos caciques e avisei pras comunidades o que a instrutora passou pra mim. Aí fui visitar, pesar as crianças, acompanhar as gestantes, fazer o cartão das crianças, ver a vacina. Foi duro demais, porque muita gente se estranhou do meu serviço. O pessoal perguntava: “Por que você pesa as crianças? Por que fala daquilo?” Muita gente disse que não carecia, mas muitos também acreditaram nas minhas palavras. Até hoje, já estou com dois anos de trabalho, muitos dizem não na minha vista (BRASIL, 2000).

Em 2011, a ACS que visita as moradias dos ciganos no bairro Lagoa não é cigana, o que inclusive seria bem complicado de se fazer, mas talvez não impossível, já que alguns ciganos tem permanecido por vários anos no acampamento em questão. Apenas a título de ilustração gostaria de citar um fato que nos foi relatado pela própria ACS. Ela considerou um absurdo o fato dos ciganos deixarem os cavalos com as patas amarradas para dificultar sua fuga. Ela contou que uma vez desamarrou um desses cavalos por achar que os ciganos estavam fazendo uma maldade com o animal. Disso podemos sugerir alguns questionamentos: será que sua abertura junto às famílias ciganas seria a mesma se algum deles tivesse visto o que ocorreu? Será que não poderia ter sido gerado um conflito? Será que um ACS cigano entenderia o modo de lidar com os animais da mesma forma que a ACS atual? Extrapolando o episódio em questão, será que essa ACS tem a abertura necessária junto à comunidade, já que até mesmo um de seus pares poderia encontrar dificuldades talvez semelhantes às encontradas pelo índio Teodoro em sua aldeia?

De acordo com o Office of Minority Health (OMH) do governo dos Estados Unidos, *“a competência cultural e lingüística implica uma capacidade dos fornecedores e das organizações e cuidados em saúde de compreender e responder efetivamente às necessidades culturais e lingüísticas, trazidas pelos pacientes às situações de cuidados de saúde.”* (HELMAN, (2009)

Assim, a competência cultural tem várias dimensões segundo Helman (2009):

1 – melhorar a sensibilidade dos profissionais de saúde às crenças culturais, práticas, expectativas e origens de seus relacionada à saúde ou a preferência que têm algumas mulheres por serem examinadas somente por um profissional de saúde do sexo feminino).

2 – melhorar o acesso aos cuidados de saúde, eliminando as barreiras estruturais aos cuidados de saúde de qualidade para as minorias (dieta hospitalares de acordo com crenças religiosas, períodos de espera mais curtos para consultas e materiais de educação em saúde culturalmente apropriados). Também incluídas aqui estão as dificuldades que as minorias encontram em obter consultas médicas regulares ou em ser encaminhadas a um especialista.pacientes e suas comunidades (como as crenças sobre as origens da má saúde, o papel maior da família em tomar decisões

3 – reduzir as barreiras organizacionais, como o pequeno número de profissionais de saúde, administradores e elaboradores de políticas selecionadas dentre comunidades de minorias, os quais poderiam planejar serviços de saúde mais apropriados culturalmente. De acordo com Betancourt et al, esta falta de diversidade na elaboração das políticas tem levado a “políticas estruturais, procedimentos e sistemas de atendimento inapropriadamente planejados ou inadequados para servir as populações diversificadas”. Eles apontam que, em 1997, somente 11% dos formandos médicos nos Estados Unidos eram de grupos étnicos minoritários.

Os programas de cuidados de saúde devem ser planejados não somente para tratar dos aspectos médicos, mas também para envolver a participação da comunidade. Eles devem considerar as necessidades específicas e as circunstâncias das diferentes comunidades, sua base social, cultural e econômica, bem como as crenças das pessoas que vivem nelas sobre sua própria má saúde e como ela deve ser tratada. Esses programas também devem considerar que alterações no conhecimento não necessariamente resultam em alterações no comportamento

5.3 Alguns aspectos históricos da cultura cigana

O termo genérico “cigano” na verdade designa um grupo bastante heterogêneo. A principal subdivisão, com base na provável origem divide esse povo em dois grandes grupos, os Rom e os Calom. Os Rom encontram-se mais dispersos, teriam origem extra-ibérica. É considerado o grupo cigano mais autêntico e tradicional. Os Calom são os chamados ciganos ibéricos, devido sua maior concentração em tal região. Também possuem representantes nas Américas em virtude de deportações e emigrações. Outras divisões se dão com bases nas profissões típicas exercidas por eles: caldeiros, comerciantes de animais, ferreiros, amestradores de animais, acrobatas, músicos, artesãos, ambulantes e outros. (CAMPOS, 1999, p. 36)

A verdadeira origem do povo cigano continua a ser um mistério para os antropólogos. Quando questionados sobre suas origens os ciganos costumam citar a pátria de seus avós, informação duvidosa em se tratando de uma cultura milenar. Ásia? Europa? O líder do acampamento presente no bairro Lagoa cita o Egito como possível pátria original dos ciganos. Alguns mitos ciganos reforçam tal idéia.

Mas a questão das origens não é o único ponto de difícil alcance para alguém que deseje conhecer melhor esse povo. O antropólogo norte americano Edward T. Hall, citado por Helman (2009), propõe a existência de três níveis diferentes de cultura.

O nível terciário seria a “fachada pública” da cultura de determinado povo. Aquilo que é explícito e que pode ser facilmente observado por olhares estrangeiros. São exemplos: a vestimenta comum ao grupo, os pratos típicos, as manifestações festivas e religiosas dentre outros.

O “nível secundário” estaria relacionado ao que ele chama de “gramática cultural”. Seriam os aspectos da cultura compartilhados apenas pelo grupo. São exemplos: regras implícitas, perfis de comportamento, idéias, crenças. Os aspectos culturais nesse nível dificilmente seriam compartilhados com os estrangeiros.

O nível mais profundo é chamado de “nível primário”. Constituído pelo que existe de mais arraigado numa determinada cultura, aquilo que costuma ser conhecido e obedecido, porém nunca mencionado. É algo tão cristalizado que chega a ser intuitivo inconsciente e não sistematizado pelos indivíduos do grupo. Não fazendo parte de um sistema até mesmo para o grupo, imagina-se a dificuldade para o alcance pelo olhar estrangeiro.

Os ciganos ao longo de suas perambulações pelo mundo inúmeras vezes foram perseguidos, expulsos ou tidos como perigosos, sujos, ladrões (de bens, de pessoas e de almas), charlatões, disseminadores de doenças; podemos nos perguntar se isso não teria feito com que se tornassem mais arredios com relação a compartilhar sua cultura com os “não ciganos”. Algumas atitudes falam a favor dessa idéia. Segundo o líder do grupo cigano do bairro Lagoa, os ciganos têm uma língua própria que costumam usar dentro de casa ou em meio há pessoas desconhecidas quando querem se comunicar sem serem ouvidos por pessoas estranhas. Essa informação nos remete a idéia do antropólogo Edward T. Hall sobre o “nível secundário” da cultura.

O estudo já mencionado neste trabalho, do lingüista Fabio Dantas de Melo aponta para a perda da identidade lingüística dos ciganos por ele estudados. Em sua conclusão ele questiona: *“o que de fato leva um povo a abrir mão do principal instrumento de sua cultura (a língua)? Ausência da realidade cultural em que a língua encontrava sua expressão? Adaptação em prol da sobrevivência do grupo? Prestígio da língua da sociedade envolvente?”*⁹ O pesquisador diz não ter as respostas a essas questões contudo assinala uma mudança gramatical maciça sofrida pelo dialeto

⁹ http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5462/1/2005_FabioJos%C3%A9DantasMelo.pdf, acesso em 07/05/2011, página 107

estudado e “o risco de extinção a que está exposto tal sistema lingüístico caso os esforços de manutenção da língua não logrem”. Não foi realizada nenhuma pesquisa lingüística com os ciganos do bairro Lagoa, contudo podemos levantar a hipótese de que tais mudanças lingüísticas e portanto culturais também estejam acontecendo com esse grupo cigano.

Segundo Arthur R. Ivatts, sociólogo, educador britânico e assessor da Comissão Consultiva para a Educação dos ciganos e outros nômades,

“cerca de metade da população mundial cigana é residente na Europa, sendo que dois terços na Europa Oriental, e, parte reside ainda, no norte e no sul da África, no Egito, na Argélia e no Sudão. Nas Américas, o contingente está distribuído dos Estados Unidos à Argentina, tendo uma maior concentração no território brasileiro” (CAMPOS, 1999, p.13)

Algumas referências citam números populacionais de ciganos em território brasileiro, mas embora tenhamos dados relativamente seguros sobre inúmeras minorias étnicas como, por exemplo, as populações indígenas, não sabemos, conforme conclui Teixeira (2007, p.25) *“absolutamente nada sobre o número de ciganos nômades, semi-nômades e sedentários atualmente existente no Brasil, nem sobre sua distribuição geográfica”*.

Também segundo a SEPPIR (Secretaria Especial de Promoção de Políticas para a igualdade racial, órgão criado em 2003 e ligado ao governo federal)¹⁰: Sabe-se que a população cigana em nosso país esta distribuída em quase todos os estados. Seus acampamentos podem ser encontrados nas periferias de várias cidades. Lideranças ciganas dão estimativas pouco precisas sobre o número de ciganos rom e calom. Fala-se em 800 mil, mas esses dados não são oficiais.

Segundo Teixeira (2007, p11), *“à parte a complexa definição da identidade cigana, a documentação conhecida indica que sua história no Brasil se iniciou em 1574, quando o cigano João torres, sua mulher e filhos foram degredados para o Brasil. Em Minas Gerais, a sua presença é nitidamente notada a partir de 1718, quando chegam, vindos de onde haviam sido deportados de Portugal: a Bahia.”* Ainda segundo Teixeira (2007, p12) *“a documentação sobre ciganos é escassa, dispersa e*

¹⁰ (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_ciganos.pdf, acesso em 13/09/2010)

parcial. Sendo ágrafos, os ciganos não deixaram registros escritos. Assim, raramente aparecendo nos documentos, aproximamo-nos deles indiretamente, através de mediadores, chefes de polícia, clérigos e viajantes. Nesses testemunhos, a informação sobre os ciganos é dada por intermédio de um olhar hostil, constrangedor e estrangeiro”.

Embora não se tenha um estudo populacional atual, alguns documentos comprovam que os primeiros ciganos que chegaram ao Brasil vieram de Portugal para a colônia do Maranhão principalmente com vistas a ocupar extensas áreas dos sertões nordestinos. A maioria veio expulsa na qualidade de criminosos.

Segundo Donovan (apud Teixeira p.29) *“Seu banimento foi um procedimento cuidadosamente planejado, servindo como um ato de estado (...) a visão dos ciganos partindo acorrentados demonstrava para os espectadores o esforço da coroa pelo controle social. Isso e a publicação dos banimentos subseqüentes assinalavam, sem dúvida, que a assimilação não era mais uma opção dos ciganos para escapar de seu status criminoso.”*

5.4 Um primeiro olhar e um pré-conceito

Quando fui ao centro de saúde Lagoa pela primeira vez me falaram sobre os ciganos. Disseram que havia na área de abrangência da minha possível equipe um acampamento cigano. As pessoas conversavam comigo como se estivessem com medo de eu desistir por causa dos ciganos. Antes que eu expressasse qualquer opinião a esse respeito elas se adiantavam em me tranquilizar. Me lembro de ter ouvido o seguinte comentário de um profissional do serviço: *“tem muitos ciganos na sua equipe, mas fique calma! É tranquilo lidar com eles! Você não vai ter problemas! São um pouco sujos, às vezes fedem, tem carrões mas fazem coco no mato e são cheios de vermes. São barraqueiros mas não agridem os profissionais”*

Vários de nós provavelmente já foram amedrontados com a imagem de ciganos que roubam criancinhas, principalmente para trabalharem em circos. Essa talvez seja a imagem mais amena que se difunde a respeito desse povo. Inúmeras vezes tachados de ladrões, golpistas, preguiçosos, desordeiros... foram esses alguns dos adjetivos citados em uma reunião da equipe. A idéia dessa discussão inicial era trazer a tona esse desenho do imaginário popular e questionar como seria possível estabelecer uma postura de cuidado e respeito a essas pessoas se de antemão já havia esse clima de desconfiança pairando no ar.

A título de ilustração citamos o trecho de uma obra que obteve enorme popularidade no século XIX, sendo publicada em folhetins e posteriormente em livro. Trata-se da obra Memórias de um sargento de Milícias, de Manuel Antonio de Almeida, autor que, diga-se de passagem, cursou Medicina

“Com os emigrados de Portugal, veio também para o Brasil a Praga dos Ciganos. Gente ociosa e de poucos escrúpulos, ganharam eles aqui a reputação bem merecida dos mais refinados velhacos: ninguém que tivesse juízo se metia com eles em negócio, porque tinha certeza de levar carolo. A poesia de seus costumes e de suas crenças, de que muito se fala, deixaram-na na outra banda do oceano; para cá só trouxeram maus hábitos, esperteza e velhacaria (...)”(TEIXEIRA, 2007, p. 134).

Não temos a resposta a essa pergunta, não sabemos como desconstruir mitos alimentados ao longo de séculos, mas acreditamos que um mito é tão mais forte quanto mais distante permanecemos dele. E diminuir essa distância entre o serviço de saúde e os ciganos seria talvez produtivo nesse sentido.

E como os ciganos, ou um cigano específico, enxerga a sociedade não cigana? Essa é também uma questão interessante, que talvez seja melhor respondida por um trabalho antropológico sistematizado. Uma das poucas observações que temos a esse respeito é a de que alguns ciganos do Bairro Lagoa costumam se referir ao restante da sociedade enquanto “os brasileiros” em contraposição a condição de cigano.

Principalmente quando se referem às mudanças notadas com relação aos casamentos dizem que “antigamente cigano só se casava com cigano, essa era a tradição, agora cigano pode casar com brasileiro”.

E o que significaria então para eles o termo “brasileiros”? Os direitos e deveres expressos na Constituição dizem respeito aos brasileiros. Seria essa contraposição um indicio de que se enxergam a margem, não apenas dos deveres, mas principalmente dos direitos?

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O contexto: caracterizando os ciganos

Quem são os ciganos aos quais desejamos oferecer um bom atendimento de saúde? Estamos falando de cerca de 44 famílias que residem em barracas de lona num terreno ocupado por esse povo há mais de vinte anos. Alguém que olhe esporadicamente para o acampamento possivelmente terá a sensação de que os ciganos deixaram de ser nômades e se fixaram nesse espaço. Contudo um olhar mais atento perceberá que logo abaixo da aparente calma da superfície existe um movimento constante. Algumas famílias chegam outras se vão, aquelas que há alguns anos partiram retornam e outras (a minoria, 2 apenas) permanecem ali há mais de vinte anos, ou seja, desde o início da existência do acampamento. Já houve momentos em que apenas duas barracas ali existiram e que se pensou que o acampamento iria desaparecer, como também já existiram mais de 60 barracas nesse território.

Convém aqui lembrar que nem o mínimo, nem o máximo dessas pessoas até o presente momento nunca figuraram nos números de população adscrita da equipe 1 do centro de saúde Lagoa, equipe responsável pela área em que esta o acampamento e que atende essas pessoas. Sabemos o que isso significa. É como se não existissem na hora da definição de número de famílias por equipe ou por ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Segundo informações da comunidade, uma parte do terreno em que se situam, pertence à prefeitura e outra parte a particulares que costumam algumas vezes retomar sua posse ou parte dela cada vez que uma família migra daquele espaço com sua barraca. Nesse terreno existem torneiras que trazem água tratada da COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais). Existe também um poço no próprio terreno. Não existem banheiros e os ciganos fazem suas necessidades fisiológicas nos arredores das barracas exatamente como há milênios. E seus vizinhos não ciganos também reclamam como há milênios.

Vale aqui tecer uma consideração sobre o assunto. É quase total o número de crianças com verminoses no acampamento.

A luz elétrica é proveniente de “gatos”, que são ligações clandestinas e, portanto sem medição para posterior cobrança. Os atritos com a CEMIG (Companhia Energética de Minas Gerais) são freqüentes. Algumas vezes acontece o corte pela CEMIG e na seqüência quase imediata a religação pelos ciganos. Existem rumores de enfrentamento armado.

No centro do acampamento existe um grande salão coberto de lona para uso comunitário. É nesse espaço que acontecem as celebrações famosas por sua alegria, fartura e “extensa” duração. Principalmente os casamentos são comemorados nesse ambiente

Pelo terreno passa um córrego muito poluído. O lixo vem descendo com as águas e aumenta ao chegar ao acampamento. Carcaças de móveis e eletrodomésticos, restos de comida, dejetos humanos. Pode-se ver e sentir com o olfato. Também podem ser vistos buracos à margem do córrego onde provavelmente moram ratos e outros disseminadores de doenças, segundo me informa a chefe do departamento de zoonoses do bairro Lagoa: José Raimundo.



Algumas famílias ciganas possuem automóveis, dentre carros populares até modelos esportivos e de certo luxo, como camionetes *hylux*.



Ainda é muito comum o uso de arcadas dentárias confeccionadas em ouro. Frequentemente são oferecidas pela família como presente de casamento e transmitidas ao longo das gerações. Assim como as vestimentas que costumam ser bastante coloridas, brilhantes e vistosas, esse parece ser um padrão estético do grupo.



6.2 O paradoxo entre a tradição nômade da comunidade e o conceito de território na estratégia Saúde da Família.

Por território, compreendemos:

“não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única” (FARIA et al, 2009, p 34).

A noção de território e de população adscrita a esse território é algo mais dinâmico quando se considera a população estudada. Como já dissemos anteriormente, as pessoas que ali organizam suas vidas se mudam muito mais rapidamente do que no restante do território da equipe 1, sendo inclusive difícil estabelecer um acompanhamento a longo prazo dessas pessoas.

Gostaríamos de relatar aqui a título de ilustração o caso de uma família cigana com mãe e filhos cardiopatas. A mãe das crianças encontrava-se sem acompanhamento, a filha de dois anos fazendo uso de uma medicação com dose defasada em virtude do seu crescimento e os outros dois filhos maiores também sem acompanhamento. Fizemos o ajuste da dose da medicação da criança de dois anos. Solicitamos também alguns exames complementares para iniciar a terapêutica e uma avaliação de todos pelo especialista. Solicitei ao administrativo priorização no agendamento dos exames e posteriormente da consulta especializada. Fomos informados de que essa mesma família havia sido abordada pela equipe há cerca de um ano atrás, mas que quando os exames foram agendados a família já havia deixado o território. Os exames anteriores e receitas se perderam ao longo das mudanças de território. A mãe nos relatou que o tratamento também foi iniciado na cidade onde estava anteriormente, mas que não teve seqüência. Conversamos com essa mãe tentando sensibilizá-la da necessidade do acompanhamento longitudinal ao menos até a estabilização do quadro, a mesma mostrou-se cooperativa.

Esse caso não é excepcional. Outra criança, sequelada de meningite foi avaliada pela pediatra do centro de saúde e encaminhada para acompanhamento com neurologista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. As consultas foram rapidamente marcadas, mas a família permaneceu no acampamento por menos de um mês. A equipe cogitou a possibilidade de ida a outro acampamento localizado em outro bairro

de Belo Horizonte, para o qual fomos informados de que essa família teria se mudado. Outra opção seria o contato com o centro de saúde que atende a população dessa outra área. Nesse caso não foi necessário, pois se conseguiu um telefone de contato e foi possível avisar a mãe da criança que se disse motivada a buscar as marcações e prosseguir no tratamento da criança. Condições que extrapolam o atendimento agudo e pontual parecem ser mais difíceis de otimizar, e invariavelmente demandam abordagem diferenciada. Não fizemos um estudo comparativo para afirmar categoricamente que os ciganos abandonam mais os tratamentos crônicos do que os demais usuários do centro de saúde, mas levantamos essa suspeita.

Situações como as relatadas acima são bastante comuns, principalmente envolvendo a perda de documentos importantes e de certa forma da história de saúde desses indivíduos.

A questão da territorialização dentro do contexto do PSF é tão marcada que se manifesta a todo momento na rotina de trabalho do centro de saúde. A reunião da comissão local de saúde tem representantes dos usuários por micro-área de abrangência. Essa é uma maneira possível de organização da representatividade, mas certamente outras são possíveis. E dentre destas outras possibilidades talvez alguma que consiga sensibilizar e dar espaço aos ciganos. Durante todo o período de observação para este trabalho não houve a participação de nenhum cigano nessas reuniões.

É comum em nossa sociedade as pessoas se identificarem com seu território, principalmente com seu espaço de origem e inclusive moldarem seu modo de vida de acordo com as características desse lugar onde nasceram ou onde vivem:

Confidência do Itabirano

*Alguns anos vivi em Itabira.
Principalmente nasci em Itabira.
Por isso sou triste, orgulhoso: de ferro.
Noventa por cento de ferro nas calçadas.
Oitenta por cento de ferro nas almas.
E esse alheamento do que na vida é porosidade e comunicação.*

*A vontade de amar, que me paralisa o trabalho,
vem de Itabira, de suas noites brancas, sem mulheres e sem horizontes.
E o hábito de sofrer, que tanto me diverte,
é doce herança itabirana.
(ANDRADE, 1979 p.36)*

Essa característica parece não se aplicar aos ciganos. Muito mais que no território suas referências parecem se localizar na família, no grupo e nas tradições ciganas. Talvez por esse motivo os laços familiares nos pareçam muitas vezes mais

fortes do que no restante da sociedade. Não parecem ser comuns entre os ciganos aos quais nos referimos o divórcio nem tampouco o abandono dos idosos ou das crianças.

A foto abaixo é de um cigano que se casou com uma “brasileira”, ou seja, uma mulher não cigana. Ao se casar ela adotou o modo de vida cigano para si, contudo, segundo o marido a relação não deu certo, pois “o modo de pensar era muito diferente”. O casal se separou e a única filha é criada pelo pai e pelos avós ciganos. O pai é que a leva à consulta médica quando necessário. Questionado a respeito da constituição de uma nova família, o mesmo diz que não pretende se casar de novo, porque *“casamento não é simples assim pro cigano!”*



Em nossa sociedade sabemos ser mais comum em caso de separação os filhos permanecerem com a mãe. Segundo dados do IBGE, em 2009, 87,64% da guarda de filhos menores em caso de divórcio coube às mulheres enquanto apenas 5,84% aos maridos No acampamento ao qual nos referimos só temos notícia desse divórcio.¹¹ Nessa outra foto podemos ver uma mulher que nasceu “brasileira” e se casou com um cigano. Ao assumir esse compromisso a mesma assumiu também o

¹¹ <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=RGC403>, acesso em 07/05/2011

modo de vida cigano. Casamentos entre ciganos e não ciganos parecem estar se tornando mais comuns, o que era raro no passado.



As ciganas do acampamento dizem que atualmente tem se tornado mais freqüente a escolha dos próprios conjugues, contudo ainda é muito comum a tradição das famílias do menino e da menina definirem o casamento quando ainda são crianças. Os ciganos questionados a esse respeito relatam que a pratica se justifica pelo fato de que assim as famílias criam as crianças dentro de um mesmo sistema de idéias. Relatam que o casamento precoce serve para que as famílias se coabitem por mais tempo. No inicio do compromisso é comum a menina passar o dia na casa dos sogros e voltar a noite para a casa dos pais. Os ciganos consideram que isso contribui para o fortalecimento dos laços familiares e acarreta menos separações conjugais.

A virgindade ainda parece ser um tabu social e principalmente as ciganas dizem que não é bom ter vários namorados nem namorar muito tempo, que tão logo menstruem é bom que se casem. Contudo a tradição de se provar a virgindade da noiva tem deixado segundo eles de ser uma pratica para o grupo e se tornado uma pratica para a família.

Com relação os laços com o grupo, pelo que nos foi relatado, aparentemente tem acontecido um enfraquecimento das relações. Anteriormente a figura do líder era muito forte e o que esse decidia tinha o peso de uma lei, contudo no acampamento em questão existe atualmente mais de um líder e algumas famílias isoladas sem a tutela de um líder específico. Além disso, todos os líderes relatam que cada vez mais os ciganos tomam suas decisões dentro de suas próprias famílias, sem consultar o grupo.

6.3 A visão do tempo sob a ótica dos ciganos

Hall, citado por Helman (2009, p. 39), descreveu os dois conceitos de tempo mais comuns nos países ocidentais:

1 – O tempo monocrônico, que é o tempo linear, do relógio. Aqui, o tempo é visto como uma linha ou fita se estendendo do passado ao futuro, dividida em segmentos conhecidos como anos meses ou dias. Presume-se que cada fenômeno tem um início e um fim e, entre os dois, só se pode fazer “uma coisa de cada vez”. O tempo monocrônico é uma forma de organização social externa imposta às pessoas, sendo essencial para o funcionamento adequado da sociedade industrial. Ele é particularmente forte nas organizações e burocracias. Nelas, o tempo é quase tangível; ele pode ser gasto, desperdiçado, investido, comprado ou poupado. O tempo pode ser convertido em dinheiro, assim como o dinheiro pode ser convertido em tempo. Esse tipo de tempo implica, porém, uma dominância completa do corpo e de seus processos pelos relógios, pelos calendários, pelos diários, e pelas agendas.

2 – O tempo policrônico, em contraste, é muito mais humano; nele, os relacionamentos e as interações pessoais têm procedência sobre os horários mais rígidos do calendário e do relógio. O tempo não é vivido como uma linha, mas como um ponto ao qual os relacionamentos ou eventos convergem. As pessoas policrônicas não são tão dominadas pelo tempo do relógio; em vez disso elas são orientadas para as pessoas, os relacionamentos humanos e a família, que são o centro de sua existência”.

Segundo Helman (2009, p.40), o *tempo policrônico* é mais comum em sociedades menos industrializadas. No mundo industrializado ocidental, o tempo monocrônico é uma característica difundida de quase todas as instituições médicas, incluindo hospitais, clínicas, consultórios, e burocracias médicas. Em tais locais de assistência à saúde, este tempo burocrático – o uso excessivo de horários rígidos como horários de visita em hospitais ou sistemas de marcação de consultas – pode ser visto por algumas pessoas doentes como desumano e impessoal. Os pacientes e suas famílias podem vê-lo como um modo de evitar o contato humano, de não lidar imediatamente com sua doença e a realidade emocional de sua situação.

Por se tratar de uma comunidade com tradição de nomadismo, e que parece dispor de seu tempo de acordo com motivações internas (não têm patrão, livro de ponto, dia certo para trabalho) acreditamos que os ciganos tendem mais para a vivência do tempo policrônico, muito embora no cotidiano experimentem inúmeras situações de confronto com o tempo do relógio. Uma dessas situações é o contato com os serviços de saúde, principalmente a UBS, onde a organização do atendimento tende mais ao tempo monocrônico. Perceber essa situação e minimizar possíveis conflitos é um desafio para o profissional da saúde.

Além dessa “insubordinação” à rigidez externa do estabelecimento de rotinas de atendimento, percebemos no dia a dia da equipe que os ciganos tendem a considerar o tempo de espera pelo atendimento como um desmerecimento de sua condição cigana. É extremamente comum se queixarem que “estão passando gente na minha frente porque sou cigano”, ou que “não vão me atender hoje porque eu sou cigano”.

Acreditamos ser necessário um cuidado especial em orientar melhor essa população a respeito da rotina de funcionamento do centro de saúde bem como sua extensão a todos os usuários, independentemente de serem ciganos ou não. Nessa perspectiva, poderíamos, por exemplo, minimizar o impacto causado num paciente cigano de que um quadro agudo seja priorizado na fila do acolhimento. Temos plena consciência de que a necessidade de informar melhor a população sobre a rotina do centro de saúde se estende a todos os usuários, contudo, afirmamos aqui nossa impressão de que o problema é mais pungente na população cigana.

6.4 Os ciganos e a educação formal

A quase totalidade das ciganas adultas não sabe ler e escrever. Contudo as que foram questionadas a respeito da educação formal dos meninos e das meninas julgam importante que freqüentem a escola para terem melhores condições de trabalho principalmente. Quando questionadas acerca do que seria um “melhor trabalho” costumam responder que é um emprego “fixado”, com salário fixo e garantias. Confrontadas com o paradoxo entre um emprego fixo e a prática do nomadismo, costumam dizer que os tempos mudaram, que a vida está muito difícil, que vale a pena a “segurança”.

6.5 Trabalho e sedentarização

A questão do nomadismo cigano é bem mais complexa do que simplesmente ter ou não ter um emprego fixo. Existem vários fatores envolvidos, como por exemplo, as perseguições de longa data pelas autoridades, a opção por um modo de vida mais livre, dentre outros. Contudo a fala dos ciganos com os quais temos lidado aponta nesse momento para uma tendência a sedentarização.

Ate que ponto esse movimento não produziria conflitos, afinal estamos falando de milênios de nomadismo. Isso teria alguma relação com o abuso de benzodiazepínicos e anti-depressivos pelos ciganos? De que modo o profissional de saúde poderia ajudar nesse caso?

A agente de saúde responsável pela área de abrangência onde está localizado o acampamento cigano, na tentativa de aumentar a oferta de vitaminas para a população propôs uma horta comunitária que na verdade nunca se efetivou. Mais uma vez os ciganos foram tidos pelo senso comum como “preguiçosos”, “vadios”... Contudo, é preciso lembrar que a agricultura por mais simples e rudimentar que seja está fortemente vinculada à idéia de fixação a terra, coisa que não pertence ao repertório cultural desse povo.

Ainda que se perceba uma tendência a sedentarização de alguns ciganos precisamos nos lembrar que milênios de nomadismo pesam bem mais sobre o inconsciente coletivo do que uma tendência tão nova. De fato não se dedicam ao cultivo de hortas, mas praticam outras atividades, como por exemplo, a compra e revenda de animais ou outras mercadorias. Tais atividades são mais pertinentes para

quem pode resolver partir amanhã ou depois em busca de um lugar com melhores condições de vida.

A organização estrutural de suas casas, pelos mesmos motivos, também evita acessórios fixos e complexos, o que tem lhes custado a fama de preguiçosos e sujos (não constroem casas, nem banheiros), mas não cabe ao profissional de saúde fazer julgamentos e sim tentar achar opções de melhoria da qualidade de vida desse povo em concordância com suas próprias escolhas.

6.6 A tradição cultural do povo cigano com relação a práticas alternativas de medicina (fitoterapia, curandeirismo, magia) e seu contraste com o modelo científico e alopático.

Ainda é pouco comum o uso de plantas medicinais na rotina de atendimento em saúde. Na equipe 1 do centro de saúde Lagoa a Fitoterapia praticamente não é utilizada, tendo em vista o desconhecimento dos profissionais de saúde com relação ao assunto. Sabemos, contudo da existência de estudos científicos bem estruturados a esse respeito e acreditamos que tal pratica poderia ser fortalecida e bem aceita pelos ciganos, já que estes possuem uma tradição no uso empírico de ervas, raízes e afins. Esta seria ainda uma oportunidade de fortalecimento do vínculo com a comunidade e de valorização do conhecimento popular o que a nosso ver fortalece, aprimora e legitima os cuidados em saúde.

Entendemos que essa talvez seja também uma forma de diminuir o abuso no uso de antimicrobianos e psicotrópicos. A revelia de suas tradições percebemos que os ciganos do bairro Lagoa comumente se utilizam de auto-medicação alopática e também de prescrições pelo balconista da farmácia. É muito comum que busquem atendimento médico já em uso de antimicrobianos ou outras medicações. É apenas após o fracasso terapêutico que buscam o conselho médico. Muitas vezes o profissional procurado não é o do centro de saúde, e sim um médico particular. Seria essa mais uma prova da fragilidade dos vínculos estabelecidos entre o sistema único de saúde e o povo cigano? Cremos que sim.

6.7 A condição sócio-econômica:

Conforme já foi mencionado anteriormente, não é incomum a posse pelos ciganos do bairro de automóveis, alguns de luxo. Quando questionados a respeito de suas atividades financeiras alguns se declaram agiotas. Não costumam usar esse termo, mas relatam que emprestam dinheiro a juros. Alguns se declaram comerciantes de cavalos e outros animais. Outros se declaram vendedores de objetos de metal,

roupas e outros produtos. As mulheres relatam que a leitura de mãos deixou de ser uma atividade de renda e que atualmente se confunde com a mendicância sendo que algumas preferem não mais praticá-la. Relatam que a maioria das filhas não é mais iniciada nessa tradição. Seria esse mais um traço cultural se extinguindo? Convém, contudo lembrarmos dos conceitos abordados anteriormente sobre os vários níveis da cultura e de que pouco é revelado ao olhar estrangeiro, ainda mais se tratando de algo tão arraigado e místico.

Com relação aos recursos financeiros do povo cigano, não nos arriscamos a dizer além do que nos é dito por eles ou que podemos observar com os olhos. Vale lembrar aqui que um povo que já foi perseguido por policiais e outras autoridades, que se expõe constantemente a mudanças territoriais e reside em barracas de lona dificilmente falaria abertamente de suas finanças.

Existem diversos estudos relacionando renda e qualidade de vida, ou seja, saúde. Alguns também contrapõem ocupações profissionais qualificadas e manuais não qualificadas alcançando resultados em termos de anos vividos a mais pelos que tem melhores condições de trabalho. No caso dos ciganos, é possível que alguns aspectos indicativos de condições insalubres de vida (saneamento básico ruim, verminoses, dentre outros) se relacionem também ao precário acesso aos serviços de saúde.

Betancourt *et al*, citados por Helman (2009, p15) encontraram em seus estudos resultados interessantes com relação ao acesso das minorias étnicas aos cuidados de saúde. Por exemplo: os latinos nos EUA correspondem a 13% do total da população, contudo representam 25% daqueles sem qualquer serviço de saúde. Helman (2009, p15) cita ainda uma provável má vontade da população majoritária em considerar as crenças, práticas e expectativas em saúde das populações minoritárias. Julgamos poder extrapolar essa idéia ao caso dos ciganos.

6.8 O perfil dos atendimentos realizados aos ciganos

O maior volume de atendimentos aos ciganos diz respeito a condições agudas como dores articulares e infecções respiratórias. São muito comuns os atendimentos por crise de asma ou outra espécie de broncoespasmo tanto em crianças quanto em adultos. Vale lembrar que o ambiente em que vivem é propício a tal condição. Sempre que o atendimento acontece informamos ao paciente sobre as questões ambientais, para que o mesmo possa decidir a respeito disso. Também informamos com relação

às verminoses. Acharmos que nossa atuação nesse aspecto não tem sido eficaz, uma vez que não conseguimos ainda a sensibilização da população.

Menos comuns, mas também presentes são os atendimentos realizados por descompensação de quadros crônicos, como diabetes e hipertensão.

No acampamento temos uma paciente acamada, a qual recebe visitas tanto da equipe quanto do NASF (núcleo de apoio à saúde da família). Percebemos muito boa vontade da família no cuidado dessa paciente embora as condições de higiene não ajudem. O principal cuidador é o filho. Ele lhe administra as medicações, principalmente insulina. Também é responsável pelo banho. A nora cuida da alimentação. A equipe tem dificuldade em sensibilizar a família com relação ao ambiente. Cães e galinhas circulam livremente pela barraca. Para a família esse convívio é natural.

Das atividades de promoção de saúde podemos dizer que a que possui maior aderência é o pré-natal. As mulheres ciganas são assíduas às consultas de pré-natal. Também nota-se boa aderência ao acompanhamento pós-parto e à puericultura. Muitas mulheres procuram atendimento para conseguir prescrição de anticoncepcionais. Costumam procurar o posto já fazendo uso desse medicamento muitas vezes de maneira ineficaz.

Os homens ciganos raramente procuram atendimentos para si próprios, mas estão presentes no centro de saúde acompanhando as esposas, filhos e os pais. Esse é um momento que pode ser aproveitado pela equipe para abordar a saúde deles.

As informações são registradas em prontuário eletrônico e de papel. Contudo existem poucas informações no prontuário, já que os atendimentos costumam ser pontuais e relacionados a quadros agudos.

Embora existam muitos pacientes hipertensos e diabéticos no acampamento, eles nunca participam dos grupos de orientação que acontecem semanalmente. Algumas vezes procuram o acolhimento para renovação das prescrições de anti-hipertensivos.

Algumas vezes buscam o acolhimento para renovação da prescrição de benzodiazepínicos, mas ao primeiro obstáculo para essa renovação instantânea abandonam a unidade e conseguem a receita através de consulta particular. Sabemos que o abuso de psicotrópicos é grande no acampamento principalmente nas mulheres de meia idade.

Achamos que talvez fosse interessante realizar atividades coletivas no próprio acampamento, já que se trata de uma comunidade receptiva, mas que não parece se sentir confortável em participar de atividades de grupo no centro de saúde. Se o profissional se aproxima demonstrando disponibilidade e interesse os ciganos demonstram abertura, contudo parecem não buscar esse tipo de abertura com frequência na sociedade.

6.9 A questão da gravidez (precoce?) em adolescentes ciganas

Segundo Helman (2009, p17), assim como a velhice, a definição de infância não é algo fixo e finito, com base somente em critérios biológicos. Estudos transculturais indicam que há amplas variações na forma como a infância é definida, seu início e fim, e no comportamento apropriado para as crianças e para aqueles que as rodeiam. James *et al.*, citados por Helman, (2009, p18) destacam que as definições de infância são sempre, em certa medida, “construídas socialmente, isso porque elas tendem a variar de modo bastante amplo entre os diferentes grupos humanos. Por exemplo, diferentes sociedades estabelecem diferentes idades a partir das quais as crianças podem ser educadas, tomar parte em certos rituais religiosos, trabalhar fora de casa, ter relações sexuais, controlar suas próprias finanças, tomar decisões independentes (sobre sua saúde, educação ou local de residência), ter seus próprios documentos de identidade ou passaportes, assumir responsabilidade legal por suas ações e assim por diante.

Em algumas culturas tradicionais espera-se inclusive que as crianças casassem, e a cerimônia de noivado ocorria arranjada por seus pais e parentes próximos. Embora de modo geral, tais casamentos arranjados entre crianças sejam agora cada vez mais incomuns, especialmente em zonas urbanas, no passado eles existiam em partes da Índia, da China, do Japão, da África e do sul da Europa. Entre os ciganos ainda é típico que as meninas se casem muito cedo (tão logo menstruem), embora já existam exceções a essa regra. Embora os casamentos completamente arranjados pelos pais estejam diminuindo é mais comum que se casem crianças filhas de famílias com mais afinidades e que antes do casamento a menina passe os dias na barraca dos sogros, para assim criar laços mais fortes com a família do noivo. Além disso, outro aspecto ressaltado pelos ciganos com relação a esse hábito é o fato de que assim as crianças crescem juntas, num sistema de valores comum a ambos, tendo assim, maiores chances de ter uma visão de mundo mais parecida e dessa forma um relacionamento duradouro e feliz. (HELMAN, 2009).

Numa população em que sequer sabemos o número exato de pessoas, também não podemos dizer estatisticamente se o número de separações é menor, igual ou maior que na população em geral; contudo somos levados a acreditar que seja bem menor, pelo fato de que são extremamente raros os casos de separação conjugal, pelo menos no acampamento que conhecemos.

Com relação à procriação, aparentemente tem ocorrido um retardo na primeira gestação, bem como uma diminuição no número de filhos. As ciganas têm procurado com frequência o centro de saúde em busca de métodos contraceptivos. Apesar disso ainda é o habitual a gravidez considerada pela nossa sociedade como precoce. O método mais utilizado é a pílula. Não temos notícia de ciganas nesse acampamento fazendo uso de DIU. Os preservativos são sempre oferecidos, mas acreditamos que exista baixa aderência a esse método. Algumas ciganas demonstram pouco interesse, outras parecem constrangidas e pouco a vontade, outras recusam abertamente e se justificam dizendo que os maridos jamais aceitariam tal método. Alguns questionamentos: o preservativo seria menos aceito que no restante da sociedade? Essa pouca aceitação ao método estaria ligada a características da cultura cigana, como por exemplo: valorização dos laços matrimoniais? Essa prática expõe a população em questão a um maior risco de DSTs?

Essas são questões que sem dúvida merecem um estudo mais aprofundado.

6.10 A velhice



As culturas variam amplamente no status que dão aos idosos. Segundo Helman (2009, p19), diferentemente das sociedades industrializadas ocidentais – em que a perda da produtividade (e da reprodutividade) com a idade em geral significa uma perda abrupta no status social -, o respeito dedicado aos idosos costuma ser

muito maior nas sociedades tradicionais, mais rurais. Nas sociedades não alfabetizadas, em particular, os idosos são os repositórios vivos da história oral e das tradições dos antepassados, bem como de costumes culturais, crenças, mitos e práticas rituais. Sob estas circunstâncias, a morte inesperada de um idoso respeitado é quase equivalente ao efeito de um incêndio de uma biblioteca ou universidade em uma sociedade alfabetizada e mais desenvolvida.

Não convém romantizar a questão, mas percebe-se na população cigana que a valorização e cuidado com o idoso são realmente maiores do que na média da população que procura o centro de saúde. Os idosos do grupo são tidos como conselheiros para os mais jovens, são pessoas respeitadas pela sua sabedoria e experiência. Isso sem dúvida reflete em seu estado de saúde. Especialmente o abandono de idosos pela família é algo praticamente inexistente nesse grupo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prestar atendimento de qualidade a uma população em sua maioria nômade dentro de um contexto que organiza o processo de trabalho a partir da idéia de território, população adscrita e determinantes sociais que afetam seus integrantes é de certa forma um paradoxo e um grande desafio aos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.

A questão do tempo monocrônico e policrônico deve ser considerada pelos profissionais de saúde na organização do atendimento. No espectro que existe entre esses dois extremos conceituais, cabem várias maneiras de sentir e lidar com o tempo. O usuário que aguarda uma consulta o experimenta de uma forma diferente do profissional envolvido em atendimentos seqüenciais. Corresponder às expectativas temporais e lidar com a ansiedade das pessoas não é uma tarefa simples dentro de um serviço onde as demandas são grandes e o tempo sempre insuficiente para realizar todas as tarefas. Ser flexível e humano sem comprometer a organização é outro grande desafio, seja no atendimento da população cigana ou qualquer outra.

Observamos que os ciganos, em geral, vivem em locais insalubres ocasionando o aparecimento de doenças infecto-contagiosas e do aparelho respiratório. Observamos ainda uma dificuldade de acompanhamento e monitoramento dos ciganos em relação às doenças crônicas. Pudemos notar que as consultas programadas envolvendo mulheres e crianças ciganas apresentam pouco absenteísmo. São basicamente: pré-natal e puericultura. Não é comum participarem

do atendimento programado ao planejamento familiar, porém buscam o uso de métodos contraceptivos, principalmente pílulas, durante atendimento à demanda espontânea dos agudos. Não temos notícia de nenhuma cigana que faça uso de DIU. Parece ser baixa também a aderência ao uso de preservativos.

Os ciganos praticamente não freqüentam as atividades coletivas oferecidas pelo centro de saúde: grupos operativos, Liang Coong, reuniões da Comissão de Saúde Local. Sugerimos tentar a realização de atividades coletivas dentro do acampamento como tentativa de melhorar a adesão dos ciganos.

Notamos uma mudança no padrão dos matrimônios e da estrutura familiar em relação às tradições e costumes ciganos. Tais transformações são complexas e podem estar envolvidas em conflitos psicológicos tanto para adultos quanto para crianças.

Os valores estéticos dos ciganos não são trabalhados nas unidades básicas de saúde.

Em função da importância que o idoso assume na tradição cigana, poderíamos atuar junto a esse grupo populacional, tornando-os multiplicadores de saberes e práticas em saúde.

E por fim: a questão da minoria cigana foi pouco discutida e estudada dentro dos serviços de saúde e os profissionais são pouco capacitados para enfrentar o problema.

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, M. A. *Memórias de um sargento de milícias*. Ed. Crítica de Cecília de Lara. Rio de Janeiro:LTC, 1978.
- 2 ANDRADE, C. D. *Antologia Poética*. 13º ed. Rio de Janeiro: Livraria Jose Olympio, 1979. 264 p.
- 3 Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. I. Agente Comunitário de Saúde. 2. Serviço de Assistência Domiciliar. 3. Atenção Básica à Saúde. I. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. 119 p.
- 4 BRAGA, C. G. *Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 31, n. 3, Dec. 1997. pp. 498-516 .
- 5 CAMPOS, C. C. *Ciganos e suas tradições*. São Paulo: Madras, 1999. 102p.
- 6 FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. *Processo de trabalho em saúde*. - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 66 p.
- 7 HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Tradução de Ane Rose Bolner. Revisão técnica de Francisco Arsego. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.
- 8 MÁRQUEZ, G. G. *Cem Anos de solidão*. Tradução de Eliane Zagury, Rio de Janeiro, Record, 1996. 394 p.
- 9 MELO, F. J. D. *O romani dos calon da região de Mambaí: uma língua obsolescente* Dissertação (Mestrado em Linguística)-Universidade de Brasília, Brasília, 2005. 141 f.
- 10 TEIXEIRA, R. C. *Ciganos em Minas Gerais: breve história*. Belo Horizonte: Crisálida, 2007. 196 p.

Na internet:

1. <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>; acesso em 08/08/2010
2. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf; acesso em 08/08/2010 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf, pág 30 acesso em 08/08/2010
3. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf, pág 31 acesso em 08/08/2010

4. http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=361&Artigo_ID=5562&IDCategoria=6366&reftype=1, aceso em 13/09/2010
5. http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=361&Artigo_ID=5562&IDCategoria=6366&reftype=1 , acesso em 13/09/2010.
6. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_ciganos.pdf , acesso em 13/09/2010)
7. http://www.fflch.usp.br/da/arquivos/publicacoes/cadernos_de_campo/vol16_n16_2007/cadernos_de_campo_n16_p267-268_2007.pdf, acesso em 01/05/2011.