

GUIA DE ORIENTAÇÃO

AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE

Cuidado à saúde da população Romani
sob óptica do cuidado culturalmente
competente





Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário - CP 3167 - 88806-000 - Criciúma -

SC. Fone: +55 (48) 3431-2500 - Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitora em exercício

Gisele Silveira Coelho Lopes

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

Graziela Fátima Giacomazzo

Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Vanessa Moraes de Andrade

Pró-Reitor de Administração e Finanças

José Otávio Feltrin



Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSCoL

Área de Concentração

Gestão do cuidado e educação em saúde

Linha de pesquisa

Educação e gestão do trabalho na saúde

Design e Diagramação

Juliana Barbosa Gonçalves

Autoria

Laís De Luca, Fabiane Ferraz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L931p Luca, Laís de.

Guia de orientação aos profissionais da Atenção Básica à Saúde [recurso eletrônico] : cuidado à saúde da população Romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente / Laís de Luca, Fabiane Ferraz. - 2025.

97 p. : il.

Modo de acesso: <<https://repositorio.unesc.net/collections/8e637cf5-04a9-4d32-b5d7-cc88b482d046>>

1. Ciganos - Aspectos da saúde - Manuais, guias, etc. 2. Ciganos - Aspectos sociais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Assistência à saúde culturalmente competente. 5. Educação em saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

DE LUCA, Laís; FERRAZ, Fabiane. 2025.

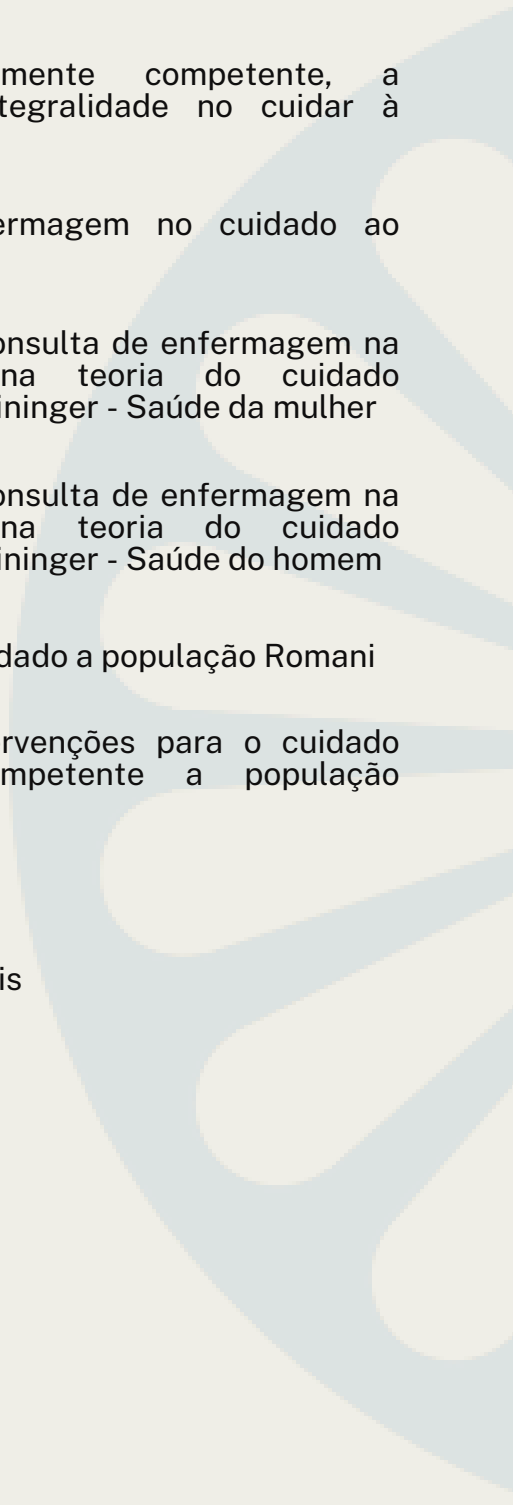
Todos os direitos reservados as autoras. Produto derivado da Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva de Laís De Luca, sob orientação de Fabiane Ferraz, intitulada: Produto de Educação e Gestão do Cuidado à Saúde da População Romani sob a óptica do Cuidado Culturalmente Competente. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Declara-se que as ilustrações visuais presentes neste material orientativo foram geradas utilizando o sistema de inteligência artificial [Criador de imagens do Bing (versão DALL-E 3), ChatGPT (versão GPT-4) e Gemini Flash Lite], com fins puramente ilustrativos, sob supervisão e edição humana.

Autoras
Laís De Luca
Fabiane Ferraz

SUMÁRIO

- 07** Apresentação
- 08** Introdução
- 15** Breve histórico do povo Romani
- 18** Etnias dos povos Romani
- 22** Modo de vida Romani
- 29** Aspectos sociodemográficos da população Romani
- 33** Saúde da mulher Romani
- 36** Saúde do homem Romani
- 38** Saúde da criança e adolescente Romani
- 41** Saúde do idoso Romani
- 43** Saúde mental dos povos Romani
- 44** O morrer e o luto para os Romani
- 46** Marcos legais para a população Romani
- 56** Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural

- 
- 61** Cuidado culturalmente competente, a equidade e a integralidade no cuidar à população Romani
- 68** Processo de enfermagem no cuidado ao Romani
- 70** Instrumentos de consulta de enfermagem na APS baseados na teoria do cuidado transcultural de Leininger - Saúde da mulher
- 75** Instrumentos de consulta de enfermagem na APS baseados na teoria do cuidado transcultural de Leininger - Saúde do homem
- 80** Desafios para o cuidado a população Romani
- 82** Estratégias e intervenções para o cuidado culturalmente competente a população Romani
- 84** Informações úteis
- 90** Considerações finais
- 92** Referências

APRESENTAÇÃO

Esse material foi desenvolvido com o objetivo de fortalecer o atendimento integral das populações Romani (Ciganos) pelos trabalhadores da saúde de Santa Catarina, em especial aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica à Saúde.

O material visa contribuir no fortalecimento do conhecimento da história, das tradições e dos costumes Romani em Santa Catarina e no Brasil.

Tem entre seus objetivos promover a reflexão do leitor quanto às necessidades sociais e de saúde deste povo que sofre com o estigma, a discriminação e preconceito desde sua chegada ao nosso país.

Além disso, espera-se que este material possa contribuir e assegurar o direito deste grupo populacional ao atendimento de saúde integral, humanizado e culturalmente competente.

Acredita-se que o acesso à informação é de suma importância na quebra de barreiras, estereótipos e preconceitos, o povo Romani merece ter suas histórias, tradições e costumes respeitados e possuem direitos que devem ser assegurados em todo o território nacional.



INTRODUÇÃO

De acordo com o Decreto nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são definidos como: “grupo culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem firmas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidos pela tradição.” (Brasil, 2022b)



No Decreto são citados 29 segmentos de povos e comunidades tradicionais no Brasil, dentre estes se encontram os Ciganos.

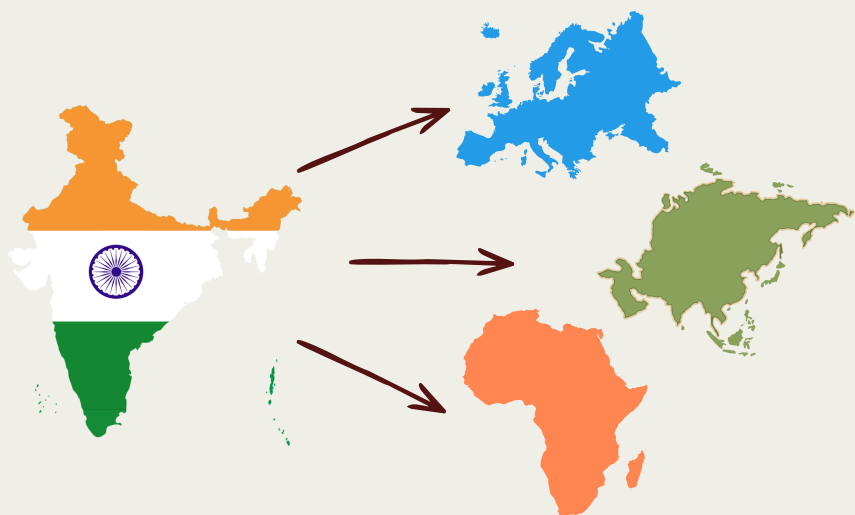


O termo genérico “cigano” é utilizado para designar um grupo populacional extremamente heterogêneo do povo Roma.

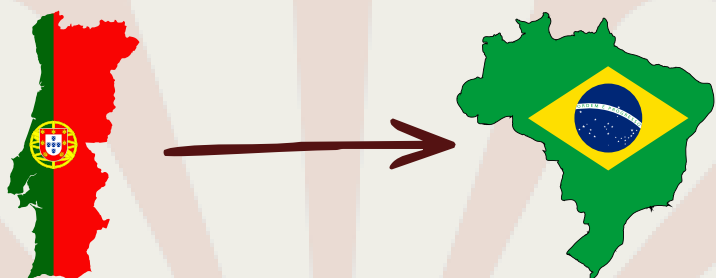
Internacionalmente os termos “ciganos” e em inglês “gipsy” são considerados pejorativos.

Em razão disto, muitos textos se utilizam do termo “Romani”, desde 2012 a Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil) opta por usar os termos: povo Rom, povo Romani ou Roma para designar este povo no Brasil (Brasil, 2022b; Costa; Cavalcante, 2020; Fernandes, 2021).

Os Romani são um grupo populacional originário possivelmente do norte da Índia, este povo sofreu uma diáspora que os dispersou pelos continentes Asiático, Europeu e Africano há aproximadamente mil anos atrás, posteriormente com os fluxos migratórios estes povos por fim chegaram ao continente Americano.



O primeiro registro deste povo no Brasil é datado de 1574, documentos portugueses, relatam que um homem chamado de João de Torres e sua família foram deportados para o Brasil de Portugal.





Não se sabe ao certo se João e seus familiares sobreviveram à longa viagem até o Brasil, porém o mesmo é citado em múltiplos documentos históricos como o primeiro Romani que chegou ao solo Brasileiro (Brasil, 2022b; Costa; Cavalcante, 2020; Fernandes, 2021).



**Após esta data, múltiplas
deportações de Romani
ocorreram, disseminando este
povo pelo Brasil.**

Os Romani falam tanto a língua Romani quanto o Chibi, o uso da linguagem varia de etnia a etnia. As principais etnias encontradas no Brasil são a Rom, Calón e a Sinti.



Vale ressaltar que os Romanis possuem múltiplas etnias e subgrupos, não sendo um grupo heterogêneo em sua totalidade, com isso existem diferenças gritantes entre os grupos no que se refere a cultura, religião, território e língua.





Os Romanis podem ser povos nômades, seminômades ou apresentar residências fixas, o modo de vida de cada etnia Romani varia de região a região do país (Brasil, 2022b; Costa; Cavalcante, 2020; Fernandes, 2021)

O povo Romani possui uma bandeira, composta por uma roda de carroça sob um fundo verde e azul. A roda representa a vida nômade, a cor azul representa liberdade e a cor verde a natureza.



A bandeira Romani é conhecida internacionalmente, a maior parte dos Rom usam a mesma como símbolo, porém outras etnias Romani também a utilizam como identificação do seu povo. (Brasil, 2022b).



BREVE HISTÓRICO DO POVO ROMANI

Existem divergências na origem do povo Romani alguns estudos apontam que este povo se origina da Índia, devido a similaridades entre os idiomas falados pelos mesmos.

Os primeiros Romani que chegaram à Europa, contavam que eram provenientes do “Pequeno Egito”, devido a isto passaram a ser chamados de Gypsy.

No período bizantino os Romani passaram a ser identificados pela palavra palavra atsingani que significa intocáveis, termo este que deu origem à palavra cigano em português.

Os termos utilizados para identificar ciganos, principalmente na Europa, são carregados de estigma e preconceito, devido a isto o movimento cigano europeu propôs a mudança do termo para identificação do grupo para “Romani”.



Romani pode tanto identificar a língua falada por esse povo quanto ele mesmo (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020).

Na Europa os registro sobre o povo Romani são diversos, este povo apareceu pela primeira vez na Europa Ocidental no século XV, provenientes da região dos Balcãs, migraram em grupos de números diversos, as caravanas sendo lideradas por um membro que se auto intitulava duque, conde ou voivoda (proprietário de terra).



Em documentos oficiais, a chegada deste povo ao Maranhão ocorreu em 1686, com o degredo dos mesmos de Portugal. Os mesmos foram degradados devido ao seu modo de vida e tradições.



Apesar de cinco séculos de sua presença em
nosso País, há uma ausência de dados
históricos, além disso, a exclusão e o
preconceito permeiam o dia-a-dia Romani.



ETNIAS DOS POVOS ROMANI

Atualmente são distinguidas três etnias ciganas que estão presentes no Brasil: a Calón, a Rom e a Sinti. Os Rom são provenientes da Europa Oriental, os Sinti originários principalmente da Europa Central e os Calón de origem ibérica (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020).



CALÓN

Os Calón são a etnia Romani mais populosa no Brasil, os mesmos chegaram ao país oriundos da Espanha e de Portugal, através de migrações compulsórias ou voluntárias.

Se encontram em maior número na região nordeste do País, estudos apontam que os Calóns apresentam costumes diferentes das outras etnias, o que leva a relações antagônicas e conflituosas entre os mesmos (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020)

Praticam a leitura de mãos e cartas, assim como o artesanato de cestaria e de entalhar a madeira, para a subsistência, podem ser sedentários os nômades, os Calón brasileiros falam português e Chibi (Romanó-Caló), uma variação da língua Romani (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020).



ROM

Os Rom brasileiros são subdivididos em: Kaldarash, Matchuaia e Rudari oriundos da região da Romênia, os Horaranô das regiões da Turquia e os Lovara da Grécia, as migrações destes grupos se deram a partir do século XIX. As subdivisões neste grupo se dão devido ao ofício que cada grupo realiza. (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020).



Dentre os Rom predomina o sedentarismo, no Brasil os Rom homens são comerciantes, mecânicos e profissionais liberais, já as mulheres são cartomantes. Há comunidades Rom, em maior presença nos estados de SC, PR, MG e SP (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior; Toyansk, 2020).



SINTI

Os Sinti provavelmente chegaram ao Brasil após a II Guerra Mundial juntamente de imigrantes italianos e alemães, de países como a Alemanha, França e Itália, falam a língua Sintó. Pouco se sabe sobre esta etnia no Brasil, supõe-se que alguns destes sejam nômades e outros sedentários, pouco também se sabe sobre quais ofícios os Sinti praticam.



Registros no Brasil indicam sua chegada no século XIX, especialmente no RS (Uruguaiana, Bagé, Gravataí, Taquara e Santa Rosa) além de outras regiões de colonização alemã (Da Silva, 2022; Fernandes, 2021; Júnior, Toyansk, 2020).

MODO DE VIDA ROMANI

Os Romani podem ser divididos em nômades, seminômades ou sedentários. Os grupos nômades possuem como característica predominante seu caráter migratório com mudanças frequentes do local onde vivem. Os seminômades são aqueles os quais passam parte do ano ou período do ano em acampamentos fixos e outra parte do tempo em vida itinerante. Já os Romani sedentários são aqueles que possuem residências ou acampamentos fixos (Fernandes, 2021).





Os acampamentos dos Romani em situações nômades, são fixados usualmente em áreas públicas, com autorização prévia dos gestores municipais, alguns municípios do país apresentam terrenos próprios para o acampamento dos Romani. Estes terrenos não possuem saneamento ou qualquer infraestrutura básica, como água potável ou luz elétrica (Fernandes, 2021).

Devido ao estigma, a escolha deste povo em residir em acampamentos pode ser justificada além das questões culturais, por dificuldade de encontrar habitações ou espaços que comportem o componente familiar Romani em sua to-

-talidade, além das baixas condições financeiras, o que influencia diretamente na incapacidade de muitos Romani deixarem seus traços nômades e tornarem-se sedentários (Fernandes, 2021).

Os Romani sedentários usualmente vivem em casas de pau a pique, casas de alvenaria, apartamentos, ranchos e fazendas, a maior parte dos Romani sedentários se localizam no Nordeste do Brasil.



A maior parte dos Romani não possuem carteira assinada, trabalhando no mercado informal, vivendo de trocas de produtos, além da compra e da venda de animais, artesanatos, panelas, tecidos, roupas de cama, entre outros. Em grupos mais pobres a mendicância contribui para alimentação e manutenção das famílias (Fernandes, 2021).

As atividades da tenda, como a alimentação, os afazeres domésticos e o cuidado com as crianças é realizada pelas mulheres do grupo, aquelas que sabem a quiromancia e a cartomancia às vezes saem do acampamento para a cidade para realizar a troca de seus serviços por dinheiro.



Os homens são responsáveis em sua maioria pelo sustento da família. As meninas Romani são ensinadas desde cedo a cuidar da barraca, já os meninos são ensinados a arte da barganha e da troca com os outros homens do acampamento. Algumas das crianças estudam até o ensino fundamental, quando são retiradas da escola para se prepararem para o casamento, que ocorre entre os 12 e 15 anos de idade (Fernandes, 2021).

***As crianças são preparadas
para o casamento desde de
seu nascimento.***

***Os casamentos são usualmente
realizados por acertos entre
famílias quando os filhos ainda são
bem jovens.***



O casamento usualmente representa a continuidade da etnia, por isso o casamento com alguém não Romani não é permitido. Se um casamento com alguém não Romani ocorre usualmente esta pessoa é excluída do grupo, porém um homem Romani pode se casar com uma mulher não Romani desde que esta siga as regras e tradições Romani (Moreira, 2023).

As festas de casamento duram no mínimo três dias, podendo chegar até quinze dias, a duração do evento depende da condição financeira das famílias. A festa inicia com um almoço, onde são servidos pratos à base de carne, as festas são regadas a base de música e dança.



As cerimônias podem ser realizadas em igrejas, a noiva veste o traje branco comum às noivas não Romani.





Antes do casamento os noivos não podem ter nenhum tipo de intimidade. A prova da virgindade da noiva é realizada por mulheres mais velhas do clã familiar, caso a noiva não seja virgem ela pode ser devolvida aos pais.

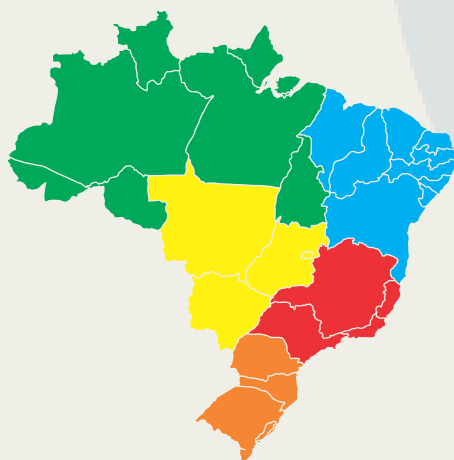
Os homens do acampamento se unem para erguer a tenda dos noivos, usualmente os jovens noivos passam a viver com a família do noivo, este costume visa adaptar o casal à rotina familiar

Os Romani gozam de um forte vínculo social entre os seus pares, cuidam e respeitam dos idosos, os órfãos, as crianças e os solteiros (Fernandes, 2021; Moreira, 2023).

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO ROMANI

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em sua Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) realizada em 2014, apresentou como dado que dos 5.570 municípios entrevistados, 195 declararam executar programas e ações voltadas para a população cigana.

Já 337 declaram a existência de acampamentos ciganos em seu município sendo 73 alocados em áreas públicas destinadas a este fim. A MUNIC (2014) revelou também a existência de acampamentos ciganos em 22 dos 27 estados do país.



Destes 36,2%, se encontra na região Sudeste, 34,7% na Nordeste, 14,8% na Sul, 11% na região Centro-Oeste e 3,3% no Norte (Fernandes, 2021).

CADASTRO ÚNICO

Outro local onde podemos encontrar dados sobre a população Romani é o Cadastro Único (CadÚnico) que traz dados relacionados a pessoas que participam de programas sociais governamentais, estes dados podem elucidar um pouco sobre a situação socioeconômica das famílias em situação de vulnerabilidade social e de baixa renda, existentes no país dentre elas os Romani (Fernandes, 2021).

O Cadastro Único para Programas Sociais foi relançado pela atual gestão do governo brasileiro, em 2023, sendo um programa gerenciado pelo Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), o órgão do governo federal que coordena o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Cavalcante; Costa, 2023).

O Cadastro Único é o cadastro que as famílias de baixa renda, as quais possuem renda mensal por pessoa (renda per capita) de até meio salário mínimo (R\$ 660,00), fazem para ter acesso aos programas sociais do governo, como exemplo o Bolsa Família, o Minha Casa Minha Vida entre outros (Cavalcante; Costa, 2023).



**Em Julho de 2023, 17.984
famílias estavam inscritas no
Cadastro Único, totalizando
32.638 pessoas.**





O estado de Santa Catarina possui 133 famílias cadastradas, totalizando 324 pessoas.



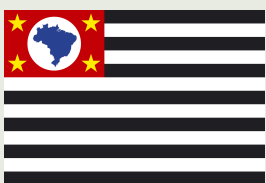
Os maiores registros de Romanis cadastrados encontram-se na Bahia (9.347);



Minas Gerais (4.297);



Goiás (3.304);



São Paulo (2.678);

Vale ressaltar que os dados do Cadastro Único não representam números totais do povo Romani no Brasil, para um conhecimento melhor desta população urge a necessidade de um censo demográfico específico desta população (Cavalcante; Costa, 2023).

SAÚDE DA MULHER ROMANI

As mulheres Romani são um grupo extremamente vulnerável tanto em sua comunidade quanto na sociedade em geral.

São responsáveis primárias pelo cuidado, educação e manutenção da cultura. Fazem uso de ervas, argila, mel e plantas medicinais, para tratar muitas doenças da comunidade como hérnias, tensão muscular, cefaléia, febres, queimaduras, cólicas e hipertensão arterial sistêmica. Segundo dados do Cadastro Único de agosto de 2024, 17.475 mulheres se autodeclararam Romani (Fernandes, 2021; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Souza et al, 2022).

Apresentam grande número de absenteísmo nas consultas programadas principalmente com relação ao pré natal e puerpério. No período gestacional seguem os costumes da etnia que são passados por mulheres mais velhas do acampamento.



As mulheres que possuem acesso regular a serviços de saúde demonstram desconforto acerca de exames ginecológicos de caráter preventivo, ***mulheres Romani devido às questões culturais só podem ser atendidas por profissionais do sexo feminino.***



Até a compra de absorventes, é considerada um constrangimento entre as mulheres deste grupo, além disso o ***absorvente não pode ser tocado por funcionários homens*** no estabelecimento de compra, pois isto é considerado um desrespeito. A maior parte das mulheres nos acampamentos percebe a gravidez devido aos enjoos ou aumento da barriga, nenhuma relaciona o mesmo a ausência do fluxo menstrual, já que este assunto é tabu. (Fernandes, 2021; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Souza et al, 2022).

O controle da natalidade, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), exames de mamografia e papanicolau também são vistos como tabu (Fernandes, 2021; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Souza et al, 2022).



Doenças crônicas degenerativas como diabetes, hipertensão arterial e colesterol são as que mais acometem a população Romani, além disso o câncer de pele, sarampo, alergias, anemia, caxumba, obesidade, lombalgia, infecção urinária, gastrite, artrite, reumatismo, osteoporose e varizes.

A saúde mental e seus agravos relacionados às discriminações étnicas e ao uso abusivo de álcool e outras drogas também estão presentes nesta parcela da população (Brasil, 2022a; Da Silva, 2020; Fernandes, 2021; Silva, 2022; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Souza et al, 2022).

SAÚDE DA HOMEM ROMANI

Os homens nas comunidades ciganas são responsáveis pelo sustento da família, além de promover um convívio harmonioso com seus familiares e companheiros de acampamento

Segundo dados do Cadastro Único de agosto de 2024, 15.710 homens se auto declararam Romani. Pouco se sabe sobre a saúde do homem Romani, é possível perceber um distanciamento destes com relação às preocupações com a sua saúde. Apesar de infrequentes as consultas preventivas, quando ocorrem os mesmos devem ser atendidos por profissionais do mesmo sexo. Assuntos relacionados à contracepção, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de próstata e o sexo, são tabus nas comunidades (Brasil, 2024; Fernandes; 2021; Silva Júnior; Toyansk, 2020).



O etilismo e o tabagismo são características fortemente culturais desta população, nota-se entre a população masculina que esta apresenta elevados níveis de estresse, o que pode levar a doenças cardiovasculares.

Estudos citam como prevalentes nesta população as seguintes patologias: câncer de pele, sarampo, alergias, anemia, hipertensão arterial, caxumba, obesidade, lombalgia, infecção urinária, gastrite, hipercolesterolemia, artrite, reumatismo, osteoporose e varizes.



A parcela masculina da população Romani mostra resistência à busca ao sistema de saúde, somente o procurando quando a doença já se encontra em estado avançado, encontra-se na mesma uma baixa adesão a ações preventivas o que leva a baixa efetividade destas ações não ocorrendo resultados positivos com relação as mesmas (Da Silva et al, 2020; Fernandes; 2021).

SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE ROMANI

Entre as comunidades Romani existe uma elevada incidência de doenças infectocontagiosas, má nutrição e mortalidade infantil.

O cuidado das crianças nos acampamentos recai sobre as mulheres e irmãs mais velhas. Neste grupo as patologias mais comuns são: asma, alergias, febre, dores de garganta, resfriados e a bronquite crônica, além de doenças diarreicas agudas, acidentes domésticos, cáries e má nutrição. Além disso, muitas das crianças e adolescentes Romani não possuem o calendário vacinal completo (Brasil, 2022a; Da Silva et al, 2020; Fernandes; 2021; Silva Júnios; Toyansk, 2020; Vacite et al, 2023).



Em dados do Cadastro Único de agosto de 2023, havia um total de 3.804 crianças Romani entre 0 a 6 anos. Destas 1.770 eram do sexo feminino, sendo 1.265 entre 0 e 4 anos, e 505 entre 5 a 6 anos. Já do sexo masculinos havia um total de 2.034, sendo 1.444 entre 0 e 4 anos, e 590 entre 5 a 6 anos. O maior número de crianças cadastradas encontra-se nos estados da Bahia, Minas Gerais, Goiás, São Paulo e Maranhão.



O estado de Santa Catarina apresentou um total de 39 crianças entre 0 a 4 anos cadastradas, e 12 entre 5 a 6 anos no Cadastro Único para Programas Sociais. O Cadastro Único também traz dados com relação a deficiências nesta parcela da população, sendo 66 crianças registradas no Brasil com algum tipo de deficiência. As deficiências mais encontradas são: baixa visão, deficiência física, deficiência mental ou intelectual, síndrome de down, surdez leve/moderada, surdez severa/profunda, e transtorno doença mental (Cavalcante; Costa, 2023).

Em dados do Cadastro Único de agosto de 2024, havia um total de 5.386 Romani na faixa etária de 7 a 15 anos, e 1.108 na faixa etária de 16 a 17 anos. A saúde sexual é tabu para os adolescentes, as meninas ao casarem devem ser virgens, o que contribui para a falta de educação sexual para este grupo. Ações de planejamento familiar encontram dificuldade nos acampamentos devido ao prestígio relacionado ao número de filhos de cada família, ou seja, quanto mais filhos mais prestigiada é a mulher e família.

A gravidez precoce ocorre com frequência, principalmente devido ao costume dos casamentos ocorrerem a partir dos 12 anos de idade. Os adolescente Romani adentram a vida adulta muito cedo e com isso pouco se sabe sobre esse grupo etário (Brasil, 2022a; Brasil, 2024; Da Silva et al, 2020; Fernandes; 2021; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Vacite et al, 2023).



SAÚDE DO IDOSO ROMANI

Os idosos possuem elevado status social nos acampamentos, já que os mesmos são tidos como os detentores do conhecimento e da sabedoria Romani.

Pouco se sabe sobre a saúde dos idosos Romani, porém sabe-se que os mesmos tem orgulho de nunca terem sido internados, ter ido ao médico ou realizado exames, para eles isto é considerado sinônimo de boa saúde. Em relação a concepção da saúde da população idosa Romani, estes são mais afetados por doenças de origem infecciosa, crônico degenerativas ou causadas por fatores externos.



Alguns estudos citam a prevalência das seguintes doenças nos adultos ciganos: a tuberculose, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus, a depressão, as poliparasitoses, a desnutrição e as cáries dentárias. A baixa expectativa de vida também está presente nesta população (Da Silva et al, 2020; Nascimento et al, 2020; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Vacite et al, 2023).



Em dados do Cadastro Único de janeiro de 2023, foram encontradas 6.947 pessoas idosas que se autodeclararam Romani, sendo 4.022 do sexo feminino e 2.925 do sexo masculino.

Destas 718 estavam entre as faixas etárias de 60 a 64 anos, e 6.229 acima de 65 anos. As unidades federativas com mais idosos Romani, foram, Bahia, Minas Gerais, Paraíba, São Paulo e Goiás, o montante de valores destes estados representam 64% do valor total de idosos Romani.

No estado de Santa Catarina temos 10 pessoas na faixa etária de 60 a 64 anos, e 21 acima de 65 anos. Além disso, na faixa etária de 60 a 64 anos, apenas 35% dos cadastrados sabem ler e escrever, já na faixa etária de 65 anos ou mais, apenas 8% sabem ler ou escrever.

Do total de idosos Romani, 81% vivem em áreas urbanas, 19% em áreas rurais e 0,03% não apresentaram resposta (Cavalcante; Cerqueira, 2024).

SAÚDE MENTAL DOS ROMANI

A saúde mental de minorias é fortemente influenciada pela pobreza, pelo desemprego, pelo racismo, pelo preconceito, pela discriminação e vulnerabilidade destes grupos.

Levando em consideração o contexto histórico e a situação de vulnerabilidade presentes na vida dos Romani, no que diz respeito a saúde mental as seguintes demandas são encontradas: o uso de álcool e outras drogas além do tabagismo, sobretudo pelos homens Romani, a depressão, automedicação e suicídio entre as mulheres Romani, além dos crescentes números de violências faz se necessário estudos a fundo para compreender os mecanismos e causas da ocorrência dos mesmos neste grupo populacional (Da Silva et al, 2020; Silva 2022; Silva Júnior; Toyansk, 2020; Vacite et al, 2023).



O MORRER E O LUTO PARA OS ROMANI

Os ciganos gozam de um forte vínculo social entre os seus pares. O luto nesta população pode ser guardado por três dias, oito, nove dias, ou então durante meses ou anos.

Há também diferenças no luto conforme o tipo de morte: natural, doenças, assassinato ou acidente. Quando um ancião morre de morte natural todos podem participar do velório, se a morte ocorreu por assassinato pode ocorrer que os familiares do falecido busquem vingança. Se quem morreu for uma criança, outras crianças não participam do velório.



O luto para alguns Romani é manifestado através do uso de roupas pretas durante anos pelos parentes mais próximos, abstinência de festas ou outros tipos de prazeres, entre os Calóns o consumo de álcool para anestesiar o sofrimento é comum (Moreira, 2023).

Em algumas das etnias após a morte de algum ente querido, é necessário abandonar o local em que ocorreu a morte, o grupo segue após o funeral para outra cidade ou para outro estado. Além disso, é comum que os pertences e roupas da pessoa falecida sejam queimadas. (Moreira, 2023; Silva Júnior; Toyansk, 2020).



O luto e hospitalização são vividos em comunidade, o que muitas vezes pode gerar atritos entre os Romani e os profissionais de saúde, já que a pessoa enferma ou morta nunca é deixada sozinha estando sempre acompanhadas por parentes ou amigos (Moreira, 2023; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

MARCOS LEGAIS PARA A POPULAÇÃO ROMANI

01

Constituição da república federativa do brasil de 1988

A Constituição Federal é a lei máxima do Estado Brasileiro. Regula e organiza o funcionamento do Estado, limita poderes e define os direitos e deveres dos cidadãos e cidadãs. Garante aos Romani o direito à saúde, educação e cultura (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Art. 5. Direitos e garantias fundamentais: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza..." (Brasil, 1988).

Garante igualdade, liberdade de expressão, direito à livre locomoção e proteção contra discriminação ao Romani (Brasil, 1988).

Art. 196. 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 (Brasil, 1988)



Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais (Brasil, 1988).

§ 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional (Brasil, 1988)

§ 2º A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para os diferentes grupos étnicos nacionais (Brasil, 1988).



Link de acesso - Constituição da república federativa do Brasil de 1988

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente, favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.



Decreto de 25 de maio de 2006

Institui o Dia Nacional do Cigano, comemorado no dia 24 de maio de cada ano, que simboliza o reconhecimento, por parte do governo brasileiro, da existência e da necessidade de trabalhar pela maior visibilidade dos povos ciganos no Brasil (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

O decreto oficializa o Dia Nacional do Cigano, celebrado anualmente. Busca reconhecer e valorizar a história e cultural dos povos Romani no Brasil. A data escolhida para este dia é associada a Santa Sara Kali, considerada a padroeira dos ciganos (Brasil, 2006).



Link de acesso - Decreto de 25 de maio de 2006

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente. favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e proseguir em sua busca.



Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007

Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Reconhece os direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais dos povos e comunidades tradicionais (Brasil, 2007).

Art. 3. Define quem são considerados “povos e comunidades tradicionais”.

Incluindo os povos Ciganos (Brasil, 2007).

Reconhece os direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais dos povos e comunidades tradicionais (Brasil, 2007). Busca fortalecer a sua autonomia e formas de organização em grupos.

Incentiva à preservação ambiental e à sustentabilidade, além da promoção da segurança alimentar e valorização de seus saberes tradicionais de cada comunidade tradicional. O decreto é um marco legal que reconhece e valoriza formalmente a diversidade das comunidades tradicionais no Brasil (Brasil, 2007).



Link de acesso: Decreto Nº6.040, de 7 de fevereiro de 2017



Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde na âmbito do SUS, e que afirma, no parágrafo único do art. 4º, “o princípio da não discriminação na rede de serviços de saúde”. Estabelece marco normativo para garantir que todos cidadãos tenham acesso digno, contínuo, qualificado e humanizado aos serviços de saúde (Brasil, 2009; Silva Júnior; Toyansk, 2020).



Link de acesso - Portaria Nº 1.820. de 13 de agosto de 2009

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor. copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.



Portaria MS Nº 940, de 28 de abril de 2011

Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), que, no § 1º do art. 23, “afirma a não obrigatoriedade de comprovação de domicílio para população cigana nômade se cadastrar” (Brasil 2011).

A portaria estabelece regras para oferecer um sistema unificado, seguro e inclusivo de identificação dos usuários no SUS, garantindo acesso sem barreiras burocráticas, a mesma inclui populações vulneráveis como os Romani assegurando a não obrigatoriedade da comprovação de domicílio (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).



Link de acesso: Portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor. copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.



Portaria MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014

Redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), apresenta importantes diretrizes relacionadas à proteção e valorização de diversidades das populações incluindo os Romani (Brasil, 2014).

Art. 3, inciso IV estabelece que esta política deve ser orientada pelo respeito às diversidades, reconhecendo, as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).



[Link de acesso - Portaria Nº 1.820. de 13 de agosto de 2009](#)

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor. copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.



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 (Brasil, 2024; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani promove a atenção integral à saúde do povo cigano/romani, respeitando suas práticas, saberes tradicionais e combatendo a ciganofobia/romafobia (Brasil, 2018).

A política tem como objetivos ampliar o acesso aos serviços de saúde com respeito, qualidade e resolutividade aos povos Romani, considerando os diferentes territórios onde vivem, incluindo acampamentos, áreas urbanas e periferias. Busca identificar e prevenir violências para com esta população além de enfrentar as discriminações (Brasil, 2018).

Fortalece o protagonismo Romani, busca aprimorar a coleta de dados sobre esta população além de implementar ações participativas de planejamento, monitoramento e avaliação de indicadores e metas relacionados aos Romani. Busca também incentivar as pesquisas envolvendo os Romani e por fim garantir o direito ao registro do recém-nascido Romani ainda na maternidade (Brasil, 2018).

A política se aplica a todos os níveis federativos, e ainda busca implementar ações de educação permanente aos profissionais de saúde para reduzir a ciganofobia/romanofobia no ambientes de saúde. Além do monitoramento de indicadores específicos para a população, visando o incentivo a pesquisas científicas e programas voltados para as comunidades Romani (Brasil, 2018).

Por fim, a política busca a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades Romani, além de fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o povo Romani, por meio da Políticas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos (Brasil, 2018).



Link de acesso - Portaria N° 4.384, de 28 de dezembro de 2018

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor. copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.



Decreto Nº 12.128, de 1º de agosto de 2024

Instituiu o Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos, com objetivo de garantir direitos dos povos ciganos e promover políticas públicas específicas para esse grupo populacional (Brasil, 2024).

Busca combater o “anticiganismo”, reconhecer e respeitar a territorialidade dos povos Romani, garantir moradia digna e infraestrutura básica, tanto em áreas urbanas quanto rurais para este povo, garantir e melhorar o acesso à educação, saúde, documentação civil, segurança alimentar, trabalho, renda, seguridade social. As ações serão desenvolvidas sobre dois eixos: direitos sociais e cidadania; e inclusão produtiva, econômica e cultural (Brasil, 2024).



Link de acesso - Portaria Nº 12.128, de 1º de agosto de 2024

TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), também conhecida como teoria do cuidado cultural, ou teoria transcultural, surgiu a partir da teoria da enfermeira Madeleine Leininger, em 1950. De acordo com a teoria de Leininger, o cuidado transcultural é capaz de prever e explicar padrões de cuidado humano relacionados às mais diversas culturas e práticas de enfermagem, além disso, esta elucida fatores que influenciam no cuidado, como aspectos culturais, visão de mundo e sistemas de saúde.

O objetivo da teoria de Leininger é ofertar o cuidado de saúde congruente com os valores das pessoas, assim como do indivíduo, das famílias e dos grupos. O cuidar culturalmente competente leva em consideração os valores, as expressões, as crenças, as ações e as práticas baseadas no modo de vida cultural e padrões de comportamento relacionados ao processo saúde doença de grupos culturais distintos (Machado; Borges; Robban, 2023).

O Modelo Sunrise (Sol Nascente) é utilizado para sistematizar e retratar as fases do processo de enfermagem nesta teoria

Através do modelo Sunrise, o profissional deve levantar múltiplos fatores que podem influenciar nas expressões do cuidado cultural dos pacientes. O modelo Sunrise tem como objetivo descobrir, explicar, interpretar e prever os conhecimentos do cuidado, bem como proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.



O modelo Sunrise apresenta quatro níveis, sendo o primeiro, constituído pelos componentes interdependentes da estrutura cultural e social do cuidado a partir da visão de mundo do indivíduo, inclui-se aqui a estrutura social do indivíduo. O segundo nível trata das dimensões relacionadas aos indivíduos, suas famílias, bem como informações sobre significados e expressões específicas relacionadas com o cuidado de saúde (Machado; Borges; Robban, 2023)

No terceiro nível caracteriza-se os valores populares, profissionais e de enfermagem, aqui são realizados os diagnósticos de enfermagem. Por fim, no quarto e último nível ocorre o cuidado culturalmente congruente, aqui inclui-se a preservação e manutenção, a acomodação e a negociação, além da repadronização e reestruturação do cuidado cultural (Machado; Borges; Robban, 2023).

A análise da abordagem de enfermagem de Leininger, distingue três formas de atuação do enfermeiro ao embasar o processo de enfermagem na teoria, as quais estão expressas no estudo de Gualda e Hoga (1992):

a) Preservação Cultural do Cuidado — fenômeno culturalmente embasado, de assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo, que o auxilia a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde.

b) Acomodação Cultural do Cuidado — Ato, culturalmente embasado, de assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes.

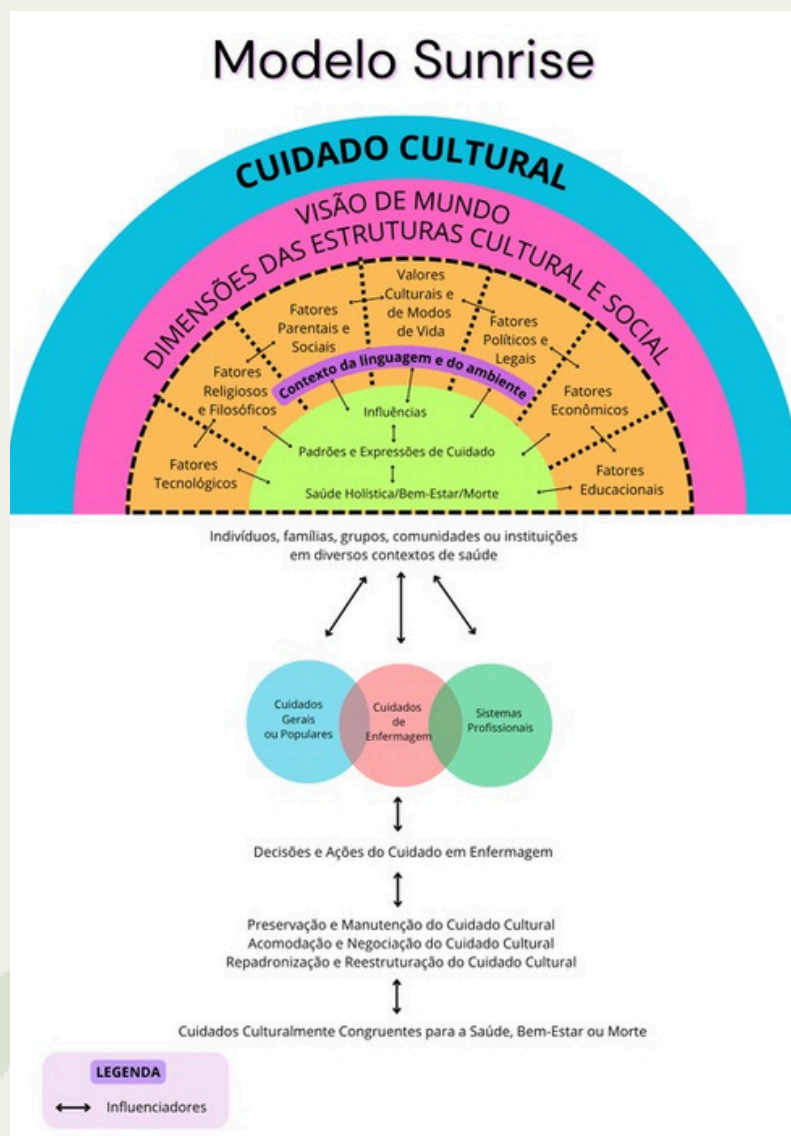


c) Reestruturação Cultural do Cuidado — Modelos reconstruídos ou alterados para auxiliar o cliente a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio (Gualda e Hoga, 1992, p. 78).



A teoria transcultural de Leininger acredita que, ao conhecer a cultura do usuário, as decisões e as ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que recebem atenção à saúde.

Figura 1 – Modelo Sunrise



Fonte: Leininger e Mcfarrrland (2006, p. 25, tradução e design da própria autora).

O CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE, A EQUIDADE E A INTEGRALIDADE NO CUIDAR A POPULAÇÃO ROMANI

A diversidade cultural tem relação direta com a prestação de cuidados em saúde, a cultura interfere fortemente nas atitudes das pessoas frente ao processo saúde e doença. Para os profissionais da saúde, reconhecer as diferenças culturais de seus pacientes e saber agir da melhor forma frente às crenças e hábitos dos pacientes é de suma importância.

As diferenças culturais podem impactar de forma negativa a interação dos profissionais de saúde e pacientes, inclusive levando a riscos de segurança ao paciente quanto ao profissional prestador do cuidado.



As diferenças culturais podem impactar de forma negativa a interação dos profissionais de saúde e pacientes, inclusive levando a riscos de segurança ao paciente quanto ao profissional prestador do cuidado.



A cultura refere-se ao conhecimento aprendido, compartilhado e transmitido dos valores, crenças e formas de vida de um povo. Estes valores influenciam fortemente a forma de pensar, as decisões e ações do grupo como um todo.

A cultura também sofre forte influência de fatores ambientais internos e externos, os valores culturais de um povo são moldados por valores, crenças, normas e práticas, que são passadas de geração para geração, tornando-se uma expressão padronizada daquele povo (Aydogdu, 2021; Sereno, 2022).

Os primeiros estudos voltados para o cuidado culturalmente competente se deram pela enfermeira Madeleine Leininger, considerada a pioneira da Enfermagem Transcultural, a qual estabeleceu que o cuidado e a cultura estão intimamente ligados. Leininger propõe que saberes culturais distintos podem informar e guiar os profissionais de saúde no cuidado, a oferta de cuidados culturalmente congruentes auxiliam na aceitação das populações dos cuidados de saúde de forma mais fácil.

O cuidado culturalmente competente leva em consideração que os pacientes são mais que seres biológicos, estes são seres holísticos, e necessitam de cuidado em diferentes aspectos da vida.

A inserção do cuidado de saúde culturalmente competente nas práticas dos profissionais ao lidar com populações como os Romani visa aumentar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados, além de manter e promover o bem estar físico, mental e social do indivíduo deste grupo populacional (Aydogdu, 2021; Hernandez, 2022).





Os profissionais da saúde que são culturalmente sensíveis levam em consideração a cultura, a raça, a etnia, o gênero e a orientação sexual do paciente em seus planos de cuidado. Os profissionais de saúde que possuem competência cultural, possuem melhor comunicação com seus pacientes, apreciam e respeitam a cultura alheia, além de obter mais conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas.

Ao proporcionar um cuidado culturalmente competente é importante considerar o indivíduo como culturalmente único, sendo ele um produto das experiências, crenças e normas culturais as quais influenciaram sua vivência.



Como consequências negativas da ausência do cuidado culturalmente competente, podem ocorrer a angústia moral, barreiras no acesso ao cuidado de saúde, desafios de comunicação, preconceitos e discriminação, má interpretação das necessidades de saúde, além de resultados diagnósticos e tratamentos incorretos (Aydogdu, 2021; Hernandez, 2022; Sereno, 2022).

A integralidade é um processo em permanente transformação. Este princípio pressupõe que haja serviços de saúde de diversas complexidades e que estes se complementam e trabalhem juntos visando a garantia de acesso de saúde de qualidade.

Os Romani, assim como outros grupos vulneráveis, possuem necessidades e demandas específicas e particulares até então desconhecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2022a; Geremia; Almeida, 2021; Nascimento et al, 2020).

A universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade no atendimento e a igualdade no cuidado são princípios norteadores para garantir a prestação qualificada de saúde ao povo Romani.

A equidade em saúde busca anular injustiças em saúde, reconhecendo as especificidades das populações e as situações de vulnerabilidade nas quais alguns grupos se encontram.

Desde modo o respeito à diversidade cultural e ao modo de vida Romani deve ser referência para os prestadores de cuidados em saúde.

Para prestar um atendimento que vise a equidade e integralidade os profissionais de saúde devem primeiro conhecer o povo Romani, o profissional deve buscar informações nos mais diferentes equipamentos públicos sobre esta população (Brasil, 2022a; Geremia; Almeida, 2021; Nascimento et al, 2020).



Após, a próxima ação é elencar os locais onde este povo reside seja de forma fixa, pendular ou migrante, para que os mesmo possam ser direcionados aos serviços de saúde mais próximos e com profissionais mais bem adaptados ao atendimento a este grupo populacional. Não havendo locais com profissionais adaptados ao atendimento a esta população, os profissionais que realizaram o atendimento deverão acima de tudo respeitar esta população.

A liberdade de expressão sem medo de discriminação e preconceito fazem parte do direito a saúde, com isso, a população Romani não deve ser julgada pela seu jeito de vestir, falar, pela sua cultura, pela sua personalidade, por suas festas e eventos, ou por suas ideias e pensamentos (Brasil, 2022a).



PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ROMANI

O Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todo contexto do cuidado de enfermagem. O PE deve ser fundamentado nas Teoria e Modelos de Cuidado, nos Sistemas de Linguagens Padronizados, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos (COFEN, 2024).

O PE organiza-se em cinco etapas:

1) Avaliação de Enfermagem:

consiste na coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) relacionados à pessoa, família, coletivo ou grupo, para a obtenção de informações relevantes ao cuidado de enfermagem e saúde do paciente.

2) Diagnóstico de Enfermagem

aqui é realizada a identificação dos problemas existentes, vulnerabilidade e comportamentos de saúde.

3) Planejamento de Enfermagem

compreende a construção do plano assistencial direcionados às necessidades da pessoa, família, coletivo ou grupo, compartilhado com os sujeitos envolvidos no cuidado e com a equipe de enfermagem.

4) Implementação de Enfermagem:

compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no plano assistencial.

5) Evolução de Enfermagem:

compreende a avaliação dos resultados alcançados após a implementação do plano assistencial. Permite a análise e revisão de todo o PE (COFEN, 2024).

INSTRUMENTOS DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA APS BASEADOS NA TEORIA DO CUIDADO transcultural DE LEININGER – SAÚDE DA MULHER

	INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS Instrumento padronizado com base na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (2006) População-alvo: Mulheres Romani (Povo Cigano)	
---	--	---

DIRETRIZES CULTURAIS OBRIGATORIAS PARA A APS	
A equipe deverá observar:	
A. Princípios gerais	
• Garantir privacidade e pudor corporal. • Indagar sobre preferência quanto ao gênero do profissional. • Explicar procedimentos de forma simples, direta e respeitosa. • Permitir presença de familiar (esposo/companheiro) ou matriarca, se desejado. • Evitar julgamentos sobre práticas tradicionais, vestimentas e modos de se comunicar.	
B. Aspectos culturais relevantes	
• Centralidade da família nas decisões. • Uso frequente de ervas e remédios naturais. • Crenças relacionadas à pureza (marime) que influenciam exames íntimos. • Mobilidade territorial que pode dificultar o acompanhamento longitudinal. • Possível desconfiança inicial em decorrência de experiências prévias de discriminação.	
1. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA	
• N. Cartão SUS: • Nome completo: • Idade: • Língua falada: () Português () Romanó () Chibi () Outra: _____ • Subgrupo Romani (informação voluntária): () Calón () Rom () Sinti • Acompanhantes presentes: () Não () Sim, Qual (is): _____ • Contato telefônico ou da comunidade: • Endereço/Localização da comunidade (se aplicável): • Profissional responsável pela consulta:	
2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER)	
2.1. Fatores tecnológicos	2.2. Fatores religiosos e filosóficos
Questionar sobre:	Questionar sobre:



• Utilização prévia de serviços de saúde: onde e quando foi a última vez que procurou serviços de saúde? • Aceitação de tecnologias diagnósticas: perguntar se aceitam o uso de tecnologia para fechar diagnóstico. • Barreiras para realização de exames: pedir autorização e explicar a importância de realização de exames, por exemplo, o exame físico.	• Crenças sobre causa das doenças. • Se já usou e/ou quais práticas curativas tradicionais já usou para o caso que vem buscar o profissional da UBS. • Restrições para determinados procedimentos: questionar e explicar sobre a importância da realização de determinados procedimentos.
2.3. Fatores sociais e familiares	2.4. Fatores culturais e estilo de vida
Questionar sobre: • Estrutura familiar. • Papel da mulher na família e no coletivo. • Líderes familiares envolvidos em decisões.	Questionar sobre: • Uso de ervas, chás, métodos tradicionais: quais utiliza geralmente e para o caso específico que procurou a UBS. • Rotina de deslocamento/itinerância: quando chegaram e se sabe por quanto tempo ficarão no município, para planejar possíveis retornos a UBS.
2.5. Fatores políticos e legais	2.6. Fatores econômicos
Questionar sobre: • A situação documental, para analisar a necessidade de acionar outros espaços da rede intersetorial de atenção. • Acesso ao SUS e direitos sociais: questionar se sabem o que isso significa e conhece os seus direitos. • Ocorrências de discriminação institucional: questionar se já vivenciou e como procedeu? Explicar sobre seus direitos.	Questionar sobre: • Fonte de renda da família. • Condições de moradia (fixa ou itinerante).
2.7. Fatores educacionais	
Questionar sobre: • O nível de alfabetização. • Língua de maior compreensão. • Necessidade de comunicação simplificada.	
3. HISTÓRICO CLÍNICO	



3.1. Queixa principal:	3.2. História da doença atual:
(Descrever conforme relato livre da usuária)	• Início, frequência, intensidade. • Interpretações culturais sobre a causa. • Estratégias de cuidado já utilizadas.
3.3. Antecedentes pessoais:	3.4. História gineco-obstétrica:
• Doenças crônicas, alergias, uso de medicações, esquema de vacinas. • Uso de remédios tradicionais.	• Ciclo menstrual. • Gestações, partos, abortos. • Recusas ou limitações culturais quanto a exames íntimos. • Se não tiver, ofertar a realização de exame citopatológico e mamografia. Caso tiver restrição apresentar e oferecer o exame de auto coleta citopatológica e explicar o auto exame das mamas.
3.5. Hábitos e condições de vida:	
• Alimentação típica: o que e como se alimenta? • Atividade física. • Consumo de tabaco/álcool. • Responsabilidades sociais e familiares.	
4. EXAME FÍSICO (APS)	
<i>Ressalta-se a obrigatoriedade de solicitar permissão para cada etapa do exame, garantindo privacidade e conforto.</i>	
4.1. Avaliação geral	4.2. Cabeça e pescoço
• Estado geral. • Nível de consciência. • Comunicação verbal. • Peso. Altura. Temperatura.	• Mucosas, linfonodos, tireóide. • Cabelos e pediculose • Higiene oral
4.3. Sistema respiratório	4.4. Sistema cardiovascular
• Ausculta pulmonar. • Padrão respiratório (FR).	• Ausculta cardíaca. • Perfusão periférica. • PA, FC.

4.5. Abdome	4.6. Sistema musculoesquelético
• Inspeção, ausculta, palpação leve. • Dor referida ou localizada. • Circunferência abdominal.	• Marcha, mobilidade, tônus.
4.7. Exame ginecológico (condicionado à aceitação)	
É OBRIGATÓRIO observar: • Confirmação verbal de consentimento. • Preferência por profissional do mesmo gênero. • Desejo da presença de acompanhante. • Explicação clara sobre finalidade e etapas do exame. • Respeito absoluto à recusa. Com oferta de outros modos de realização do exame (auto exame).	
5. PLANEJAMENTO DO CUIDADO (CONFORME LEININGER)	
5.1. Estratégias de Preservação/Manutenção Cultural	5.2. Estratégias de Negociação/Acomodação Cultural
• Valorização de práticas tradicionais seguras (ex.: chás leves, apoio familiar). • Quando aceito, associar práticas alopáticas as tradicionais.	• Ajuste de horários e locais de consulta considerando itinerância. • Explicações em linguagem facilitada. • Combinação de cuidado biomédico com práticas culturais seguras.
5.3. Estratégias de Reestruturação/Repadronização Cultural	
• Orientações diante de práticas potencialmente nocivas. • Substituição de métodos tradicionais inseguros por alternativas equivalentes e aceitas.	
6. REGISTRO CLÍNICO – MÉTODO SOAP – PROCESSO DE ENFERMAGEM (COREN, 2024).	
S – Subjetivo	O – Objetivo



Relato da usuária sobre sintomas, percepções e crenças culturais. Informações narradas pela paciente, como: • Sintomas. • Crenças sobre causa do problema. • Preferências culturais. • Recusas ou aceitações de cuidados alopáticos.	Dados coletados no exame físico e registros clínicos: • Sinais vitais. • Ausculta, inspeção, palpação. • Estado nutricional. • Condições de higiene e vestuário (sem julgamento). • Aderência a tratamentos prévios.
A – Avaliação	P – Plano (em cada plano de ação é importante sinalizar qual forma de atuação é a mais adequada)
Integração entre cultura e condição clínica. • Hipóteses diagnósticas. • Fatores culturais influenciando o cuidado. • Necessidade de adaptação transcultural.	() Preservação Cultural do Cuidado () Acomodação Cultural do Cuidado () Reestruturação Cultural do Cuidado • Ações de enfermagem. • Educação em saúde culturalmente adaptada. • Combinação de terapêuticas tradicionais seguras e biomédicas. • Encaminhamentos (e-Multi, ESF, saúde da mulher, CRAS, CREAS, entre outros). • Programação de retorno compatível com mobilidade da comunidade.
7. ASSINATURAS	
Enfermeira(o) responsável: _____ COREN: _____ Data: ____/____/____	



INSTRUMENTOS DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA APS BASEADOS NA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE LEININGER – SAÚDE DO HOMEM

	INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS Instrumento padronizado com base na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (2006) População-alvo: Homens Romani (Povo Cigano)	
---	---	---

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
• N. Cartão SUS: • Nome completo: • Idade: • Língua falada: () Português () Romanó () Chibi () Outra: _____ • Subgrupo Romani (informação voluntária): () Calón () Rom () Sinti • Acompanhantes presentes: () Não () Sim, Qual (is): _____ • Contato telefônico ou da comunidade: • Endereço/Localização da comunidade (se aplicável): • Profissional responsável pela consulta:	
2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER)	
2.1. Fatores tecnológicos	2.2. Fatores religiosos e filosóficos
Questionar sobre: • Utilização prévia de serviços de saúde: onde e quando foi a última vez que procurou serviços de saúde? • Aceitação de tecnologias diagnósticas: perguntar se aceitam o uso de tecnologia para fechar diagnóstico. • Barreiras para realização de exames: pedir autorização e explicar a importância de realização de exames, por exemplo, o exame físico, ECG, ECG, endoscopia, entre outros. • Em caso de recusa à realização de exames deve ser respeitada, oferecendo outras possibilidades.	Questionar sobre: • Crenças sobre masculinidade, força física e resistência. • Se já usou e/ou quais práticas curativas tradicionais, se já usou para o caso que vem buscar o profissional da UBS. • Restrições para determinados procedimentos: questionar e explicar sobre a importância da realização de determinados procedimentos. • Interpretações espirituais de doenças.
2.3. Fatores sociais e familiares	2.4. Fatores culturais e estilo de vida
Questionar sobre: • Responsabilidades familiares. • Papel como provedor/líder no grupo ou família. • Acompanhante ou Líder influente.	Questionar sobre: • Atividades laborais, rotinas de cuidados • Uso de ervas, chás, métodos tradicionais: quais utiliza geralmente e se já utilizou alguma para o caso específico que procurou a UBS. Banhos energéticos, práticas tradicionais



	• Rotina de deslocamento/itinerância: quando chegaram e se sabe por quanto tempo ficarão no município, para planejar possíveis retornos a UBS. • Percepção cultural sobre autocuidado masculino.
2.5. Fatores políticos e legais	2.6. Fatores econômicos
Questionar sobre: • A situação documental, para analisar a necessidade de acionar outros espaços da rede intersetorial de atenção. • Acesso ao SUS e direitos sociais: questionar se sabem o que isso significa e conhece os seus direitos. • Ocorrências de discriminação institucional: questionar se já vivenciou e como procedeu? Explicar sobre seus direitos.	Questionar sobre: • Fonte de renda da família. • Condições de moradia (fixa ou itinerante).
2.7. Fatores educacionais	
Questionar sobre: • O nível de alfabetização. • Língua de maior compreensão. • Necessidade de comunicação simplificada.	
3. HISTÓRICO CLÍNICO	
3.1. Queixa principal:	3.2. História da doença atual:
Descrever conforme relato principal • Relato espontâneo da razão da busca por atendimento.	• Início, frequência, intensidade. • Interpretações culturais sobre a causa. • Estratégias de cuidado já utilizadas.
3.3. Antecedentes pessoais:	3.4. Antecedentes familiares:
• Doenças crônicas, alergias, uso de medicações, esquema de vacinas. • Uso de remédios tradicionais.	• Doenças hereditárias comuns. • Doenças entre homens da família (observação cultural).
3.5. Hábitos e condições de vida:	
• Alimentação típica: o que e como se alimenta? • Sono. • Atividade física.	



• Consumo de tabaco/álcool. • Responsabilidades sociais e familiares. • Rotina de trabalho e esforços.	
4. EXAME FÍSICO (APS)	
<i>Ressalta-se a obrigatoriedade de solicitar permissão para cada etapa do exame, garantindo privacidade (importante para preservação de honra).</i> Evitar exposição corporal excessiva. Explicar claramente cada etapa.	
4.1. Avaliação geral	4.2. Cabeça e pescoço
• Estado geral, higiene em geral, vestimenta, postura. • Nível de consciência. • Comunicação verbal. Comportamento durante a consulta (resistência, desconforto) • Peso, Altura, Temperatura.	• Mucosas, linfonodos, tireóide. • Cabelos e pediculose • Higiene oral
4.3. Pele e Mucosas	4.4. Sistema respiratório
• Mucosas, linfonodos. • Higiene oral • Sinais de violência ou acidentes laborais	• Ausculta pulmonar. • Padrão respiratório (FR).
4.5. Sistema cardiovascular	4.6. Abdome
• Ausculta cardíaca. • Perfusão periférica. • PA, FC.	• Inspeção, ausculta, palpação leve. • Dor referida ou localizada. • Circunferência abdominal. • Tensão abdominal, massas, dor.
4.7. Sistema musculoesquelético	4.8. Exame íntimo (condicionado à aceitação)
• Força, marcha, mobilidade, tônus, amplitude de movimentos. • Avaliação de dores decorrentes do trabalho	É OBRIGATORIO observar: • Explicação clara, técnica em uma linguagem acessível. • Profissional de mesma identidade de gênero, se preferido. • Possibilidade de recusa (registrar).



	• Evitar linguagem que sugira fragilidade.
5. PLANEJAMENTO DO CUIDADO (CONFORME LEININGER)	
5.1. Estratégias de Preservação/Manutenção Cultural	5.2. Estratégias de Negociação/Acomodação Cultural
• Valorização de práticas tradicionais seguras (ex.: chás leves, apoio familiar). • Respeita fortemente a valorização da autonomia masculina.	• Ajustar horários da consulta ao trabalho (ex.: trabalhos itinerantes). • Quando aceito, associar práticas alopáticas as tradicionais. • Combinar estratégias de autocuidado conectadas ao papel social masculino. • Explicar a importância do cuidado preventivo usando metáforas aceitas culturalmente, com linguagem facilitada, (ex.: "cuidar do corpo como se cuida das ferramentas de trabalho").
5.3. Estratégias de Reestruturação/Repadronização Cultural	
• Orientações diante de práticas potencialmente nocivas. • Educar sobre riscos de automedicação inadequada. • Incentivar busca precoce de atendimento para evitar agravamento. • Propor práticas alternativas que preservem autonomia e honra. • Substituição de métodos tradicionais inseguros por alternativas alopáticas equivalentes e aceitas.	
6. REGISTRO CLÍNICO – MÉTODO SOAP – PROCESSO DE ENFERMAGEM (COREN, 2024).	
S – Subjetivo	O – Objetivo
Relato da usuária sobre sintomas, percepções e crenças culturais. Informações narradas pela paciente, como: • Sintomas. • Crenças sobre causa do problema. • Preferências culturais.	Dados coletados no exame físico e registros clínicos: • Sinais vitais. • Ausculta, inspeção, palpação. • Estado nutricional e observações físicas • Condições de higiene e vestuário (sem julgamento).



• Recusas ou aceitações de cuidados alopáticos.	• Aderência a tratamentos prévios. • Atenção para comportamento, tensão e desconforto cultural.
A – Avaliação	P – Plano (em cada plano de ação é importante sinalizar qual forma de atuação é a mais adequada)
Integração entre cultura e condição clínica. • Hipóteses diagnósticas. • Fatores culturais influenciando o cuidado. • Necessidade de adaptação transcultural.	() Preservação Cultural do Cuidado () Acomodação Cultural do Cuidado () Reestruturação Cultural do Cuidado • Ações de enfermagem. • Educação em saúde adaptada à cultura Romani masculina. • Negociação do cuidado. Combinação de terapêuticas tradicionais seguras e biomédicas. • Encaminhamentos (e-Multi, ESF, saúde da mulher, CRAS, CREAS, entre outros). • Programação de retorno compatível com mobilidade da comunidade. • Recomendações sobre práticas tradicionais seguras e alertas sobre práticas de risco.
7. ASSINATURAS	
Enfermeira(o) responsável: _____ COREN: _____ Data: ____/____/____	



DESAFIOS PARA O CUIDADO A POPULAÇÃO ROMANI

A relação entre os Romani e os serviços de saúde é extremamente tensa. As políticas públicas de saúde voltadas para os mesmos ainda não chegaram a esta população. Os Romani apresentam práticas de saúde milenares o que muitas vezes causam preconceito institucional durante o atendimento nos serviços de saúde, isto acaba por ferir o princípio da equidade tão importante para o atendimento da população Romani. Além disso, por fazerem parte de um grupo negligenciado em situação de desigualdades sociais e raciais, a maior parte dos problemas de saúde que assola essa população estão associados ao seu modo de vida precário (Silva Júnior; Toyansk, 2020).



A população Romani sofre com falta de saneamento básico e infraestrutura, além de elevados números de problemas relacionados à saúde mental como, depressão, suicídio, violência e etilismo, a gravidez precoce, altas taxas de natalidade e baixa expectativa de vida fazem parte do dia a dia desta população.

Vale lembrar que este grupo apresenta também altas taxas de analfabetismo, desemprego, estão em sua grande parte isolados de serviços públicos de transporte e de lazer, o que são determinantes para uma boa saúde (Silva Júnior; Toyansk, 2020).



ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PARA O CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE A POPULAÇÃO ROMANI

Busque avaliar os fatores culturais que possam influenciar e afetar negativamente sua relação ao paciente Romani;

Adote uma atitude flexível, respeitosa e atenciosa com o paciente principalmente quando for tratar de assuntos relacionados a cultura do mesmo;

Planeje os cuidados de acordo com as necessidades culturais expostas pelo paciente;

Busque identificar as diferenças entre os conceitos de saúde e doença seus e do paciente Romani, evite sobrepor seus conceitos de saúde sobre os de seu paciente;

Seja sensível com relação às singularidades do paciente e de seu núcleo familiar;

Avalie com frequência a eficácia das ações de saúde e modifique o plano de cuidado sempre que necessário;

Realize a escuta qualificada e leve em consideração os fatores culturais expressos pelo paciente;

Se necessário recorra a um profissional que já teve contato com a população Romani para lhe prestar assistência.

Fale de forma devagar, esteja atento às reações do paciente para observar se o mesmo compreende o que lhe é passado, evite termos médicos e abreviações que o paciente possam não compreender;

Esteja atento ao feedback do paciente;

INFORMAÇÕES ÚTEIS



GUIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POVOS CIGANOS

[Link de acesso para leitura do texto.](#)



SCAN ME



SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO À SAÚDE DO POVO CIGANO

[Link de acesso para leitura do texto.](#)



SCAN ME

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.





POVO CIGANO O DIREITO EM SUAS MÃOS

Link de acesso para leitura do texto.



SCAN ME



MARCOS DE LEGAIS PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DOS DIREITOS DO POVO ROM (OS ASSIM CHAMADOS CIGANOS)

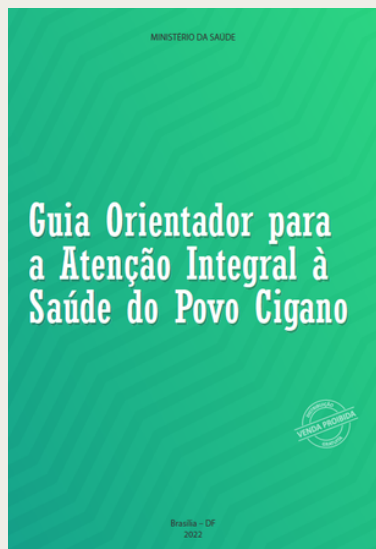
Link de acesso para leitura do texto.



SCAN ME

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.





GUIA ORIENTADOR PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO

[Link de acesso para leitura do texto.](#)



GUIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS.

[Link de acesso para leitura do texto.](#)



*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.





MINISTÉRIO DA IGUALDADE RACIAL (INSTAGRAM)

Link de acesso da rede social



SCAN ME



DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DE POVOS INDÍGENAS E POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM PROGRAMAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Link de acesso da rede social



SCAN ME

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.





ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL MAYLÊ SARA KALÍ (AMSK) (SITE)

[Link de acesso ao site.](#)



SCAN ME



MINISTÉRIO DA SAÚDE (SITE)

[Link de acesso ao site.](#)



SCAN ME

*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosseguir em sua busca.





O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O ATENDIMENTO A POVOS CIGANOS/ROMANI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

[Link de acesso ao site.](#)



*Os links e QR Codes que constam neste manual podem mudar, devido a isto se não direcionado ao arquivo correspondente favor copiar o nome do arquivo e colar em seu navegador de pesquisa e prosequir em sua busca.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância o empenho dos profissionais de saúde e das três esferas de governo, na implementação e concretização de ações voltadas para a população Romani. .

Ações estas que devem visar a promoção, a atenção integral e o cuidado culturalmente competente à saúde do povo Romani, para isto é imprescindível que os gestores e profissionais de saúde conheçam esta população e os territórios em que as mesmas se inserem.

Além disso é necessário o reconhecimento das especificidades e das vulnerabilidades deste grupo populacional, atualmente não existem pesquisas ou dados oficiais que demonstram o quantitativo de usuários Romani no SUS, urge a necessidade de pesquisas que demonstrem o número de pessoas pertencentes a este grupo populacional para que as políticas públicas existentes sejam implementadas.



Vale ressaltar que o conhecimento do Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, e a Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano devem ser amplamente conhecidos pelos profissionais de saúde para que o atendimento ao povo Romani seja realizado com qualidade e seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Por fim, é necessário que os profissionais de saúde compreendam que os Romani apresentam costumes e culturas diferentes, as quais devem ser respeitadas durante a escolha do tratamento



REFERÊNCIAS

AYDOGDU, Ana Luiza Ferreira. Competência cultural e qualidade da assistência de enfermagem: cultural competence and quality of nursing care. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 134–139, 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2024?]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Decreto nº 10.841, de 18 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004/2006/2006/dnn/dnn10841.htm. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Decreto nº 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: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007/2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 01 dez. 2025

BRASIL. Decreto nº 12.128, de 1º de agosto de 2024. Institui o Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, 2 ago. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023/2026/2024/decreto/d12128.htm. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_20_09.html. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Define a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 01 dez. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 31 de dezembro de 2018. Institui a Política Nacional de Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Cadastro Único: tabelas do Cadastro Único. Disponível em: https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Guia de Políticas Públicas para Povos e Comunidades Tradicionais. 1. ed. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia orientador para a atenção integral à saúde do povo cigano [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Povos ciganos Romani: legislação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/povos-ciganos-romani/legislacao>. Acesso em: 01 dez. 2025.

CAVALCANTE, Lucimara; CERQUEIRA, Anne K. C. Controle e participação social: uma análise dos dados do Programa Bolsa Família, pessoa idosa. Jan. 2024. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao18_AMSK-2024-pbfPessoaldosa.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

CAVALCANTE, Lucimara; COSTA, Elisa. Controle e participação social: uma análise dos dados da primeira infância do Programa Bolsa Família. Ago. 2023. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao16_AMSK-2023-ControlParticSocialPrimeiraInfancia.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.



CAVALCANTE, Lucimara; COSTA, Elisa. Controle e participação social: uma análise dos dados do Programa Bolsa Família. Jul. 2023. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao15_AMSK2023-ControleParticSocial.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

COSTA, Cavalcante, 2020;. DA SILVA, Cláudia Conceição da; et al. Estado de saúde dos ciganos na região sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Saúde Funcional, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 30–39, 2020.

FERNANDES, Verônica Maria. Reflexões sobre a saúde da população Cigana/Romani, tendo em vista a resposta do estado às suas necessidades específicas para o enfrentamento à pandemia do Covid 19. 2021. 49 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

GEREMIA, Daniela Savi; ALMEIDA, Maria Eneida de. (eds.). Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2021. 392 p. ISBN 978-65-86545-54-8.

GOOGLE. Gemini. [Software]. Versão: Gemini 2.5 Flash. Inteligência Artificial. Disponível em: <https://gemini.google.com>. Acesso em: 22 jun. 2026.

HERNANDEZ, Nathalya Casallas. Compaixão e competência cultural de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

MACHADO, Cynthia Fernanda Teles; BORGES, Luana Cristina Roberto; ROBBANA, Sofia de Barros. Análise do papel da enfermagem na sociedade sob a ótica da Teoria Transcultural de Leininger. Uniciencias, v. 27, n. 1, p. 38-44, 2023.

MICROSOFT. Criador de imagens do Bing (versão DALL-E 3). Inteligência Artificial. Disponível em: <https://www.bing.com/images/create>. Acesso em: 21 jul. 2026.

MOREIRA, Sheila. A interculturalidade na educação formal cigana. Revista ETHNE, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 68–96, 2023.

NASCIMENTO, Arydyjany Gonçalves et al. Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente ao idoso cigano. In: JÚNIOR, A. T. de O.; FREITAS, F. F. Q.; FERNANDES, M. C. (orgs.). Intelecções sobre possibilidades cuidativas em saúde no campo da interdisciplinaridade. v. 2. Brasil: Editora Appris, 2020. p. 35-38.

OPENAI. ChatGPT (versão GPT-4). Inteligência Artificial. Disponível em: openai.com. Acesso em: 22 jun. 2026.

SERENO, Carina Vieira. O cuidado cultural: estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa em situação crítica e família / Cultural care: facilitating communication strategies for people in critical situations and their families. Lisboa: s.n., 2023.

SILVA, Maria Clara Ramos da Fonseca. Do higienismo ao direito: análise da organização do sistema público de saúde para o povo cigano/ Romani no Brasil. 2022. 126 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SILVA JÚNIOR, Aluízio de Azevedo; TOYANSK, Marcos. Saúde das comunidades ciganas no Brasil: contextos e políticas públicas. Revista do Centro de Pesquisa e Formação, n. 10, p. 58-70, ago. 2020.

SOUZA, Daniela Ketlyn Coutinho Porto de. et al. 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, Brasília, v. 11, n. 1, 2022.

VACITE, Mio. et al. Saúde da população cigana urbana no Rio de Janeiro/Brasil. Revista FOCO, [S. l.], v. 16, n. 10, p. e3258, 2023.

***“A inclusão acontece
quando se aprende com
as diferenças, e não com
as igualdades”***

PAULO FREIRE



