

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano



Brasília – DF  
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família

# Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano



Brasília – DF  
2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação de Garantia da Equidade  
SRTV, 701, 5º andar  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-8852  
Site: <https://aps.sau.gov.br/>  
E-mail: [coge@sau.gov.br](mailto:coge@sau.gov.br)

*Coordenação do trabalho:*

Jeniffer Dantas Ferreira  
Marcus Vinícius Barbosa Peixinho  
Renata Maria de Oliveira Costa

*Elaboração:*

Aline Ludmila de Jesus  
Ana Júlia da Silva Vieira Braga  
Andressa Ferreira Gomes Sousa  
Barbara Gripp Oliveira  
Brenda Caroline Pires Marques  
Caroliny Victoria dos Santos Silva  
Daniela Ketlyn Coutinho Porto de Souza  
Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes  
Graziela Mendes Medeiros  
Isabela Luísa Rodrigues de Jesus  
Jéssica Luciano da Costa  
Maria Inez Montagner  
Miguel Ângelo Montagner  
Raphaella Paiva

*Colaboração:*

Charles Vianna (SNPIR/MMFDH)  
Claudia Renata Silva (CGMAD/DAPES/SAPS/MS)  
Danielle Gomes Dell'Orti (DCCI/SVS/MS)  
Dayanna Fagundes Silva (SNPIR/MMFDH)  
Emanuelle Correa Peres (CGCEAF/DAF/SCTIE/MS)  
Georgia da Silva (DCCI/SVS/MS)  
Janaina de Sousa Menezes (CGZV/DEIDT/SVS/MS)  
Juliana Fersura Reis (CGMAD/DAPES/SAPS/MS)  
Luciana Valeria P. Gonçalves (SNPIR/MMFDH)  
Marlucy Carlos Fernandes (COSMU/DAPES/SAPS/MS)  
Omar Inês Sobrinho (SNPIR/MMFDH)  
Patricia Rodrigues Sanine (DCCI/SVS/MS)  
Paulo Roberto (SNPIR/MMFDH)  
Renata Carla de Oliveira (CGZV/DEIDT/SVS/MS)  
Rosalynd Vinícios da Rocha Moreira (CGZV/DEIDT/SVS/MS)

*Supervisão editorial:*

Júlio César de Carvalho e Silva

*Revisão de texto:*

Claudia de Amorim Souto

*Projeto gráfico e capa:*

Marcos Melquíades (Editora MS/CGDI)

*Normalização:*

Daniela Ferreira Barros da Silva (Editora MS/CGDI)

---

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.

Guia orientador para a atenção integral à saúde do povo cigano [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.  
35 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientador\\_sau\\_povo\\_cigano.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientador_sau_povo_cigano.pdf)  
ISBN 978-65-5993-139-2

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título.

CDU 613.9(=214.58)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0213

*Título para indexação:*

Orientation guide for integral health care for the gypsy people

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>QUAL É O OBJETIVO DESTA GUIA?</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>QUAL É O PÚBLICO ESTRATÉGICO DESTA E-BOOK?</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>O QUE É EQUIDADE EM SAÚDE? QUAL É A SUA IMPORTÂNCIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE?</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>O QUE É VULNERABILIDADE?</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>QUEM SÃO OS POVOS CIGANOS?</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>QUAIS SÃO OS ASPECTOS CULTURAIS E HISTÓRICOS DE CUIDADOS À SAÚDE?</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>QUAL É A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA OFERTA DE CUIDADO EM SAÚDE?</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>QUAL É A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE?</b>	<b>13</b>
<b>9</b>	<b>O QUE SIGNIFICA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO?</b>	<b>15</b>
9.1	Aspectos socioeconômicos	15
9.2	Aspectos políticos e organizacionais da saúde	16
9.2.1	<i>Reconhecimento das pessoas ciganas</i>	16
9.2.2	<i>Respeito a suas roupas, religião e festas</i>	16
9.2.3	<i>Pré-natal, parto e puerpério</i>	16
9.2.4	<i>Acesso aos medicamentos</i>	17
9.2.5	<i>Práticas Integrativas de Saúde</i>	19
9.3	Relação entre itinerância e doenças transmissíveis e comunicáveis	19
9.3.1	<i>Doenças diarreicas agudas - infecciosas</i>	19
9.3.2	<i>Leishmaniose</i>	21
9.3.3	<i>Tuberculose</i>	21
9.3.4	<i>Sarampo</i>	22
9.3.5	<i>Hanseníase</i>	23
<b>10</b>	<b>QUAL É O PAPEL DA GESTÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A ESSE POVO?</b>	<b>24</b>
<b>11</b>	<b>QUAL É A IMPORTÂNCIA DE FORTALECER A VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM SEU TERRITÓRIO?</b>	<b>25</b>
<b>12</b>	<b>AGRAVOS À SAÚDE PREVALENTES</b>	<b>26</b>
<b>13</b>	<b>DIRETRIZES DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO</b>	<b>27</b>
<b>14</b>	<b>EQUIDADE NO ATENDIMENTO DE SAÚDE E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS</b>	<b>28</b>
<b>15</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>34</b>

## 1 QUAL É O OBJETIVO DESTA GUIA?

**Orientar e sensibilizar** gestores e profissionais de saúde sobre as **especificidades e particularidades em saúde** do povo cigano, almejando apresentar os seus aspectos culturais e históricos de cuidados e atenção em saúde, a fim de **promover a equidade**.



## 2 QUAL É O PÚBLICO ESTRATÉGICO DESTA E-BOOK?

O *Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano* tem como **público-estratégico** todas as pessoas interessadas no tema, especialmente **gestores e profissionais de saúde**.

### 3 O QUE É EQUIDADE EM SAÚDE? QUAL É A SUA IMPORTÂNCIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE?

Tratar de saúde é discutir sobre uma elaboração complexa, visto que se se inter-relaciona com os **setores sociais, políticos, econômicos, espirituais e ambientais**. A **universalidade** do acesso aos serviços de saúde, a **integralidade** no atendimento e a **igualdade** no cuidado são norteadores para garantir a prestação qualificada de saúde (PAIM; SILVA, 2010).

A **equidade** em saúde visa **anular injustiças em saúde**, reconhecendo as **especificidades e as situações de vulnerabilidade** nas quais algumas populações se encontram. Desse modo, a premissa do **respeito à diversidade cultural** e aos **modos de vida** do povo cigano deve ser referência para ações e políticas públicas que lhe são direcionadas. Além disso, faz-se necessária participação das comunidades ciganas, como **sujeito ativo e com direito a voz**, na tomada de melhores decisões na gestão e no planejamento da saúde (BRASIL, 2016).

Partimos do princípio que as condições de saúde são impactadas pelos determinantes sociais, tendo em vista que **as desigualdades sociais e econômicas influenciam**, direta e indiretamente, no processo saúde e doença, inscrito entre pessoas e coletividades. Ou seja, considera-se que tanto os fatores sociais, estruturais e ecológicos – como os modos de produção e reprodução da vida: o acesso a educação, moradia e trabalho, as condições ambientais, as especificidades culturais e conjuntura de envelhecimento, entre outros – **incidem sobre a saúde** e, conseqüentemente, na qualidade de vida das populações (BRASIL, 1990).

A saúde é, acima de tudo, um **conceito sociocultural** que se inter-relaciona com os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Para garantir uma política de saúde, com essa perspectiva, na qual a **equidade seja o ponto central**, é preciso considerar o conceito basal: **tratamentos diferentes para pessoas e grupos diferentes**. Posto isso, as políticas públicas devem se preocupar em melhorar as condições de vida e saúde das pessoas, pautando-se pela ética, pela moral e pela justiça social, na descentralização do poder e da tomada de decisão, sendo que essas políticas devem ocorrer em todos os níveis (sociais, ambientais, educacionais e familiar) e com o envolvimento de todos para, assim, enfrentar os desafios antigos e atuais (WHITEHEAD, 1992).

A **promoção da equidade** no Sistema Único de Saúde (SUS) **depende**, portanto, **do comprometimento de gestores federais, estaduais e municipais do SUS**, para a articulação de políticas intersetoriais que visem **melhorar as condições de vida e saúde** dessas populações.

## 4 O QUE É VULNERABILIDADE?

É preciso que estejamos atentos para compreender as **diferenças culturais e sociais** e, acima de tudo, como o impacto socioambiental pode fazer com que pessoas sejam colocadas em **situação de vulnerabilidade**. Dentro de um mesmo sistema, podemos encontrar diferentes tipos de vulnerabilidade, entretanto, para compreendermos quais são e como ocorrem, é preciso usar como ferramenta um arcabouço teórico e uma metodologia.

O crescente desenvolvimento dos povos e da industrialização gerou sociedades com vasta **progressão** e com **priorização** de **alguns grupos sociais**. As riquezas são distribuídas de maneira desigual, com oportunidades de acesso diferenciadas, produzindo **desigualdades injustas** e, por vezes, **evitáveis**. Portanto, trabalhamos com o conceito de vulnerabilidade estrutural ou genética, a saber:

uma situação definida historicamente, cuja origem concreta dentro de um determinado campo social é reconhecida em termos simbólicos e relacionais por grupos ou estratos da sociedade, reconhecimento este remetido ao patamar coletivo, supraindividual (MONTAGNER, M.; MONTAGNER, M. I., 2018, p. 33).

A origem das vulnerabilidades é um **processo histórico**, que “representa uma trajetória daquele grupo dentro da sociedade, seus caminhos históricos e as determinações de força que o grupo sofreu dentro do campo social” (MONTAGNER, M.; MONTAGNER, M. I., 2018, p. 34).

Analisar, por meio de indicadores específicos de saúde, a situação de vulnerabilidade de um grupo social é a maneira apropriada de descrever suas **demandas de equidade**. Fazem-se necessário pontos de **intersecção entre as demandas** de um povo, suas **especificidades** e **compreensões sobre saúde**, e a aplicação nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Cabe ressaltar que a **orientação** quanto ao uso de medicamentos deve ser feita de **maneira cordial e clara**. **Ao profissional de saúde não é possível e nem permitido obrigar uma pessoa a usar determinado medicamento, ou impor a um indivíduo o abandono de seus métodos naturais de cuidado ou abdicar de sua cultura**.

A orientação deve se basear sempre na apresentação de riscos ao se fazer o uso, ao mesmo tempo, de comprimidos e chás, com a orientação que podem aumentar os efeitos ruins do medicamento (efeitos tóxicos) e que efeitos esperados podem não ser notados. Esse tipo de **conversa** deve ser de forma **respeitosa**, com escuta qualificada e acolhimento das possíveis dúvidas.



## 5 QUEM SÃO OS POVOS CIGANOS?

Os povos ciganos chegaram ao Brasil há quase 500 anos, com a ampla distribuição regional e de classes sociais. O **estilo de vida** dos povos ciganos no território brasileiro **não é homogêneo**, a cultura adotada é divergente, e por vezes eles não falam a mesma língua (PORTELA, 2019). Acredita-se que os povos ciganos, sejam descendentes dos povos da Índia que iniciaram sua rota migratória após invasões islâmicas em seu território (ROTHENBURG; STROPPIA, 2020).

No Brasil, os ciganos se diferenciam em três grandes grupos: **Rom, Calon e Sinti**. Cada grupo tem **identidade, costumes e língua** próprios, e, por vezes, sua cultura é transpassada por meio da oralidade.

Além disso, é possível observar uma tendência de crescimento das famílias que não adotam práticas nômades e que têm residência fixa em casas, apartamentos e fazendas, buscando melhores condições de vida e acesso aos direitos básicos de saúde e educação, bem como conquistar um espaço no mercado de trabalho, sem perder suas tradições e costumes (ROTHENBURG; STROPPIA, 2020).

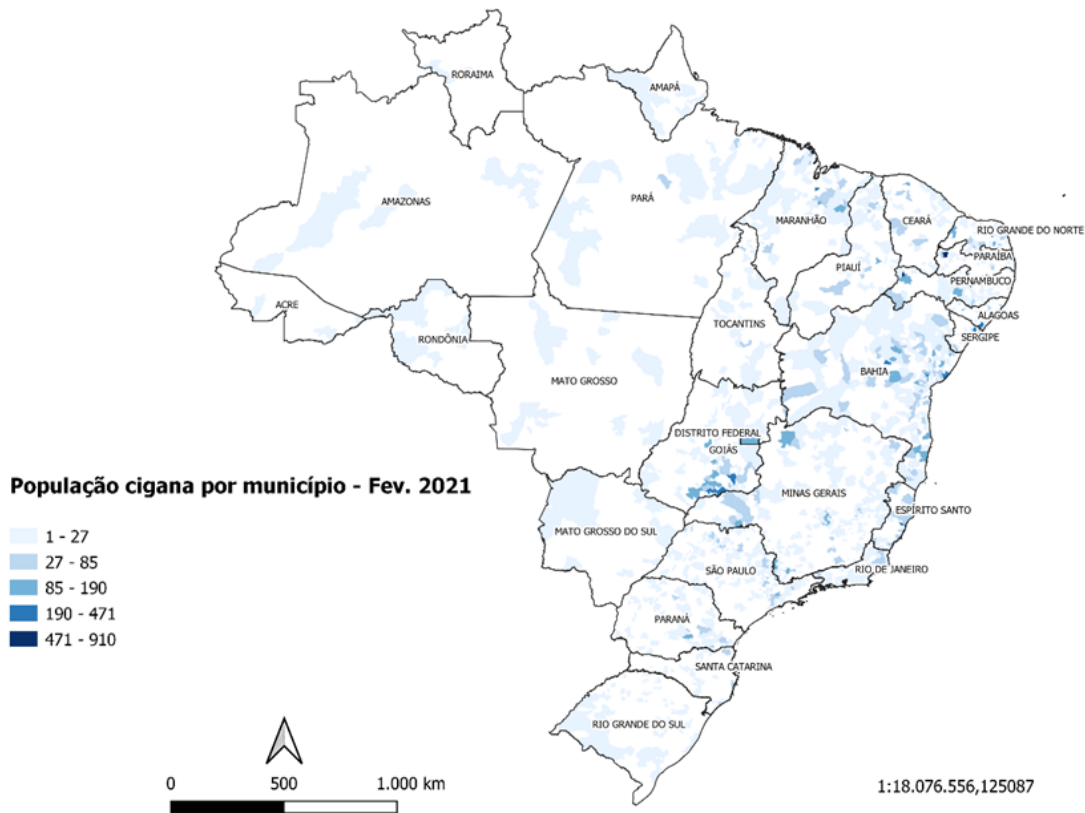
No mundo, a população cigana é estimada em 5 milhões de pessoas. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de 500 mil pessoas ciganas (PORTELA, 2019). No entanto, considerando as subnotificações, esse número pode estar subestimado. Desse modo, os dados se revelam muito incipientes e reforçam a necessidade de mapeamento da população adscrita (ROTHENBURG; STROPPIA, 2020).

Outro importante mecanismo de levantamento de dados é o Cadastro Único (CadÚnico), responsável pelos dados de famílias em situação de vulnerabilidade e utilizado pelo governo federal, estados e municípios para implementação de políticas públicas capazes de promover a melhoria da qualidade de vida dessas famílias. De acordo com os dados do CadÚnico, o Brasil tem 27.779 pessoas ciganas e aproximadamente 13.162 famílias cadastradas em situação de vulnerabilidade social, distribuídas em 1.430 municípios brasileiros (BRASIL, 2021).

Essa população cigana em situação de vulnerabilidade social está distribuída em todas as regiões brasileiras, de forma mais expressiva nas regiões Nordeste e Sudeste, com 55,04% e 26,87% respectivamente, conforme apresentado nas figuras 1 e 2. O estado de Goiás é o que apresenta a maior concentração de população cigana no Centro-Oeste

(93%), com 3.083 ciganos/as distribuídos em 88 municípios. No Norte, essa população está mais concentrada no Pará (47,16%) tendo 191 pessoas distribuídas em 26 municípios. No Nordeste concentram-se mais no estado da Bahia (50,50%), com 7.721 ciganos/as distribuídos em 226 municípios. No Sul, o estado que tem a maior concentração dessa população é o Paraná (57,8%), correspondendo a 755 ciganos em 79 municípios e no Sudeste, Minas Gerais (49,29%) com 3.679 ciganos em 213 municípios.

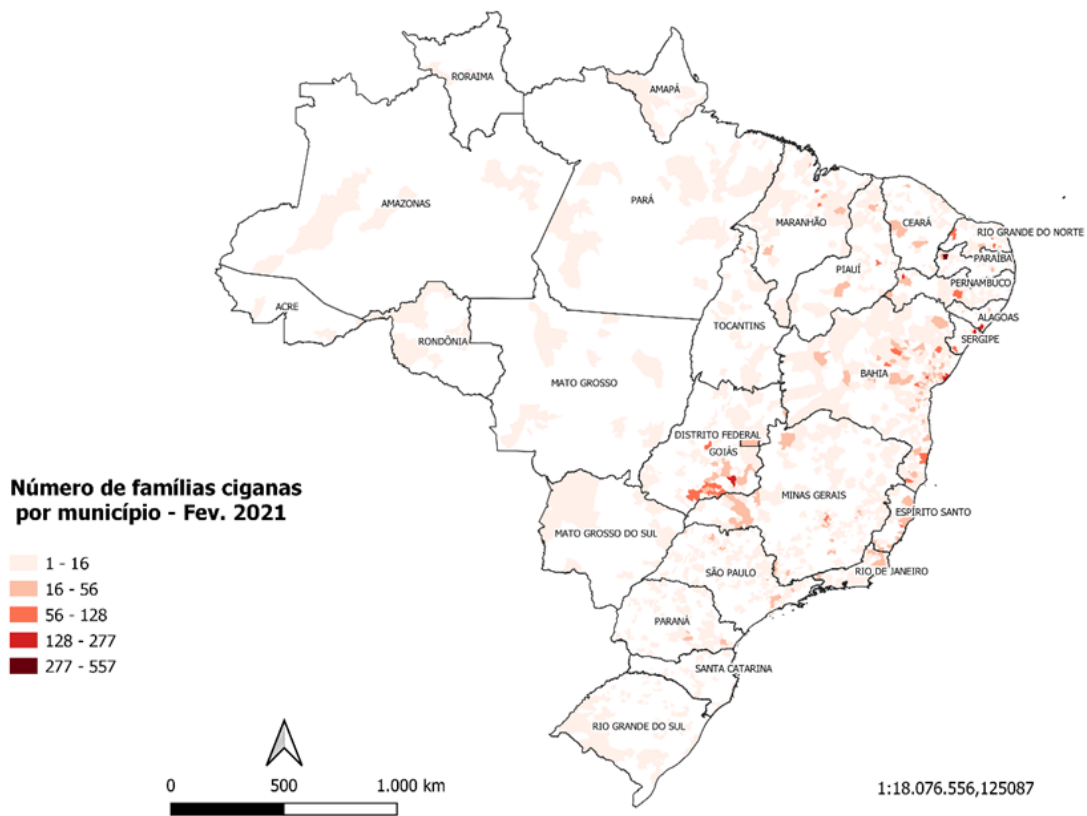
**Figura 1** – Distribuição da população cigana por município brasileiro, fevereiro de 2021



Fonte: COGE/DESF/SAPS (Cadastro Único. Acesso em 10/9/2021).

O número de famílias cadastradas no Cadastro Único tem relação com o número de populações ciganas nos estados e Regiões e distribui-se de forma semelhante, isto é, as famílias do CadÚnico também estão majoritariamente concentradas nas regiões Nordeste (54,60%) e Sudeste (28,46%).

Figura 2 – Distribuição de famílias ciganas por município brasileiro, fevereiro de 2021



Fonte: COGE/DESF/SAPS (Cadastro Único. Acesso em 10/9/2021).

## 6 QUAIS SÃO OS ASPECTOS CULTURAIS E HISTÓRICOS DE CUIDADOS À SAÚDE?

Para falar de cuidados e atenção à saúde dos povos ciganos, é necessário, antes de tudo, **respeitar a diversidade cultural e os modos de vida dessa população**, que apresenta costumes e singularidades próprias.

Cada etnia cigana apresenta **peculiaridades importantes**. Nesse sentido, é importante entender que em cada núcleo familiar existe uma pessoa responsável pelo diálogo com os agentes públicos e que, na maioria das vezes, são os homens, denominados de líderes da comunidade (ROTHENBURG; STROPPA, 2020).

**As ações dos profissionais de saúde em uma comunidade cigana devem ser iniciadas por meio da identificação e do diálogo com essa liderança**, para serem esclarecidas as intenções das ações de saúde, bem como para estabelecer vínculo, confiança e respeito (BRASIL, 2016).

O trabalho desenvolvido na comunidade deve ser de acordo com as **especificidades de cada etnia cigana**. Em algumas comunidades, as mulheres são orientadas a não irem ao hospital sozinhas, assim como a não serem atendidas por médicos homens, enquanto em outras não existe essa restrição. Em função dessas diferenças, faz-se necessário que os gestores e os profissionais de saúde **conheçam e reconheçam cada população adstrita**.

Considerando que nem todos da comunidade sejam alfabetizados, a **utilização de uma linguagem acessível é essencial** para a compreensão dos métodos de promoção, prevenção, diagnóstico e de acesso aos serviços de saúde (ROTHENBURG; STROPPA, 2020).

Vale ressaltar que existe resistência dos homens à procura dos serviços de saúde. A busca pelas consultas preventivas é basicamente inexistente, e os homens ciganos acreditam que os hospitais são um espaço somente para mulheres, crianças e pessoas doentes (COSTA; ROLIM, 2014). Esse fato é preocupante, principalmente visto que os homens somente procuram atendimento quando apresentam sintomas que comprometem a realização de suas atividades diárias (BRASIL, 2016).

## 7 QUAL É A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA OFERTA DE CUIDADO EM SAÚDE?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ações de saúde individuais, familiares e coletivas devem envolver promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, e ser realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, 2017b).

A **APS é considerada a principal porta de entrada do SUS** e deve se orientar pelos princípios da **universalidade**, da **acessibilidade**, da **continuidade do cuidado**, da **integralidade** da atenção, da **responsabilização**, da **humanização** e da **equidade** (BRASIL, 2017b). Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021).

Cabe à APS, como a **ordenadora da rede e coordenadora do cuidado**, promover a atenção integral à saúde e atenuar as situações de iniquidades, promovendo a equidade.

## 8 QUAL É A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE?

*Você conhece seu território?*

*Sabe que populações específicas tem no seu Estado e no seu município?*

*Onde estão localizadas?*

É importante que gestores e profissionais de saúde conheçam as populações de seus territórios e reconheçam as suas realidades e demandas, para o fomento e o fortalecimento de **políticas públicas** direcionadas para suas **particularidades**.

Cabe ao agente comunitário de saúde (ACS) o reconhecimento, o cadastramento e o estabelecimento de vínculo com esses povos; e aos enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, a oferta de assistência direta ao usuário e o reconhecimento das singularidades e dos costumes dos povos ciganos, com intuito de prestar um cuidado respeitoso e baseado nos princípios da **equidade** e **integralidade** (BRASIL, 2016).

A promoção da saúde é definida como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (CARTA..., 1986, p. 1).

Nessa perspectiva, “as estratégias e programas na área da **promoção da saúde** devem se **adaptar às necessidades locais** e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.” (CARTA..., 1986, p. 2).

A promoção da saúde deve ser considerada incumbência da população, da comunidade, dos profissionais de saúde e dos gestores que promovem os serviços de saúde. Ademais, o trabalho interdisciplinar deve buscar parcerias com outros setores e com representantes das comunidades, para manutenção da vida, sendo a saúde um meio fundamental para tal.

Os gestores e os profissionais de saúde devem promover a valorização das ações de prevenção e promoção da saúde voltadas aos povos ciganos, considerando suas

particularidades e especificidades, buscando a **redução do risco** de doença e outros agravos, além de ampliar o **acesso** universal e equânime às **ações e aos serviços** para sua promoção, proteção e recuperação.

Manter os órgãos de saúde e os aparelhos de Estado informados sobre os locais de acampamento ciganos é de extrema relevância, tanto para o direcionamento à saúde dessa população quanto para promoção de condições dignas de saúde pública.

## 9 O QUE SIGNIFICA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO?

**Elencar e descrever o perfil epidemiológico** da população adstrita **é essencial** para a tomada de decisões e para a elaboração de **ações e estratégias** de saúde eficazes. O principal objetivo em traçar o perfil epidemiológico dos povos ciganos é construir um **diagnóstico de saúde** da população adstrita por meio do detalhamento das características sociais e demográficas, ocorrências de morbimortalidade, hábitos de vida, cultura, práticas medicinais e doenças mais prevalentes.

Esse diagnóstico pode ser feito por um profissional de saúde, o qual contribuirá especialmente para aquelas ações que demandam conhecimentos específicos de abordagem, baseadas na caracterização da população adstrita, a exemplo:

### 9.1 Aspectos socioeconômicos

Os primeiros aspectos a serem analisados envolvem o preconceito, a discriminação, os estigmas e os estereótipos associados aos povos ciganos. Essa estigmatização confere uma série de dificuldades de inclusão nos meios trabalhistas e barreiras de acessos a serviços de saúde que respeitem as tradições ciganas.

Algumas famílias e/ou comunidades ciganas itinerantes têm dificuldade na obtenção de documentos civis, impedindo que o estado, o município e/ou o Distrito Federal consigam identificar o membro da etnia cigana. Compreender a necessidade de promover ajuda jurídica para as pessoas que vivem em situação de itinerância é o princípio da cidadania. Não há condições de pensar em equidade antes de considerar as pessoas como cidadãos, com direitos adquiridos.

É de suma importância a **proximidade dos gestores e dos profissionais da saúde** com os **povos ciganos**, atuando em conjunto com ministérios, secretarias de saúde e secretarias de assistência social, para realização do mapeamento e estudo epidemiológico, a fim de elaborar o planejamento de ações e estratégias de saúde, de maneira mais eficaz.

Ademais, faz-se necessário que os entes federados estimulem a **implementação de políticas públicas efetivas, considerando as particularidades**, atuando em ações de prevenção e promoção da saúde junto aos povos ciganos. Para além da existência de leis, políticas, portarias, entre outros, é preciso que esses instrumentos sejam preconizados na prática dos serviços, por meio do reconhecimento de que todas as pessoas **têm direitos iguais** e que suas **necessidades específicas** devem ser **respeitadas**.



## 9.2 Aspectos políticos e organizacionais da saúde

### 9.2.1 Reconhecimento das pessoas ciganas

O primeiro passo para a administração e gestão em saúde é o levantamento e reconhecimento das pessoas que são atendidas ou que precisam de atendimento nos mais diferentes equipamentos públicos. Com base nesse levantamento, será necessário incluir a variável nas informações oficiais sobre os povos de origem cigana. A primeira ação é **elencar os locais onde eles estão morando**, quer seja de forma fixa, pendular ou migrante, para que se consigam espaços de atendimento mais próximos e, sobretudo, com profissionais mais bem adaptados a esse tipo de atendimento. **O respeito pela saúde começa em conhecer quem é o outro.**

### 9.2.2 Respeito a suas roupas, religião e festas

A saúde começa pela **liberdade de se expressar** sem medo de incorrer em estigmas e preconceitos. Permitir que as pessoas usem as roupas que julgam definir a sua cultura e/ou personalidade, promover festas e eventos e, sobretudo, estimulá-las a se manifestarem e significar suas ideias e pensamentos também faz parte do **conceito de equidade**.

### 9.2.3 Pré-natal, parto e puerpério

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que inclui **a integralidade e a promoção da saúde** como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na **melhoria da atenção obstétrica**. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente afastados das políticas públicas, nas suas **especificidades e necessidades**, como é o caso das mulheres ciganas.

Essa política considera a **diversidade das pessoas**, sendo uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia, enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

Especialmente em relação ao período puerperal, no qual a mulher se encontra mais fragilizada (com sentimento de insegurança, abandono ou solidão), é preciso maior acolhimento e atenção às suas necessidades, entendendo que as mudanças ocorridas em sua rotina influenciarão (positivamente ou negativamente) em sua saúde e no cuidado com o recém-nascido.

No entanto, apesar de serem situações comuns à maioria das mulheres, no cuidado à saúde da mulher cigana há particularidades que **merecem maior atenção** dos profissionais de saúde.

De acordo com uma pesquisa realizada por Souza, em 2016, as mulheres ciganas entrevistadas informaram que a baixa aderência ao acompanhamento do pré-natal se deve à itinerância, ao trabalho (geralmente vendedoras) e ao atendimento por profissionais do sexo masculino, ou simplesmente por não querer ir às consultas devido ao medo de repreensão e olhares maliciosos e preconceituosos a sua cultura e vestimentas. As participantes relataram que desejam ser atendidas de forma humanizada, na qual suas especificidades não interferissem no atendimento (SOUZA, 2016).

#### 9.2.4 Acesso aos medicamentos

O SUS oferta a Assistência Terapêutica Integral aos seus usuários, compreendendo, além das ações de assistência à saúde ofertadas nos serviços, a dispensação de medicamentos e de produtos de interesse em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde ou, na sua falta, de acordo com as relações de medicamentos definidas pelos gestores de saúde (BRASIL, 2011).

A assistência farmacêutica está fundamentada na Política Nacional de Medicamentos, que visa garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Assim, uma de suas diretrizes compreende a adoção de relação de medicamentos essenciais em todos os níveis de gestão (BRASIL, 1998).

No âmbito nacional é estabelecida a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome, uma lista que elenca os medicamentos a serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. A rol está organizado em cinco anexos, sendo os três primeiros correspondentes aos componentes de financiamento da assistência farmacêutica: o **componente básico**, que disponibiliza medicamentos e insumos para condições relevantes e para as condições de saúde mais prevalentes na população; o **componente estratégico**, direcionado para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico; e o **componente especializado**, que disponibiliza os medicamentos para o tratamento de condições clínicas definidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). A aquisição e a disponibilização desses medicamentos nas farmácias seguem as pactuações tripartites, ou seja, pactuações entre os gestores das três esferas de gestão – município, estado e União. Assim, há itens que são disponibilizados em farmácias comunitárias, em centros de saúde ou em farmácias do componente especializado da assistência farmacêutica (BRASIL, 2020).

O **acesso aos medicamentos é organizado localmente**; para isso os estados e municípios devem estabelecer relações de medicamentos com base na Rename, porém com autonomia para adequação ao **perfil epidemiológico da população**. Assim, no âmbito local, os medicamentos do componente básico são estabelecidos por uma Relação de Medicamentos Municipal de Medicamentos Essenciais – Remume, para a qual se recomenda seguir o elenco da Rename. Salienta-se que o gestor municipal tem autonomia para contemplar outros medicamentos, a fim de atender aos principais problemas de saúde da sua população. Da mesma forma, os estados podem pactuar a oferta de outros medicamentos, de forma complementar ao elenco pactuado no componente especializado da assistência farmacêutica, estabelecendo a Relação Estadual de Medicamentos – Resme.

Para explicar melhor esse raciocínio, **imagine** que estamos comparando os medicamentos mais utilizados na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia e os medicamentos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Por Rondônia ser um estado que fica em uma região úmida, com mata, rios e com população ribeirinha, espera-se encontrar disponíveis medicamentos antimicrobianos como aqueles para tratamento de malária, leishmaniose, algumas verminoses transmitidas pela água e soros para picadas de cobra. Diferentemente, para as necessidades do Estado de São Paulo, encontram-se disponíveis, em geral, medicamentos de uso contínuo para diabetes, pressão alta, aumento dos níveis de gordura no sangue e descompensação da tireoide. Esses medicamentos por sua vez são menos prescritos em Rondônia.

Na prática, os usuários precisam ser orientados nos serviços de saúde quanto ao fluxo de atendimento e acesso ao elenco de medicamentos padronizados no município e estado onde estão alocados. Cabe esclarecer que há diversas pactuações que podem estabelecer diferentes elencos e fluxos de acesso em cada região aos medicamentos. Em relação aos povos ciganos, é importante ressaltar que a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, e a Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018, asseguram o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo que eles não apresentem comprovante de residência, proibindo expressamente a recusa de atendimento pelo SUS nesses casos.

Um mecanismo de adequação dos medicamentos a cada região, de acordo com seu perfil de prevalência e incidência de doenças, é a **avaliação dos tipos e motivos** dos atendimentos e a análise do estoque dos **medicamentos mais demandados** naquele local. Como descrito na Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001), é de **responsabilidade do gestor estadual** a aquisição de medicamentos e insumos que sejam relevantes para a sua realidade local, por meio de designação de verbas disponibilizadas pela União.

### 9.2.5 Práticas Integrativas de Saúde

Povos e comunidades tradicionais, como povos ciganos, têm **formas próprias de cuidado com a saúde**. Práticas com chás, compressas com ervas, unguentos e garrafadas, entre tantos outros, são formas de tratar doenças com base em conhecimentos populares e geracionais, usualmente entre as mulheres de uma mesma família, que são bastante difundidas entre o povo cigano (BRASIL, 2016).

A utilização dessas práticas tradicionais de cuidados com a saúde é um outro fator que também influencia na **frequência** dessas pessoas aos serviços de APS. Devido à resistência aos tratamentos de doenças que envolvem medicamentos como comprimidos, xaropes e injeções, a **adesão à APS é baixa** (BRASIL, 2016). Assim, cabe aos profissionais da saúde uma **orientação quanto ao uso correto de medicamentos em sua relação com a cultura de tratamento de doenças dessas pessoas**. Essa é uma forma não só de integrar o povo cigano na comunidade em que ele está residindo no momento, mas também de compartilhar e ensinar seus diversos conhecimentos populares sobre ervas e raízes encontradas na natureza.

A **incorporação da fitoterapia** (plantas medicinais e fitoterápicos) na unidade de saúde pode, ainda, ser uma forma privilegiada de atrair o povo cigano para a unidade, permitindo que não apenas seja possível o cuidado com a saúde, mas também a **disseminação de informações** sobre seus modos de vida (MEDEIROS, 2011).

### 9.3 Relação entre itinerância e doenças transmissíveis e comunicáveis

Os povos ciganos buscam os serviços de saúde **com mais frequência para doenças agudas e infecciosas** que estejam impactando momentaneamente a sua saúde e a maneira de realizar suas tarefas usuais (SILVA JÚNIOR; TOYANSK, 2020).

O modo de vida nômade de algumas famílias e/ou comunidades de povos ciganos acarreta preocupações quanto aos impactos dessas movimentações em relação às questões relacionadas à saúde, como no caso das doenças infecciosas, que são transmitidas de pessoa a pessoa. **Essas doenças merecem cuidado especial e rastreamento**, pois podem ser transmitidas de uma localidade a outra por meio da locomoção das pessoas.

#### 9.3.1 Doenças diarreicas agudas – infecciosas

As doenças diarreicas agudas (DDA), mais precisamente as infecciosas, que têm relevância epidemiológica, estão compreendidas entre as doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA) e podem ser causadas pela ingestão de água/alimentos contaminados

com bactérias e suas toxinas, vírus e outros parasitas intestinais oportunistas. Como descreve Silva Júnior e Toyansk (2020), **muitos dos acampamentos** onde vivem os povos ciganos **não têm água encanada**, energia elétrica e **saneamento básico**, ou seja, o **esgoto corre ao céu livre**, contaminando as águas que ainda poderão ser consumidas pelas pessoas.

A transmissão das DTHA pode ser de forma **indireta** – por consumo de água/alimentos contaminados – e **direta** – alguns agentes etiológicos também podem ser transmitidos de pessoa a pessoa.

Esse tipo de diarreia é caracterizado por uma síndrome geralmente autolimitada, em que há diminuição da consistência das fezes, aumento da frequência da evacuação (mínimo 3 episódios em 24hr) em até 14 dias e pode ser acompanhada de **febre, náuseas, dor abdominal e vômitos**. As **fezes podem ter sangue ou muco (disenteria)**. O **tratamento** está baseado na **correção/prevenção da desidratação do paciente** conforme planos de tratamento especificado no manejo do paciente com diarreia e disenteria. Quando acompanhadas de comprometimento do estado geral, são tratadas com medicamentos específicos, dependendo do tipo de microrganismo causador.

Os casos síndrômicos de doenças diarreicas agudas são notificados em unidades sentinelas da Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas. E **todos os surtos**, ou seja, **dois ou mais indivíduos com sinais e sintomas semelhantes e com histórico de consumo de mesma fonte de água/alimentos, devem ser notificados e investigados** pelas unidades e profissionais de saúde.

A ocorrência de pessoas com quadro clínico síndrômico compatível com as doenças diarreicas agudas inspira cuidados e medidas de prevenção e controle, com **investigação epidemiológica**, pois a fonte de contaminação deve ser identificada para **quebrar a cadeia de transmissão**, bem como a identificação de potencial transmissão pessoa a pessoa, o que pode manter a transmissão e propagar para outros locais.

**Atenção especial deve ser dada aos casos de DDA em crianças**, especialmente com as menores de 5 anos de idade e com idosos, mais suscetíveis ao adoecimento devido ao enfraquecimento do sistema imunológico relacionado à idade. Segundo a OMS, ocorrem cerca de 525 mil óbitos de crianças menores de 5 anos causados por diarreia aguda todos os anos. Essa diarreia pode ter um quadro mais grave pela alimentação inadequada e desidratação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

### 9.3.2 *Leishmaniose*

A leishmaniose é uma doença que pode afetar várias partes do corpo e tem intensidades diferentes. Ela é causada por um parasita do gênero *Leishmania*, transmitido por picada de mosquitos infectados, sendo mais comum em **lugares úmidos e em região de mata**. A leishmaniose cutânea é o tipo mais comum e se **apresenta como feridas** de formato oval com bordas bem delimitadas e que pode afetar a boca e o nariz (BRASIL, 2017c).

Já a leishmaniose visceral afeta o fígado, baço, medula óssea e outros órgãos, sendo comuns sintomas como **tosse, dor abdominal, anemia, perda de peso, diarreia, fraqueza, aumento do fígado e do baço**. Pode acontecer de a leishmaniose que atinge a pele evoluir para o tipo que atinge órgãos internos, de forma mais preocupante (BRASIL, 2006).

Dessa forma, é preciso que se tenha a **busca ativa** pelo serviço de saúde dos **possíveis casos da doença**, de forma que se tratem de maneira efetiva os casos confirmados e que sejam evitados novos casos na região. Se uma pessoa com a doença se mudar, pode iniciar um surto da doença na nova localidade, e, por isso, a busca ativa é tão importante (BRASIL, 2006, 2017c).

### 9.3.3 *Tuberculose*

A tuberculose é uma **doença infecciosa e transmissível** causada pela bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta predominantemente os pulmões, embora possa atingir outros órgãos e/ou sistemas. O principal sintoma é a **tosse na forma seca ou produtiva**. As pessoas com sintomas respiratórios, ou seja, as que apresentam tosse com duração de três semanas ou mais devem ser investigadas para tuberculose. Há outros sinais e sintomas que podem estar presentes, como a **febre vespertina, sudorese noturna, perda de peso e fadiga**.

A transmissão ocorre pela inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, durante a fala, espirro ou tosse das pessoas com tuberculose ativa, que lançam no ar partículas em forma de aerossóis contendo bacilos (BRASIL, 2019). Anualmente, cerca de 10 milhões de pessoas adoecem por tuberculose no mundo e, aproximadamente, 4,5 mil pessoas morrem em decorrência da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; BRASIL, 2019, 2021).

O diagnóstico e tratamento são oferecidos pelo SUS; trata-se de uma doença de **notificação compulsória**. O tratamento dura no mínimo seis meses e deve ser

realizado de forma correta, diariamente e até o final, visando à cura e, conseqüentemente, à quebra da cadeia de transmissão da doença para evitar que a infecção se intensifique ou que não seja mais possível o tratamento com medicamentos pelo desenvolvimento de resistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Além dos fatores relacionados ao sistema imunitário de cada pessoa e à exposição ao bacilo, alguns sinais de vulnerabilidade social também favorecem o adoecimento por tuberculose, como moradia com aglomeração de pessoas, ambientes com pouca ventilação, pessoas com baixa renda, entre outros. Assim, algumas orientações quanto à prevenção são importantes, como manter ambientes bem ventilados e com entrada de luz solar, proteger a boca ao tossir ou espirrar e evitar ambientes aglomerados.

Considerando a baixa procura do povo cigano por serviços de saúde, é importante alertar que o abandono ao tratamento pode impactar tanto no quadro clínico da pessoa, que pode desenvolver resistência aos medicamentos, como na comunidade, mantendo a cadeia transmissora da doença. Portanto, ações como o acompanhamento e a busca ativa são essenciais, principalmente entre as populações que se deslocam para outros municípios.

#### 9.3.4 Sarampo

O sarampo é uma doença transmitida por um vírus e é **extremamente contagiosa**. Uma pessoa infectada pode contaminar 90% das pessoas suscetíveis que entraram em contato, ou seja, pode colocar em risco toda a comunidade cigana. Os sintomas iniciais são: febre e exantema (manchas avermelhadas), acompanhados de tosse, irritação nos olhos, coriza, mal-estar intenso e falta de apetite. Alguns são muito parecidos com sintomas de conjuntivite (irritação dos olhos) ou resfriado e gripes usuais. Podem surgir manchas brancas na parte interna da boca, na região das bochechas e, após 3 a 5 dias, surgem manchas vermelhas em todo o corpo (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021; XAVIER *et al.*, 2019).

A transmissão do vírus ocorre principalmente seis dias antes do aparecimento do exantema e quatro dias depois. Essa é uma doença de **notificação compulsória** que representa grandes riscos principalmente para crianças com menos de 5 anos de idade. Uma pessoa contaminada pode colocar em **risco** toda a comunidade, principalmente **gestantes e crianças** (XAVIER *et al.*, 2019). Por isso, é importante identificar oportunamente os casos da doença a fim de implementar as ações necessárias ao controle e prevenção de novos casos.

Uma maneira de prevenir um possível surto de sarampo é **vacinar** toda a população, conforme as indicações estabelecidas no Calendário Nacional de Vacinação. Especialmente no povo cigano, a vacinação deve ser feita não apenas para sarampo, mas para todas as doenças para as quais exista vacina disponível. **A vacinação é disponibilizada no Sistema Único de Saúde de forma gratuita e é uma maneira segura e eficaz de se proteger.**

### 9.3.5 Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que tem predileção pela pele e nervos periféricos, **com alto poder incapacitante**, podendo causar deformidades e incapacidades físicas. A infecção por hanseníase acomete pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. Entretanto, é necessário um longo período de exposição à bactéria, sendo que apenas uma pequena parcela da população infectada realmente adoece. **Importante salientar que a hanseníase tem cura e o SUS oferece tratamento eficaz e gratuito.**

Os sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase são:

- Manchas (brancas, avermelhadas, acastanhadas ou amarronzadas) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica (ao calor e frio) e/ou dolorosa (à dor) e/ou tátil (ao tato);
- Comprometimento do(s) nervo(s) periférico(s) – geralmente espessamento (engrossamento) –, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- Áreas com diminuição dos pelos e do suor;
- Sensação de formigamento e/ou fisgadas, principalmente em mãos e pés;
- Diminuição ou ausência da sensibilidade e/ou da força muscular na face, e/ou nas mãos e/ou nos pés;
- Caroços (nódulos) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

Em 2019, foram notificados 27.864 casos novos de hanseníase no Brasil. Do total de casos novos diagnosticados no País, 1.545 (5,5%) ocorreram em menores de 15 anos.

**O diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a investigação de contatos que convivem ou conviveram, residem ou residiram, de forma prolongada, com caso novo diagnosticado de hanseníase são as principais formas de prevenção.**



## 10 QUAL É O PAPEL DA GESTÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A ESSE POVO?

*Quais são as atribuições da gestão?*

*Cabe apenas ao Ministério da Saúde a implementação e execução de políticas públicas para o povo cigano?*

A formulação de políticas, o planejamento, o financiamento, a coordenação, a regulação, o controle e a avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde e a prestação direta de ações e serviços de saúde são algumas das **atribuições da gestão**. Além disso, vale ressaltar, que a **gestão do Sistema Único de Saúde é tripartite**, sendo definido no art. 9 da Lei nº 8.080/90, que:

a direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Promover **parcerias** com instituições de ensino e pesquisa e **profissionais** com formação na área da saúde amplia o conhecimento sobre as singularidades desse grupo populacional, favorecendo atitudes respeitadas e promovendo a equidade.

Os povos ciganos têm especificidades culturais no que se refere ao seu tratamento em saúde e à constituição de hierarquia dentro de seus seios familiares. Cabe à gestão em saúde **incentivar e fiscalizar** ações e estratégias voltadas para o povo cigano, ou seja, é de suma importância o **reconhecimento da população adstrita** e entender o **perfil epidemiológico do território para organizar a oferta da assistência**.

## 11 QUAL É A IMPORTÂNCIA DE FORTALECER A VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM SEU TERRITÓRIO?

As ações de vigilância sanitária têm ampla abrangência quanto ao escopo de trabalho, com atribuições **multidisciplinares** que implicam um olhar atento aos fatores de **risco e danos à saúde**. Os princípios da **prevenção** e da **proteção** buscam diminuir a probabilidade de uma maior manifestação desse fator indesejável, promovendo a **saúde e o bem-estar da população** (BRASIL, 2007).

Na prática de promoção da saúde, ressalta-se a importância das ações educativas de conscientização, sensibilização e capacitação, com o objetivo de alcançar a atuação dos sujeitos como pessoas ativas, ou seja, corresponsáveis por suas decisões, na melhora da qualidade de vida e de saúde (LEITE; NAVARRO, 2009).

Posto isso, os riscos implicados na moradia do povo cigano são emblemáticos e envoltos de grande discussão. O Estado tem o papel de regulamentar, normatizar e fiscalizar ações que visem oportunizar o melhor **bem-estar social**. Para tanto, todos os componentes que formam esse sistema devem contribuir para o alcance de bons resultados (LUCCHESI, 2001).

As ações da vigilância sanitária no território do povo cigano são basilares, e seu fortalecimento oportuniza a **não perda de cultura, a autonomia, a saúde e o bem-estar** (BRASIL, 2016).

## 12 AGRAVOS À SAÚDE PREVALENTES

Um estudo realizado com um grupo de população cigana identificou fatores que merecem atenção dos gestores no que diz respeito ao cuidado à saúde desse povo. O primeiro deles refere-se à situação de insalubridade em que alguns vivem, o que os torna mais suscetíveis às doenças infectocontagiosas, especialmente do aparelho respiratório, além da dificuldade no acompanhamento e monitoramento em relação às doenças crônicas, como diabetes, colesterol alto e hipertensão arterial (COSTA; ROLIM, 2014).

Algumas **áreas são cruciais para a prevenção e promoção da saúde para essa população**, como: odontologia, tabagismo, alcoolismo, cânceres de mama e de próstata, área da nutrição, cardiopatias, pressão alta, diabetes, problemas estomacais, como gastrite, acompanhamento do pré-natal e comorbidades específicas à saúde do homem.

A **depressão e o suicídio merecem atenção especial**, considerando o contexto histórico, a situação de vulnerabilidade, o preconceito, o racismo e a perda de familiares; existe prevalência desses agravos de saúde em mulheres ciganas. Outros sintomas, como a **ciatalgia e a lombalgia**, são comumente observados em face de tarefas domésticas e as longas caminhadas para as vendas diretas dos seus produtos.

### 13 DIRETRIZES DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO

- I. **fortalecer** a atenção integral à saúde do povo cigano em todos os ciclos de vida, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, considerando suas especificidades e particularidades;
- II. **garantir** o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde;
- III. **valorizar** e **promover** a saúde integral do povo cigano, respeitando suas especificidades;
- IV. **estabelecer** estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação de promoção e prevenção da saúde;
- V. **qualificar** as informações em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados epidemiológicos;
- VI. **formular, implementar, monitorar e avaliar** indicadores e metas de saúde;
- VII. **identificar, combater e prevenir** situações de violência e discriminação de qualquer tipo nos serviços de saúde;
- VIII. **assegurar e fortalecer** a saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional;
- IX. **consolidar** a rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico;
- X. **incentivar** à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do povo cigano;
- XI. **promover e reconhecer** os saberes e práticas tradicionais de saúde do povo cigano;
- XII. **fortalecer** o processo de monitoramento e avaliação de saúde do povo cigano;
- XIII. **implementar** processos de informação, comunicação e educação sobre saúde integral com linguagem acessível.

## 14 EQUIDADE NO ATENDIMENTO DE SAÚDE E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

A saúde é um **direito fundamental** do ser humano, intrinsecamente ligado ao fundamento constitucional da **dignidade** da pessoa humana, **devendo o Estado prover** as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Esse direito se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Outrossim, trata-se de um **direito público** subjetivo, uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas, conforme artigo 196 da Constituição Federal 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”.

Tal preceito é complementado pela Lei 8.080/90, em seu artigo 2º: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nesse sentido, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, vem atuando, em parceria com a Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde, na **construção de estratégias e ações intersetoriais** voltadas à **promoção da equidade em saúde**, a fim de enfrentar os determinantes sociais e melhorar as condições de saúde da população cigana em situação de vulnerabilidade social.

## 15 CONCLUSÃO

A **equidade** em saúde tem ganhado espaço nas discussões, e passa-se a **compreender as desigualdades** com fundamento nas singularidades de cada indivíduo, no princípio de que os **desiguais devem ser tratados de forma desigual**.

A APS, por ser **a principal porta de acesso** aos serviços de saúde, deve ter uma atuação fundamental na oferta de ações de promoção da saúde e de **reconhecimento das especificidades** desse povo, visando melhorar as suas condições de vida e de saúde.

É de suma importância que as três esferas de governo, bem como a sociedade civil, se empenhem na concretização das ações que visem ampliar a promoção, a atenção e o cuidado em saúde do povo cigano, materializando os princípios que alicerçam o SUS. Para tanto, **é imprescindível que gestores e profissionais de saúde conheçam as populações de seus territórios, reconhecendo as suas especificidades e identificando as suas vulnerabilidades**.

Vale ressaltar que o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, institui a política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com o objetivo de **garantir o direito do acesso** aos serviços de saúde de povos e comunidades tradicionais, e a Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, ao instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano, **garante a cobertura da saúde** do povo cigano, de maneira que suas particularidades sejam respeitadas e o acesso, garantido.

**É essencial que os profissionais compreendam os costumes dos povos ciganos, considerando-os como populações que têm necessidades biopsicossociais e espirituais.**

## REFERÊNCIAS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 52, n. 8, mar. 2021. Número especial. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/marco/05/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_52\\_final2.pdf](https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf). Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto consolidado até a Emenda Constitucional n. 96 de 06 de junho de 2017. Brasília, DF: Senado Federal, 2017a. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/CON1988.pdf](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/CON1988.pdf). Acesso em: 6 out. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Tabulador do cadastro único.** 2021. Disponível em: [https://cecad.cidadania.gov.br/tab\\_cad.php](https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.052, de 8 de maio de 2007.** Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052\\_08\\_05\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília, DF: MS, 1998. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384\\_31\\_12\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2020. Brasília, DF: MS, 2020. *E-book*. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos 2001**. Brasília, DF: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar**. Brasília, DF: MS, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano**. Brasília, DF: MS, 2016.

CARTA de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 8 out. 2021.

COSTA, E.; ROLIM, J. D. J. **Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil**: subsídios para discussão. Brasília, DF: AMSK, 2014.



LEITE, H. J. D.; NAVARRO, M. V. T. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 61-82. *E-book*. (Coleção Sala de Aula, 7). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/6bmrk/pdf/costa-9788523208813.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2001.

MEDEIROS, C. M. **Uma análise da cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento: contribuições para a estratégia da Saúde da Família**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MONTAGNER, M.; MONTAGNER, M. I. Desigualdades sociais e o pensamento social em saúde: vulnerabilidade social na sociedade pós-moderna. In: MONTAGNER, M. A.; MONTAGNER, M. I. (org.). **Manual de saúde coletiva**. Curitiba: CRV, 2018. p. 17-38.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PORTELA, G. **Ciganos no Brasil: saúde e preconceitos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 21 jan. 2019. Disponível em: [https://www.icict.fiocruz.br/content/ciganos-no-brasil-sa%C3%BAde-e-preconceitos#:~:text=As%20pessoas%20ciganas%20t%C3%AAm%20uma,%20paciente%20cigano\(a\)](https://www.icict.fiocruz.br/content/ciganos-no-brasil-sa%C3%BAde-e-preconceitos#:~:text=As%20pessoas%20ciganas%20t%C3%AAm%20uma,%20paciente%20cigano(a).). Acesso em: 13 set. 2021.

ROTHENBURG, W. C.; STROPPIA, T. Estatuto dos povos ciganos no projeto de lei do Senado n. 248/2015. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 600-624, maio/ago. 2020.

SILVA JÚNIOR, A. A.; TOYANSK, M. Saúde das comunidades ciganas no Brasil: contextos e políticas públicas. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, São Paulo, n. 10, p. 159-185, ago. 2020.

SOUZA, D. K. P. **A experiência e as estratégias das mulheres ciganas com o nascimento dos seus filhos**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17362/6/2016\\_DanielaKetlynDeSouza\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17362/6/2016_DanielaKetlynDeSouza_tcc.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diarrhoeal disease**. 2 May 2017.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease#:~:text=Diarrhoeal%20disease%20is%20the%20second,and%20adequate%20sanitation%20and%20hygiene>. Acesso em: 13 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: WHO, 2020.

XAVIER, A. R. *et al.* Clinical, laboratorial diagnosis and prophylaxis of measles in Brazil. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 390-401, July/Ago. 2019.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. G. de; BARBOSA, D. R. M.; PEDROSA, J. I. dos S. Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 1116-1129, 2013.

ANDRÉA, G. F. M. Estatuto do cigano: um marco legal necessário no Brasil. **Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, Palhoça, SC, ano 10, n. 21, p. 71-84, jul./dez. 2020.

BRASIL. **Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia**. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/20/cartaz\\_manejo\\_paciente\\_diarreia\\_2017\\_web.pdf](https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/20/cartaz_manejo_paciente_diarreia_2017_web.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html). Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Carta de Ottawa**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: MS, 2002. p. 19-27. (Série: B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 6 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Guia de políticas públicas para povos ciganos**. Brasília, DF: SEPPPIR, 2013.

GOLDFARB, M. P. L.; LEANDRO, S. S.; DIAS, M. D. O 'cuidar' entre as calin: concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, São Paulo, v. 11, n. 33, p. 851-876, 2012.

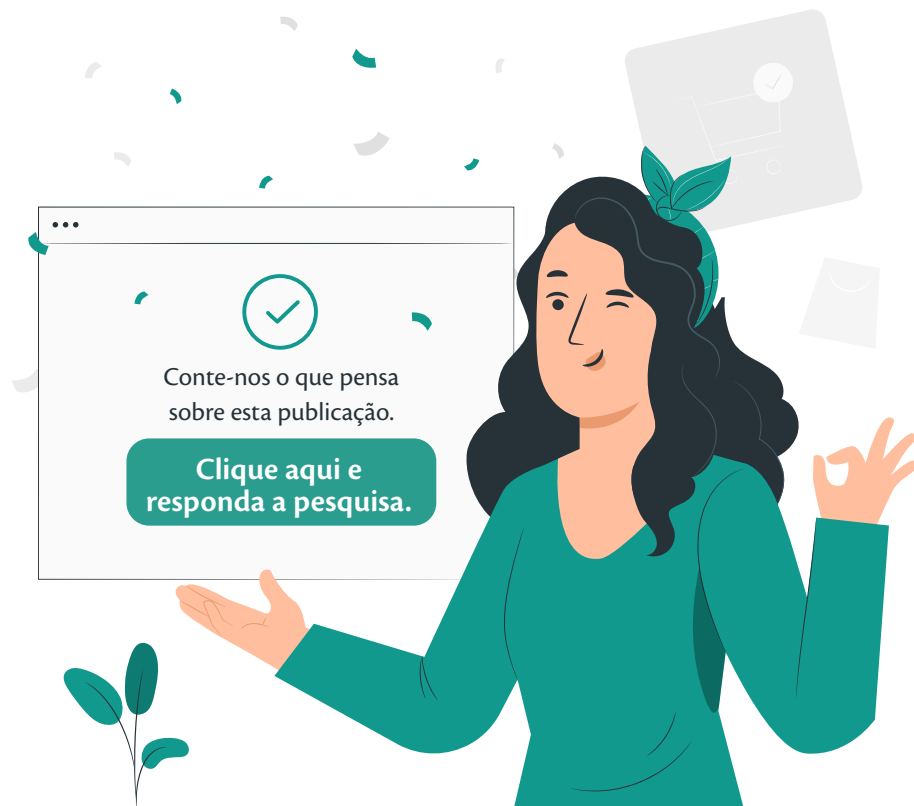
LOURENÇO, L. de F. L. *et al.* A historicidade filosófica do conceito saúde. **História da Enfermagem**: Revista Eletrônica, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 17-35, 2012.

MEDEIROS, L. A.; SOARES, M. L. SUS e povos ciganos: desafios na construção de uma política para equidade. **Áltera**: Revista de Antropologia, João Pessoa, v. 2, n. 7, p. 270-283, jul./dez. 2018.

MEIRELES NETO, E. B. *et al.* A relação dos ciganos com o mundo do trabalho: limitações na empregabilidade formal em Jacobina - Bahia. **Scientia Prima**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 134-146, maio 2020.

PIERONI, G. **Vadios e ciganos, heréticos e bruxas**: os degredados no Brasil Colônia. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

SIQUEIRA, S. A. V. de; 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**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, maio 2017.



DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal