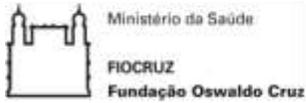


ANA SUED LOPES DE ALENCAR SILVA

MEMORIAL DE FORMAÇÃO  
NOVOS MODOS DE VIVER A VIDA: ENCONTROS COM AS DIFERENÇAS

CAMAÇARI

2020



ANA SUED LOPES DE ALENCAR SILVA

## MEMORIAL DE FORMAÇÃO

NOVOS MODOS DE VIVER A VIDA: ENCONTROS COM AS DIFERENÇAS

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA como requisito para obtenção de título de Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Alessandra Tranquilli

CAMAÇARI

2020

## **RESUMO**

Sou Ana Sued, enfermeira, e venho abordar neste memorial de formação minha trajetória como residente em Saúde da Família e Comunidade. Apresento aqui minhas reflexões a respeito desse processo de formação, transmitindo competências que considero importante para saber lidar com as especificidades do campo da atenção básica, com foco na população cigana atendida na área adstrita de atendimento. Desse modo, os objetivos deste trabalho são expor meus aprendizados e transformação como profissional, e contribuir com a construção de outro olhar sobre populações vulneráveis e estigmatizadas, além de fortalecer a importância da atenção básica no cuidado a saúde destes grupos. Além disso, este trabalho foi realizado como pré-requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

**Palavras-chave:** Ciganos; Saúde da Família; Enfermagem.

“Nada no mundo é mais perigoso que a ignorância sincera e a estupidez consciente”.

Martin Luther King

## LISTA DE ABREVIATURAS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTQIA - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros

MS – Ministério da Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>A construção do medo na infância.....</b>	<b>07</b>
<b>O encontro com a diferença.....</b>	<b>09</b>
<b>2. UM POUCO SOBRE OS CIGANOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3. O CUIDADO COM A SAÚDE.....</b>	<b>14</b>
<b>4. DESAFIOS E CONQUISTAS NA SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## **A construção do medo na infância**

O memorial de formação é um texto em que o autor relata acontecimentos que são ou foram importantes no âmbito de sua existência, revelando-se, pois, como “documento de natureza autobiográfica, onde o narrador retoma sua trajetória de vida, a partir de objetivos previamente definidos” (BRAGANÇA, 2011).

Assim, a adoção do memorial de formação, como dispositivo de pesquisa-formação, situa-se no campo da pesquisa (auto) biográfica e se configura como uma possibilidade de reflexão biográfica, no processo de formação em enfermagem e em outras áreas de saúde (BUOGO E CASTRO 2013).

O modelo de produção científica proposto no memorial me permitiu trazer um pouco sobre quem sou, minha história de vida, entrelaçando estes aspectos com o tema escolhido vivenciado no meu processo formativo como enfermeira especialista em saúde da família e comunidade.

Meu nome é Ana Sued Lopes de Alencar Silva, 23 anos, nascida e criada em uma cidade do centro-norte baiano chamada Feira de Santana. Durante este período de minha vida, residi com minha família em um conjunto popular que em suas proximidades havia um grande terreno abandonado o qual residia uma comunidade de ciganos.

Esta comunidade de ciganos foi motivo de um dos meus maiores medos da infância. Lembrome com detalhes das ciganas com suas vestes volumosas e coloridas sorrindo para mim, enquanto os dentes de ouro refletiam ao sol. Como criança, eu era reflexo dos preconceitos que me eram passados no meio em que vivia, e acabei reproduzindo socialmente tais preconceitos que me foram passados.

Oliveira e Salles (1991) aplicam o conceito de reprodução social à recriação do social em diferentes âmbitos: individual, familiar, grupal e social. Por social, faz-se referência ao construído por sujeitos, individuais ou coletivos, mediante suas ações (OLIVEIRA e SALLES, 1991). Os preconceitos são construídos e disseminados em sociedades através de estórias que, de tanto reproduzidas, acabam sendo tidas como verdade absoluta para alguns.

Sempre ouvi estórias de que os ciganos não eram pessoas confiáveis, que roubavam mercados, crianças, casas, que matavam. Diziam ainda que se eu fosse uma criança mal criada,

um cigano montado em um cavalo ia me raptar para casar comigo, eu viraria cigana e nunca mais veria minha família. Isso me dava pesadelos! Obviamente como criança cresci naturalizando este estereótipo que era dito pelos meus pares sobre a comunidade cigana. Trata-se de um preconceito e estigma fruto do imaginário social que é passado de geração em geração, assim como tantos outros preconceitos e estigmas que a sociedade perpetua.

Goffman, em sua obra *Estigmas: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, conceitua e traz reflexões sobre os estigmas criados socialmente acerca do que é estranho. Os normais tendem a criar pré-concepções do que vai contra as normas culturais.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]. Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...] (Goffman, 1975:12).

Tais estigmas levam a uma marginalização das comunidades ciganas, por exemplo, em consequência da valorização social negativa que lhes é atribuída.

Venturi e Bokany (2013), em uma ampla pesquisa realizada em 2010, entrevistando cidadãos de todas as regiões do Brasil, ao perguntar sobre o “grupo de pessoas que não gosta de encontrar”, os ciganos foram referidos em 12% das repostas, sendo superados apenas por “usuários de drogas” e “gente que não acredita em Deus”. Isto reforça a valorização social negativa atribuída aos ciganos.

## **O encontro com a diferença**

O diferente nos assusta. O medo do diferente, chamado por Bauman (2011) de mixofobia manifesta-se no impulso de construir ilhas de similaridade e identidade em meio a um oceano de diversidade e diferença. Trata-se de uma das consequências da homogeneização dos espaços públicos dentro das grandes cidades, que de certa forma, tem dificultado a convivência entre as pessoas.

A mudança em minha vida que é descrita logo a seguir, me trouxe o desafio de realizar trocas com outros membros da comunidade humana, me integrar com sujeitos diferentes em ambientes totalmente desconhecidos. Considero este período como o mais importante até hoje para a construção da minha identidade.

Aos 17 anos fui aprovada no vestibular de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tratou-se de um período de muitas mudanças na minha vida: sair de casa para ir morar em Salvador, dividir apartamento com completos desconhecidos, o contato com o encantador e adoeceador ambiente universitário, novos vínculos e experiências. A universidade abriu possibilidades mais radicais de vivência com outros “modos de andar a vida”.

Foram cinco anos de amadurecimento e de enriquecimento cultural e acadêmico, onde me foi oportunizada a inserção em Liga Acadêmica, também fui bolsista em grupo de pesquisa, e pude me inserir em diversos ambientes proporcionados no meio acadêmico, como a aproximação com pessoas que trabalham com uma comunidade quilombola de Ilha de Maré. A partir deste momento, me despertou o interesse em trabalhar com grupos com modos de andar a vida contra-hegemônicos, grupos que fazem resistência ao status quo massificador: (populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros - LGBTQIA; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas), comumente chamados de minorias. Assim surge meu encantamento com populações vulneráveis, historicamente desfavorecidas, ditas “minorias”.

Não imaginava que este meu interesse se tornaria realidade em minha experiência de primeiro emprego. Foi aí que aconteceu outra grande mudança na minha vida. Finalmente me graduei enfermeira em 15 de fevereiro de 2018, com concomitante aprovação no mestrado

acadêmico da UFBA e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Optando pela residência, mudo de cidade novamente, desta vez para Camaçari, município conhecido como “Cidade Industrial”, por abrigar o Polo Industrial de Camaçari, e também conhecido por ter uma orla maravilhosa, que infelizmente é bem distante do centro da cidade.

Distante do centro da cidade também se localiza a Unidade de Saúde da Família (USF) a qual eu fui alocada. A USF do Parque das Mangabas se tornou, durante dois anos de minha vida, uma escola não só de procedimentos técnicos, consultas, e atividades coletivas, mas também um local rico de aprendizado sobre ética, moral, relacionamento interpessoal, confiança, e sobretudo vínculo e empatia com o usuário.

Falando em vínculo e empatia, no meu primeiro dia de trabalho soube que a equipe que assumia dava cobertura a uma comunidade de ciganos moradores da área. Neste momento as lembranças da minha infância se tornaram vivas em minha memória. Eu não podia trocar de campo, eu não podia desistir da residência, só me restava (sabidamente) enfrentar meus “monstros”, meus medos e preconceitos e oferecer, da melhor forma possível, o meu trabalho e meu conhecimento como enfermeira, como forma de devolutiva da formação pública, gratuita e de qualidade que tive. Neste momento, revisitei os medos da infância, olhei criticamente para a construção do estigma ao qual fui submetida grande parte da minha vida, e me permiti viver o novo.

E foi a partir desta história (totalmente verídica!), que nasceu este escrito. Através deste memorial desejo trazer um pouco da minha vivência, da história e da cultura dos ciganos do território de abrangência que trabalhei, desmistificar lendas, e também tecer críticas às inúmeras falhas e ao déficit de capacitação e formação que nós profissionais de saúde temos para trabalhar com estas populações.

## 2. UM POUCO SOBRE OS CIGANOS

Apresento aqui um breve apanhado cultural e histórico sobre os ciganos, mesclando com características culturais que pude observar e extrair em conversas com os mesmos durante minha vivência.

Apesar de sua origem controversa, há relatos de que o povo cigano seja oriundo da Índia, de onde migraram, inicialmente, rumo ao Oriente Médio, e distribuíram-se (BATULI, 2007). No Brasil, existem três grandes grupos que compõem os povos ciganos: os Rom, os Sinti e os Calon. Estes grupos estão distribuídos em todos os estados do país, de forma heterogênea em endereços mais sofisticados e também em bairros periféricos. O nomadismo costuma ser uma característica marcante (COSTA, 2014) nesta etnia. Os deslocamentos característicos do nomadismo exigiram estratégias de sobrevivência bem estruturadas e metodologias de proteção cultural bem definidas (SIMÕES, 2007). Atualmente sabe-se que nem toda pessoa de etnia cigana é nômade. Muitos têm residência fixa.

Como foi citado, o nomadismo ainda está ligado a cultura cigana, porém o perfil populacional têm mudado bastante. Em informações extraídas de conversas com ciganos da área de abrangência de minha equipe de saúde da família, ao se abordar o tema do nomadismo, os ciganos mais idosos e experientes me explicaram que, de fato, o nomadismo foi um hábito frequente nas décadas passadas. Eles não possuíam residência fixa, então viajavam entre cidades com suas famílias, fazendo pausas para descansar, alimentar seus animais e familiares, e também aproveitavam este momento para negociar e vender, atividades itinerantes tradicionais da cultura cigana. O comércio informal sempre foi característico dos ciganos, a música vem em segundo lugar. São comerciantes natos. A troca, rolo ou escambo é usado corriqueiramente dentro das comunidades (COSTA, 2014). Ao encontrar terrenos desocupados, ali faziam moradia montando seus barracos, até serem obrigados a se mudar em consequência aos atos preconceituosos de pessoas não ciganas, ou por serem expulsos.

Por ora o analfabetismo ainda ocupa uma porcentagem bastante alta e que nos dá indicadores de que muita coisa precisa mudar (COSTA, 2014). Isto é consequência das iniquidades e complexos processos de injustiça e desvantagem social vividas por este povo. Em minha vivência observei que a maioria dos ciganos mais velhos são analfabetos ou apresentam um baixo grau de

escolaridade, o que tornava mais desafiadora a compreensão de orientações dadas durante as consultas.

Assim, pude me reinventar como profissional de saúde. Aprendi novas formas de comunicação que produziam sentido para este perfil de usuário. Aprendi, sobretudo, que para que uma prática de saúde tenha um efeito terapêutico, o trabalhador deve se deslocar, e se adaptar as necessidades da comunidade, esta experiência foi enriquecedora, pois aprendi a me moldar a diferentes subjetividades para chegar ao meu objetivo de cuidado em saúde.

Entre os ciganos que conheci, não tive contato com nenhum de nível superior, porém me recordo nitidamente de uma cigana de em média 18 anos, que eu fiz o pré-natal. A mesma estabeleceu um vínculo muito bom comigo, e em uma de nossas conversas, ela relatou que têm muito desejo de fazer vestibular para enfermagem, que o marido permite, porém o pai ainda é muito resistente a isso. Me angustia saber que tão próximo de nós, em um mundo que lutamos incansavelmente contra o machismo, muitas mulheres ainda são reféns de posicionamentos machistas que, embora seja difícil para nós não ciganos aceitar, são pensamentos provenientes da cultura deles. Assim, por outro lado me sinto feliz, pois as gerações mais jovens de ciganos pensam de forma diferente, e talvez quem sabe, o bebê que eu fiz pré-natal consiga entrar em uma universidade, e seus descendentes também, quebrando estas barreiras.

Ao mesmo tempo, durante experiências de Programa Saúde na Escola (PSE), identifiquei várias crianças ciganas nas escolas convivendo de forma (aparentemente) harmoniosa com crianças não ciganas. Fiquei feliz, pois vi que assim eles poderão crescer juntos de forma respeitosa, quebrando estigmas perpetuados socialmente. Infelizmente, não constava como ação obrigatória do PSE, atividades de envolvimento cultural. A difusão da história, tradições e costumes dos povos ciganos nas escolas desse país, são um forte instrumento contra o preconceito e a discriminação. Programas de educação em todas as idades são bem aceitos e podem ser usados pela direção das escolas, centros de ensino e Secretarias de Educação (COSTA, 2014).

Ainda sobre a educação cigana, para além dos muros das escolas e universidades, durante meu convívio presenciei diversos diálogos em um dialeto diferente. Geralmente eles usavam essa língua para reclamar com os filhos pequenos quando os mesmos se mostravam desobedientes nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares. Eu não conseguia entender absolutamente nada deste idioma! Trata-se de uma língua passada por gerações, em que os mais velhos e as mulheres ensinam o idioma as crianças, mantendo viva a cultura. Segundo pesquisas, a Chib é a língua falada

por grande parte dos ciganos no Brasil, além da Chib existe o Calô, muito falado pelos ciganos de etnia Calon e Sinto. Quanto mais tradicional a comunidade, maior a manutenção e preservação do dialeto (COSTA, 2014).

Em relação a religião, atualmente, são adeptos de várias religiões, mesmo que não se tenha nenhuma estatística sobre o assunto, sabe-se que há um predomínio de adeptos da Igreja Católica e Comunidades Evangélicas (COSTA, 2014). Grande parte dos ciganos que tive contato frequentavam a igreja evangélica, principalmente as mulheres.

### 3. O CUIDADO COM A SAÚDE

A abordagem imediatista dos problemas que cercam o cotidiano é uma marca dessa população de etnia cigana e também orienta a forma como se lida com as questões de saúde. A dor, os sintomas de mal estar norteiam a importância de buscar quem tem conhecimento dos remédios certos para o tratamento (BRASIL, 2016). Durante minha vivência, percebi que realmente existe um imediatismo por parte deste grupo. Era frequente a chegada de ciganos no acolhimento buscando atendimento imediato para queixas muitas vezes não agudas. Pude ter contato com os ciganos em vários espaços, destacando-se os espaços de atendimento voltado para pré-natal e saúde reprodutiva, que era o mais buscado na unidade pelo grupo.

O controle da natalidade e a prevenção é praticamente uma transgressão à sua cultura – ter filhos e filhas é o maior presente para uma mulher cigana, uma dádiva. Faz-se necessário o acesso às informações sobre os métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, pois quando elas recebem orientação sobre o assunto, passam a ter conhecimento do que é o ciclo fértil e não fértil, e quais os métodos contraceptivos, e outras informações relacionadas à prevenção. Importante destacar que as mulheres pertencentes a grupos familiares que acessam regularmente os serviços de saúde têm conhecimento dos exames ginecológicos; Porém, ainda se evidencia o receio de realizar o exame (BRASIL, 2016).

Em relação ao controle da natalidade, as ciganas mais jovens que busavam a unidade sempre relatavam que pretendiam ter em média um ou dois filhos, e muitas faziam uso de contraceptivos para evitar uma nova gravidez. Na maioria das vezes as consultas eram feitas com a companhia dos esposos, que se mostravam interessados em conhecer os anticoncepcionais que as suas respectivas esposas faziam uso. Infelizmente a adesão das mulheres ciganas a realização do preventivo era muito baixa. Sempre buscávamos conscientizá-las da realização do exame, mas muitas alegavam ter vergonha de fazer.

Em relação a saúde do homem, os estudos de Costa e Rolim (2014, p. 33) revelam: A grande parte dos homens ciganos não se vê dentro do hospital, e muito menos numa consulta preventiva. Hospital e médico é coisa de mulher, criança e doente – esta é uma fala bastante recorrente e geradora de preocupação nos dias atuais.

De fato, a adesão dos homens as ofertas da USF é baixíssima, estando presentes na unidade na maioria das vezes para acompanhar suas esposas nas consultas, para resolver queixas agudas

no acolhimento ou atendimento de acompanhamento da hipertensão e diabetes. O discurso machista de que o homem é o provedor da família, de que precisa ser forte e não pode adoecer ainda é muito frequente.

No âmbito individual e coletivo, faz-se necessária a atenção básica à saúde com a realização do conjunto de ações de saúde que abrange a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2016).

É importante não só dispor de métodos que atraiam os ciganos para a USF, mas também é necessário manter o vínculo com os mesmos visando uma continuidade no cuidado. Para isso é importante conhecer esta população e seu nível de escolaridade, considerando que parte dos mesmos possui um nível de escolaridade baixo. Assim, direcionar o atendimento para o uso de uma linguagem acessível, com o uso de recursos audiovisuais pode facilitar o entendimento nos atendimentos e nas atividades de educação em saúde. Nos grupos de gestante promovidos na unidade, por exemplo, fazíamos uso de figuras, bonecas de bebês, pequenas peças teatrais, e diversos outros recursos que tornavam a abordagem dos temas mais leve e de fácil entendimento.

Apesar dos esforços para acolher este grupo de forma humanizada, sei que ainda há muito a ser feito. Os ciganos costumam andar em grupos, inclusive nas consultas é comum comparecer toda a família em uma consulta de pré-natal, por exemplo, e a estrutura física da unidade não comporta muitas pessoas dentro da sala, tornando o ambiente apertado e desconfortável, o que para mim se configura como uma barreira de acesso aos usuários.

Além disso, os profissionais da unidade costumam promover atividades voltadas para a saúde do homem, população negra, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), porém é inexistente atividade voltada para o dia do cigano, que vise aproximar este público da unidade ao mesmo tempo em que se faz educação em saúde.

Ainda como dificuldade de vínculo está o distanciamento do território ao qual eles residem para a unidade de saúde. É muito distante e de difícil acesso, trata-se de uma zona peri urbana sem acesso de transporte público e com alto índice de violência. Muitas gestantes no final da gestação tornavam-se faltosas as consultas pois relatavam que era extremamente cansativo caminhar até a unidade na maioria das vezes com um calor insuportável ou enfrentando a lama

deixada pela chuva no bairro. Estes fatores dificultavam as visitas domiciliares também. Por ser uma área distante e de difícil acesso, íamos a pé e muitas vezes só conseguíamos fazer uma ou duas visitas por não haver tempo suficiente.

Muitas barreiras são enfrentadas diariamente, e parte delas são decorrentes de questões gerenciais do município ou estado. Ao longo deste período senti na pele que não é nada fácil fazer saúde da família, mas que apesar de todas as dificuldades, é gratificante!

#### 4. DESAFIOS E CONQUISTAS NA SAÚDE

Os estereótipos podem ser definidos como um conjunto de características que são associadas a uma categoria social, e são definidos como positivos ou negativos, individuais ou culturais (STANGOR, 2000). Os estereótipos culturais, largamente difundidos nos processos de socialização, muitas vezes implicam preconceito, ainda que combatidos pelas crenças pessoais. Estereótipos negativos, associados ao etnocentrismo contribuem para a difusão de ideias pejorativas a respeito de grupos como os ciganos, por exemplo, que em sua maioria apresenta um perfil de vulnerabilidade social.

A equidade se instaura onde há a presença de grupos vulneráveis e onde a vulnerabilidade é inscrita a partir dos lugares da identidade e da diferença. Ao se tratar de equidade em saúde, um dos conceitos existentes sobre o tema destaca que na equidade todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo. Assim, a busca por equidade almeja reduzir as disparidades evitáveis no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre os grupos com diferentes níveis de privilégios social (SIQUEIRA et al., 2017).

De acordo com estimativa do IBGE (2000), existe no Brasil, em média meio milhão de ciganos, e segundo o Relatório de Informações Sociais do Bolsa Família e Cadastro Único, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, apresentado em junho de 2015, existe o cadastro de 3.848 famílias ciganas em situação de extrema pobreza, sendo 2.787 beneficiárias do Programa Bolsa Família, com maior concentração nas seguintes unidades da Federação: Bahia (964), Goiás (316), Minas Gerais (249), Rio Grande do Norte (143), Maranhão (129) e Paraíba (111) (BRASIL, 2016).

Além de viverem em situação de vulnerabilidade social, este grupo ainda convive diariamente com preconceitos de boa parte da população, mas aos poucos vêm recebendo visibilidade no campo político e social do país, com a implantação de programas e políticas que atuam em prol dos seus direitos, levando em consideração as questões identitárias em busca da promoção de equidade.

Diante das questões identitárias particulares a cada um dos grupos vulneráveis, o Ministério da Saúde (MS) implantou as Políticas de Equidade, estabelecendo três eixos comuns para suas ações: i) a transversalidade das ações; ii) a formação/capacitação como elementos fundamentais

para o sucesso da política, como forma de combate ao preconceito a estes grupos sociais, com impacto em sua saúde; iii) a gestão participativa (SIQUEIRA et al., 2017).

O eixo referente a formação e capacitação, que busca sensibilizar e qualificar profissionais para desenvolver novas abordagens no atendimento aos grupos vulneráveis constitui um tema de difícil enfrentamento no plano institucional. Não só pelo ponto de vista da organização de ações, mas, sobretudo por ter que lidar com questões como tolerância à diversidade e as ideias de reconhecimento e respeito à diferença (SIQUEIRA et al., 2017).

A maioria dos profissionais de saúde concluem a graduação sem conhecer as especificidades de alguns povos ou sem saber como trabalhar com os mesmos de forma respeitosa, que estimule o controle social e que promova vínculo, principalmente no âmbito da saúde da família em que o estabelecimento de vínculo com os sujeitos é uma peça relevante para a continuidade do cuidado. Na graduação, pude conhecer um pouco sobre comunidades quilombolas, de forma bastante superficial, porém não presenciei espaços de discussão sobre a atuação da enfermeira e a saúde indígena ou cigana, por exemplo. Não costumam ser temas comumente abordados em sala de aula. Ao entrar na residência da mesma forma, não presenciei espaços voltados para a temática. Por conta própria estudei para conhecer melhor a cultura do povo que eu estava trabalhando para ter mais segurança em minhas condutas.

Acredito que a ausência de espaços para debater a saúde destas populações, assim como outros temas e questões éticas tidas como polêmicas na sociedade contemporânea (atendimento aos LGBTQIA, aborto, racismo) contribua com a postura incoerente de muitos profissionais diante de certas situações, pois muitos se munem de seus valores morais e religiosos, esquecendo-se do respeito e tolerância. Ao meu ver estes espaços de educação voltados para os profissionais que trabalham com saúde da família devem ser frequentes, pois é na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que o usuário tem sua porta de entrada para um cuidado integral.

A ESF surge embasada, principalmente, na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação de um modelo de saúde pautado na construção coletiva, reafirmando o sujeito como cidadão responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento na família e no coletivo. Para atingir este enfoque, é necessário olhar para este indivíduo dentro de sua realidade, ou seja, de sua família e de suas relações sociais, com as quais entrelaçam as atividades do cuidar em saúde. É nesta perspectiva que foge da concepção usual dos programas tradicionais, por não se tratar da intervenção pontual no tempo e no espaço e, tampouco, de forma vertical e paralela nas

atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (SOUSA, 2000).

Além da saúde da família como ferramenta de cuidado para estes indivíduos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) apresenta marcos legais de conquistas e direitos voltados para esta população alcançados ao longo da última década:

- Decreto Presidencial de 25 de maio, publicado em 26 de maio de 2006, institui o Dia Nacional do Cigano, comemorado no dia 24 de maio de cada ano, que simboliza o reconhecimento, por parte do governo brasileiro, da existência e da necessidade de trabalhar pela maior visibilidade dos povos ciganos no Brasil.
- Portaria MS nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), que, no § 1º do art. 23, “afirma a não obrigatoriedade de comprovação de domicílio para população cigana nômade se cadastrar”.
- Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, e que afirma, no parágrafo único do art. 4º, “o princípio da não discriminação na rede de serviços de saúde”.
- Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, do Ministério da Saúde, redefine a Política Nacional da Saúde (PNPS), que estabelece no art. 3º:

Inciso IV – o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora de forma incipiente, a conquista de direitos vem acontecendo. Ainda são necessários muitos avanços para que a população cigana adquira direitos que são essenciais, principalmente no que tange direitos básicos de vida como moradia, saneamento básico e água tratada.

Mais avanços são necessários também no que tange o conhecimento cultural por parte dos profissionais de saúde, com foco nos trabalhadores da atenção básica, que prestam serviço a esta população. É importante que os trabalhadores possam compreender a forma como os ciganos produzem saúde, adequando a assistência humanizada voltada para suas especificidades culturais, promovendo o vínculo, o controle social, de forma a garantir os três princípios doutrinários do SUS: a universalidade, integralidade e equidade.

O modelo formativo da residência, em que assumimos o serviço é bastante desafiador, principalmente para o residente que ainda não tem nenhuma experiência no mercado de trabalho. Entretanto, aprender com a prática em um campo tão rico e diversificado foi uma experiência bastante enriquecedora, me ajudou a amadurecer bastante e desenvolver competências. Além de me levar a adquirir um olhar crítico e reflexivo para os preconceitos e estigmas aos quais fui submetida, e me permitir viver ver a vida com outro olhar. Hoje posso afirmar que valeu a pena!

## 6. REFERÊNCIAS

- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- BAUMAN, Zygmunt. **Cartas do Mundo Líquido Moderno**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011a.
- Batuli, M.S. **Povo Cigano: o direito em suas mãos**. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH; 2007.
- BRAGANÇA, I.F.S. **Sobre o conceito de formação na abordagem (auto)biográfica**. Educação, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 157-164, maio-ago. 2011.
- BRASIL. Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano / Ministério da Saúde. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2016. 44 p. : il.
- BUOGO, M; CASTRO, G.. Memorial de formação: um dispositivo de aprendizagem reflexiva para o cuidado em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.11 n.2, p.431-449, maio/ago.2013
- COSTA, E. **Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para discussão**. Edição:1. ISBN: 978-85-67708-01-0. Brasília – DF. 2014.
- HASLAM, N. **Dehumanization: An integrative review**. Personality and Social Psychology Review, 10(3), 252-264, 2006.
- LIMA, M.E.O; FARO, A; Santos, M.R. **A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos**. Universidade Federal de Sergipe Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2016, Vol. 32 n. 1, pp. 219-228
- OLIVEIRA, O; SALLES, V. **Reprodução social e reprodução da força de trabalho: reflexões teóricas para o estudo do tema**. Caderno CRH, n. 14, p.7-30, Jan./Jul., 1991.
- SILVA, R.B; CARVALHO, A.B. **A questão da diferença na sociedade contemporânea: reflexões a partir de zygmunt bauman**. Cadernos Zygmunt Bauman ISSN. vol. 4, num. 7, 2014.
- SIMÕES, S. R.C.F. **Educação Cigana Entre-lugares: entre escola e comunidade étnica**. 2007. 76 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007. Disponível em: <http://www.amsk.org.br/estudosepesquisa.htm>
- SIQUEIRA, S.A.V; HOLLANDA, E; MOTTA, J.I.J . Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1397-1406, 2017
- SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 53 (especial), Dez/2000. pp. 25-30.

STANGOR, C; SHALLER, M. **Stereotypes as individual and collective representations**. In C. Stangor (Ed.), *Stereotypes and prejudice* (pp. 64-82). Londres: Psychology Press, 2000.

VENTURI, G; BOKANY, V. **Indígenas no Brasil - Demandas dos povos e percepções da opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo. 2013.