



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

LAÍS DE LUCA

**PRODUTO DE EDUCAÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO ROMANI SOB A ÓPTICA DO CUIDADO CULTURALMENTE
COMPETENTE**

CRICIÚMA

2025

LAÍS DE LUCA

**PRODUTO DE EDUCAÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO ROMANI SOB A ÓPTICA DO CUIDADO CULTURALMENTE
COMPETENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz.

CRICIÚMA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L93lp Luca, Laís de.

Produto de educação e gestão do cuidado à saúde da população romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente / Laís de Luca. - 2025. 174 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2025.
Orientação: Fabiane Ferraz.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência à saúde culturalmente competente. 3. Educação em saúde 4. Equidade em saúde. 5. Ciganos - Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1

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

LAÍS DE LUCA

**PRODUTO DE EDUCAÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO ROMANI SOB A ÓPTICA DO CUIDADO CULTURALMENTE
COMPETENTE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 17 de dezembro de 2025.

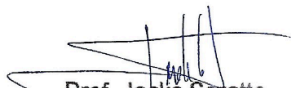
BANCA EXAMINADORA



Profa. Fabiane Ferraz
Doutora – Orientadora
Presidente



Profa. Valdemira Santina Dagostin
Doutora – UNESC
Membro externo



Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico esta dissertação aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e a presença de pessoas especiais ao longo desta jornada.

Aos meus pais, minha eterna gratidão. Pelo amor incondicional, pelo exemplo de dedicação e por sempre acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais difíceis de minha vida. Suas palavras de carinho e incentivo foram fundamentais para que eu chegasse até onde cheguei.

Aos meus amigos, obrigada por estarem ao meu lado nos momentos de alegria e também nos de dúvida, dificuldade e cansaço. O seu apoio sincero e a compreensão foram essenciais para manter o equilíbrio durante minha caminhada.

À minha orientadora, professora Fabiane Ferraz, meu profundo agradecimento pela orientação generosa, paciência e confiança em mim e meu trabalho. Sua dedicação, conhecimento e compromisso com o ensino foram inspirações constantes e contribuíram imensamente para o amadurecimento deste estudo e meu próprio como pessoa.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada, minha sincera gratidão.

*Não procure pelos defeitos enquanto percorre a vida;
E mesmo quando os encontrar,
É sábio e gentil ser um pouco cego
E buscar a virtude por trás deles.
Pois a noite mais nublada tem um indício de luz
Em algum lugar escondido em suas sombras;
É muito melhor caçar uma estrela,
Do que fixar-se nas manchas no sol.*

Ella Wheeler Wilcox

RESUMO

Introdução: o termo genérico “Cigano” é utilizado para designar um grupo populacional extremamente heterogêneo do povo Romani. As populações Romani em geral vivem à margem da sociedade. No campo da saúde sofrem com a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre seus costumes e cultura, além de práticas discriminatórias individuais e institucionalizadas, que estão ligadas à redução do acesso e uso dos serviços de saúde dos Romani. **Objetivo:** desenvolver um manual sobre a saúde da população Romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente. **Métodos:** o material orientativo produzido baseou-se em dois materiais previamente publicados pelo Ministério da Saúde, um de 2016, que trata sobre os subsídios para a saúde Romani, porém o mesmo já está desatualizado, e outro de 2022, que trata de forma genérica sobre a saúde desta população. Para a criação do manual, foram utilizados artigos científicos, pesquisas, legislações e documentos oficiais sobre a história da saúde dos povos Romani no Brasil. Foram utilizadas as seguintes bases de dados Scielo, Google Acadêmico, Periódicos Capes, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, biblioteca da Fiocruz e da ABRASCO, o site oficial da Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK), legislações publicadas e guias desenvolvidos pelo Ministério da Saúde sobre o povo Romani no Brasil, além de base de dados de indicadores nacionais como o Cadastro Único. Os materiais escolhidos foram todos do idioma português, entre os anos de 2020 a 2025. **Resultados:** o produto construído apresenta de forma concisa múltiplos tópicos sobre a população Romani, desde sua origem até tópicos voltados à sua saúde, com características específicas para a saúde da criança, da mulher, do homem, do idoso, da saúde mental, e do luto neste grupo populacional. O manual também traz dados epidemiológicos atualizados obtidos no CadÚnico, além de informações importantes sobre o modo de vida e políticas públicas voltadas à população Romani. Além disso, o produto originou um segundo produto que são dois roteiros para a realização de consultas de enfermagem sobre a saúde do homem e da mulher Romani. O material se baseia na teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, e traz informações para auxiliar o profissional que o lê a enfrentar os desafios encontrados no atendimento aos Romani. O material também conta com links para informações úteis para os profissionais que desejam conhecer mais sobre a saúde da população Romani. **Considerações Finais:** Mesmo com a existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani pouco se sabe sobre esta população na realidade dos serviços de saúde, e ainda são escassos os estudos e materiais oficiais do Ministério da Saúde sobre os mesmos, o que acarreta dificuldades para que os profissionais da saúde possam prestar um cuidado integral e culturalmente competente seguindo os preceitos do SUS aos Romani. Com isso, o manual produzido visa auxiliar os profissionais da saúde para que os mesmos sejam capazes de prestar um atendimento completo e visando os preceitos do SUS para os pacientes Romani.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado culturalmente competente; Equidade; Gestão do cuidado; Educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The generic term "Gypsy" is used to designate an extremely heterogeneous population group of the Romani people. Romani populations generally live on the margins of society. In the field of health, they suffer from a lack of knowledge among health professionals about their customs and culture, as well as individual and institutionalized discriminatory practices, which are linked to reduced access to and use of health services for the Romani. **Objective:** To develop a manual on the health of the Romani population from the perspective of culturally competent care. **Methods:** The guidance material produced was based on two materials previously published by the Ministry of Health, one from 2016, which deals with subsidies for Romani health, but is now outdated, and another from 2022, which deals generically with the health of this population. For the creation of the manual, scientific articles, research, legislation, and official documents on the history of the health of Romani peoples in Brazil were used. The following databases were used: Scielo, Google Acadêmico, Periódicos Capes, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, Fiocruz and ABRASCO libraries, the official website of the Maylê Sara Kalí International Association (AMSK), published legislation and guides developed by the Ministry of Health on the Romani people in Brazil, as well as national indicator databases such as the Cadastro Único. The materials chosen were all in Portuguese, from the years 2020 to 2025. **Results:** the constructed product concisely presents multiple topics about the Romani population, from their origin to topics related to their health, with specific characteristics for the health of children, women, men, the elderly, mental health, and bereavement in this population group. The manual also includes updated epidemiological data obtained from the Unified Registry, as well as important information about the way of life and public policies aimed at the Romani population. Furthermore, the product gave rise to a second product, which consists of two scripts for conducting nursing consultations on the health of Romani men and women. The material is based on Madeleine Leininger's theory of transcultural care and provides information to help professionals who read it to face the challenges encountered in providing care to the Romani. The material also includes links to useful information for professionals who wish to learn more about the health of the Romani population. **Final Considerations:** Even with the existence of the National Policy for Comprehensive Health Care for the Gypsy/Romani People, little is known about this population in the reality of health services, and there are still few studies and official materials from the Ministry of Health on them, which makes it difficult for health professionals to provide comprehensive and culturally competent care following the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) to the Romani. Therefore, this manual aims to assist health professionals so that they are able to provide complete care, aiming at the principles of the SUS, for Romani patients.

Key Words: Atenção Primária à Saúde; Cuidado culturalmente competente; Equidade; Roma; Saúde Coletiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Sunrise (Sol Nascente).....	40
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANEC - Associação Nacional das Etnias Ciganas

CDH - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

CRAS - Centros de Referência em Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipes de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

CADÚNICO - Cadastro Único

MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos

SC - Santa Catarina

SEPPIR/PR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da
Presidência da República

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	19
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	19
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1 A ORIGEM DOS CIGANOS/ROMANI	22
3.2 ETNIAS CIGANAS/ROMANI	23
3.2.1 Calón	23
3.2.2 Rom	24
3.2.3 Sinti	25
3.3 MODO DE VIDA CIGANO/ROMANI	25
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À POPULAÇÃO CIGANA/ROMANI	28
3.4.1 Políticas Públicas de Saúde da População Cigana/Romani	31
3.5 CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE	32
3.5.1 O Significado de Cultura	32
3.5.2 Cuidado E Sua Relação Com A Saúde	33
3.5.3 O Significado do Preconceito	34
3.5.4 Equidade Como Princípio Do SUS	35
3.5.5 Competência Cultural	36
3.6 CUIDADO TRANSCULTURAL	38
3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	41
3.8 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	42
3.9 CUIDADOS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO CIGANA/ROMANI	43
3.9.1 Saúde da Mulher	45
3.9.2 Saúde do Homem	46
3.9.3 Saúde da Criança e do Adolescente	46
3.9.4 Saúde do Idoso	47
3.9.5 Saúde Mental	47
3.10 VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE OS CIGANOS/ROMANI	48
3.11 PROCESSO DE ENFERMAGEM	49
4 MÉTODOS	50
4.1 TIPO DE PRODUTO	50
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	50
4.3 PÚBLICO ALVO	51
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	51
4.4.1 Etapa 1: Levantamento Bibliográfico	51

4.4.2 Etapa 2: Construção do Material Orientativo	51
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	52
5 RESULTADOS	54
5.1 APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICES	164
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PADRONIZADO COM BASE NA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER (2006) MULHERES ROMANI (POVO CIGANO)	165
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PADRONIZADO COM BASE NA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER (2006) HOMENS ROMANI (POVO CIGANO)	170

1 INTRODUÇÃO

O termo genérico “cigano” é utilizado para designar um grupo populacional extremamente heterogêneo do povo Roma. Pouco se sabe sobre as origens deste povo disseminado pelo mundo. A história dos mesmos é passada de forma oral, através dos anciãos e líderes das comunidades. Pouco se tem registrado sobre este povo o qual se teoriza que tem origem na Índia. Os ciganos são vistos com um misto de desconfiança, temor e curiosidade pelos não ciganos, com isso os mesmos sofrem com preconceitos e discriminações de raízes históricas, as quais foram difundidas desde de o início da diáspora deste povo da Índia (Brasil, 2007; Moonen, 2011; Niquetti, 2013).

Internacionalmente o termo “ciganos” em inglês “gipsy” é considerado pejorativo. Em razão disto, muitos textos utilizam-se do termo “Romani”, ao incorporarmos esse termo nos alinharmos à discussão internacional, e, ao mesmo tempo, desde 2012 a Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil) opta por usar os termos: povo Rom, povo Romani ou Roma. No presente estudo, optamos por utilizar a nomenclatura Romani e Ciganos (Costa; Cavalcante, 2020).

Os Romani são indivíduos de um grupo étnico, estes são considerados no Brasil, povos e comunidades tradicionais conforme o Decreto nº 6.040/2007. Segundo o Decreto em questão, povos e comunidades tradicionais são compostos por grupos culturalmente diferentes e que são reconhecidos por si próprios deste modo. Estes possuem formas de organização social diferenciadas, além de ocuparem territórios e recursos naturais que apresentam relação direta com seus valores culturais, sociais, religiosos, ancestrais e econômicos. Estes utilizam-se de conhecimentos, inovações e práticas tradicionais de seus ancestrais. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, o critério para identificar se uma pessoa é “cigana” ou não, é a sua auto identificação. “Cigano” no Brasil é qualquer pessoa que se identifica como pertencente a esta comunidade e que se reconhece como tal, ou seja, os ciganos não podem ser identificados somente a partir do seu modo de vestir, da sua moradia, do seu modo de falar ou da sua cor (Brasil, 2007; Niquetti, 2013).

Os povos Romani são divididos em três etnias ou “*natsias*” que em Romani, dialeto cigano significa nação ou povo. Essas etnias são a Calón, Rom e

Sinti, essas etnias apresentam também subdivisões. Os ciganos têm como característica principal seu espírito viajante e o fato de não terem residência fixa. Estes apresentam uma noção de propriedade, de cultura, de leis e regras próprias. Tem em suas comunidades como forma principal de estruturação a noção de unidade familiar, os acampamentos apresentam também uma liderança comunitária exercida por uma figura masculina, a sociedade cigana é extremamente patriarcal, as mulheres atualmente ainda apresentam poucos direitos (Hilkner; Hilkner, 2008; Moonen, 2011; Pereira; Carvalho; Pereira, 2019)

Um preconceito muito disseminado na sociedade desde a chegada dos ciganos à Europa no século XV, é a fama de ladrão. Ladrão de comida e de animais, de roupas dos varais, de botijões de gás, entre outros. Esta fama ruim é difícil de ser corrigida devido ao fato desta ter sido difundida pelo mundo. É inegável que muitas vezes, para que não morressem de fome ou frio, alguns ciganos furtavam pequenas quantidades de animais, frutas, legumes e tubérculos, ou até mesmo lenha para cozinhar e se aquecer no inverno ou durante as noites frias (Moonen, 2011).

Cabe ressaltar que os ciganos apresentam ideias diferentes no que diz respeito à propriedade privada com relação aos não ciganos, e que os mesmos só realizam furtos quando não possuem mais outra opção. Até para o furto os ciganos apresentam regras, usualmente os mesmos adquirem seus bens através da compra, e só realizam furtos se estão sem outra alternativa no momento, estes furtam somente para a sua subsistência e não para enriquecer, e estes nunca usam a força física, e sim somente a esperteza para adquirir bens (Moonen, 2011).

Outra acusação muito comum para com os ciganos, também é difundida devido a esperteza nata dos ciganos. Isso ocorre principalmente em ambos os sexos. As ciganas são acusadas de trambiqueiras por realizarem a leitura das mãos e realizar a previsão do futuro da “vítima”. Os ciganos, ao contrário de muitos não ciganos, não acreditam na leitura das mãos ou previsão do futuro, estes não realizam as mesmas entre si. O fato de muitas ciganas praticarem a quiromancia no passado fizeram com que estas fossem acusadas de bruxaria principalmente pela Igreja. Já os homens ciganos são acusados de serem vigaristas, desonestos, enganadores no que diz respeito a venda de cavalos, jumentos e burros. Outra situação também na qual os ciganos são acusados de trambiqueiros é na venda de jóias de ouro e tapetes persas que na verdade não são de ouro e nem tão pouco persas (Moonen, 2011).

Os preconceitos e discriminações vivenciados pelos ciganos estão muitas vezes ligados a estereótipos disseminados pela literatura. O mito de que ciganos são ladrões de crianças foi difundido pelo autor Miguel de Cervantes, no livro *La Gitanilla* (1612). Outros autores inspirados por Cervantes, como Molière, De Foe, Goethe, Victor Hugo entre outros difundiram este mito. Supõe-se que o mito do cigano ladrão de crianças, ocorreu devido a presença de crianças de pele branca nos acampamentos ciganos, isto ocorria no passado devido ao fato de mães solteira, mulheres adúlteras ou pobres, darem suas crianças “indesejadas” às ciganas mais velhas, para que estas criassem seus filhos (Moonen, 2011).

No ano de 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inseriu em seu questionário duas questões relacionadas aos ciganos. Estas questões são: o órgão gestor dos direitos humanos executa programas e ações para ciganos em seu município? e, se há existência de acampamentos ciganos no município. O IBGE em sua Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) realizada em 2014, trouxe 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. Outro local onde podemos encontrar dados sobre a população cigana é o Cadastro Único (CadÚnico), que traz dados relacionados a pessoas que participam de programas sociais governamentais (Cavalcante; Costa, 2016).

A maioria dos ciganos não possuem acesso à previdência social, muitos não possuem documentação como certidão de nascimento ou Carteira de Identidade. Isto dificulta o acesso destes a programas a partir do CadÚnico. Segundo levantamento de dados do CadÚnico, o Brasil tem 27.779 pessoas ciganas e aproximadamente 13.162 famílias cadastradas em situação de vulnerabilidade social, distribuídas em 1.430 municípios brasileiros no ano de 2021. Os ciganos registrados no Cadastro Único têm como características predominantes: cor parda, são jovens, com pouca ou nenhuma escolaridade e trabalhadores rurais ou autônomos (Brasil, 2022; Nocko et al, 2016).

A população cigana está distribuída por todo o país, porém encontra-se de forma mais expressiva nas regiões Nordeste e Sudeste, com 55,04% e 26,87%. O estado de Goiás apresenta a maior concentração de Romani na região

Centro-Oeste. Na região Norte, o Pará é o estado com maior concentração de ciganos. No Nordeste o estado da Bahia apresenta a maior concentração da população Romani na região, no Sul o estado com maior concentração é o Paraná e no Sudeste a região com maior número de ciganos é o estado de Minas Gerais. De forma majoritária as famílias ciganas cadastradas no CadÚnico estão presentes no Nordeste e Sudeste, regiões com maior número desta população (Brasil, 2022).

O racismo e o preconceito são elementos fortemente presentes na estruturação e organização da sociedade brasileira, estes estabelecem barreiras para que determinados grupos consigam obter os seus direitos. Estes grupos tornam-se extremamente carentes no que diz respeito a direitos, bens e serviços. Outra área em que os ciganos também são extremamente carentes é no que diz respeito a pesquisas acadêmicas e científicas sobre os mesmos, além de dados demográficos destas populações. As pesquisas demográficas voltadas a estes grupos são raras e tem como principal entrave o nomadismo desta população. O tamanho da população cigana pode somente ser suposto, segundo estimativas não oficiais a população cigana é composta por aproximadamente 500 mil a um milhão de pessoas (ABRASCO, 2020; Cavalcante; Costa, 2016; Moonen, 2011).

Ressaltamos que mesmo estando presentes no Brasil desde 1574, quando a família do cigano João (de) Torres foi deportada de Portugal para a colônia Brasileira, os ciganos contribuíram de forma importante para a construção da identidade e da cultura do país. Os ciganos sofrem ainda com políticas públicas deficientes, preconceituosas, cheias de iniquidades, que mantêm e aumentam a exclusão social destes povos. Muitos vivem nas periferias, em casas, apartamentos, hotéis, chácaras, ranchos e em acampamentos. A maior parte das comunidades ciganas ficam em locais sem infraestrutura adequada, ou seja, sem serviço de água encanada, energia elétrica e saneamento básico (ABRASCO, 2020; Niquetti, 2013).

Muitos ciganos são analfabetos, os poucos que frequentam a escola, não concluem o ensino fundamental e raramente chegam ao ensino superior. Muitos abandonam a escola, devido ao estilo nômade da família, aos preconceitos por parte das instituições de ensino e de colegas de escola, além de que muitas meninas saem da escola em preparação para o casamento. A maioria dos ciganos vive de trabalho informal, como venda de roupas, enxovais e outras mercadorias, de gambiarras, ou seja, troca de produtos, além da quiromancia e cartomancia, alguns

praticam atividades circenses e de teatro, outros vivem da mendigagem (ABRASCO, 2020).

As comunidades ciganas e os ciganos em geral sejam estes nômades, seminômades ou sedentários, apresentam baixos índices de escolaridade, não apresentam documentação completa, não possuem vínculos empregatícios fixos, estes vivem à margem da sociedade, muitas vezes não podendo acessar seus direitos básicos. As diversas etnias ciganas têm em comum um passado marcado pelo sofrimento, preconceito e perseguição, seja no Brasil ou em outros países (Hilkner; Hilkner, 2008; Moonen, 2011; Pereira; Carvalho; Pereira, 2019).

Além disso, apesar das diferenças marcantes de cada etnia, muito se assemelham nos seus trabalhos tradicionais, na sua aptidão para o comércio dos mais variados tipos de mercadorias, na criação de artesanatos, nas habilidades com o circo, teatro e música, além da cartomancia e quiromancia, dos dialetos próprios de cada grupo que apesar de diferentes tem raiz linguística em comum. Os ciganos possuem uma cultura riquíssima os quais muitas vezes são impedidos de manifestar devido a discriminação e preconceito (Hilkner; Hilkner, 2008; Moonen, 2011; Pereira; Carvalho; Pereira, 2019).

O Decreto nº 10.841 de 25 de maio de 2006, que instituiu o dia 24 de maio como o Dia Nacional do Cigano no Brasil, foi um pequeno passo em busca do reconhecimento da presença da população cigana em nosso país. A partir de 2006 houve um crescente avanço no debate da situação desta população com a realização de fóruns e outros eventos. Em 2013 foi lançado o Guia de Políticas Públicas para Povos Ciganos e publicado o Relatório Executivo Nacional, coordenado pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR), extinta no ano de 2015, estes documentos trouxeram importantes pontos e propostas sobre a atenção e atendimento à população cigana, além de salientarem a ausência de acesso às políticas públicas e a invisibilidade desta parcela da população brasileira (ABRASCO, 2021).

No contexto da saúde, os ciganos ainda sofrem com racismo e preconceitos ao utilizarem as Unidades de Saúde entre outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da existência da Portaria nº 940 de 2011 do Ministério da Saúde, que dispensa aos membros da população Romani de apresentar comprovante de residência, ou cartão do SUS para serem atendidos, a

política ainda não é implementada em muitos locais do país (ABRASCO, 2020; ABRASCO, 2021).

A Política Nacional de Atenção Integral ao Povo Cigano/Romani instituída Portaria nº 4.348 de 28 de dezembro de 2018, estabelece recomendações, objetivos, diretrizes e competências das três esferas de governo para o atendimento às especificidades da saúde da população cigana, além disso esta política visa a redução e combate da ciganofobia e romafofia. Esta política também é desconhecida em muitos locais do Brasil o que impede o acesso igualitário e equânime destas populações aos serviços de saúde, principalmente aqueles que se encontram na ponta como os serviços disponibilizados pela Atenção Primária (ABRASCO, 2020; ABRASCO, 2021).

No contexto atual é possível perceber a omissão do Estado no que tange a falta de articulação e diálogo entre os níveis de gestão para efetivação das políticas já existentes e para a criação de novas políticas que levem em consideração a especificidade dos ciganos. Por fim, é importante ressaltar a inexistência de uma política pública de saúde eficaz voltada para a população cigana, o que faz com que estes sigam à margem da sociedade (ABRASCO, 2020; ABRASCO, 2021).

1.1 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, a produção científica sobre os povos Ciganos/Romani no Brasil têm crescido de forma considerável, porém ainda há uma grande lacuna no que diz respeito à saúde desta população, majoritariamente nômade, que apresenta grandes dificuldades em ter equidade de acesso aos serviços de saúde. O povo Cigano/Romani sofre há anos com o preconceito e o esquecimento da sociedade, por isto deve-se levar em consideração esta população durante a criação de políticas públicas, bem como o desenvolvimento de estudos científicos sobre esse grupo social.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

No que tange a equidade em saúde para a população Romani muito ainda se deixa a desejar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de nosso país. Os

problemas que estes usuários do SUS enfrentam ao buscar atendimento vão desde a discriminação até o despreparo dos profissionais para o atendimento culturalmente competente desta parcela da população. Uma das barreiras que os Romani encontram está na falta de conhecimento dos profissionais e do medo dos mesmos de atendê-los. Como situação problema para este estudo temos: Há possibilidade de elaborar um manual orientativo sobre a saúde da população Romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

Visando diminuir as iniquidades de saúde para a população Romani que utiliza o SUS, este estudo visou produzir um manual orientativo sobre a saúde da população Romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente que servia para auxiliar os profissionais da APS no atendimento aos pacientes Romani.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um manual orientativo sobre a saúde da população Romani sob a óptica do cuidado culturalmente competente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a)** Propor estratégias de educação e gestão do cuidado num formato de produto educativo para fomentar e fortalecer as ações de saúde à população Cigana/Romani, a fim de mobilizar um cuidado culturalmente competente nos profissionais da Atenção Básica.
- b)** Auxiliar em futuras ações específicas para a população Cigana/Romani baseadas em evidências científicas encontradas no material orientativo criado.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A ORIGEM DOS CIGANOS/ROMANI

Atualmente a teoria mais aceita para a origem do povo cigano, é de que estes chamados de Roma são um grupo originário da Índia, devido às similaridades de seu idioma ao Hindu, sendo estes, parte de uma casta militar. Roma, plural e Rom singular, é o termo atualmente utilizado para designar os ciganos. São encontradas também variações com “r” duplo: Rrom e Rroma. Estes termos são usados por alguns ciganos, porém nem todos conhecem os mesmos ou se identificam deste modo (Guimaraes, 2012).

O termo Romani também é utilizado para a identificação da língua usada por esta população, que possui similaridades ao Hindu, o termo pode ser apresentado também com duplo “r” ou com “y” ao fim. Na língua Romani, os não ciganos são chamados de Gadjés, Gadjó, Gadge, Gajão, Payo, Paio, que significa não militar ou civil, alguns termos Romani apontam para que os mesmos sejam parte de uma casta militar (Guimaraes, 2012).

A primeira aparição dos ciganos na história deu-se após o ano 1000, no ano de 1500 estes já estavam presentes em toda a Europa e, em 1600 os mesmos encontravam-se pelo mundo inteiro. A teoria mais aceita, para a grande migração deste povo é que por volta de 1000 anos atrás, devido a invasões islâmicas na região, os ciganos iniciaram uma grande diáspora. Consequentemente este povo iniciou uma rota de migração para a Ásia Menor e depois para os Bálcãs e Europa Ocidental (Brasil, 2016; Karpowicz, 2018).

Os primeiros ciganos a chegarem ao Brasil, datam do ano de 1574. Documentos portugueses, relatam que um homem chamado de João de Torres e sua mulher Angelina e seus filhos foram deportados para o Brasil. Não se sabe ao certo se João e sua família embarcaram para o Brasil, e se os mesmos sobreviveram à longa viagem marítima, porém o mesmo é citado como o primeiro cigano a entrar no Brasil. Ao que tudo indica, a deportação de cigano de Portugal para o Brasil realmente se iniciou em 1686 (Moonen, 2011).

No Brasil, alguns ciganos se diziam originários do Egito. A lenda que originou esta história de sua origem se deve ao fato de que este povo negou asilo à

Virgem Maria quando ela passava por este país, sendo estes castigados a “peregrinar sobre a terra dispersos, sem pátria, por todos os tempos”. Devido a isto, ao chegarem no Brasil estes sofreram com a desconfiança e perseguição do Clero e do Estado. Aos Ciganos foram negados direitos e privilégios, como o direito de se expressar, de usar sua língua, o nomadismo, a quiromancia e cartomancia também foram proibidas (Karpowicz, 2018).

Atualmente são distinguidas três etnias ciganas: a Calón, a Rom e a Sinti. Os três grupos estão presentes em todos os estados do país. Os ciganos atualmente estão distribuídos em todos os estados do país e Distrito Federal, estando presentes nos locais mais sofisticados até as periferias. Alguns ciganos permanecem ligados a atividades itinerantes, outros porém apresentam residência fixa (Brasil, 2016; Karpowicz, 2018).

3.2 ETNIAS CIGANAS/ROMANI

3.2.1 Calón

Os Calón ou Kalé, é atualmente o grupo mais numeroso no país. Estes têm como língua o caló, estes migraram para a Península Ibérica, e de lá foram para Portugal e por fim chegaram ao Brasil no século XVI. Na grande maioria os Calón apresentam relações conflituosas e instáveis com os Rom e Sinti, em casos raros ocorrem relacionamentos entre estes devido ao matrimônio. Os Calón são usualmente pobres e sem educação formal. Estudos apontam que os Calóns apresentam costumes diferentes dos outros ciganos Rom e Sinti. Estes praticam a quiromancia e a cartomancia em troca de dinheiro, realizando esmolagem, e infringem o código de conduta cigana (Hilkner; Hilkner, 2008; Oliveira, 2010; Sibar, 2012).

Os Calón Brasileiros falam português e *chibi*, uma variação da língua Romani, falada pelos ciganos do Leste da Europa. O vocabulário *chibi* é composto de 400 palavras utilizadas nas atividades de uso diário, o qual é utilizado para que *gadjes* não identifiquem suas conversas, porém de fato a língua utilizada por todos é o português. Os Calón são reconhecidos pelo artesanato da cestaria e de entalhar a madeira. Os Calón tem seu nome derivado de Calin ou Kali, que significa pessoas de pele de cor escura/cobre (Sibar, 2012; Cavalcante, 2019).

3.2.2 Rom

Os Rom são provenientes do Leste Europeu, a maioria de procedência húngara, e presume-se que estes chegaram ao Brasil a partir do século XIX. Falam como língua principal o Romani. O primeiro cigano da etnia Rom a chegar no Brasil teria sido Jan Nepomuscky Kubitschek, também conhecido como João Alemão, chegou no Brasil por volta de 1830-1835 vindo da Boêmia, este é o bisavô de Juscelino Kubitschek, Presidente do Brasil de 1956-60 (Teixeira, 2008; Karpowicz, 2018).

Algumas organizações ciganas estão em busca de mudar o termo cigano, considerado pejorativo, por Rom. Estes movimentos têm buscado dar legitimidade a esta etnia como sendo estes os “verdadeiros ciganos”. Segundo Monenn (2013), os Rom são subdivididos em: Kaldarash, Lovara, Boyasha, Matchuaia, Horaranô, Rudari. O subgrupo Kalderash, considera-se o mais nobre e mais autêntico entre as comunidades ciganas. Vale ressaltar que entre muitos Rom predomina o sedentarismo (Cavalcante, 2019).

Os Kalderash são assim denominados devido a sua profissão principal que é a de fazedores de tachos de cobre, cutelaria entre outros. Muitos Kalderash ascenderam economicamente e tornaram-se industriais. Estes também estão inseridos em diversas profissões liberais. As mulheres costumam exercer a cartomancia. Estes dividem-se em nômades, semi-nômades e sedentários São originários da Itália, Alemanha, Grécia e Rússia (Karpowicz, 2018).

Os Lovara são denominados assim devido ao ofício de domadores e comerciantes de cavalos, estes são provenientes da Romênia, e no Brasil se encontram principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Muitos perderam suas tradições, atualmente estes comercializam tapetes, sedas e veículos motorizados e são sedentários. Os Matchuaia praticam a arte cênica, chegaram principalmente da Iugoslávia. No Brasil são comerciantes, mecânicos e profissionais liberais, as mulheres desta etnia são cartomantes, são altamente propensos a sedentarização. Os Horaranô praticam a música e os Boyásha praticam a arte circense, pesquisas sobre ambas as etnias são raras. Os Rudari são raros no Brasil, tem sua origem na Romênia, tem como ofício o manejo dos elementos da natureza, e atualmente são sedentários (Cavalcante, 2019; Hilkner; Hilkner, 2008; Karpowicz, 2018).

3.2.3 Sinti

Os Sinti, também chamados de Manouch, falam a língua sintó, e são mais numerosos na Alemanha, França e Itália. Os números dos mesmos no Brasil não são conhecidos, muitos Sinti foram vítimas do nazismo e genocídio alemão durante a Segunda Guerra Mundial, é provável que a chegada dos Sinti ao país tenha ocorrido com a chegada dos imigrantes europeus fugindo do Holocausto. O nome Sinti deriva da palavra Sind, que é uma das quatro províncias do Paquistão. Muitos Sintis na Europa, trabalhavam como ferreiros, domadores de cavalos, músicos, treinadores de animais de circo e dançarinos. Uma pequena parte dos mesmos obteve sucesso e conseguiram trabalhar como servidores públicos e sapateiros. Supõe-se que muitos são nômades e outros sedentários. (Hilkner; Hilkner, 2008; Museu Do Holocausto Americano, 2009; Oliveira, 2010).

3.3 MODO DE VIDA CIGANO/ROMANI

Os Ciganos nômades têm a tenda como casa, as tendas usualmente são feitas a partir de lonas galvanizadas ou plásticos impermeáveis, estas são presas ao solo através de estacas, que são fixadas de formas diferentes por cada etnia. Os acampamentos ocorrem em terrenos públicos com autorização prévia do governo local, alguns municípios do país apresentam terrenos próprios para o acampamento de Ciganos. Os terrenos usados geralmente não apresentam água, energia e esgoto (Brasil, 2016).

A água para realização das atividades diárias das famílias, é comprada ou cedida por vizinhos dos acampamentos. Alguns Ciganos têm o hábito de construir fossas sépticas ou de utilizar cal e serragem para cobrir os desejos provenientes das suas necessidades fisiológicas. Alguns utilizam também recipientes para fazer suas necessidades e diluem os mesmos com água, e após despejam os mesmos em algum local do acampamento. Moitas também são utilizadas como banheiro (Brasil, 2016).

Ciganos que se tornaram sedentários, também podem viver em casas de pau a pique, casas de alvenaria, apartamentos, ranchos e fazendas. Muito desta sedentarização ocorre em busca de melhores condições de vida, saúde e educação, porém as condições de pobreza, o desemprego, o analfabetismo e a ausência de

saneamento básico ainda persistem em muitos dos lares Ciganos. É importante lembrar que mesmo sedentarizados muitos Ciganos permanecem com suas tradições e costumes (Brasil, 2016; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Nos acampamentos ciganos os dias começam cedo. Os homens ficam conversando em grupos fora das barracas, alguns saem dos acampamentos para fazer negócios nas cidades vizinhas e em busca do sustento da família. Muitos Ciganos vivem de trocas de produtos, além da compra e da venda de animais, artesanatos, panelas, tecidos, entre outros. É tradicional da cultura de muitos Ciganos não trabalhar, já que o mesmo restringiria a sua liberdade, muitos se orgulham de realizar trabalhos independentes, e viver da troca (Bonomo et al, 2010).

Ainda sobre o trabalho, a maior parte dos Ciganos, por estarem no mercado informal, não possuem direito a uma série de benefícios sociais, como a aposentadoria, 13º salário, licença maternidade entre outros. Outro agravante é o analfabetismo presente em quase todas as comunidades Ciganas. Porém alguns ciganos também exercem atividades liberais, como administradores, professores e advogados, médicos entre outros. Os ofícios tradicionais desta população como ferreiros, tacheiros e ourives deixaram de ser realizados com o passar dos anos. Uma prática comum principalmente nas comunidades mais pobres é a mendicância, que contribui com a alimentação das famílias (Bonomo et al, 2010; Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Cabe a mulheres do acampamento, que ficam nas barracas enquanto os homens estão fora, realizar suas atividades diárias. O almoço é preparado cedo, assim como a janta, ambas são consideradas serviços das mulheres. As mulheres também cabe a realização dos serviços domésticos e cuidado dos filhos e da tenda. As mulheres do acampamento que sabem a quiromancia e a cartomancia, também podem se dirigir a cidade para realizar esta tarefa em troca de dinheiro (Bonomo et al, 2010).

As crianças do acampamento, brincam pelo mesmo livremente. As meninas aprendem desde cedo a cuidar da barraca, uma preparação para o casamento, os meninos aprendem a barganhar logo cedo, habilidade necessária para prover para a sua futura família. Algumas crianças frequentam a escola até o ensino fundamental quando são retiradas das mesmas para se prepararem para o casamento, muitas das crianças sofrem preconceito nas escolas, o que corrobora para que elas não a frequentam, além disso muitas das escolas são muito longe dos

acampamentos o que acaba por contribuir com o analfabetismo em muitas comunidades Ciganas (Bonomo et al, 2010).

Os casamentos ciganos são geralmente realizados a partir de promessas de casamento entre crianças ainda pequenas nos acampamentos, estas promessas são realizadas pelos pais ou parentes próximos. Os noivos raramente têm contato, e quando o fazem é na frente dos parentes, quando chegam à idade de 12 a 15 anos estes se casam. A cerimônia ocorre durante vários dias, as festas são cheias de danças, comidas e conversa. No dia do casamento religioso, ocorre a prova de virgindade da menina, de acordo com a cultura cigana, o casamento só é realizado após esta prova. Na primeira noite após o casamento os noivos, não passam juntos, cada um fica na tenda de suas famílias. Somente depois é que a mulher vai morar junto ao seu marido, após o casamento, a mulher deve seguir o marido aonde este for, mesmo que o mesmo mude de território, esta irá lhe acompanhar (Bonomo et al, 2010).

Após o nascimento do primeiro filho que o casal ganha dignidade entre o grupo, espera-se que o primeiro filho seja homem. Para os ciganos o maior número de filhos significa maior prestígio. Na família, a filha mais velha passa a cuidar dos irmãos mais novos, assumindo as tarefas do lar, que servem de aprendizado para o futuro casamento da menina. Os meninos têm a liberdade de acompanhar o pai nos negócios. Quando o homem está impedido de trabalhar, cabe a mulher realizar o trabalho no seu lugar e garantir o sustento da família (Fernandes, 2014).

Com relação às regras conjugais, os homens ciganos podem trair suas mulheres e até ter mais de uma mulher, as mulheres ciganas no entanto devem permanecer fiéis aos seus esposos, caso uma mulher venha a trair seu marido ou casar-se novamente após ficar viúva, ela “morre” para o grupo, sendo expulsa e ignorada do mesmo. O divórcio é possível, porém deve ser discutido pelos pais do casal, em caso de casais com filhos, os mesmos permanecem com o pai, já que segundo a tradição é ele que através de seu sangue passa a ciganidade às crianças (Bonomo et al, 2010).

Os ciganos gozam de um forte vínculo social entre os mesmos, cuidam e respeitam os idosos, os órfãos e os solteiros. Não faz parte dos hábitos dos ciganos abandonarem crianças ou por as mesmas para adoção. Os idosos também não são colocados em asilos. O luto entre os ciganos evidenciam muito a cultura desta população. O luto pela pessoa morta pode durar meses ou até mesmo anos, este

período pode variar para cada parente, porém para a viúva este é permanente. 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. O ritual do luto começa com a queima de todos os pertences tocados pelo falecido, incluindo a barraca e os pertences conjuntos do casal, a viúva deve em respeito a alma de seu esposo, cortar seus cabelos, não se enfeitar e não casar novamente. A viúva passa a morar com outra viúva, em uma barraca não ornamentada. No caso de a viúva ainda ser jovem e que a mesma não tenha sido esposa do líder do grupo, esta poderá se casar novamente, porém usualmente as mesmas permanecem sozinhas para o resto da vida. Com relação aos viúvos, Mendes (2000) relata que os homens passam a usar roupas pretas, deixam suas barbas crescerem, e estes podem casar-se novamente (Bonomo et al, 2010; Fernandes, 2014; Ferrari, 2010).

O luto e hospitalização são vividos em comunidade também pelos ciganos. A pessoa cigana morta é velada por três dias conforme a lei cigana, por parentes e amigos, estes nunca ficam sós em seus momentos de dor. As regras do luto na lei cigana, são cumpridas à risca, essas regras são: não beber bebidas alcoólicas, não participar de festas e vestir-se de luto. Os viúvos ciganos não participam de nenhuma festa depois da morte de seus cônjuges, e quando os mesmos adentram um local onde haja música, a mesma é interrompida em sinal de respeito pela pessoa de luto (Fernandes, 2014).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À POPULAÇÃO CIGANA/ROMANI

No Brasil, não há existência de legislações voltadas especificamente para a população cigana. A Constituição Federal de 1988, porém apresenta alguns artigos que atingem esta minoria. A Constituição Federal garante aos ciganos brasileiros os mesmos direitos dos outros cidadãos do país, dentre estes direitos temos: o direito de ir e vir, o direito à não discriminação, os direitos culturais entre outros. A Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993, ampliou o escopo de proteção e defesa relacionados às comunidades indígenas e minorias étnicas, incluídos aqui estão os ciganos. Em 1994, ocorreu a criação da Câmara de Coordenação e Revisão dos Direitos das Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais, onde se incluem também os ciganos (Brasil, 2007).

Em 1996, no governo de Fernando Henrique Cardoso, ocorreu a criação do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), nesta edição do PNDH não houve citação dos ciganos. Já em 2000, com a 5ª Conferência Nacional de Direitos Humanos em Brasília, houve a presença de um participante cigano que defendeu esta minoria. No governo de Luís Inácio Lula da Silva, ocorreu a divulgação do terceiro PNDH, o qual não trouxe nenhum avanço com relação à população cigana. Ainda no governo de Luís Inácio Lula da Silva, no ano de 2003, ocorreu a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que tinha como objetivo promover a igualdade e a proteção das minorias. Como parte da SEPPIR foi criado o Conselho Nacional de Promoção de Igualdade Racial, o qual tinha a participação de um representante cigano (Andréa, 2020).

Em 2007, foi criado o Decreto nº 6.040, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidade Tradicionais, este decreto amplia os conceitos relacionados aos povos e comunidades tradicionais, tratando sobre o acesso destes povos aos serviços de saúde, incluindo os ciganos. Já o Decreto de 25 de maio de 2006, que institui o Dia Nacional do Cigano, a ser comemorado no dia 24 de maio de cada ano, trouxe um maior destaque e reconhecimento para a população cigana (Brasil, 2007).

No ano de 2013, tivemos um grande avanço para o acesso dos ciganos a programas sociais e serviços, com a criação do Guia de Políticas Públicas para os Povos Ciganos. Este guia trata de algumas demandas antigas das comunidades ciganas como: direito ao registro de nascimento e de óbito, direito à educação itinerante, direito à saúde, direito ao acesso à terra. No entanto o Guia de Políticas Públicas para os Povos Ciganos, só conseguiu êxito no campo cultural, as outras ações que constam no guia não são específicas aos povos ciganos, e sim programas direcionados a populações de baixa renda em geral. O Guia busca incentivar os ciganos a registrarem seus filhos e providenciar suas documentações, estes documentos são necessário para que os mesmos possam ter acesso a programas sociais como o Bolsa Família, Minha Casa, Minha Vida, Luz para Todos entre outros (Andréa, 2020; Lima, 2014).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) reconhece a discriminação étnica e racial promove a vulnerabilidade, e que as mesmas devem ser enfrentadas. Para este enfrentamento os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) devem buscar garantir os direitos sociais e a segurança das

minorias. O CRAS articula ações, medidas, serviços, programas sociais e benefícios que buscam dar acolhimento, renda, desenvolvimento de autonomia às famílias e comunidades em vulnerabilidade social, os ciganos são um dos grupos vulneráveis os quais recebem este auxílio do serviço. O cadastramento dos Ciganos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), garante aos mesmos a visibilidade para a participação de diversos programas sociais. Os dados do CadÚnico são a maior referência de dados atualmente com relação ao Povo Romani no Brasil, já que o IBGE não possui um censo desta população (Costa; Cavalcante, 2020; Ministério Do Desenvolvimento Social, 2018).

No ano de 2016, o Ministério da Justiça e Cidadania, através da SEPPIR, deu início a elaboração do Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos, que ainda se encontra em tramitação. Outro projeto que tramita no Congresso Nacional é do Projeto de Lei do Senado nº 248/2015 de autoria do senador Paulo Paim (PT-RS) que visa criar o “Estatuto do Cigano”. Este foi aprovado em 2018 pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte do Senado, e agora está aguardando aprovação pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH). O “Estatuto do Cigano” é fruto da luta da Associação Nacional das Etnias Ciganas (Anec), este trata sobre o dever do Estado de garantir a igualdade aos ciganos, além da inclusão dos ciganos nas políticas públicas e programas e sobre o combate a discriminação a esta população (Andréa, 2020).

No ano de 2024, foi instituído o Decreto nº 12.128, de 1º de agosto de 2024 que cria o Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos. Este plano tem como objetivo garantir direitos dos povos ciganos e promover políticas públicas específicas para esse grupo populacional. As ações serão desenvolvidas sobre dois eixos principais: o dos direitos sociais e cidadania; e o da inclusão produtiva, econômica e cultural. Cada eixo possui metas específicas e ações transversais como exemplo: o combate ao “anticiganismo”, reconhecer e respeitar a territorialidade dos povos Romani, garantir moradia digna e infraestrutura básica, tanto em áreas urbanas quanto rurais, seja em ranchos, bairros, vilas, comunidades ou acampamentos, garantir e melhorar o acesso à educação, saúde, documentação civil, segurança alimentar, trabalho, renda, seguridade social para os Romani em todo território nacional (Brasil, 2024a).

Com investimento de mais de 6 milhões e 800 mil reais, do Ministério da Igualdade Racial o plano tem como objetivo mapear territórios, rotas e famílias

Romani em todo o Brasil, promover campanhas nacionais de valorização da história e cultura Romani. No âmbito da gestão este plano busca armar com conhecimentos gestores e servidores públicos sobre os direitos dos povos ciganos (Brasil, 2024b).

3.4.1 Políticas Públicas de Saúde da População Cigana/Romani

A saúde é um dos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, este direito deve atingir a todos os cidadãos brasileiros, independente da sua etnia, credo, raça ou gênero. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade. A equidade em saúde significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo, o que se relaciona de forma importante com a saúde da população Romani. Assim como no âmbito das políticas públicas, as políticas voltadas para a saúde da população cigana são raras. Uma das Portarias mais importantes para a saúde da população Romani é a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, e que dispensa aos membros da população Romani de apresentar comprovante de residência ou cartão do SUS para serem atendidos em estabelecimentos de saúde (Costa; Cavalcante, 2020; Siqueira; Holanda; Motta, 2017).

O SUS desde 1990, vem descentralizando a atenção em saúde por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF), estas equipes multiprofissionais, são responsáveis pelo acompanhamento de populações de um determinado território. Apesar dos avanços da nova Política Nacional de Atenção Básica no que diz respeito ao território, este ainda é uma forma de perpetuação de desigualdade quando falamos sobre as populações nômades, já que estes não possuem território fixo e consequentemente não são adscritos a uma ESF (Medeiros; Soares, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral ao Povo Cigano/Romani instituída Portaria nº 4.348 de 28 de dezembro de 2018, visa garantir o direito à saúde da população Romani levando em consideração seus contextos culturais, sociais, econômicos e identitários (Brasil, 2018).

Esta política traz como principais eixos:

Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani:

- I - fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei;
- II - fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico;
- III - fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional;
- IV - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental;
- V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- VI - garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; e
- VII - elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS (BRASIL, 2018, s/p).

A Portaria nº 4.348 de 28 de dezembro de 2018, também tem como objetivo o respeito às práticas, saberes e cuidados tradicionais dos povos Romani, além de incentivar o combate à ciganofobia ou romafofia no Brasil. Esta Portaria também traz as competências das três esferas com relação à saúde da população cigana, e sobre a necessidade de articulação de orientações para a implementação da mesma (Brasil, 2018).

3.5 CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE

3.5.1 O Significado de Cultura

A cultura é um conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida, compartilhados, aprendidos e transmitidos em um determinado grupo social, estes guiam e direcionam as decisões e ações de indivíduos e coletivos nos contextos em que estes se inserem. Segundo a antropologia, para fazer parte de uma cultura é

necessário compartilhar modos de falar, saberes comuns, modos de proceder, sistemas de valor e auto imagem na sociedade. A cultura não possui uma delimitação específica de seus limites, e está submetida a mudanças graduais ao longo do tempo, além de fatores comportamentais, ambientais e biológicos (Amaral, 2013).

Cada cultura apresenta sua própria visão sobre o conceito de saúde e doença, sendo estes transmitidos de geração em geração. Pessoas de culturas diferentes podem assumir comportamentos diferentes perante as mesmas doenças, isto ocorre devido às percepções e representações culturais aprendidas do indivíduo. Deste modo, os doentes e os profissionais de saúde desenvolvem suas ações baseadas em suas experiências culturais e comportamentos sociais, variando de local para local. A presença do pluralismo cultural torna importante o estudo da cultura para a realização do cuidado das diversas populações que estão presentes nas sociedades atualmente, principalmente no que tange seu modo de lidar com as doenças (Ramos, 2013).

Diante dos estudos de Paulo Freire (1980), cultura é considerada resultado da atividade humana, e do esforço do homem como criador e recriador, de seu trabalho para transformar e estabelecer diálogo com os outros homens, esta é parte importante da educação força motriz para os saberes populares das populações que estão à margem da sociedade, como os Romani. Neste sentido o conceito de cultura de Freire está intimamente ligada ao conceito de educação popular a mesma é de suma importância ao se lidar com comunidades e grupos étnicos minoritários que muitas vezes estão às margens da sociedade, e que somente a partir da educação este poderão se tornar seus próprios senhores (Nicodem, 2015).

3.5.2 Cuidado E Sua Relação Com A Saúde

O cuidado é dito como um fenômeno abstrato e concreto, envolvendo o suporte e assistência direcionadas para o outro, o qual possui necessidades evidentes para melhorar ou implementar em sua condição de saúde. Deste modo, o cuidado refere-se às ações, atitudes e práticas utilizadas para ajudar os outros, incluindo tanto o cuidado profissional quanto o cuidado empírico familiar, além disso, a cultura, a proteção, o respeito e presença também influenciam no cuidado. Para

Leininger (2006) existe a necessidade de se levar em conta a diversidade e a universalidade cultural do paciente durante o cuidado, nesta perspectiva a autora relata, a importância do respeito aos sentidos, padrões, valores, formas de vida, símbolos relacionados a uma cultura do paciente e a sua influência no cuidado (Amaral, 2013)

O cuidado abarca três modalidades, que são a prática de cuidado cultural de preservação ou manutenção, prática de cuidado cultural de acomodação ou negociação e a prática de cuidado de repadronização. A prática de cuidado cultural de preservação ou manutenção refere-se a preservação do que há de benéfico ou inofensivo no cuidado cultural do paciente, com isso permite-se a preservação da cultura do paciente a diminuição ou eliminação do dano. A prática de cuidado cultural de acomodação ou negociação é ação de acomodar as ações relacionadas ao cuidado, que possam ajudar o indivíduo ou coletivo, com isso obtém-se um cuidado culturalmente congruente e seguro para o paciente (Amaral, 2013; Leininger, 2006).

A prática de cuidado cultural de repadronização está relacionada a repadronização das ações de cuidado, ou seja, a reorganização, reestruturação e modificação de modos de vida e padrões de cuidado que não são benéficos à saúde. A partir das modalidades de cuidado é possível perceber a importância da negociação do cuidado baseado na cultura do indivíduo ou coletivo, a união do saber popular e profissional sobre o cuidado é importante para que se possa realizar uma concordância entre profissional de saúde, paciente e seus cuidadores. Uma forma de se obter a acomodação ao cuidado é através da competência cultural (Amaral, 2013; Leininger, 2006).

3.5.3 O Significado do Preconceito

O preconceito atualmente está presente nas diversas práticas de discriminação contra pessoas e modos de comportamento que não são aceitos pelas suas diferenças e particularidades. Os diferentes preconceitos apresentam como fonte geradora a mesma atitude negativa e forma de pensar, configurando uma dinâmica de alienação ao respeito às formas de vida e de pensar de outras pessoas e culturas. Manifestações de ódio e violência contra o diferente se tornaram

comuns na sociedade contemporânea, a intolerância e a discriminação crescem a cada dia fazendo com que ocorra um cenário regressivo assustador (Barroco, 2016).

O preconceito apresenta como implicações: impedimento da liberdade e da autonomia dos indivíduos, negação do conhecimento crítico, dominação de classe e violação de direitos, conservadorismo e irracionalismo, discriminação e intolerância, moralismo, conformismo, retrocesso de conquistas sociais e lutas históricas, humilhação e sofrimento, alienação e implicações profissionais (Barroco, 2016).

3.5.4 Equidade Como Princípio Do SUS

A equidade é um dos princípios do SUS, e tem relação direta com o conceito de igualdade e o conceito de justiça social, o respeito às necessidades, às diversidades culturais e especificidades de cada pessoa ou grupo social. O reconhecimento dos determinantes sociais, como a habitação, trabalho, renda, educação, lazer entre outros afetam diretamente o estado de saúde do indivíduo e do coletivo. A saúde é um direito fundamental do cidadão, este direito está intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa, o Estado deve promover ações e condições para o pleno exercício para assegurar boas condições de habitação, trabalho, renda, educação, lazer entre outros (Brasil, 2022).

O direito da equidade se insere na órbita dos direitos sociais garantidos pela constituição, tratando-se de um direito público subjetivo, que segue a prerrogativa da generalidade das pessoas. A generalidade e as especificidades frente às injustiças de saúde devem ser levadas em consideração na construção de estratégias e ações intersetoriais voltadas para a promoção da equidade em saúde para as minorias, isto só é possível se levado em conta as condições de saúde da população específica, seus determinantes sociais e a situação de vulnerabilidade social em que esta minoria está inserida (Brasil, 2022).

A equidade em saúde tem como objetivo anular as injustiças em saúde, ela reconhece as especificidades e as situações de vulnerabilidades dos sujeitos e populações. O respeito a cultura e os modos tradicionais de vida do povo cigano, devem ser marco fundamental na criação de ações e políticas públicas voltadas para estas populações. A participação desta população na tomada de decisão na criação, gestão e planejamento em saúde é vital para a obtenção da equidade em saúde

para os Romani, vale lembrar, que as condições de saúde destas populações são fortemente impactadas pelos determinantes sociais, os quais impactam direta ou indiretamente no processo de saúde e doenças, nos coletivos ou indivíduos (Brasil, 2022).

Para garantir uma política de saúde na qual a equidade seja ponto de referência central precisa-se considerar a necessidade de tratamentos diferentes para pessoas e grupos diferentes, com isso as políticas públicas devem se preocupar em melhorar as condições de vida e saúde das pessoas, pautando suas ações nos princípios da ética, moral e justiça social, na descentralização do poder e tomada de decisão. A promoção da equidade no SUS depende do comprometimento de vários níveis da gestão, o comprometimento de gestores federais, estaduais e municipais, é de suma importância para a articulação de políticas intersetoriais que visem melhorar as condições de vida e saúde das populações vulneráveis. Uma forma de descrever as demandas de equidade de uma população específica, é por meio de indicadores específicos de saúde, para isso é necessário a intersecção entre as demandas da população, suas especificidades e compreensões sobre saúde (Brasil, 2022).

3.5.5 Competência Cultural

Podemos descrever a competência cultural como conjunto de atitudes e comportamentos harmoniosos reunidos na formação de profissionais, com o objetivo capacitar o profissional para o trabalho de modo eficaz em situações de interculturalidade. A competência cultural está ligada à capacidade de realizar o cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do indivíduo ou coletivo. O processo de competência cultural, necessita do empenho do profissional de saúde para que o mesmo consiga adequar o seu trabalho ao contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de sua atenção (Pagliuca; Maia, 2012; Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

O profissional culturalmente competente está sempre se esforçando para ser cada vez mais autoconsciente, para valorizar a diversidade e ser empático com relação à cultura do outro. O conceito de cuidado competente é muito conhecido na enfermagem, porém este se aplica também em outras profissões da área da saúde. O cuidado culturalmente competente é sensível para tópicos relacionados à cultura,

raça, etnia, gênero e orientação sexual em todos os âmbitos da atenção à saúde (Vilelas; Janeiro, 2011).

Uma prática de saúde competente culturalmente é caracterizada por ações que reconhecem e respeitam a identidade cultural de cada indivíduo, ela acontece quando o profissional de saúde desenvolve a sensibilidade cultural e se torna capaz de identificar e refletir sobre a cultura do outro sem preconceitos. O profissional competente culturalmente consegue alinhar seus conhecimentos profissionais e os conhecimentos empíricos culturais das populações que trata, fazendo com que o seu paciente tenha maior confiança e aceitação do tratamento (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

A percepção do processo saúde doença na Atenção Primária tem maior foco nas crenças dos profissionais do que nas crenças e culturas dos pacientes, para um cuidado harmonioso percebe-se a necessidade da consonância entre estes cuidados. O conceito de competência cultural se tornou popular na América do Norte, isso ocorreu devido a diversidade cultural e étnica da população deste local, composta por muitos imigrantes e minorias, o conceito aplica-se principalmente na enfermagem, medicina e gestão. A competência cultural está presente em várias dimensões dentre elas temos: a melhora na sensibilidade dos profissionais com relação às crenças, práticas culturais, expectativas e experiências dos pacientes; melhora do acesso aos cuidados de saúde, como exemplo temos: o uso de intérpretes, dietas hospitalares específicas para cada cultura e material de educação em saúde culturalmente apropriado; redução de barreiras como a participação ativa de minorias na criação de políticas e ações de saúde (Damasceno; Silva, 2018).

Na APS, a competência cultural é considerada uma atributo derivado, que auxilia na qualificação das ações de saúde, a competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das populações que podem ou não estar evidentes. Juntamente com a integralidade, a competência cultural serve para reconhecer e abordar as situações problemáticas e resolvê-las de acordo com a cultura do paciente, ocorrendo isso espera-se ocorrer um impacto positivo no diagnóstico e no tratamento das doenças até então não consideradas, além disso, que ocorra uma melhora na relação profissional de saúde e paciente (Damasceno; Silva, 2018).

A promoção do cuidado culturalmente competente se alicerça nos seguintes aspectos: adoção de atitudes para promover a transculturalidade nos

cuidados de saúde, valorizando a empatia e a flexibilidade. Desenvolvimento da consciência das diferenças culturais, já que os indivíduos têm crenças, valores e práticas que podem afetar em sua saúde e realização da avaliação cultural que é uma forma eficaz de obter informações para o cuidado culturalmente competente do paciente (Vilelas; Janeiro, 2011).

3.6 CUIDADO TRANSCULTURAL

O cuidado transcultural surgiu a partir da teoria da enfermeira Madeleine Leininger, em 1950. Esta teoria busca proporcionar o cuidado respeitando os valores, crenças e práticas culturais dos indivíduos doentes e de suas famílias. A enfermagem transcultural busca entender as diversidades e as universalidades dos pacientes. A teoria de Leininger relaciona o processo saúde doença e/ou doença com as determinações relacionadas a cultura do indivíduo, como consequência os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento sobre as implicações e os valores culturais de seus pacientes ao prestar-lhes cuidado (Nascimento Et Al, 2020; Reis; Santos; Júnior, 2012).

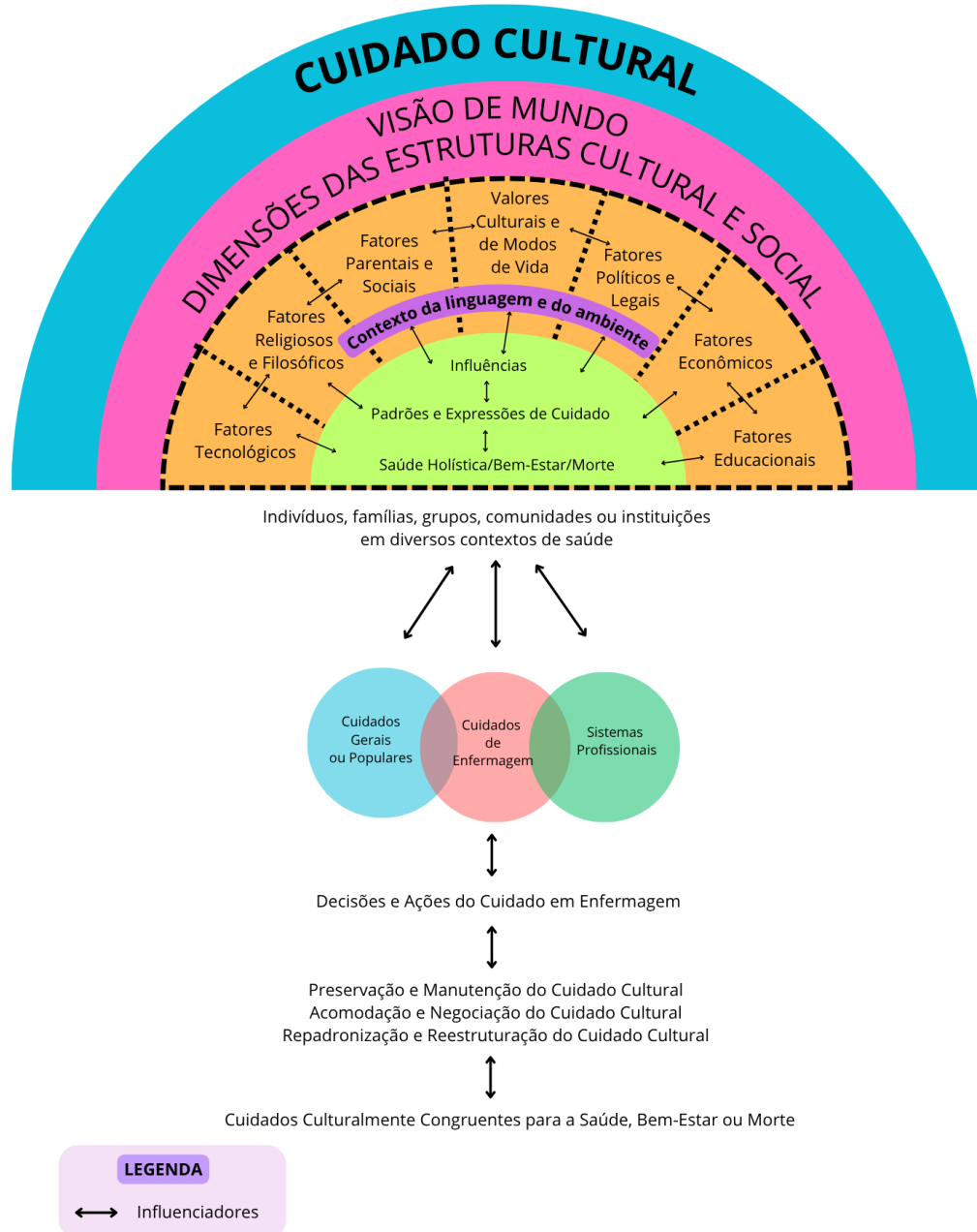
O Modelo Sunrise (Sol Nascente) (Figura 1) é utilizado para sistematizar e retratar as fases do processo de enfermagem nesta teoria. Através do modelo Sunrise, o profissional deve levantar múltiplos fatores que podem influenciar nas expressões do cuidado cultural dos pacientes. Neste modelo temos quatro níveis: o primeiro trata das dimensões da estrutura cultural e social: fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, companheirismo e sociais, culturais e de modo de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais. 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. No terceiro nível encontramos fatores relacionados às dimensões dos sistemas tradicionais e profissionais, incluindo a enfermagem, além dos sistemas populares que são focados na óptica cultural de cada pessoa. No quarto nível temos as dimensões relacionadas às decisões e ações de enfermagem com relação ao cuidado do usuário do serviço de saúde, incluindo a preservação e manutenção, a acomodação e a negociação, além da repadronização e reestruturação do cuidado cultural. Neste nível, é onde ocorre o cuidado culturalmente coerente para com o paciente (Meira, 2018; Reis; Santos; Júnior, 2012).

A teoria de Leininger não deve ser considerada somente uma especialidade da enfermagem, a mesma nos últimos anos juntamente com a globalização mundial passou a ser praticada de forma multidisciplinar. No cenário atual de prática os profissionais de saúde devem possuir sensibilidade para incorporar as práticas culturais dos usuários do SUS nos planos de cuidado, já que as mesmas influenciam fortemente nos resultados de saúde esperados. Levando em consideração a teoria do cuidado transcultural é possível criar-se um plano de cuidado culturalmente sensível o que resultará em um cuidado integral e com equidade ao paciente (Fawcett, 2002; Petiprin, 2020).

A teoria do cuidado transcultural possibilita o estudo de populações ciganas devido ao seu olhar transcultural, além disto, esta promove uma visão holística e compreensiva das pessoas atendidas. Em estudo Brasileiro realizado em 1997, com a enfermagem transcultural e os ciganos, foi de suma importância na incorporação de saberes sobre as similaridades e diferenças nos cuidados dos profissionais e dos ciganos, além disso, o estudo ressalta a necessidade de mais pesquisas sobre a saúde da população cigana (Braga, 1997).

Figura 1 - Modelo Sunrise (Sol Nascente)

Modelo Sunrise



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

A análise da abordagem de enfermagem, distingue três formas de atuação do enfermeiro ao embasar o processo de enfermagem na teoria de Leininger, 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.

3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O movimento em busca da reforma sanitária no Brasil iniciou-se no final da década de 1970, este movimento teve grande importância para criação de um novo modo de pensar sobre o que é saúde e sobre as políticas de saúde do país. Este evento culminou na formação do Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS possui como princípios a integralidade, universalidade e equidade. Para que estes princípios sejam cumpridos, a participação ativa da população deve ocorrer por meio dos Conselhos de Saúde. Uma das estratégias para mudança do antigo modelo de saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca propor uma nova dinâmica entre os serviços de saúde e a comunidade nos diversos níveis de assistência do SUS. Partindo deste pressuposto, a educação em saúde torna-se um importante instrumento na construção de uma assistência em saúde integral, a qual é requerido pela reforma, pela ESF e pelos princípios do SUS (Falkenberg et al, 2014; Wendhausen; Saupe, 2003).

O Ministério da Saúde (2006) define educação em saúde como: “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]”. Este processo se dá com objetivo de aumentar a autonomia dos pacientes com relação aos seus cuidados em saúde. As ações de educação em saúde envolvem três atores: os profissionais de saúde, os gestores e a população. As práticas voltadas para a educação são inerentes ao trabalho em saúde, porém em alguns momentos ficam em segundo plano devido às tarefas relacionadas ao planejamento e organização dos serviços e da gestão dos mesmos, o que pode levar a falhas e falta de autonomia e letramento dos pacientes com

relação a sua saúde. A educação popular em saúde é um movimento histórico que busca a criação de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde do território onde o profissional de saúde está inserido, este tem como objetivo criar e fortalecer vínculos e dar maior autonomia ao indivíduo no seu cuidado (Falkenberg et al, 2014).

A educação em saúde passa a ter importância a partir dos acontecimentos dos anos 1970, anteriormente a este período, o ensino da saúde se dava de modo autoritário, unidimensional e fragmentado, na qual o usuário não tenha participação, ele apenas recebia o conhecimento pelo profissional de saúde. O papel popular quase não existia antes da década de 70 do século XX, é a partir da Conferência Mundial de Saúde de 1978 e da I Conferência Mundial de Promoção à Saúde que a concepção de saúde e de sua promoção mudam no país. É a partir destes eventos que a educação em saúde se torna um trabalho em conjunto com a população, buscando por meio da participação popular um diálogo entre profissional e paciente, que tem como objetivo a busca da compreensão da doença e de soluções e prevenção antes que os agravos ocorram (Falkenberg et al, 2014; Wendhausen; Saupe, 2003).

3.8 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi instituída pelas Portarias nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e nº 1996, de 20 de agosto de 2007, em nosso país, este é um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Estas Políticas são resultado das lutas dos profissionais para promover a transformação das práticas do trabalho em saúde. A Educação permanente em saúde (EPS) é o processo de aprendizagem durante o trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão associados ao cotidiano dos cenários de prática. A EPS baseia-se em ações significativas às necessidades dos serviços e nas possibilidades de transformação advindas da atuação dos trabalhadores da saúde. É um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos (Brasil, 2004; 2014).

A EPS é considerada um processo educativo em saúde, ele é caracterizado pela busca da atualização das práticas cotidianas dos profissionais em

seu trabalho ou em suas formações, é um processo fortemente baseado nas relações profissionais no ambiente de trabalho, estas relações e ações advindas destas permitem a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação das práticas de cuidado no trabalho. Para que a educação em saúde ocorra se faz necessário articulações interinstitucionais e intersetoriais, além da presença do Quadrilátero da Formação, o qual agrega o ensino, a atenção, a gestão e o controle social (Barcellos Et Al, 2020; Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde ocorre através do Quadrilátero da Formação. Que é formado pela análise da educação dos profissionais de saúde, que configura a mudança da concepção tradicional em saúde para uma concepção construtivista das formas de educação; a análise das práticas de atenção à saúde, que se configura em construir práticas nova de saúde levando em consideração a integralidade, a humanização e a inclusão dos usuários em seu plano terapêutico. A análise da gestão setorial consiste na criação e implementação de um modo criativo e original da rede de serviços de saúde, que assegure as necessidades e satisfação dos usuários, por fim a análise da organização social que observa a existência e participação de movimentos sociais e das lutas sociais pela saúde.

3.9 CUIDADOS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO CIGANA/ROMANI

Apesar da existência de algumas políticas específicas como no caso da Portaria nº 940, não existe ampla divulgação das mesmas junto a população Romani, sendo assim estas populações desconhecem seus próprios direitos. Deve-se enfatizar primeiramente a ausência de informações e indicadores sobre esta população nos sistemas de informações do SUS, principalmente no que diz respeito às taxas de natalidade, de morbidade, mortalidade infantil, mortalidade materno-infantil ou expectativa/esperança de vida. Pouco também se sabe quais são as doenças que mais acometem esta população devido a falta de pesquisas sobre este assunto (Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Medeiros (2011), cita vários desafios que surgem durante o cuidado da população Romani. Dentre eles temos: o nomadismo das populações Romani, a insalubridade dos locais de habitação desta população que os tornam mais suscetíveis a doenças infectocontagiosas, dificuldade no acompanhamento e

monitoramento das doenças crônicas, ausência de participação em consultas de planejamento familiar além do fato que os pacientes desta etnia não costumam participar de atendimentos em grupo entre outros problemas.

No que diz respeito a saúde a população cigana apresenta alguns ritos e crenças específicos, estes foram adquiridos a partir das suas muitas andanças pelo mundo. Ainda permanece entre alguns ciganos a crença de que doenças são causadas por maus espíritos, algo advindo do além. Quando um cigano fica doente este nunca ficará só. A família e seus entes sempre estarão próximos, seja na tenda ou durante a internação, isso ocorre mesmo em caso de doenças contagiosas, o fato de a doença ser algo vivido em comunidade muitas vezes leva a atritos com a equipe de saúde (Fernandes, 2014).

Com relação à saúde cigana, Silva Júnior e Toyansk (2020), trazem em seu estudo os principais modos de compreensão da saúde por parte dos povos Romani. Dentre eles há orgulho em nunca ter ficado doente, ou seja, de ter sido internado, ido ao médico ou feito algum tipo de exame. Não existe cultura de realizar check-ups, a saúde sexual e o planejamento familiar são tabus, usualmente os pacientes Romani pedem para ser atendidos por profissionais do mesmo sexo, existe perpetuação do estereótipo dos ciganos como “sujos” devido a falta de saneamento básico nas tendas, o que dificulta a aproximação dos profissionais de saúde com os pacientes ciganos. Muitos grupos Romani usam práticas alternativas como tratamento, como uso de ervas, garrafadas, chá e rezas, o que também dificulta a relação com os profissionais de saúde. As principais questões que devem ser estudadas de forma atenta no que diz respeito à saúde Romani são a saúde mental, gravidez precoce, altas taxas de natalidade e baixa expectativa de vida (Silva Júnior, 2020).

As principais doenças que acometem os povos Romani são: problemas relacionados à saúde mental, como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, uso de drogas e álcool. Outros problemas de saúde que mais acometem esta população são: artrite, hipertensão, diabetes, angina, infarto, asma, dor lombar crônica, tosse crônica, anemia, doença celíaca, diverticulite e gastrite. Outras situações são complicações gestacionais, complicações pós-cirúrgicas, câncer, traumas, entre outros (Van Cleemput, 2007).

3.9.1 Saúde da Mulher

As mulheres Romani são um dos grupos mais vulneráveis tanto na sua comunidade quanto na sociedade em geral, estas sofrem de discriminação étnica e de gênero. As mulheres ciganas são responsáveis pela educação e manutenção da cultura, da saúde e do bem estar do acampamento. Estas são responsáveis pelo uso das ervas, argila, mel e plantas medicinais, que são usadas para tratar muitas doenças da comunidade como hérnias, tensão muscular, cefaléia, febres, queimaduras, cólicas e hipertensão. No período gestacional, as mulheres seguem os costumes e orientações das mulheres mais velhas da família. Muitas gestantes chegam às Unidades de Saúde em trabalho de parto ou o parto ocorre nas próprias tendas com auxílio de uma parteira do acampamento. O pré natal não ocorre, principalmente devido ao fato da pressão causada pelas anciãs da comunidade (Brasil, 2016; Júnior; Toyansk, 2020; Silva, 2019).

O controle da natalidade e a prevenção são tabus, já que ter filhos é considerado um presente. O nível de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) também é alto entre as mulheres devido aos tabus relacionados a sexualidade e sexo seguro. As mulheres no que diz respeito à saúde ginecológica não existe prevenção nem recorrência a tratamentos adequados, as mulheres Romani desconhecem sobre a necessidade de realização da mamografia e papanicolau entre outros exames necessários à saúde ginecológica. No campo da saúde da mulher é um campo muito rico para avaliação da questão dos riscos de contaminação com IST, mortalidade materna, óbitos de nascidos vivos, o aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido (Brasil, 2016; Costa; Rolim, 2014; Silva, 2019).

A depressão é um muito comum nas mulheres também, principalmente nas jovens, adultas e idosas, que ocorrem devido a tensões e conflitos relacionados ao cotidiano e pela discriminação. A introdução de profissionais da área de Psicologia e Psiquiatria se mostra de extrema urgência nos acampamentos. Também é possível observar que as mulheres ciganas, também sofrem com envelhecimento precoce, doenças osteoarticulares, doenças cardiovasculares e diabetes. Outro ponto importante é a presença da ciatalgia e da lombalgia, que são comumente observadas devido à carga de trabalho doméstico e do trabalho de vendas nas ruas. O índice de mortalidade é superior nas mulheres ciganas do que

nos homens ciganos e pessoas não ciganas (Brasil, 2016; Costa; Rolim, 2014; Silva, 2019).

Outro ponto importante é a necessidade de acompanhamento odontológico para as comunidades, além disso, a instrução na área de nutrição se torna importante também, as carnes são fonte principal de proteína, as comidas em sua maioria são sem tempero e sem sal, não havendo consistência alimentar. O alcoolismo e o uso de crack também são bastante comuns nos acampamentos e devem ser estudados mais a fundo (Brasil, 2016; Costa; Rolim, 2014; Silva, 2019).

A vaidade leva muitas mulheres Romani a utilizarem remédios para emagrecer sem receita médica. O sedentarismo é uma opção natural, estas não apresentam tempo para a realização de exercícios físicos e por isto muitas vezes utilizam medicações para emagrecer. Mulheres Romani investem mais em jóias, roupas e enfeites ao invés de investir na prevenção de doenças. Estas sofrem com a discriminação e o racismo institucionalizado ao serem atendidas em centros de saúde e hospitais, são taxadas de sujas e muitas vezes não conseguem nem adentrar aos locais (Costa et al, 2017).

3.9.2 Saúde do Homem

Os homens ciganos só podem ser atendidos por profissionais homens, estes raramente procuram auxílio médico devido ao fato de acreditarem que isso é coisa de mulher. Assuntos relacionados à saúde sexual, exame de próstata ou IST, são tabus, e discutidos de forma oculta nos acampamentos. Os hábitos alimentares não saudáveis, o tabagismo e o etilismo são comuns entre os homens, o estresse também é crescente nesta parcela da população Romani. Não existem estudos relativos à mortalidade masculina nos acampamentos ciganos, o que mostra a carência com relação a esta população (Brasil, 2016; Costa; Rolim, 2014).

3.9.3 Saúde da Criança e do Adolescente

Entre as comunidades ciganas existe uma elevada incidência de doenças, má nutrição e mortalidade infantil. As mães e irmãs são as principais cuidadoras das crianças. Nas crianças e adolescentes as doenças que são mais prevalentes são a asma, alergias, febre, dores de garganta, resfriados e a bronquite crônica, estas

doenças estão fortemente relacionadas à precariedade e as más condições de habitação das crianças e adolescentes Romani. Entre as crianças existe maior tendência para os acidentes domésticos, já que as mesmas são criadas livremente no acampamento. A saúde oral das crianças também é deficiente a ocorrência de cáries não é incomum. Com relação à alimentação infantil não existe educação com relação a alimentação equilibrada, ocorrendo inconsistências alimentares. A vacinação também não é completa em muitas das crianças dos acampamentos ciganos (Vicente, 2009).

As meninas casam-se cedo, as questões relacionadas à saúde sexual tanto das meninas quanto dos meninos é deficiente. As meninas devem manter a virgindade e com isso não recebem nenhum tipo de educação sexual. O uso de contraceptivos é pouco comum, e ocorre principalmente entre os jovens. O principal método contraceptivo usado é a pílula. Pouco se sabe sobre a saúde desta faixa etária já que os mesmos adentram a vida adulta muito cedo (Medeiros, 2011).

3.9.4 Saúde do Idoso

Os idosos possuem elevado status social nos acampamentos, já que os mesmos são tidos como os detentores do conhecimento e da sabedoria. O abandono de idosos pelas famílias é inexistente devido a importância dos mesmos aos povos Romani. Pouco se conhece sobre a saúde da população idosa Romani, já que existe certa resistência com relação a procura de cuidados em saúde por esta parcela da população (Medeiros, 2011).

3.9.5 Saúde Mental

A saúde mental de grupos minoritários é extremamente influenciada pela pobreza extrema, pelo desemprego, pelo racismo, pela discriminação, causados pela vulnerabilidade das populações Romani. Estes vários fatores estão fortemente relacionados com o elevado risco de depressão e morte prematura nesta população, além disso o uso de drogas e álcool tem aumentado nos acampamentos o que afeta negativamente a saúde mental desta minoria. O conceito de saúde mental para os povos Romani está fortemente relacionado aos ideais de felicidade e bem estar familiar, principalmente nas atividades do dia-a-dia (Monteiro, 2013).

Além disso, a afetividade e manifestações de carinho estão também associados ao bem estar mental dos povos Romani. Já no que diz respeito a sintomas relacionados a doenças da saúde mental, temos a tristeza, o sofrimento emocional, a exclusão social, a solidão, o estigma e a discriminação como principais influenciadores da situação desta população. A saúde mental e bem estar emocional Romani tem aspecto holístico, o bem estar mental está fortemente ligado ao bem estar das pessoas próximas e de sua família alargada, ou seja daqueles que vivem no acampamento. Os fatores socioeconômicos baixos da população Romani, as dificuldades habitacionais, as poucas perspectivas, surgem como principais elementos do sofrimento psicológico das comunidades Romani (Monteiro, 2013).

3.10 VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE OS CIGANOS/ROMANI

A relação entre Romani e os serviços de saúde é extremamente tensa. As políticas públicas de saúde voltadas para os ciganos ainda não chegaram a estas populações. Os Romani apresentam práticas de saúde milenares o que muitas vezes causam preconceito institucional durante o atendimento a esta população nos serviços de saúde, isto acaba por ferir o princípio da equidade tão importante para o atendimento das populações Romani. A maior parte dos problemas de saúde da população Romani estão relacionados à precariedade em que estes vivem (Silva Júnior; Toyansk, 2020).

Em pesquisa de Francis (2013), este encontrou que profissionais de saúde relacionam os problemas de saúde da população Romani ao desinteresse, agressão aos profissionais de saúde, dificuldade de aceitação das intervenções, ausência de imunização, pobreza e analfabetismo. Os profissionais ainda apontam que a população Romani é desonesta, violenta, etilista, anti higiênica e suja. Parte destes conceitos está fortemente relacionado a influência da mídia, que passa aos telespectadores uma imagem fortemente negativa da população Romani.

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as populações Romani, além de práticas discriminatórias individuais e institucionalizadas, estão ligadas a redução do acesso e uso dos serviços de saúde pela população Romani. A população Romani cita que o que impede seu acesso ao sistema de saúde usualmente, são experiências passadas negativas, além da expectativa de má recepção. Os profissionais de saúde apresentam limitado conhecimento sobre a

população Romani, sobre sua saúde e sua cultura, o que afeta fortemente a assistência a este grupo populacional. Os profissionais em vários estudos relatam ser confiantes em suas habilidade de esconder seus julgamentos com relação a população Romani, e serem capazes de proporcionar uma assistência com equidade. Os profissionais também mostraram-se interessados em mudar suas opiniões através de educação continuada e permanente (Francis, 2013).

3.11 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O conceito de Processo de Enfermagem (PE) é conhecido mundialmente desde de 1950 como um padrão na prática clínica do cuidado de Enfermagem. Esse conceito começou a ser utilizado no Brasil em 1970, por Wanda Horta. Após o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surgiu, o mesmo tem como objetivo a operacionalização o PE. O PE é realizado de modo deliberado e sistemático em todo contexto do cuidado de enfermagem, o mesmo é 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 (Barros et al, 2024; COFEN, 2024).

O PE organiza-se em cinco etapas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. A etapa de 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. A etapa de Diagnóstico de Enfermagem consiste na identificação dos problemas existentes, vulnerabilidade e comportamentos de saúde. A etapa de 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. A etapa de Implementação de Enfermagem, compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no plano assistencial. E por fim, a 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).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PRODUTO

Este produto se enquadra na categoria de material didático e também se enquadra na categoria de manual/protocolo segundo a Resolução nº 02/2019 do PPGScol.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O estado de Santa Catarina, segundo o MUNIC 2014, possui atualmente 43 municípios com a presença de acampamentos Romani, sendo estes: Abelardo Luz, Araranguá, Biguaçu, Botuverá, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Gaspar, Garopaba, Garuva, Guaraciaba, Guaramirim, Ibirama, Içara, Itajaí, Ituporanga, Imbituba, Jaguaruna, Jaraguá do Sul, Joaçaba, Joinville, Lages, Laguna, Morro da Fumaça, Major Vieira, Mafra, Maravilha, Maracajá, Navegantes, Palhoça, Palmitos, Pescaria Brava, Piçarras, Pouso Redondo, Porto União, Rio das Antas, Rio Negrinho, Santa Cecília, São Miguel do Oeste, Tijucas, Tigrinhos, Tubarão e Treze de Maio. O estado durante a pesquisa de 2014 possuía 47 famílias Romani contabilizando 160 pessoas e um total de 57 acampamentos ciganos. O estado também apresenta 10 municípios que realizam ações e programas direcionados a esta população sendo estes: Araranguá, Chapecó, Criciúma, Gaspar, Laguna, Maracajá, Palmitos, Santa Cecília, Tigrinhos e Treze de Maio (Cavalcante; Costa; Cunha, 2017).

No estado de Santa Catarina, a Associação do Centro de Referência Cigana de Santa Catarina, criada em 2009, atua no mapeamento das rotas e famílias ciganas espalhadas pelo estado. Atualmente, segundo a mesma, não existem dados oficiais sobre a quantidade de ciganos que vivem no estado, apenas uma estimativa de que há 3 mil pessoas das etnias Rom, Calón e Sinti em Santa Catarina. Ainda segundo a Associação a maior concentração de ciganos encontra-se nos municípios de Içara, Joinville, Rio Negrinho, Rio do Sul e Palhoça (IPOL, 2023; SAS SC, 2024; UNISATC, 2025).

4.3 PÚBLICO ALVO

O público alvo do guia orientativo criado neste estudo são os profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde de Santa Catarina.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

A elaboração do produto ocorreu a partir das seguintes etapas:

4.4.1 Etapa 1: Levantamento Bibliográfico

Para a criação do guia orientativo no formato de manual, foram utilizados artigos científicos, pesquisas, legislações e documentos oficiais sobre a história da saúde dos povos Romani no Brasil. Foram utilizadas as seguintes bases de dados Scielo, Google Acadêmico, Periódicos Capes, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, biblioteca da Fiocruz e da ABRASCO, o site oficial da Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK), legislações publicadas e guias desenvolvidos pelo Ministério da Saúde sobre o povo Romani no Brasil, além de base de dados de indicadores nacionais como o Cadastro Único, utilizando-se dos seguintes descritores: ciganos e saúde, ciganos e cuidado culturalmente competente, ciganos e equidade, ciganos e integralidade, ciganos e políticas públicas e seus respectivos sinônimos de forma semelhante em todas as bases de dados. Os materiais escolhidos foram todos do idioma português, entre os anos de 2020 a 2025.

O material orientativo foi baseado na teoria do cuidado transcultural, nos pressupostos da equidade e integralidade da atenção, a fim de que os profissionais da APS possam obter mais conhecimentos para fundamentar suas práticas ao atendimento da população Romani. Logo, a intenção é que o material orientativo ofereça subsídio para o cuidado integral da população cigana, baseada nas políticas públicas voltadas a esta população.

4.4.2 Etapa 2: Construção do Material Orientativo

Foi realizada a leitura e a organização dos textos no programa Microsoft Word. Para a elaboração dos tópicos do material utilizou-se como base dois

materiais que tratam sobre a saúde da população Romani produzidos pelo Ministério da Saúde. O primeiro material foi a cartilha publicada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kali (AMSK/Brasil), intitulada “Subsídios para o cuidado à saúde dos povos ciganos”, de 2016 e o segundo foi o material elaborado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pelo Departamento de Saúde da Família e pela Coordenação de Garantia da Equidade, em 2022, intitulado “Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano”. Até o presente ano, estes são os únicos documentos para profissionais de saúde produzidos pelo Ministério da Saúde que tratam da saúde da população Romani.

Ainda, sustentado na teoria do cuidado transcultural, foram criados dois instrumentos de Consultas de Enfermagem (saúde do homem e saúde da mulher) que podem ser incorporados ou adaptados nas secretarias municipais de saúde que atendem a população Romani. Após a elaboração dos tópicos, deu-se início a criação do texto do material orientativo, este foi escrito no programa Microsoft Word, após a criação do texto utilizou-se o aplicativo Canva, para a formatação do material e posteriormente o mesmo foi salvo no formato .pdf. Por fim, o material foi enviado por correio eletrônico para as Secretarias de Saúde dos municípios, para posteriormente ser enviado para todos os profissionais da APS.

Declara-se que as ilustrações visuais presentes no 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], com fins puramente ilustrativos, sob supervisão e edição humana.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas nas resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016.

Trata-se de um estudo bibliográfico, o qual não ofereceu nenhum dano ou desconforto para quem utilizará o produto elaborado. Como benefícios temos a criação de um guia com informações e orientações sobre a população Romani, com vista a promover a inclusão e melhora do cuidado a essa população com equidade.

O material será disponibilizado em pdf aos municípios, bem como, se buscará recursos para tiragem impressa do material orientativo aos profissionais da

saúde, de modo a garantir ao menos que os 43 municípios com a presença de acampamentos Romani recebam cópias físicas.

5 RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS

Como citado anteriormente para elaboração dos tópicos do material orientativo, foram utilizados dois materiais que tratam sobre a saúde da população Romani produzidos pelo Ministério da Saúde. O primeiro material foi a cartilha publicada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kali (AMSK/Brasil), intitulada “Subsídios para o cuidado à saúde dos povos ciganos”, de 2016 e o segundo foi o material elaborado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pelo Departamento de Saúde da Família e pela Coordenação de Garantia da Equidade, em 2022, intitulado “Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano”.

O material orientativo foi dividido nos seguintes tópicos: introdução, breve histórico do povo Romani, etnias dos povos Romani, modo de vida Romani, aspectos sociodemográficos da população Romani, saúde da mulher Romani, saúde do homem Romani, saúde da criança e adolescente Romani, saúde do idoso Romani, saúde mental dos povos Romani, o morrer e o luto para os Romani, marcos legais para a população Romani, teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, o cuidado culturalmente competente, a equidade e a integralidade no cuidar a população Romani, processo de enfermagem no cuidado ao Romani, instrumentos de consulta de enfermagem na APS baseados na teoria do cuidado transcultural de Leininger saúde da mulher e saúde do homem, desafios para o cuidado a população Romani, estratégias e intervenções para o cuidado culturalmente competente a população Romani, informações úteis e considerações finais.

O material buscou falar sobre a saúde em todas as fases da vida dos Romani, já que os materiais produzidos até então pelo Ministério da Saúde só traziam informações sobre a saúde da mulher e do homem, como o material “Subsídios para o cuidado à saúde dos povos ciganos” (2016). Além disso, o tópico informações úteis, trouxe sites e guias úteis para os profissionais de saúde utilizarem no seu atendimento a pessoa Romani. O material orientativo buscou trazer informações sobre o cuidado culturalmente competente, peça chave no atendimento das pessoas da etnia Romani, assim como de outras minorias étnicas.

Por fim, o material orientativo acabou originando outro produto que são

dois instrumentos para consulta de enfermagem, um sobre a saúde da mulher Romani (APÊNDICE A) e outro sobre a saúde do homem Romani (APÊNDICE B), para auxiliar os profissionais a realizarem a consulta de enfermagem baseados na teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, os instrumentos estão anexados dentro do manual orientativo. Os instrumentos para consulta de enfermagem criados servem para auxiliar os profissionais de enfermagem nas consultas de enfermagem com os pacientes Romani além demonstrar o protagonismo da categoria no que se diz respeito ao cuidado culturalmente competente. Abaixo segue o manual orientativo em sua integralidade.

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

1931p Luca, Lais de.

Guia de orientação aos profissionais da Atenção Básica à Saúde [recurso eletrônico] : cuidado à saúde da população Romani sob a ótica do cuidado culturalmente competente / Lais 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 Alesilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

DE LUCA, Laís; FERRAZ, Fabiane. 2025.

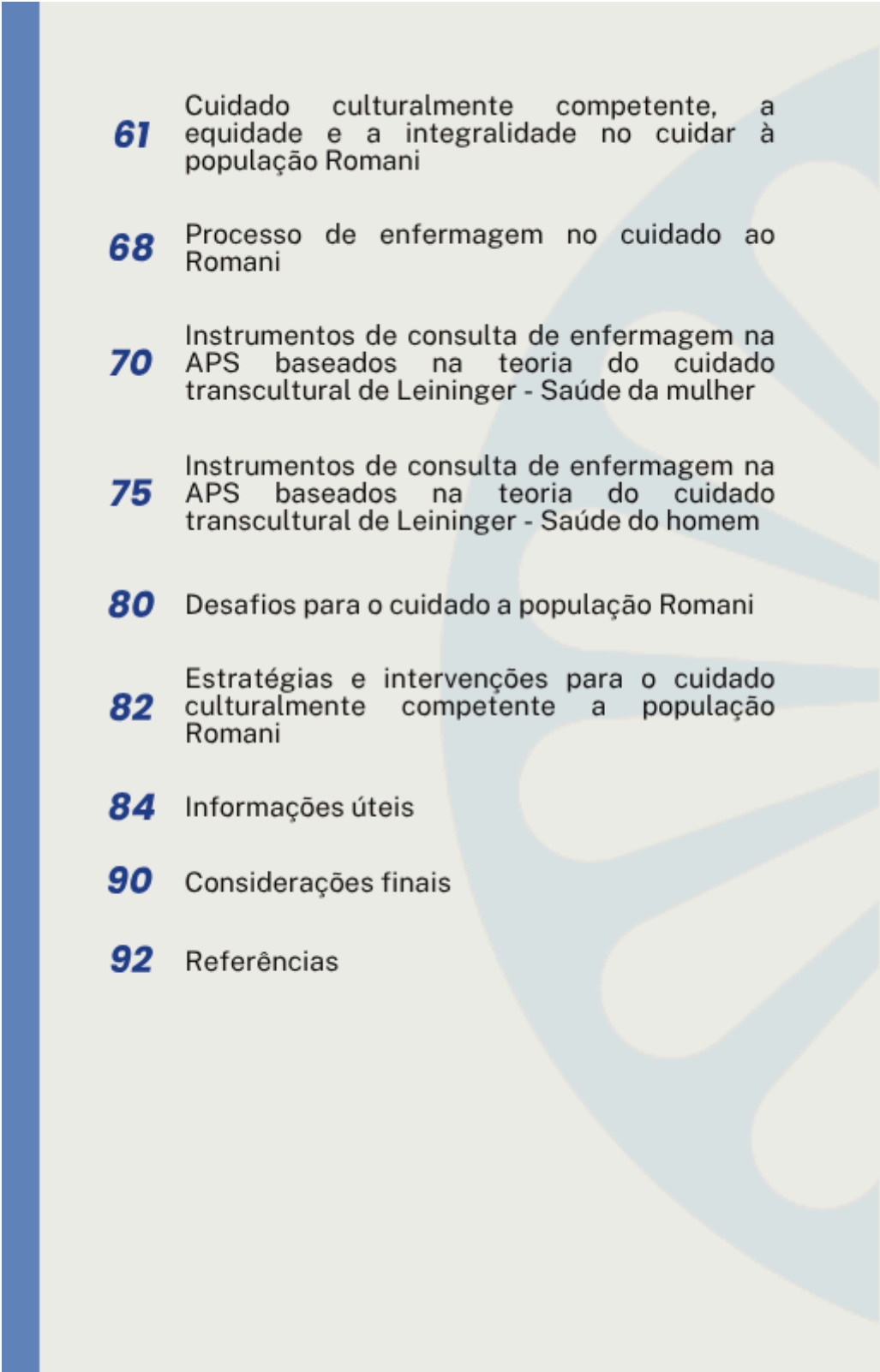
Todos os direitos reservados as autoras. Produto derivado da Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva de Laís De Luca, sob orientação de Fabiane Ferraz, intitulada: Produto de Educação e Gestão do Cuidado à Saúde da População Romani sob a óptica do Cuidado Culturalmente Competente. Programa 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.

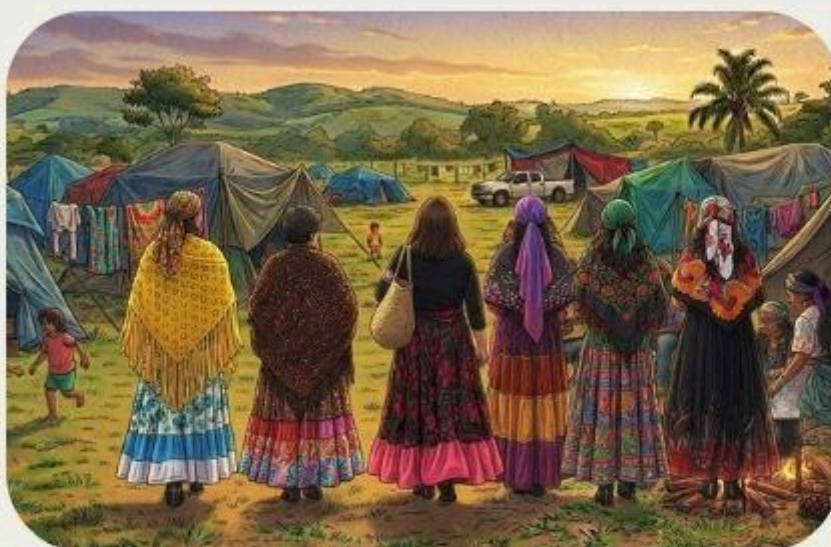
Além disso, espera-se que este material possa contribuir e *assegurar o direito deste grupo populacional* ao atendimento de saúde integral, humanizado e culturalmente competente.

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.

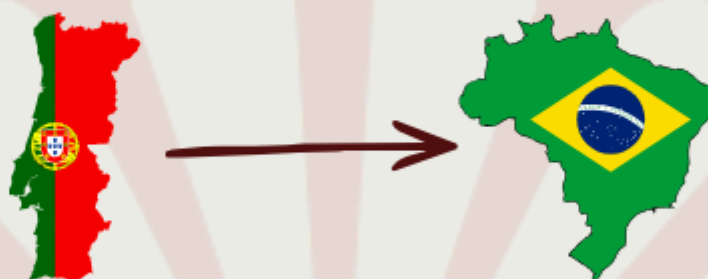
Em razão disto, muitos textos se utilizam do termo “Romani”, desde 2012 a Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil) opta por usar os termos: povo Rom, povo Romani ou Roma para designar este povo no Brasil (Brasil, 2022b; Costa; Cavalcante, 2020; Fernandes, 2021).



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.

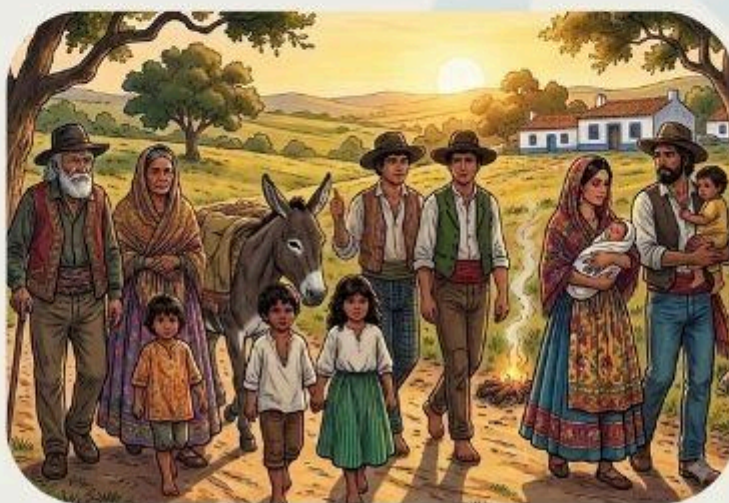
Os termos utilizados para identificar ciganos, principalmente na Europa, são carregados de estigma e preconceito, devido a isto o movimento cigano europeu propôs a mudança do termo para identificação do grupo para “Romani”.



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



Na Europa os registros 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.

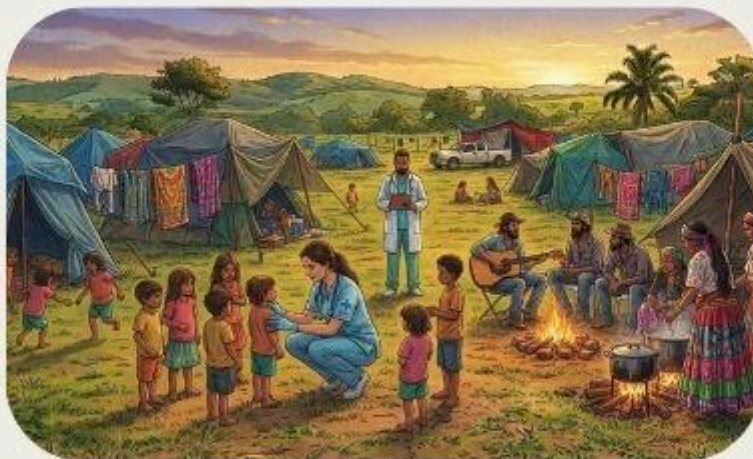
Do total de idosos Romani, 81% vivem em áreas urbanas, 19% em áreas rurais e 0,03% não apresentaram resposta (Cavalcante; Cerqueira, 2024).



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.



02

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 prosseguir em sua busca.



03

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



*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.

04

Portaria Nº 1.820. de 13 de agosto de 2009

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.



05

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.



06

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.



07

Portaria Nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (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.



08

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

*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.



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 Mcfarland (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 necessidade 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 matrilinha, 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 () Romani () 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>Resalta-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 () Chibé () 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>Resalta-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 OBRIGATÓRIO 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). • Respeito 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 allopáticos.	- 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;

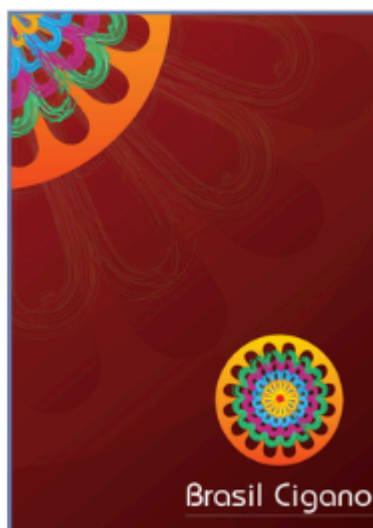
Se necessário recorra a um profissional que já teve contato com a população Romani para lhe prestar assistência.

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.](#)



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

[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.





**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](#)



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

[Link de acesso da rede social](#)



*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.](#)



MINISTÉRIO DA SAÚDE (SITE)

[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 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 prosseguir 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 demonstrem 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_2009.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_AMSK2024-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_AMSK2023-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_AMSK_2023-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, Aluizio 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.

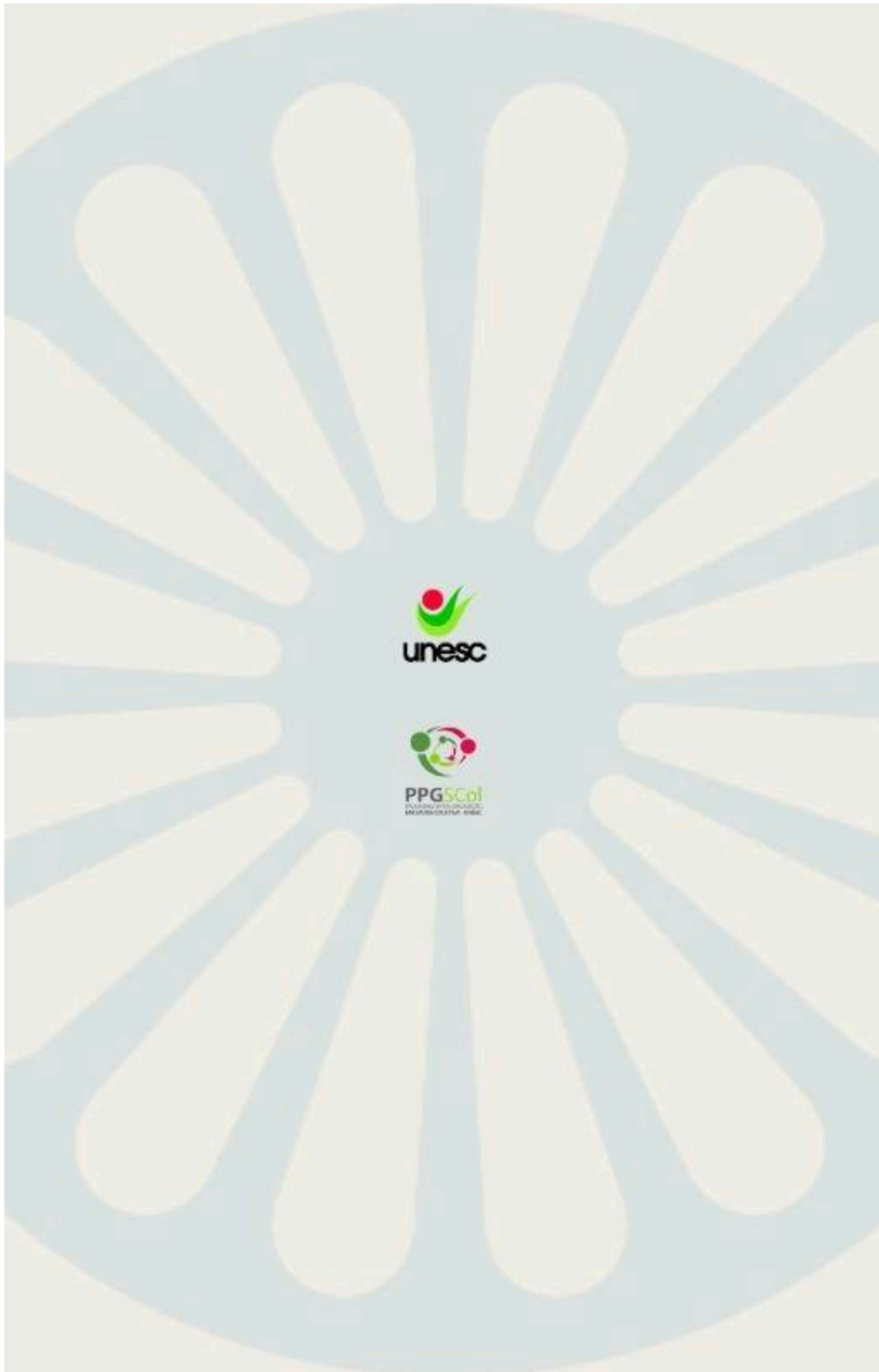
VACITE, Mio. et al. Saúde da população cigana urbana no Rio de Janeiro/Brasil. *Revista FOCO*, [S. l.], v. 16, n. 10, p. e3258, 2023.



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

PAULO FREIRE





6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho é possível perceber que apesar dos esforços empreendidos em melhorar a saúde desta população, as ações empregadas até o momento ainda não se mostram totalmente efetivas. Apesar da existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani poucos profissionais têm conhecimento da mesma, além disso, enfrenta-se a escassez de materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre a saúde Romani. Outro ponto importante é a ausência de um censo específico desta população, o que torna difícil a criação de novas políticas e avaliação do funcionamento das já implementadas pelo governo.

Durante a realização do trabalho foi possível perceber a ausência de informações científicas sobre a população Romani no Brasil. A maior parte das pesquisas se encontram em periódicos de baixa circulação, não sendo encontrados nas bases de buscas mais conhecidas. Além disso, muito das informações encontradas estão desatualizadas, é possível perceber também um desinteresse dos órgãos públicos na publicação de materiais voltados para a saúde e outros aspectos de vida dos Romani.

O produto criado é um guia de cuidados à população Romani, que se enquadra na linha de pesquisa de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde, pois trata de assunto relevante para o melhor cuidado no processo de trabalho prestado à saúde desta população. Pois, o cuidado culturalmente competente à população Romani, muitas vezes não é apresentado aos profissionais da APS devido a invisibilidade dessa população que se encontra à margem da sociedade.

A inovação do produto fica a cargo do fato que ele reúne informações atualizadas de distintos materiais já existentes, bem como tem conteúdos não tratados em outros documentos oficiais de agências de governo. Bem como, pode ser considerado único, porque não existem outros materiais sobre o mesmo assunto fundamentados no cuidado culturalmente competente, com propostas de instrumentos de consultas de enfermagem que possam facilitar o Processo de Enfermagem.

Espera-se que como impacto, o produto traga mais informações aos profissionais da APS e que os mesmos possam atender os usuários e usuárias do

SUS da etnia Romani com integralidade, equidade e com cuidado culturalmente competente, visando sobretudo o respeito à diversidade e a cultura deste povo.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso. **Percepções de enfermeiras da atenção básica de saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com mãe.** 2013. 111 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ANDRÉA, Gianfranco Faggin Mastro. **Estatuto do cigano: um marco legal necessário no Brasil.** In: Coletânea de artigos: povos ciganos: direitos e instrumentos para sua defesa / 6ª Câmara de Coordenação e Revisão, Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Brasília: MPF, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota pública.** Disponível em: https://www.ABRASCO.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Nota-Comunidades-Ciganas-e-Covid-19_TF.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota em defesa dos grupos ciganos.** 2021. Disponível em: <https://www.ABRASCO.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-ABRASCO/nota-em-defesa-dos-grupos-ciganos/60703/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BARCELLOS ,Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, e0026092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **O que é preconceito.** Caderno 1. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno01-OqueEPreconceito-Site.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. et al. O avanço do conhecimento e a nova resolução do Cofen sobre o Processo de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, e20240083, 2024.

BONOMO, Mariana. et al. Gadjés em tendas Calons: um estudo exploratório com grupos ciganos seminômades em território capixaba. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 4, n. 2, São João del-Rei, jul. 2010.

BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 498-516, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.348, de 28 de dezembro de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 250-A, p. 4, 31 dez. 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 Saúde. **Guia orientador para a atenção integral à saúde do povo cigano** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Agência Gov. **Lançamento de decreto e de Plano Nacional garante direitos dos povos ciganos no Brasil**. 02 ago. 2024b. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/lancamento-de-decreto-e-de-plano-na-cional-garantem-direitos-dos-povos-ciganos-no-brasil>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Decreto nº 12.128, de 1º de agosto de 2024a. **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.

CAVALCANTE, Lucimara Varanis. **História, identidade e dinâmicas territoriais do povo Rom no Brasil**. 2019. 126 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CAVALCANTE, Lucimara; COSTA, Elisa. **A importância da geração de dados sobre os Povos Romani (Ciganos)**. 2016. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao4_AMSK_2016-GeracaoDados.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

CECAD. **Famílias ciganas beneficiárias do Programa Bolsa Família**. Disponível em:

https://cecad.cidadania.gov.br/agregado/resumovariavelCecad.php?uf_ibge=6&nome_estado=Brasil&id=48. Acesso em: 01 dez. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.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, Elisa; CAVALCANTE, Lucimara. **O direito de existir. Seguindo na trilha da geração de dados**. In: Coletânea de artigos: povos ciganos : direitos e instrumentos para sua defesa, p. 124-150. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão, Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Brasília: MPF, 2020.

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

AMSK/Brasil, 2014. Disponível em: http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2_AMSK_2014.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

DAMASCENO, Renata Fiúza; SILVA, Patrick Leonardo Nogueira. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **J Manag Prim Health Care**, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>. Acesso em: 01 dez. 2025.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 01 dez. 2025.

FAWCETT, Jacqueline. The nurse theorists: 21st-century updates—Madeleine M. Leininger. **Nursing Science Quarterly**, v. 15, n. 2, p. 131-136, 2002.

FERNANDES, João José Santos. **O doente da etnia cigana**. In: Atenção à saúde de populações vulneráveis. Barueri: Manole, 2014. 412 p.

FERRARI, Florencia. **O mundo passa: uma etnografia dos calón e suas relações com os brasileiros**. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FRANCIS, Gill. **Developing the cultural competence of health professionals working with Gypsy Travellers**. Special Issue: Reframing Diversity Interventions in Austere Times, v. 3, n. 1, May 2013.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

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

GOUVEIA, Eneline A. H; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, suppl. 1, p. 82-90, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>. Acesso em: 01 dez. 2025.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

GUIMARÃES, Marcos Toyansk Silva. **O associativismo transnacional cigano: identidades, diásporas e territórios**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

HILKNER, Regiane Rossi; HILKNER, Mauro. **Ciganos: um mosaico étnico**. 2008. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000000920120. Acesso em: 01 dez. 2025.

I POL. **Instituto de Investigação e Desenvolvimento em Política Linguística (I POL). Programa Brasil Cigano em Santa Catarina**. Disponível em: <http://ipol.org.br/programa-brasil-cigano-em-santa-catarina/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

KARPOWICZ, Débora Soares. **Ciganos: história, identidade e cultura** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. 339 p.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. **Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa**. Atas CIAIQ, v. 2, p. 243-247, 2015.

LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. In: LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. Sudbury: Jones and Barlett, 2006.

LIMA, Télia Resende de Sousa. **Ciganos: breve definição e análise dos movimentos sociais e políticas públicas no Brasil até 2014**. Humanidades em Diálogo, v. 6, p. 225-237, 2014.

MEDEIROS, Cristina Maria de. **Uma análise da cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento: contribuições para a estratégia saúde da**

família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. 42 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

MEDEIROS, Luana Antonio; SOARES, Maria de Lourdes. SUS e povos ciganos: desafios na construção de uma política brasileira para equidade. **Áltera – Revista de Antropologia**, v. 2, n. 7, p. 270-283, jul./dez. 2018.

MEIRA, Thaís Braga. **Instrumento para o cuidado de mulheres gestantes com diabetes mellitus baseado no modelo sunrise.** Rio de Janeiro: s.n., 75 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1045926>. Acesso em: 01 dez. 2025.

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.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Atendimento a povos ciganos no SUAS.** 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Povos_Ciganos.pdf. Acesso em: 01 dez. 2025.

MONTEIRO, Ana Paula. Saúde mental em grupos étnicos minoritários: representações sobre saúde mental em adultos e crianças de comunidades ciganas residentes na região centro de Portugal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 9, n. 9, p. 36-40, 2013.

MOONEN, Frans. **Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil.** 3. ed. digital revista e atualizada. Recife: s.n., 2011. 228 p.

MUSEU DO HOLOCAUSTO AMERICANO (United States Holocaust Memorial Museum). **Sinti & Roma.** 2009. Disponível em: <https://www.ushmm.org/m/pdfs/2000926-Roma-and-Sinti.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

NASCIMENTO, Ana Celi Silva Torres. et al. The care provided by the family to the premature newborn: analysis under Leininger's Transcultural Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl. 4, e20190644, 2020.

NICODEM, Maria Fatima Menegazzo. A inserção de Paulo Freire nos estudos culturais: o conceito de cultura nas pedagogias do oprimido, da esperança e da autonomia. **Revista Eletrônica Científica Inovação e Tecnologia**, v. 6, n. 13, 2015.

NIQUETTI, Gilce Francisca Primak. **Segregação social e os povos ciganos: proposta pedagógica para atender a diversidade das comunidades ciganas na educação básica do Paraná**. Anais da XXI Semana de Pedagogia; III Seminário Internacional de Pesquisa em Educação; II Encontro PIBID Diversidade. Setembro de 2013. Disponível em: <http://www.amsk.org.br/imagem/pdf/Gilce%20Niquetti.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

NOCKO, Larissa Maria et al. **Invisibilidade e preconceito: um estudo exploratório dos ciganos no Distrito Federal**. Texto para Discussão – nº 15, maio 2016, Codeplan. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Invisibilidade-e-preconceito-umestudo-explorat%C3%B3rio-dos-ciganos-no-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

OLIVEIRA, Anna Clara Viana de. **Representação e autoidentificação social dos povos Rom, Sinti e Calon: os chamados “ciganos”**. [S.l.: s.n.], 2010. 21 p.

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

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; MAIA, Evanira Rodrigues. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 849-855, 2012.

PEREIRA, Izete Soares da Silva Dantas; CARVALHO, Fabiana Lúcia da Silva; PEREIRA, João Dantas. Famílias ciganas: um estudo sobre suas condições de vida. **Revista Interface**, v. 16, n. 2, jul./dez. 2019.

PETIPRIN, Alice. **Madeleine Leininger - Nursing Theory**. Nursing-Theory.org, 2020. Disponível em: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Madeleine-Leininger.php>. Acesso em: 01 dez. 2025.

RAMOS, Natália. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. **Revista Inter-Legere**, v. 1, n. 11, 14 out. 2013.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; JÚNIOR, Aloir Paschoal. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, jan./mar. 2012.

SAS SC. **Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família de Santa Catarina (SAS SC). Assistência Social de Santa Catarina articula política para atendimento aos povos ciganos**. Disponível em: <https://www.sas.sc.gov.br/index.php/noticias/2316-assistencia-social-de-santa-catarina-articula-politica-para-atendimento-aos-povos-ciganos>. Acesso em: 01 dez. 2025.

SIBAR, Lina Maria Lorenzon. **Identidade, alteridade e resistência dos ciganos brasileiros**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Marília, 2012.

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

SILVA JÚNIOR, Aluizio de Azevedo. Comunidades ciganas e a pandemia: desafios étnico-raciais e perspectivas comunicacionais. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, v. 7, Dossiê “Comunicação, Cultura e seus desafios”, 11ª ed., 2020.

SILVA, Joana Catarina Soares. **Mulheres ciganas e saúde: as implicações da espiritualidade/religiosidade nos cuidados de saúde – Estudo Exploratório**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Instituto Universitário da Maia (ISMAI), Porto, 2019. Disponível em:

<https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/1427/1/Tese%20Joana%20Catarina%20Soares%20Silva.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

TEIXEIRA, Rodrigo Côrrea. **História dos ciganos no Brasil**. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, 2008. 127 p.

UNISATC. **Universidade SATC. Cultura cigana ganha visibilidade e reforça identidade em Santa Catarina**. Disponível em: <https://unisatc.com.br/cultura-cigana-ganha-visibilidade-e-reforca-identidade-em-santa-catarina/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012.

VAN CLEEMPUT, Patrice. **Health impact of Gypsy sites policy in the UK**. Social Policy and Society, v. 7, n. 1, p. 103-117, 2007.

VICENTE, Maria José. **As comunidades ciganas e a saúde: um primeiro retrato nacional**. REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. Disponível em: <http://www.gitanos.org/upload/89/59/PORTUGUES-final-baja.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

WENDHAUSEN, Agueda; SAUPE, Rosita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PADRONIZADO COM BASE NA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER (2006) MULHERES ROMANI (POVO CIGANO)

	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 OBRIGATÓRIAS 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: ____/____/____	

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PADRONIZADO COM BASE NA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER (2006) HOMENS ROMANI (POVO CIGANO)

	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 OBRIGATÓRIO 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: ____/____/____	