

## A experiência e as estratégias das mulheres de etnia cigana com o nascimento dos seus filhos: a realidade do mundo cigano no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal

The experience and strategies of gypsy women with the birth of their children: the reality of the gypsy world in the Public Health System of the Federal District, Brazil

La experiencia y estrategias de las mujeres gitanas con el nacimiento de sus hijos: la realidad del mundo gitano en el Sistema Público de Salud del Distrito Federal, Brasil

Daniela Ketlyn Coutinho Porto de Souza<sup>1</sup>  
Maria Inez Montagner<sup>2</sup>  
Sandra Mara Campos Alves<sup>3</sup>  
Miguel Ângelo Montagner<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** compreender as experiências e estratégias das mulheres de etnia cigana para ter acesso ao sistema público de saúde nos momentos de pré-natal, parto e pós-parto. **Metodologia:** foi empreendida uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada, com cinco mulheres ciganas de etnia Calon, idade entre 22 e 54 anos, moradoras no Distrito Federal. Por meio de uma abordagem fenomenológica, foram utilizados o conceito de experiência proposto por Schutz e o conceito de estratégia de Michael Bury. **Resultados:** apenas uma participante afirma ter realizado o pré-natal em uma de suas gestações, as demais foram atendidas de modo esporádico e uma última afirmou nunca ter buscado o serviço de saúde. Todas relatam dificuldades culturais ao se relacionarem com as instituições do Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** para essas mulheres, o conceito de saúde se baseia na ausência de doenças e o Sistema Único de Saúde é percebido como apenas um cartão magnético, sendo a maior demanda é serem reconhecidas como etnia cigana pelo sistema de saúde.

### Palavras-chave

Ciganos. Cuidado Pré-Natal. Sistema Único de Saúde. Parto.

### Abstract

**Objective:** to understand the experiences and strategies of gypsy women to access the public health system during prenatal, childbirth and postpartum periods. **Methods:** qualitative research was undertaken, whose data collection was conducted through a semi-structured interview, with five gypsy women of Calon ethnicity, aged between 22 and 54 years old, living in the Federal District. Through a phenomenological approach, the concept of experience proposed by Schutz and the concept of strategy by Michael Bury were used. **Results:** only one participant claims to have performed prenatal care in one of her pregnancies, the others

<sup>1</sup> Bacharela em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; pesquisadora, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3626-883X>. E-mail: [daniela\\_ketlyn@hotmail.com](mailto:daniela_ketlyn@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil; professora associada, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0871-7826>. E-mail: [inezmontagner@hotmail.com](mailto:inezmontagner@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; pesquisadora e coordenadora, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558>. E-mail: [smcalves@gmail.com](mailto:smcalves@gmail.com)

<sup>4</sup> Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil; professor associado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9901-0871>. E-mail: [montagner@hotmail.com](mailto:montagner@hotmail.com)

were seen sporadically and the last one said she had never sought the health service. All report cultural difficulties when relating to the institutions of the Unified Health System (SUS). **Conclusion:** for these women, the concept of health is based on the absence of diseases and the SUS is perceived as just a magnetic card, and the greatest demand is to be recognized as a gypsy ethnicity by the health system.

### Keywords

Gypsies. Prenatal care. Unified Health System. Childbirth.

### Resumen

**Objetivo:** conocer las experiencias y estrategias de las mujeres gitanas para acceder al sistema público de salud durante el prenatal, parto y posparto. **Metodología:** se realizó una investigación cualitativa, cuya recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, con cinco mujeres gitanas de etnia Calon, con edades entre 22 y 54 años, residentes en el Distrito Federal. A través de un enfoque fenomenológico se utilizó el concepto de experiencia propuesto por Schutz y el concepto de estrategia de Michael Bury. **Resultados:** solo una participante afirma haber realizado control prenatal en uno de sus embarazos, las demás fueron atendidas esporádicamente y la última dijo no haber buscado nunca el servicio de salud. Todos relatan dificultades culturales al relacionarse con las instituciones del Sistema Único de Salud (SUS). **Conclusión:** para estas mujeres, el concepto de salud se basa en la ausencia de enfermedades y el SUS es percibido sólo como una tarjeta magnética, siendo la mayor demanda ser reconocida como etnia gitana por el sistema de salud.

### Palabras clave

Gitanos. Cuidado prenatal. Sistema Único de Salud. Parto.

### Introdução

Conforme o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1), a saúde é um direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas e, concomitantemente, a Lei nº 8.080/90 (2) determina que o Estado deve prover condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde preconizado constitucionalmente. Assim, para o pleno desfrute desse direito, não se impõe a apresentação de documentos civis de quem quer que seja, constituindo-se um verdadeiro obstáculo ao direito à saúde a exigência de documentação para o atendimento ao usuário.

Se é verdade que a saúde deve ser garantida a todos, sem distinção de raça, cor, etnia, orientação sexual ou religião – e o Estado deve prover essa garantia –, é preciso perquirir se todas as etnias, como a cigana, têm esse direito assegurado, especialmente em momento tão especial e delicado como o da gestação, parto e pós-parto.

A proteção à saúde materna e neonatal tem alcançado repercussão mundial, gerando pactuações internacionais, como aquelas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em que os Estados se comprometem, entre outras ações, a atuar positivamente para a redução da mortalidade materna e infantil (3).

Dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) informam que, no ano de 2011, 61,84% das mulheres efetuaram sete ou mais consultas de pré-natal e 10,17% até três consultas durante a gestação; embora um grande percentual de mulheres tenha realizado o pré-natal com, pelo menos, o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, existem mulheres que não as realizam. (4)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (5) tem como objetivo norteador a melhoria “[...] do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.”. O PHPN fundamenta-se nos preceitos que a humanização da assistência obstétrica e neonatal rege:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido [...] O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabiamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionais desnecessárias. (5).

A Portaria de Consolidação (PRC) nº 5 do Ministério da Saúde (6), de 28 de setembro de 2017, traz como princípio e diretriz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento o direito de toda gestante a ter o acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Contudo, será que esses princípios e diretrizes garantem acesso das mulheres de etnia cigana ao pré-natal, parto e puerpério, em especial contando que elas possuem características culturais específicas? Sobre essas características específicas apresentaremos a discussão à frente.

Inicialmente, foi realizada pesquisa sobre a legislação que de alguma forma correlacionasse os povos ciganos ao Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, protocolos de atendimento voltadas a saúde da mulher de etnia cigana. Procuramos verificar a existência de protocolos de atendimento específicos para mulheres de etnia cigana, mas o que se verificou é que os protocolos de atendimento dos serviços de saúde não consideram a cultura e a etnia das pessoas que são atendidas, centrando-se nas necessidades ligadas ao biomédico ou à prestação de serviços. Em seguida, procuramos elucidar o problema proposto nesta pesquisa: a peculiaridade do comportamento das mulheres de etnia cigana, suas necessidades e sua forma de ver o nascimento de um novo ser. Traduziu-se esse problema para o objetivo do artigo, qual seja o de compreender as experiências e estratégias

das mulheres de etnia cigana para terem acesso ao sistema público de saúde nos momentos de pré-natal, parto e pós-parto.

### *Marco teórico*

A fenomenologia preocupa-se com a realidade cognitiva aliada aos processos de experiências humanas subjetivas, e a experiência é a atenção voltada para os objetos, sejam eles reais ou imaginários, materiais ou ideais, e todos esses objetos são intencionados, e as formas de consciência são associados ao conteúdo das experiências (7, p.7)

Conforme a teoria fenomenológica, cada indivíduo constrói seu próprio mundo, mas com o amparo de materiais e métodos que são ofertados por outros: “[...] o mundo da vida é um mundo social que aparece ao indivíduo de forma pré-estruturada.” (7, p.27). De acordo com Schutz, a conduta humana só é considerada ação quando a pessoa que age atribui significado a sua ação e dá a ela uma determinada direção. Por sua vez, essa conduta intencionada ou intencional torna-se social a partir do momento que tal conduta atinja outros, e o motivo é um contexto de significados que aparece como motivo da conduta humana (7, p.18). Essa direção ou sentido da ação pode ser assumida como estratégia.

Segundo Michel Bury apud Montagner (8, p. 54), “[...] os enfermos tendiam a desenvolver e utilizar estratégias novas frente à doença, como uma reação e tentativa de retomar suas vidas cotidianas anteriores.”. A partir dessa constatação, Bury propõe a análise das respostas pessoais para a adaptação em termos de *estratégia*, conceito que se refere às ações das pessoas provenientes da enfermidade, como um resultado empírico e prático, à administração dos problemas que envolvem sua condição (8, p. 197).

Ainda que Bury trate especificamente das estratégias de pessoas com enfermidades crônicas, o conceito foi aplicado a esta pesquisa para compreender as estratégias utilizadas pelas mulheres de etnia cigana, frente ao sistema de saúde, para gerenciarem a nova realidade de serem mães e quais foram as estratégias para a realização de pré-natal ou não.

### **Metodologia**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, ao buscar um aprofundamento da compreensão de determinado grupo social que, no caso específico, foram mulheres de etnia cigana gestantes ou que passaram pela experiência do parto. A pesquisa qualitativa se preocupa com o contexto em que determinado indivíduo ou grupo social está inserido, aspectos da realidade que não podem ser quantificados, para esclarecer as relações sociais estabelecidas em diversos contextos (9).

Realizamos a investigação na base de dados *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), utilizando os descritores gestantes, gravidez, cuidado pré-natal, roma/ciganas, marginalização social, vulnerabilidade social e vulnerabilidade em saúde, para buscar trabalhos científicos em português que atendessem ao tema de pesquisa. Quando pesquisados separadamente, foi possível encontrar artigos que atendessem aos descritores, porém, após utilização do operador booleano AND, os resultados foram reduzidos e em muitas combinações o resultado foi zero.

A coleta de dados qualitativos se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, proposta por Merton e colaboradores (10), pois permitem uma aproximação entre o entrevistador e o participante. Para dar início à coleta dos dados, foi necessária uma aproximação junto à extinta Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Governo do Distrito Federal, que funcionou como intermediador inicial para a sondagem de acampamentos dos povos ciganos no Distrito Federal. A partir do conhecimento do local de instalação da comunidade de etnia cigana, fez-se o contato com o líder do acampamento e a permissão para o ingresso na comunidade.

As entrevistas tiveram como norteador um roteiro semiestruturado, com o auxílio de um gravador, cujo início foi precedida da autorização gravada, vez que não dominavam a escrita para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O roteiro contou com 42 questões abertas, divididas em seis núcleos (focos): 1) identificação, que buscou conhecer as características sociais das participantes; 2) dados socioeconômicos, com questões referentes às características econômicas de cada mulher; 3) experiência com o pré-natal; 4) experiência do parto, com perguntas que objetivaram compreender o que é saúde para essas mulheres e quais foram suas experiências com relação ao pré-natal, parto e puerpério; 5) experiência de mulheres que realizaram o parto no Sistema Único de Saúde; e 6) cultura e história, contadas a partir das experiências vividas por elas.

Os critérios de inclusão foram mulheres da etnia cigana gestantes, ou que passaram pela experiência do parto de vivos, natimortos ou de crianças que tiveram o óbito antes de completar um ano de idade, e que utilizaram, ou não, os serviços de saúde, no Distrito Federal.

A pesquisa contou com a participação de cinco mulheres da etnia Calon que atenderam aos critérios de inclusão. O grupo Calon, originário de Espanha e Portugal, é bastante expressivo no Brasil, estando presente em todas as regiões do país (11). Pelo caráter sigiloso da pesquisa, os nomes das participantes foram substituídos por nomes inspirados em flores.

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa foram observados, tendo sido o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, nº 1.681.592, do dia 16 de agosto de 2016.

## Resultados e discussão

Em primeiro lugar, queremos destacar que o local da pesquisa é um acampamento em terreno cedido pelo Governo do Distrito Federal. O acampamento possuía algumas barracas, fornecidas pela Defesa Civil do Distrito Federal, usadas como moradia. Segundo as nossas informantes, não há saneamento básico ou qualquer acesso a condições sanitárias, nem energia elétrica. O local é de difícil acesso e localização e não há transporte público, obrigando os membros da comunidade a fazerem longas caminhadas até um ponto de ônibus urbano. Todas as melhorias, que já deveriam ser destinadas nesse local, ainda são improvisadas e não oficializadas.

Por essas informações, podemos inferir que existe a dificuldade de higiene, devido à falta de banheiros e chuveiros. Apesar disso, em todas as casas que se pode entrar, vê-se a limpeza de todos os utensílios de cozinha, das camas e chão, que contrastam com a falta de recursos. Todas as mulheres enfatizaram a necessidade de manter não só o acampamento, mas todas as casas, o mais limpo possível. Mesmo tendo que enfrentar as mais diversas situações para conseguirem água, não deixam de fazê-lo, pois consideram a limpeza um dos pontos centrais da responsabilidade das mulheres e desempenham esse papel de forma perfeita.

Outro sentimento que todas as mulheres partilham é o preconceito, humilhação e desconfiança que sentem dos *gadjes*, ou não ciganos. Elas relataram casos em que não só o olhar dos *gadjes* foi de medo ou de desconfiança, como suas atitudes também eram de aversão aos povos ciganos. Contam várias histórias de terem água suja jogada quando estavam vendendo panos de prato, atividade realizada pelas mulheres deste acampamento, xingamentos e outras atitudes que demonstravam o quanto elas não eram bem-vindas em determinados ambientes.

As cinco mulheres de etnia Calon, residentes no acampamento no momento da pesquisa, tinham entre 22 e 54 anos, sendo duas solteiras e três casadas. Quanto à cor, afirmaram serem pardo-morenas (4) e branca (1). Três afirmaram pertencer à religião evangélica e duas à religião católica. O número de residentes por casa variou de duas a doze pessoas, com renda mensal no limite da linha de pobreza. A renda de três mulheres vinha da venda de panos de prato, toalha de mesa e colchas de cama. Todas essas vendas

eram feitas na rua, em geral, com seus filhos no braço e em grupos. A forma de trabalho em grupo, de pelo menos duas mulheres juntas, servia como fator de proteção contra possíveis agressões; e levar os filhos junto a todos os lugares onde trabalham já faz parte da tradição e cultura do povo cigano. Sobre a distribuição do dinheiro ganho, as mulheres nos contaram que estão sempre juntas e dividem o que tem, entretanto, as residências com menor número de pessoas possuíam o maior poder aquisitivo, de acordo com as respostas individuais.

Todas possuíam documentos de identificação, sejam cédula de identidade, carteira de trabalho, CPF ou certidão de nascimento, o que pode ser uma característica dessa família cigana, pois a literatura (12) aponta que muitos povos ciganos são nômades e não possuem documentos de identificação. Nesse caso, estamos falando de famílias sedentárias ou quase sedentárias, portanto a preocupação do grupo em ter documentos é maior. Em outra pergunta sobre a dificuldade que tiveram com o não cadastramento oficial de seus cartões do Sistema Único de Saúde, todas as mulheres disseram que ter um cartão que não funciona é complicado, pois nem sempre estão com os documentos disponíveis, além de ocorrer a perda de documentos devido aos inúmeros deslocamentos da comunidade cigana.

Duas participantes declararam ser analfabetas. Elas contaram que não podiam estudar, pois não eram aceitas por serem oriundas de outras escolas cuja comprovação não foi emitida ou por não conseguirem acompanhar a turma em que eram matriculadas. O estudo, historicamente, não era o importante para algumas destas mulheres porque, pela tradição, se elas possuísem estudos não encontrariam espaço entre os povos ciganos. Segundo as informantes, esse costume já passou e hoje em dia elas podem e são estimuladas a estudar e terem suas profissões.

### **A saúde da mulher: onde estão as mulheres de etnia cigana?**

Há a obrigatoriedade legal de atendimento de saúde pública a todos que por vezes não é cumprido em alguns serviços de saúde. Os profissionais da saúde, por desconhecimento ou preconceito, exigem da usuária de etnia cigana comprovante de residência e outros documentos civis dos quais não é portadora. Isso gera duas alternativas para as mulheres: ou elas conseguem um comprovante de residência de alguma pessoa ou desistem de serem atendidas na atenção primária e já se destinam aos prontos-socorros e atendimentos de urgência. O resultado, em caso de doenças crônicas quando é necessário o acompanhamento, é que acabam por não terem o cuidado necessário. Outro problema é que não sabiam do direito de pedirem uma cópia de seu prontuário ou relatório médico para

levarem a outros lugares e continuar o tratamento, uma vez que o Sistema de Informação de Prontuários do Sistema Único de Saúde ainda não é factível para as pessoas.

Essas mulheres conhecem a saúde na perspectiva de seu grupo de origem: a família e as amigas. Os médicos apenas são consultados em casos graves e poucas conseguem o acompanhamento para suas doenças crônicas e acesso à assistência farmacêutica. Para as nossas informantes, a saúde chega a ser quase uma entidade, uma quarta parte do ser humano, pois na doença não há trabalho, não há *vida*, muito menos tranquilidade:

É tudo, o principal da vida da gente é saúde. (Dona Margarida).  
É viver bem, o que mais, saúde é tudo. É importante, que a gente tem que ter. (Dona Jasmim)

Saúde pra mim é a coisa mais importante, porque a gente sem ela, a gente não consegue nada, a gente tem que ter ela em primeiro lugar, antes de qualquer coisa. (Dona Íris)

É a pessoa não ter doença né? A pessoa viver tranquila (Dona Dália).  
Eu graças a Deus sou sadia, graças a Deus não sinto nada. Sem doença graças a Deus. (Dona Lís)

Todas as boas coisas da vida advêm da saúde: seu trabalho, sua dança, seu canto e todas as atividades que, para elas, são essenciais para a vida. Estar saudável e não sentir nada de *anormal* é sentir-se forte, e apta para todas as necessidades suas e do grupo. A saúde também foi relatada como ausência de sinais e sintomas clínicos e a não necessidade de médicos.

Nenhuma das mulheres nos informou ter algum problema de saúde diagnosticado por médicos. Fica para nós, que analisamos essas falas, a clara falta de atendimento médico e realização de exames. Mesmo elas dizendo que não há *diagnóstico de doenças*, também nos afirmam sentirem dores, inchaços e outras *fraquezas*. Esse foi um dos contrassensos da pesquisa: apenas Dona Dália relatou ter um inchaço no corpo, mas que ainda não foi diagnosticado. A sua estratégia quando o inchaço incomoda é ir a um serviço de saúde e o profissional que a atende prescreve algum medicamento que ameniza os incômodos. Mas até hoje não conseguiu fazer exames, nem mesmo clínico, para que seja feito um diagnóstico sobre seu sintoma, apenas lhe receitam paliativos, que por hora amenizam, mas não sente a cura.

### **A sexualidade é tema mais que sensível no grupo**

Todas as sociedades criam seus tabus. O antropólogo inglês Radcliffe Brown define tabu como as normas que são dadas às crianças, para que “[...] não se intrometam nas

coisas dos mais velhos.” (13, p.122). Podemos compreender nessa afirmação que o tabu estaria separando os assuntos de acordo com a idade e com o lugar que cada um ocupa na sociedade. Ou seja, alguns assuntos envolvem apenas um grupo, mas são de interesse de todos.

Esse é o caso de assuntos que falam sobre a saúde sexual. Segundo as mulheres, o mais velho ou o responsável por um grupo cigano, deverá ser o primeiro a saber o que será falado e entregue para o grupo, antes de se iniciar uma reunião ou conversa com os profissionais de saúde. Mas há assuntos que elas não têm *coragem* nem direito de ouvir ao lado dos homens e das crianças. O sexo é um assunto tabu:

Porque nós, cigano assim não tem muito essa, nós não tinha esse costume, tipo de ter uma filha e já conversar com a filha, oh filha vai acontecer isso e isso, tem tipo vergonha. Eu mesmo tenho uma filha já mocinha eu tenho vergonha de conversar com ela [...] Não consigo falar com ela livremente, já minha irmã não, essa daqui, ela conversa com as filhas dela de boa. (Dona Margarida)

O que se pode ou não conversar no grupo e entre as mulheres é um assunto ensinado de mãe a filha. A mãe diz o que não pode ser falado e cumpre as regras não discutindo esses temas em público. Isso posto, quando assuntos ligados a sexualidade foram abordados, as respostas foram curtas e diretas, por não poderem conversar com ninguém sobre o tema. Por exemplo, a conversa com elas sobre menstruação foi difícil. Era nítido que elas se sentiram desconfortáveis ao falar, embora nenhuma delas tenha se negado a responder. Dona Íris contou que, ao menstruar pela primeira vez, “[...] fui para baixo do chuveiro esperando que em algum momento o sangue estancasse, depois vesti três calças para ver se parava, porém, foi tudo em vão”. Comprar absorvente foi um constrangimento, ainda mais se algum homem, como o dono do estabelecimento, tocasse no absorvente, pois isso seria um desrespeito. O homem não deveria atender as mulheres nesses assuntos. Em geral, elas procuram lugares onde não haja homens para se sentirem “um pouco mais confortável”.

Elas relembram quando o Centro de Saúde da região promoveu uma palestra no acampamento, sobre os meios contraceptivos, apresentando objetos em formatos de órgãos genitais. Essa intervenção não foi muito bem aceita pela comunidade, para eles aquilo foi um desrespeito, especialmente com as pessoas mais velhas. Uma das entrevistadas afirmou não ter permanecido e considerou uma afronta mulheres ensinarem, em frente aos homens, sobre meios contraceptivos.

## A importância dos médicos no parto

Das participantes, quatro já eram mães: uma de três, outra de dois, outra de cinco e a quarta mulher era mãe de catorze filhos; uma quinta estava grávida do primeiro filho, com oito meses de gestação. Quando perguntadas sobre o diagnóstico de gravidez, quatro responderam que só foram descobrir depois do terceiro mês de gestação, quando a barriga começou a crescer e os enjoos apareceram e somente uma tomou ciência da gravidez por fazer um teste de farmácia.

As mulheres acabaram percebendo a gravidez pelo enjoo ou pelo aumento do tamanho da barriga, não foi relatado que a ausência do sangue menstrual a fez pensar em possível gravidez. Segundo Campos, o tema é tão tabu que nem mesmo em suas falas conseguem relatar a suspeita de gravidez relacionada ao sangue menstrual, ou falar em menstruação (14).

Nossa preocupação foi a de compreender como o grupo analisa a gravidez. Para elas, o evento *gravidez* é algo planejado por Deus em suas vidas, considerando que as mulheres de etnia cigana entrevistadas são católicas ou evangélicas. Para todas, estar grávida é ter sido escolhida por Deus e é um privilégio social ser mãe. A maternidade é algo esperado e querido e nenhuma das mulheres afirmou não querer filhos, dado que essa é das suas funções. Portanto, a gravidez faz parte da *saúde feminina*, como explica melhor a Dona Margarida:

Gravidez é uma coisa de Deus, é bom demais. Deus que escolhe a gente é uma coisa de Deus, eu achei bom. Tirando a dorzinha que a gente sente no final, mas tá bom. (Dona Margarida)

Todas citaram Deus em suas falas sobre a gravidez:

Uma dádiva de Deus, e eu assim, gravidez pra mim na questão da saúde, sendo a pessoa sendo bem tratada, com alimentação correta, fazendo tudo bem certinho, não é doença, é uma vida que vai nascer. (Dona Iris)

A felicidade perpassa os sentimentos:

Tem hora que eu sento pra pensar assim, é uma coisa de Deus mesmo né? A gente vê os filhos da gente assim, criar, eles crescer, casar e ter os mesmo filhos que a gente tem, é coisa da gente pensar, coisa de Deus mesmo porque não é coisa da terra não. (Dona Dália)

Eu mesmo agradeço a Deus que me deu essas bênçãos, tudo sadia, graças a Deus, não tem problema, a maior riqueza, porque tem muitos ricos que não tem a oportunidade que nós vive aqui ô, ô pra você vê. (Dona Lís)

Sobre o tema foco da pesquisa, iniciou-se com a seguinte pergunta: a senhora sabe o que é pré-natal e sua importância? Todas concordaram que ele é importante e disseram que conheciam o objetivo dos exames; em especial, todas tocaram no ponto de cuidados com a saúde da mãe e do bebê e de prevenção de doenças. Em alguns momentos, confundem o pré-natal com os exames preventivos de câncer. Mesmo assim, acreditam que se o Papanicolau *der negativo* não há a possibilidade de se ter câncer. Mesmo considerando toda a importância dos exames realizados, ainda o fator místico impera em suas falas:

Sei, mas na minha época que eu fiquei grávida dos meus meninos, eu nunca fiz pré-natal [...] É importante porque pras crianças não nascer com problema, porque tem várias crianças que têm problema, que nascem com problema, e fazendo pré-natal, cuida direito, toma remédio, com Deus na frente não acontece as coisas. (Dona Dália)

Uma das entrevistadas realizou o pré-natal das duas filhas; três entrevistadas foram a poucas consultas e apenas uma delas afirma não ter realizado consulta alguma, mas foi acolhida em um hospital no momento do parto.

Ainda que percebam a importância, elas afirmam não tomarem como essencial o atendimento nos centros de saúde para assuntos relacionados à gravidez. Para elas, a gravidez é um fenômeno natural que acontece mesmo sem você precisar de informações, entretanto, compreendem que nos dias de hoje, com as novas doenças que apareceram, faz-se necessário esse acompanhamento. As mulheres que tiveram atendimento em centro de saúde ou hospital afirmaram ter recebido uma boa assistência por parte da equipe multiprofissional e que suas dúvidas sobre parto e pós-parto foram respondidas.

Das cinco participantes, duas relataram ter adquirido alguma infecção durante uma das gestações, mas que foi resolvida por meio de internação e medicação.

Entretanto, quando o assunto são os exames realizados em suas partes íntimas, ele causa embaraços. Elas tinham dificuldades para responder e o faziam de forma renitente quando as perguntas se aproximavam dos temas tidos como *vergonhosos*.

Sobre a realização do exame Papanicolau preventivo, uma das participantes disse ter realizado o exame em vista de infecção adquirida. Outras duas confirmaram não ter realizado o exame e que não tinham conhecimento dele. Uma delas afirmou:

não, não sei o que é papanicolau não [...] É o mesmo preventivo? Preventivo é o exame que faz pra saber se a gente tem algum problema [...] e ele é importante esse exame, eu tenho vontade de fazer, só que toda vez dá errado pra mim. (Dona Margarida)

Mesmo reconhecendo o exame, elas procuraram se esquivar de responder dizendo que não sabiam o que era. Em outras de suas falas, referiam tanto o preventivo como o Papanicolau, como poderemos constatar em outros momentos da análise. Quando a pergunta foi reforçada, duas entrevistadas recordaram-se de ter realizado o exame durante a gravidez, mas desconheciam o motivo:

Durante o pré-natal? Se eu te falar a verdade eu não tenho certeza, porque eu sempre fiz esse exame, sempre fiz, eu não me lembro se durante a gravidez eu fiz. (Dona Íris)

Olha, eu tenho 53 anos, eu senti umas dor na minha barriga quando eu morava em Santa Maria, aí minha menina me levou escondido pra mim fazer esse exame mas vai fazer quase três anos que eu fiz esse exame [...] Foi a primeira e última vez, ai não fiz mais. (Dona Dália)

As mulheres reconheceram a importância do exame e que por meio dele é possível diagnosticar precocemente doenças e ter um prognóstico mais eficaz. O problema não é a realização do exame em si, pois não se sentem constrangidas quando atendidas por mulheres:

Faz até pouco tempo agora, faz uns 15 dias que eu fiz ai no postinho [...] inclusive esse posto de saúde está de parabéns, ela (médica) perde um tempo, não é assim que ela perde um tempo, é diferente dos outros postos, ela olha olho no olho e conversa mesmo, é aquela preocupação de explicar detalhes, de ir lá no computador e mostrar vídeos, sabe?, da importância de fazer esse exame. (Dona Lis)

A forma de atendimento dessa médica, segundo essa senhora, deveria ser o padrão de atendimento: cuidado ao ouvir e ao explicar o que a pessoa precisa fazer ou quais são as possibilidades de tratamento. No entanto, mesmo se fosse um homem com as mesmas qualidades, elas não aceitariam da mesma forma. Um homem dando muita atenção, olhando nos olhos, não é algo respeitável na cultura cigana.

### **O toque masculino no corpo feminino**

O toque masculino de qualquer tipo é considerado um desrespeito na cultura cigana, afinal o corpo de uma mulher da etnia cigana é sagrado e não pode ser profanado por um homem, mesmo um médico. Elas só podem ser tocadas pelos seus maridos. Elas expressaram o desejo de serem atendidas por profissionais mulheres, o que demonstra um despreparo do sistema com relação às diferenças culturais:

Não, eu nunca fiz essa coisa [Papanicolau], porque toda vez que eu vou sempre é homem, então, até da fila uma vez, eu tava na fila chegando no doutor aí eu sai da fila. (Dona Margarida)

Dona Margarida também manifestou a vontade de fazer o exame Papanicolau, porém não se sente bem com o fato de ser um profissional de saúde do sexo masculino. A equidade nesse caso deveria ser fortalecida, promovendo o vínculo dessas mulheres com a atenção primária de saúde. A não adesão à tratamentos, a baixa aderência à medicação e a falha em realizar exames preventivos são explicadas em uma só fala:

Sem eu saber [que no dia do exame ginecológico seria feito o Papanicolau], porque, quando eu percebi que era, falei: não vou de jeito nenhum, e era um médico, ainda mais médico, não aceito de jeito nenhum. E não aceitei mesmo, aí foi e passou com uma médica, aí foi que eu fiz. (Dona Dália)

Não é simples nem desejável alterar as concepções de vida das pessoas e os profissionais de saúde que tentam fazê-lo afastam as pessoas. É preciso ouvir as suas necessidades, isso faz parte de um atendimento humanizado e integral.

## O nascer cigano

Ao relatar experiências com o parto, era nítido o semblante abatido delas ao reviver estas experiências. Todas as participantes relataram alguma história rodeada de preconceito e discriminação. Elas recordaram como eram feitos os partos:

Pelo povo cigano era tudo em casa, assim nos acampamentos, tem uma tia mesmo minha que ela viajando, eles viajando quando tava morando fora da cidade dentro dos matos assim na beira de uma lagoa, de barraca, num tempo de chuva assim bem, ela ganhou criança sozinha, ela mesmo fez o parto [...] maioria daqui, as mais nova assim que teve no hospital, mas as mais velhas tudo, foi tudo em casa. (Dona Margarida).

O parto em casa é pensado como uma boa opção, mas elas não possuem, nos dias de hoje, pessoas que as ajudem nesse momento e ficam inseguras de fazer como suas antecessoras. Mas há quem ainda prefira essa forma de parto:

Eu mesmo ganhei dois em casa, meu esposo mesmo que foi o parteiro, cortou com tesoura, mediu os três dedos o umbigo e cortou, tá aí meus filhos tudo sadio graças a Deus. Bom, aqui do nosso meio só foi ele mesmo. (Dona Lís)

Isto veio mudando com o passar dos tempos e atualmente elas preferem o parto nos hospitais. Entretanto, elas reclamam de não serem ouvidas, em especial quanto aos

profissionais de saúde, que não compreendem que há coisas que transcendem o conhecimento científico:

Eu queria mais médica, mais enfermeira pra atender a gente, porque eu tenho muita vergonha sabe? O mesmo médico colocou a mão em mim, que eu nunca aceitei, sempre quem fez parto foi a mulher, o médico vinha e eu não deixava, mesmo quando tava ganhando neném, teve um mesmo que uma vez brigou comigo, me xingou. (Dona Margarida)

A dor do parto é vista como normal e passageira. Elas entendem o parto como um *momento de dor*:

Graças a Deus não senti nada, só senti dor mesmo pra ganhar. (Dona Margarida).

Para essa mulher, o atendimento foi adequado e em nada viu diferença. Sentiu-se bem tratada, na medida do Sistema Único de Saúde. O significado da dor é algo que não pode ser avaliado somente pelo corpo físico, ele pode extrapolar:

Misericórdia, a primeira quase que eu morria, eu pedia pra Deus me levar, porque ele me tratou muito com indiferença. (Dona Margarida)

Nesse caso específico, a dor da indiferença foi muito maior que a sentida no parto. O momento foi transformado em um evento no qual a mulher se viu preterida e sem valor. A Dona Margarida continua:

Então pra mim foi um trauma muito grande, quando eu engravidei de novo quase que eu morria, só de pensar pelo que eu passei, eu cheguei a pedir pra Deus me levar, eu falei: “meu Deus me mata”, porque ninguém vinha falar comigo dentro da sala, quando olhei pro médico, ele de havaiana do meu lado, isso pra mim me matou.

A mesma senhora nos conta uma outra experiência de parto:

Aí no dia lá, a pessoa que eu pensei que era enfermeira, que ficava do meu lado com tanto carinho comigo, era a minha médica, a que ia fazer o parto, era a médica, de tão boazinha que ela era. (Dona Margarida).

Podemos verificar, a partir dessa fala, como é percebido, para estas mulheres, o papel do médico, pois pelo tipo de atendimento – com carinho e atenção, estar acompanhada por uma mulher no momento do parto aportou a tranquilidade necessária naquele momento.

De toda forma, Dona Margarida nos contou que não teve problemas de saúde na gravidez e no pós-parto, relatando que não aconteceram intercorrências:

Rápido demais [...] aí passa uns dois ou três dias, nós somos rápida, tem gente que demora vinte, trinta dias pra voltar a fazer [trabalhar], e nós não, dez dias no máximo. (Dona Margarida).

Na fala de outra mulher, Dona Dália, ela não *presenciou* o parto, ela desmaiava e não conseguia fazer o parto natural, tendo que recorrer à cesáreas, portanto, se sentia uma *pessoa de sorte por não estar presente no seu momento do parto*. Ela preferia as cesáreas, pois se reestabeleceria junto com as outras mulheres, suas parentes:

Meus parto era tudo ruim [...] eu desmaiava e não via nada. Eu tenho três cesáreas [...] de tanta dor, de tanto sofrimento, não dava mais, daí se entregava mesmo. (Dona Dália).

Não sabemos até onde era ruim, pois ela nunca tinha tido um filho de parto natural.

O orgulho de poder voltar ao trabalho rapidamente é uma das características de todas as mulheres. Elas dão muita importância à saúde, que está ligada à competência de trabalhar, portanto, é preciso estar apta em um breve espaço de tempo. Mas não foi assim para todas: Dona Iris, em um dos pós-parto, teve infecção:

A primeira, deu tipo infecção nos pontos, então tudo foi traumático, eu fiquei com trauma [...] eu ficava corcunda andando, gritava de dor, queimava, gritava. (Dona Íris)

Veja como é importante a *obrigatoriedade* de cuidar da casa e dos outros filhos e, para isso, quanto mais rápida a recuperação melhor. No caso da Dona Dália, o resguardo só foi respeitado em um segundo parto, quando ela percebeu que seus parentes podiam e estavam dispostos a ajudar:

Mas na minha primeira menina, eu não tive isso, aí eu vim pra casa aí eu era obrigada a fazer minhas coisas, os ponto arreventou tudo, precisei voltar de novo pro hospital pra costurar de novo, levei mais de 30 dias pra melhorar esses pontos, infeccionou, passei foi mal. Aí já do outro eu já tinha um pouco de experiência, aí eu cuidei mais um pouco, minha cunhadas me ajudavam, aí foi mais tranquilo. (Dona Dália)

Elas nos contaram sobre a humanização logo após o parto, qual a experiência delas sobre o nascimento de seus filhos, o que elas guardam de lembrança dos primeiros momentos, de estarem no quarto com seus bebês:

Se mostravam [...] conversando comigo, me acalmando, dizendo tá tudo bem, tá tudo bem. (Dona Margarida).

Eram, eles iam toda hora, eles vêm toda hora. (Dona Lís).

Para outras mulheres isso não aconteceu, o que reforçou a ideia da falta de atenção dos médicos que atendem pelo Sistema Único de Saúde:

Só no segundo [...] a primeira que era mais importante de eles me dá aquele apoio, não deu. (Dona Íris).

Não [...] eles me botou na maca lá e me deixou lá, quando eles veio cuidar de mim o menino já tava quase nascendo, e o menino não tinha passagem, precisou, eles fizeram, me aplicou anestesia e não pegou, eles me cortando e eu gritando, eu sofri. (Dona Dália)

### **O Sistema Único de Saúde e as mulheres de etnia cigana: que lugar ocupa em suas vidas?**

Quando questionadas sobre o Sistema Único de Saúde, apenas Dona Jasmim respondeu:

O SUS é um cartãozinho que a gente tem que é atendido mais rápido. Quando a gente vai comprar uma coisa que é mais caro, mostra ele e fica mais barato. (Dona Jasmim)

Segundo a Dona Dália, o Sistema Único de Saúde era desconhecido e ela conhecia apenas um centro de saúde e um hospital, como acompanhante ou para ter seus bebês. Ela se considera saudável e não precisa de atendimento médico.

Para a Dona Lís, o Sistema Único de Saúde é um órgão que atende as pessoas sem necessitar de pagamentos:

SUS é um órgão que foi criado pra, eu acho né, o SUS é um órgão de saúde pra receber a população, é um órgão que não é particular, que a gente não precisa pagar pra receber ajuda nos hospitais. (Dona Lís)

Quatro mulheres afirmaram possuir o cartão Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Saúde, e dessas, três afirmaram tê-lo confeccionado no evento Brasil Cigano – I Semana Nacional dos Povos Ciganos, realizado entre os dias 20 e 24 de maio de 2013.

Dentro desse evento teve alguns quiosques, então veio direitos humanos, veio a saúde, veio várias secretarias e uma delas foi a saúde, e nesse dia eles fizeram esse cartãozinho, infelizmente às vezes quando a gente vai usar esse cartão, eles falam que nem existe, eles falam “então vocês foram os primeiros a receber”, é um cartãozinho magnético verde que as pessoas, os funcionários públicos da saúde nem conhecem o cartão, aí a gente vai e explica que foi em um evento assim, depois de se constranger um pouco, passar por mentiroso um pouco assim, depois eles entende e vai lá e puxa um outro prontuário e cola nesse cartãozinho. (Dona Íris)

Dona Dália informou que o seu cartão foi confeccionado no centro de saúde próximo ao acampamento e Dona Margarida declarou não possuir o cartão.

As mulheres que receberam os cartões Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Saúde no evento cigano relataram que ele não funciona e que o sistema não as reconhece como usuárias, obrigando-as a realizar um novo cadastro. Isso causa dificuldades, pois nem sempre estão com os documentos pessoais ou não os possuem, em virtude da sua perda nos inúmeros deslocamentos da comunidade cigana.

Três participantes afirmaram já terem sido atendidas, sem o cartão Sistema Único de Saúde, em algum estabelecimento público de saúde, uma informou que teve que apresentar o cartão no ato da consulta e outra disse não utilizar o serviço de saúde.

Já fui, mas eles deixa bem claro que a gente tem que ter o cartão do SUS, eles deixa bem claro que é como se fosse um jeito de monitorar aonde a gente foi consultado, em que ano, porque, qual foi o diagnóstico. (Dona Íris)

Todas as participantes informaram que o centro de saúde localizado próximo ao acampamento já tem conhecimento da população cigana e sempre que necessário é prestado atendimento.

A pergunta final foi *como a senhora gostaria que o Sistema Único de Saúde lhe atendesse?* Pudemos constatar que, para essas mulheres, a burocracia é um dos fatores que as afasta de procurar os médicos, ainda mais sabendo que terão dificuldades para realizar os exames e, sobretudo pelo fato de serem atendidas por homens:

Pra falar a verdade assim, eu queria assim, tipo que nem eu queria fazer uma prevenção fosse uma mulher, uma mulher, só, e quando a gente chegasse precisando mesmo de ser atendida, eles não importar muito assim, com querer a documentação, porque acontece muito da gente não ter na hora [...] Dificulta muito, muito, muito, muito. (Dona Margarida)

A falta de compreensão de como atender as mulheres de etnia cigana dificulta a maneira com a qual elas são atendidas. Seria interessante que se pensasse em capacitar os profissionais da saúde sobre como ter respeito e atenção pelos povos ciganos: compreenderem que o Sistema Único de Saúde é um direito das pessoas, não se trata de favor, não é algo dado, é o resultado de impostos e empenhos da sociedade civil:

Gostaria que me atendesse, porque na verdade as pessoas que trabalham no SUS às vezes não tá preparada pra atender especificidade diferente de cultura, então eu gostaria que eu fosse atendida como cigana, e que fosse respeitada a minha cultura, dentro do que eu faço, do que eu sou, e que não melhorasse só pra nós cigano não, pra todas as mulheres, porque precisa melhorar não só pras mulheres ciganas não, precisa mudar muito, porque

eles pensam que a gente não sabe que eles tão sendo pagos pra isso, pensa que é de graça. (Dona Iris)

Elas se questionam se realmente o atendimento clínico é dessa forma ou se certos procedimentos aconteciam por serem da etnia cigana. Todas as mulheres tinham histórias para contar de como foram tratadas no Sistema Único de Saúde; no discurso de Dona Dália, podemos ver o quanto elas sentem que o atendimento biomédico também faz a diferença entre as etnias:

E eu queria mais respeito, até veio umas quatro e me furaram todinha pra achar minha veia, num achou aí eles chamaram outro médico, um já de idade, veio com calma comigo, conversando comigo, aí ele achou uma veia bem aqui e aplicou o remédio e o soro, mas se fosse por elas, eu acho que elas tavam com preconceito sabe, eu pensei isso, me furaram todinha, eu falei: vocês não vão me furar mais não, vocês parecem que não tá tendo paciência.

Deve-se ter o cuidado nas visitas aos acampamentos ou aos locais onde estão morando povos ciganos: não é permitido discutir alguns assuntos e quando isso é feito, em geral, as pessoas ficam constrangidas e desconfiadas com os profissionais. Antes de participar de ações *in loco*, é preciso um abrangente estudo sobre a população a ser atendida; isso vale para todas as populações em situação de vulnerabilidade:

Veio uma equipe aqui, uma época aqui, pessoal do postinho, aí veio aqui fazer uma palestra com nós, fez com nós primeiro mulher, eu não fiquei de jeito nenhum, porque as palestras que eles veio fazer, nossa, esquisito demais. [...] É como prevenir, mostrou lá tudo as coisas lá, aí eu sai fora, sai correndo, tinha pessoas velhas lá que a gente tinha vergonha, sabe, de ficar mostrando aquilo ali, e eu sou uma pessoa que tenho muito respeito pelas pessoas mais velhas. E depois foi os homens, e fizeram com os homens, as mulheres fizeram (profissionais de saúde do sexo feminino). Teve uns que ficou, outros não ficou porque tinha também os mais velhos, uns tinham vergonhas dos mais velhos, não é porque não quis ver, mas é respeito. (Dona Dália)

Mas nem todas as falas foram contra o atendimento. Dona Lís necessitou de atendimento no hospital e se sentiu bem tratada:

Eu graças a Deus toda vez que a gente precisa do hospital a gente vai e o povo recebe nós bem graças a Deus, sem negar que é cigana. (Dona Lís)

O maior desejo delas é serem atendidas sem preconceito, sem a necessidade de explicar sobre os costumes de sua cultura, pois nem todas as mulheres de etnia cigana se comportam da mesma maneira. Por isso, faz-se mister, antes de qualquer ação, entrar em contato com a pessoa que é a referência líder e explicar o que se pretende fazer e, caso não

possa realizar a ação desejada, conversar com o líder sobre quais as possibilidades de realizarem o trabalho sem causar constrangimentos.

## Estigma e preconceito

Outro tema que nos fica claro é o sentimento de ser tratado como um diferente, de não pertencimento ao sistema de saúde brasileiro:

Como qualquer um brasileiro, que nós também somos filho de Deus e brasileiro, queria que ele atendesse igual aos outros não cigano, que eles não atende [...] Tem preconceito, quando sabem que é cigano, eles já trata diferente, e eu queria que ele atendesse a gente igual atende qualquer um. (Dona Jasmim)

Um dos motivos de tristeza das mulheres é saber que, ao se apresentarem como ciganas, terão descrédito e não conseguirão o atendimento que precisam, por isso estão deixando de assumir a etnia cigana só para ter a possibilidade de serem atendidas:

Porque eles pensam que a gente não sabe, pensam assim: é um povo ignorante, nós tamo aqui, passa, não tem aquela educação de dá um bom dia, um boa tarde, de olhar no olho na hora de, porque é muito importante uma pessoa olhar no olho da outra e falar eu tô sentindo isso isso, as vezes nem levantar, não sabe nem qual foi o seu rosto, então não é legal isso, a pessoa que tá doente ser maltratada, não ser respeitado, a pessoa faz é piorar (...), porque a coisa mais importante que a gente tem é a saúde, então se a gente não tiver isso no nosso país o quê que a gente vai ter?. (Dona Íris)

O fato de usarem as saias compridas, já leva algumas pessoas a desconfiarem que se trata de uma mulher de etnia cigana:

Ser atendida como a gente é, cigana, chegar e mostrar o que a gente é pra eles atender a gente igual atende qualquer um, porque quando eu fui mesmo no hospital ali, que eu fui lá a noite pra ver a minha barriga, ela perguntou: você é cigana? Eu respondi: sou, com a roupa de cigana né. Eu falei sou sim. Mulher olhava pra uma, olhava pra outra, eu sou cigana, mas sou igual você, do mesmo jeitinho que você eu também sou, falei pra ela, não tem diferença nenhuma, aí ela: não tudo bem, tudo bem, eles atenderam com preconceito. (Dona Dália)

Ao final, as falas sempre circundavam a falta de conhecimento sobre as mulheres de etnia cigana, a falta de informação sobre os seus direitos no Sistema Único de Saúde, sobretudo, o tabu em relação a algumas questões, o que impede que essas mulheres forneçam informações mais precisas sobre seu estado de saúde.

## Considerações finais

Ao discorrer sobre a ciganidade, não se deve considerar apenas o que se diz acerca dos povos ciganos, mas como eles vivem e se autoafirmam nos contextos históricos de cada grupo (15).

A literatura apresenta a maioria dos povos ciganos como nômades, porém o acampamento estudado encontrava-se em um local fixo, em uma propriedade cedida pelo governo. Outra característica do acampamento é que as mulheres possuíam documentos de identificação, diferentemente dos artigos pesquisados e referenciados. Percebeu-se que a barreira existente entre o sistema de saúde local e essas mulheres é mais cultural do que administrativa. Algumas participantes afirmaram não ir ao serviço de saúde para consultas e exames de rotina por sentirem vergonha dos profissionais de saúde do sexo masculino, alegando sentirem menos vergonha com mulheres.

A PRC nº 5, do Ministério da Saúde (6), afirma ser dever do serviço e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, tratando-os como sujeitos detentores de direitos, respeitando a diversidade cultural, étnica e racial de cada indivíduo. Porém, apesar das participantes terem o acesso garantido, suas peculiaridades culturais não as permitiam ter o atendimento adequado, demonstrando assim um sistema despreparado para atendê-las. É preciso pensar em políticas sociais que atendam essas demandas, de maneira a respeitar essa cultura.

Embora exista legislação suficiente garantida o direito ao acompanhamento das gestantes para a realização do pré-natal, a pesquisa revelou que as mulheres da etnia cigana não sentem que receberam o tratamento adequado. As mulheres atribuíam como causa para não terem realizado o pré-natal ao fato de serem nômades e ter que trabalhar para sustento dos filhos. As mais novas não falaram os motivos da não realização. Um dos problemas a ser enfrentado pelos atendimentos relacionados ao nascer é respeitar as diferenças culturais. Não se deve perguntar para as mulheres qual sua raça/cor/etnia e tratar as mulheres como se tivessem um só credo, uma só raça e um só sentimento.

É um grande desafio permitir que as pessoas façam seus rituais de nascimento, doença e morte de acordo com sua cultura, moral e ética. Iniciar esse novo momento, quiçá fomentará uma maior adesão ao tratamento e a procura à atenção primária, preventiva. Mas esse desafio deverá ser aceito pelos profissionais da saúde, em especial pela saúde coletiva.

O parto é visto como uma obra divina e a mulher que pode ter filhos, além de ser saudável, vislumbra um dos milagres de Deus acontecendo dentro de si. Mas nos relatos das mulheres sobressaem a dor, o sofrimento e o descaso por parte dos profissionais

durante o parto, e foram fatores significativos para classificar as experiências como ruins. O que elas relacionavam com uma boa experiência foi o acolhimento e a atenção dos profissionais de saúde, fato que fez toda a diferença na forma como elas passaram a encarar o parto pelo Sistema Único de Saúde.

O conceito mais amplo de saúde, como uma promoção de qualidade de vida e bem-estar, parece desconhecido por essas mulheres, que veem a saúde como a ausência de doença e o Sistema Único de Saúde se restringe a um cartão magnético fornecido eventualmente. O fato de o povo cigano não existir de fato no sistema de saúde – o cartão do Sistema Único de Saúde das mulheres entrevistadas foi feito em um evento da comunidade cigana – evidencia uma negligência do Estado com essa população.

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: DF. [citado em 10 jan 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Brasil. Lei 8080 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. [citado em 10 jan. 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
3. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. [citado em 15 jan. 2022]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de Cobertura: cobertura de consultas de pré-natal. [citado em 30 nov. 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 23 jan 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [citado em 10 jun 2022]. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)
7. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
8. Montagner MI, Montagner MA. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011 [citado em 10 jan 2022]; 5(2):193-216. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/975>

9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Merton RK, Fiske M, Kendall PL. The Focused Interview: a manual of problems and procedures. Glencoe, Illinois: The Free Press; 1956.
11. Vasconcelos M, Costa E. Datas de celebração e luta pelos direitos dos Povos Romani (ciganos). Brasília-DF: AMSK/Brasil; 2015 [citado em 30 jan 2022]. Disponível em: [http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao3\\_AMSK\\_2015\\_DatasCelebracao.pdf](http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao3_AMSK_2015_DatasCelebracao.pdf)
12. Costa LR, Urquiza AHA. Migrantes Indocumentados, Direitos Humanos e Alteridade. *Argumenta Journal Law*. 2019 [citado em 2 fev. 2022]; 30(jan/jun):157-177. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1518>
13. Radcliffe-Brown A.R. Estrutura e Função na Sociedade Primitiva. Petrópolis: Vozes; 2013.
14. Campos JMS. Sangue e honra: fluidos femininos entre os calons mineiros. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*. 2020 [citado em 2 fev. 2022]; 7(14):137-156. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno/article/view/9743>
15. Shimura MI. Identidades ciganas no Brasil. In: 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa, 2016 [citado em 2 fev. 2022]. Disponível em: <file:///C:/Users/PRODISA/AppData/Local/Temp/Apres.%20oral%2030%C2%AA%20RBA%20Igor%20Shimura.pdf>

## Colaboradores

Souza DKCP contribuiu com a concepção e desenho do artigo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Montagner MI contribuiu para a concepção e desenho do artigo, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Alves SMC e Montagner MA contribuíram com a revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Submetido em: 11/02/2022

Aprovado em: 18/02/2022

## Como citar este artigo

Souza DKCP, Montagner MI, Alves SMC, Montagner MA. A experiência e as estratégias das mulheres de etnia cigana com o nascimento dos seus filhos: a realidade do mundo cigano no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 jan./mar.;11(1): 106-127

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.906>