

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FLÁVIA DE MORAES ROCHA BRANDÃO

POPULAÇÃO CIGANA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Ms. Hélia Carla de Souza

Brasília – DF
2018

População cigana e o acesso aos serviços de saúde

Flávia de Moraes Rocha Brandão¹

Hélia Carla de Souza²

Resumo

Os ciganos são identificados como grupo étnico originário da Índia. O acesso a saúde pode ser conceituado como uso dos serviços em tempo adequado para o melhor resultado possível. A pesquisa se caracteriza como descritiva e qualitativa, realizada em comunidade cigana de etnia Calon da região Norte do Distrito Federal, com o objetivo de avaliar o acesso aos serviços de saúde da população cigana. Por meio de entrevista semiestruturada, foram entrevistados 24 ciganos, sendo 13 mulheres e 11 homens, em sua maioria acima de 40 anos (54%). Os 24 (100%) possuem residência em estrutura de lona/barraca e em sua região não possui saneamento básico. Quanto a utilização dos serviços de saúde, 22 (91%) já utilizaram, mais utilizado o ambulatorial, seguido de realização de exames. Foi constatado satisfação no atendimento, porém encontradas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sendo a principal, a falta de transporte, seguido de mal atendimento. Todos já receberam visita de agente comunitário de saúde e realizam práticas e costumes próprios no tratamento do adoecimento. O estudo concluiu que existe necessidade e interesse no uso aos serviços de saúde por parte do povo cigano e que falhas dificultam o acesso.

Palavras-chave: ciganos, população cigana, acesso, políticas públicas.

Gypsy population and access to health services

Abstract

The gypsies are identified as an ethnical group from India. The access to health can be constituted as the use of services in adequate time for the best possible solution. The research characterizes itself as descriptive and qualitative, and, is realized in the gypsy community of Calon ethnicity in the region of the North of Distrito Federal, with the objective of evaluating the gypsy population's access to health services. Through the semi-structured interview, 24 gypsies were interviewed, being 13 women and 11 men, where the majority is over 40 years old (54%). The 24 (100%) own residences in tent-like structures, and don't have basic sanitation in their region. As for the use of the health services, 22 (91%) already utilized them, mostly ambulatory, followed by the realization of exams. It was verified that there is satisfaction with the treatment, but many difficulties were found when accessing the health services, the most important being the lack of transportation, followed by bad treatment. Everyone has been visited by a health community agent and realize their own practices and customs when treating the ill. The study concludes that there is an existing necessity and interest on the use of health services by part of the gypsy people and which flaws difficult the access.

Keywords: Gypsies, Gypsy population, access, public policies.

¹Graduanda do 10º semestre de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Brasília-DF.

² Professora do Curso de Enfermagem do UniCEUB

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao Dono dos meus dias, que acima de tudo é um Pai para mim. Tudo acontece com a sua permissão.

A minha família foi essencial. Agradeço em especial ao meu esposo André, que com muita compreensão, incentivo e parceria esteve ao meu lado, mesmo durante minha ausência. Sua presença mais a do nosso filho Isaac foi combustível para os meus dias.

Obrigada mãe e irmãs, por sonharem comigo desde o início. O apoio e a força recebida sempre me mantiveram firme.

Agradeço ao professor Eduardo Cyrino, pelas orientações e correções.

A minha professora e orientadora Hélia Carla de Souza, a quem admiro pela dedicação e seus ensinamentos. Obrigada por acreditar em mim.

1 INTRODUÇÃO

A teoria mais aceita atualmente, identifica os ciganos como um grupo étnico originário da Índia. Por volta do ano 1000, em razão de uma série de invasões islâmicas em sua região, teriam iniciado uma grande diáspora que resultou em sua expansão para outros lugares do mundo. No Ocidente, pesquisadores distinguiram pelo menos três etnias ciganas: Calon, Rom e Sinti. Cada uma possui seus costumes próprios, como também sua cultura e até mesmo línguas. No Brasil, o grupo Calon é o mais numeroso (VASCONCELOS et al., 2015).

De acordo com dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011 foram identificados 291 acampamentos ciganos, localizados em todas as regiões do Brasil. Em relação à população cigana total, estima-se que há mais de meio milhão no país. Em território brasileiro, os ciganos localizam-se predominantemente em zona urbana (90%). Movimento contrário é observado no DF, onde a área rural é o local predominante de moradia (74%) (BRASIL, 2013; NOCKO et al., 2016).

A definição de território cigano é caracterizada ilimitada geograficamente e assume importância diante a efetivação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) que são dificultadas. Por serem os ciganos, na maioria, nômades, guardam pouca relação com o território físico sobre o qual se assentam, no entanto, as relações sociais são baseadas em assentamentos, em grupos coletivos fechados e de estrutura familiar, onde os valores culturais caracterizam sua etnia e mobilizam modos de vida. Os territórios subjetivos da saúde são determinantes do processo saúde-doença (SIMÕES, 2007).

No Brasil, mesmo que a etnia cigana esteja expandida para os Estados e contribuir socialmente como parte da identidade sociocultural do povo brasileiro, os mesmos têm sido marginalizados quanto aos seus direitos essenciais. Dessa forma, a população cigana assume características em saúde peculiares conforme se insere na estrutura social e de assistência do SUS, haja vista as dificuldades de inserção da etnia no modo de produção de saúde concedido pelo SUS (ALMEIDA et al., 2013).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde são aspectos importantes de um sistema de saúde que geram impacto importante na saúde da população. O acesso aos serviços de saúde está relacionado ao atendimento das necessidades do indivíduo e é influenciado por questões variadas como organização do próprio serviço, mobilidade urbana e aspecto cultural. O grau da acessibilidade se ajusta entre as peculiaridades dos recursos de atenção à saúde e o

da população, simultaneamente no processo de busca e obtenção da saúde (MONTEIRO, 2016).

De acordo com o exposto relacionado ao acesso à saúde, a Associação Social de Apoio Integral aos Ciganos (ASAIC, 2017) exhibe a Portaria MS nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), que, no § 1º do art. 23, “afirma a não obrigatoriedade de comprovação de domicílio para população cigana nômade se cadastrar”.

A falta de saneamento básico e outras condições fundamentais de vida representam desafios às ações em saúde para esta população, levando em conta suas peculiaridades quanto a seus condicionantes de qualidade de vida. As dificuldades em mobilizar recursos e desenvolver estratégias de melhoria das condições de vida da população cigana nômade são ainda maiores, se avaliarmos a precariedade dos ambientes em que se assentam e desenvolvem os acampamentos (ALMEIDA et al., 2012).

A atuação dos profissionais de saúde em uma comunidade cigana inicia-se na identificação da liderança junto ao núcleo familiar. O diálogo inicial com este (a) representante é de suma importância para o esclarecimento sobre as ações de saúde que pretende-se realizar, e estabelecer a relação de mutualidade com respeito e confiança (BRASIL, 2016).

As políticas públicas brasileiras praticamente ignoram ou invisibilizam os povos ciganos como parte da constituição cívica nacional. Um exemplo básico é que, apesar dos avanços ensejados e a Lei Complementar 75 de 20.05.1993 que considerava a proteção a minorias étnicas, os ciganos Rom, Sinti e Calon sequer são considerados minorias étnicas, sendo privados de direitos específicos reconhecidos em várias entidades internacionais e constitucionalmente garantidos (MOONEN, 2011).

Diante do perfil de saúde da população cigana, dos relatos e do acompanhamento de experiências estaduais e municipais e das reivindicações das entidades que atuam com esse público, conseguiu-se visualizar alguns desafios e caminhos para aprimorar a atenção à saúde desta população. Os desafios encontrados circundam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a necessidade de articulação intersetorial e a sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

As diferenças culturais que compõem a construção coletiva da etnia cigana são fundamentais para a construção de políticas públicas, que se ignoradas consistem na ponta-da-

flecha da iniquidade em saúde e justificativa política para o despreparo dos serviços de saúde e profissionais em reconhecer as práticas em saúde desses grupos como parte de seu território em saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Importante ressaltar a precariedade em números de pesquisas relacionadas a cultura cigana, principalmente relacionada ao processo de saúde dos mesmos. Diante a relevância social da abordagem do tema, o presente estudo objetivou-se avaliar o acesso aos serviços de saúde da população cigana.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem descritiva e qualitativa realizada em comunidade cigana. Utilizada uma entrevista semiestruturada para a coleta de dados direcionada para o acesso aos serviços de saúde e dados sociodemográficos, afim de caracterizar as variáveis específicas desta população. A pesquisa foi realizada com 24 moradores da comunidade, pertencentes a etnia Calon, residentes da região rural norte do Distrito Federal.

Para critérios de inclusão foram selecionados indivíduos ciganos; pessoas de ambos os sexos; idade igual ou superior a 18 anos; moradores da comunidade cigana, capazes de responder a entrevista independentemente. Foram esclarecidas e sanadas todas as dúvidas a respeito do presente projeto para cada participante e apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado pelo líder antes mesmo da aplicação da entrevista.

Vale ressaltar a importância e pertinência da aplicação do art. 13 da Resolução nº 510/2016 no público alvo da presente pesquisa devido a peculiaridade de aspectos culturais encontrados nos ciganos de etnia Calon. O líder ou chefe assim chamado pela comunidade, possui representatividade de muita relevância, detendo além de valores como o respeito adquirido em seu meio, a autonomia e responsabilidade atribuídas que lhes dão posição de tomada de decisão diante o seu povo.

De acordo com o art. 13 da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016, p.6)

‘Em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, como é o caso de algumas comunidades tradicionais, indígenas ou religiosas, por exemplo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável’.

Com o objetivo de expor os dados recolhidos, a descrição e análise de dados foi feita a partir da entrevista transcrita, utilizando todo o seu conteúdo para expressar a opinião dos ciganos em relação ao acesso aos serviços de saúde. Duarte e Barros (2010) afirmam que analisar os dados significa separar o conteúdo em tópicos ou categorias, para analisar a informação, sua fonte, sua função e com o que se relaciona. Dessa forma foram criadas durante análise, sendo elas do bloco de Dados Sociodemográficos: Sexo, Idade prevalente, Arranjo familiar, Escolaridade, Procedência de renda própria, Estrutura da residência e Saneamento básico. Do bloco de Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde: Uso dos serviços de saúde, Satisfação do atendimento, Serviços mais utilizados, Acesso aos serviços de saúde, Visita domiciliar de agente comunitário de saúde, Costumes próprios no tratamento do adoecimento. Cada uma dessas categorias foi examinada separadamente com intuito de ser analítico em relação aos dados recolhidos.

Para a busca de artigos científicos foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, no período de 2006 a 2017. Todavia, trabalhos publicados anteriormente a esse período e que foram importantes para a fundamentação do tema, também foram utilizados. Os descritores utilizados foram: ciganos, população cigana, acesso, políticas públicas.

O presente estudo foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UniCEUB, parecer n. 2.964.292/18 e aprovação em 28 de outubro/2018.

3 RESULTADOS

O número de entrevistados foi igual a (n=24), sendo os participantes moradores da região norte do Distrito Federal e os resultados obtidos na entrevista semiestruturada foram representados por meio de categorias, sendo relacionadas aos dados sociodemográficos e a avaliação do acesso aos serviços de saúde dos sujeitos da pesquisa. A tabela 1 mostra a distribuição da pontuação das variáveis sociais dos entrevistados.

Tabela 1- Categorias e respostas da entrevista semiestruturada, Distrito Federal 2018. Bloco de dados sociais e demográficos. Itens 1 a 7.

Variável	Frequência	Porcentagem
1. Sexo		
Feminino	13	54,16
Masculino	11	45,83
2. Idade prevalente		
De 18 a 40 anos	11	45,83
Maior que 40 anos	13	54,16
3. Arranjo familiar		
Até 4 pessoas	09	37,5
Acima de 4 pessoas	15	62,5
4. Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	22	91,6
Ensino fundamental completo	02	8,3
Ensino médio incompleto	00	0
Ensino médio completo	00	0
5. Procedência de renda própria		
Comerciante/ambulante	20	83,3
Bolsa família	02	8,3
Não possui	02	8,3
6. Estrutura da residência		
Alvenaria	00	0
Lona/barraca	24	100
7. Saneamento básico		
Sim	00	0
Não	24	100

Fonte: Própria autora, 2018.

Na tabela 1 é importante destacar que as características sociodemográficas dos participantes são bastante semelhantes, considerando que todos moram em terreno doado pelo Governo Federal e habitado por meio de acampamentos. Possuem a mesma etnia também os associam, fato relevante que condiciona o mesmo modo de viver. A prevalência entre os sexos e idade é equilibrada. A maior parte dos participantes reside com mais de 4 moradores na mesma tenda (n=15). Chama atenção a categoria Escolaridade, pelo fato de nenhum entrevistado possuir o ensino médio completo e a grande parte não ter completado o ensino fundamental (n=22). Quanto a ocupação, possuem renda própria por meio de trabalho autônomo, como comerciantes e ambulantes (n=20) e possuem o mesmo tipo de estrutura de

residência, sendo tendas e barracas (n=24). Não possuem saneamento básico (n=24).

Tabela 2- Categorias e respostas da entrevista semiestruturada, Distrito Federal 2018. Bloco de avaliação do acesso aos serviços de saúde. Itens 8 a 14.

Variável	Frequência	Porcentagem
8. Uso dos serviços de saúde		
Já usou	22	91,6
Não usou	02	8,3
9. Serviços mais utilizados		
Urgência e emergência	04	16,6
Ambulatorial	18	75
Realização de exames	15	62,5
Farmácia	12	50
10. Satisfação com o atendimento		
Sim	16	66,6
Não	06	25
Não se aplica	02	8,3
11. Acesso aos serviços de saúde		
Existe dificuldades no acesso	16	66,6
Não existe dificuldades no acesso	08	33,3
12. Dificuldades encontradas		
Falta de transporte	15	62,5
Falta de recursos dos serviços de saúde	02	8,3
Mal atendimento	09	37,5
13. Visita domiciliar de agente comunitário de saúde		
Sim	24	100
Não	00	0
14. Costumes próprios no tratamento do adoecimento		
Sim	24	100
Não	00	0

Fonte: Própria autora, 2018.

Na tabela 2 as categorias estão relacionadas quanto ao acesso dos entrevistados aos serviços de saúde. Quase todos já fizeram uso dos serviços de saúde, sendo (n=22) e apenas (n=2) nunca utilizaram. Quanto aos serviços mais utilizados, vale ressaltar que alguns participantes fizeram uso de mais de um serviço, por isso a frequência elevada dos usuários descrita na tabela. Serviços ambulatoriais são os mais utilizados com a frequência de (n=18),

seguida da realização de exames (n=15). O uso da farmácia também é considerável, (n=12), sendo oposto aos serviços de urgência e emergência, e menor utilização (n=4). A satisfação com o atendimento alcançou mais da metade dos entrevistados (n=16) contra (n=6) pequena parte que não obteve satisfação, sendo que (n=2) não fizeram uso dos serviços de saúde e a categoria não foi aplicada. Sobre o acesso aos serviços de saúde (n=16) relataram dificuldades e (n=8) afirmaram não possuir dificuldades. Das dificuldades encontradas, os participantes relataram mais de uma das opções, por isso a frequência elevada. A falta de transporte foi a maior dificuldade encontrada (n=9), seguida do mal atendimento (n=9) e (n=2) a falta de recursos dos serviços de saúde. Todos os entrevistados relataram receber visita de agente comunitário de saúde (n=24). Costumes próprios no tratamento do adoecimento são realizadas por todos os participantes da pesquisa (n=24).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve o propósito de avaliar o acesso aos serviços de saúde da população cigana trazendo a análise por meio de categorias relacionadas a dados sociodemográficos e uso dos serviços de saúde. Na amostra de 24 participantes de ambos os sexos e na maioria, acima de 40 anos.

Residem no mesmo terreno, por isso possuem a mesma estrutura de residência, sendo de tenda/lona. As mesmas características foram apresentadas em BRASIL (2016), além da falta de saneamento básico, que contribui para a precariedade da forma de viver deste povo e representa um desafio para as ações em saúde. O mesmo autor relata a falta de controle de natalidade e por esse motivo, associa-se o elevado número de pessoas que reside na mesma tenda, sendo (62,5%) com arranjo familiar acima de quatro pessoas, com a presença considerável de crianças no seio familiar.

Como apresentado por Costa e Rolim (2014) e também nos resultados apresentados, a ocupação e a fonte de renda mais comunicada é o comércio informal com a frequência de (83,3%), com a troca ou rolo presente nas comunidades. Como apresentado pelo autor, a música e a arte também fazem parte do cotidiano, seja por profissão ou por diversão, realidade enfatizada dentro da presente pesquisa. Os homens participantes da pesquisa eram ambulantes de diversos objetos eletrônicos e as mulheres ambulantes de panos de prato, vendidos em estradas e postos de gasolina. Esta condição é relevante ao modo de vida quando associada ao

deslocamento dos acampamentos que tem a prática comercial essencial para sobrevivência. A atividade econômica também traz uma carga histórica, levando em consideração o estereótipo de ladrões e enganadores que os mesmos possuem durante gerações.

Quanto escolaridade, apresentou um número discrepante, onde (91,6%) sequer terminam o ensino fundamental. A baixa escolaridade também é reconhecida por Nocko et al. (2016), que afirmam que a educação formal possui papel secundário, sendo priorizado o aprendizado atribuído dentro do núcleo familiar e de sua comunidade. Este fator é um indicador importante diante início precoce do homem no mercado de trabalho e o papel da mulher como mãe e dona do lar em sua juventude, características culturais desta população.

Diante característica nômade desta população e da construção do seu conceito de território ser um determinante no processo de saúde e doença, Almeida e Barbosa (2013) afirmam que as práticas de saúde do SUS são dificultadas, partindo do pressuposto básico de territorialização. No entanto, (91,6%) utilizaram serviços de saúde, característica peculiar devida presença de Unidade Básica de Saúde (UBS) na região. Fato este que indica abertura tanto no conceito cultural que a saúde pública se desenvolve para eles e a necessidade pela busca da saúde pelo povo cigano.

De acordo com Brasil (2016), a abordagem imediatista que é condicionada pela presença de dor e mal-estar é a marca e a forma como lidam com a saúde. A elevada busca por serviços ambulatoriais (75%) e realização de exames (62,5%) estão intimamente ligadas a este fato. A busca por esses serviços ganha destaque entre as mulheres, tendo em vista a demanda de atenção à saúde da mulher, principalmente diante da condição de gravidez. A presença de doenças crônicas não degenerativas também possui visibilidade, basicamente aos mais velhos. Deste modo, a utilização da farmácia ganhou espaço e tem sido aderida, para o controle e acompanhamento desses quadros.

Segundo Costa e Rolim (2014), os homens possuem maior dificuldade de inclusão ao sistema de saúde, principalmente em ações preventivas. Culturalmente seu papel no núcleo familiar é como provedor e a responsabilidade do cuidado a saúde fica instituída as mulheres. Estes fatos se relacionam aos entrevistados que nunca utilizaram os serviços (8,3%) e aqueles que fizeram uso dos serviços de urgência e emergência (16,6%), estes, diante real necessidade associada a acidentes de cunho doméstico ou não. Nesses casos citados, a prevalência foi total do sexo masculino.

Conil, Giovana e Almeida (2011) afirmam que o acesso pode ser caracterizado como o

uso dos serviços em tempo adequado para o melhor resultado possível. E pode-se dizer ainda como explanado por Monteiro (2016) que o acesso aos serviços de saúde está relacionado ao atendimento as necessidades do sujeito e é influenciado por variadas questões como organização do próprio serviço, mobilidade urbana e aspecto cultural. Analisando o conjunto dessas questões, (66,5%) julgaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde e são condicionados diversos fatores, principalmente diante as dificuldades que foram encontradas na presente pesquisa.

A publicação de Starfield (2004) é influência mundial em atenção primária e, traz a luz a ampliação do conceito de acesso que se sobrepõe a acessibilidade. A autora afirma que a acessibilidade se relaciona com o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção a saúde e a capacidade da população superar os obstáculos. Diante deste conceito, pode-se correlacionar a dificuldade no transporte (62,5%), o mal atendimento (37,5%) e a falta de recursos (8,3%) comunicados, como desafios de acessibilidade aos serviços de saúde. Devido se assentarem em território rural, a falta de transporte público é uma problemática e muitos ainda possuem condução própria. Assim, para qualquer necessidade de deslocamento, os ciganos têm o costume de pegar carona pelas estradas, incluindo na necessidade da procura dos serviços de saúde. A diferença dos que afirmaram que não possuía dificuldade no acesso (25%) e a satisfação do atendimento (66,6%) é devido presença da UBS na região, um facilitador na utilização dos serviços, mesmo com recursos limitados.

Segundo Bertucci (2011), o transporte público é um serviço fundamental que garante o acesso às necessidades básicas do cidadão moderno, que necessita deslocar-se de um ponto a outro. Diante a falta de transporte público na região rural que residem os ciganos, a problemática vai além de ações relacionadas a saúde, e sim das políticas de transportes, o que frente a fatos, precisa-se de uma nova política de mobilidade a moradores de áreas rurais, considerando o investimento do transporte coletivo em qualidade e quantidade, de modo a permitir que as dificuldades do acesso aos serviços de saúde sejam diminuídas.

Quanto ao mal atendimento mencionado, está intimamente ligado ao estigma que a própria etnia cigana sofre. O preconceito no atendimento e a mal abordagem foi a principal queixa nesse requisito. Segundo Goffman (1975), como o primeiro precursor deste assunto, o estigma é usado como referência de um atributo depreciativo. É conceituada como identidade deteriorada por uma ação social que ganha representividade negativa na sociedade e por isso evitada. Diante disto, como Teixeira (2008) afirma, os ciganos sofrem durante séculos, por ser a ter a cultura contrária fundamentalizada religiosa e por possuírem imagem de trambiqueiros

e vagabundos.

A visita de agente comunitário de saúde (100%) alcançou o acampamento dos entrevistados graças a ação da UBS próxima da região, focando em ações de atenção à saúde da mulher. Pereira e Barcelos (2006) pontuam a Estratégia de Saúde da Família, baseada em UBS, responsável pelo cuidado e acompanhamento da área adstrita, localizada em uma área determinada, através de ações integrais de saúde. O reconhecimento da parte dos ciganos por esta equipe é notório.

Os costumes próprios no tratamento do adoecimento (100%) fazem parte da cultura e do cotidiano dos ciganos. Por meio da conservação dos saberes tradicionais do uso das ervas e plantas medicinais como forma de tratamento das enfermidades, BRASIL (2016) certifica o papel das mulheres no cuidado da saúde e bem-estar de suas famílias. Estas práticas se manifestam fortemente na comunidade entrevistada. Já a prática de fitoterapia cigana e magias no cuidado da saúde mencionadas pelo Almeida et al. (2012), não foram declarados no presente estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dificuldades e carência que a população cigana possui e frente a direitos essenciais de qualquer brasileiro legítimo, o reconhecimento e visibilidade governamental é fundamental para se construir verdadeiros avanços. Estes avanços são necessários para a garantia de direitos básicos a vida que muitos ainda não possuem, como saneamento básico, água tratada, dentre outros, além de contribuir para a relevância social. Portanto, existe necessidade e interesse por parte da população em utilizar os serviços de saúde, porém, a escassez de transporte público, o mal atendimento, destacando nesse requisito o preconceito, e a falta de recursos dos serviços de saúde dificultam o acesso.

Os fatores sociodemográficos são indispensáveis na avaliação do acesso aos serviços de saúde, pois estão correlacionados ao modo de vida e visibilidade que os ciganos possuem na sociedade. Dizem respeito a sua contribuição social como cidadãos e explanam características que manifestam identidade, necessidades e dificuldades que possuem para alcançar o direito a saúde. Diante dos resultados, sugere a carência de assistência desta população mediante políticas públicas, ainda não alcançadas que ajudarão na diminuição da marginalização sofrida.

O conhecimento do aspecto cultural e aceitação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto dos ciganos, faz a diferença para se obtenção da satisfação. A compreensão da forma que os ciganos produzem saúde traz consigo a ampliação da assistência e a manifestação da humanização, de forma a garantir os três princípios doutrinários do SUS: a universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M. G.; SILVA, T. M. G. V.; PEDROSA, J. I. S. Saúde de Povos Ciganos no Brasil: Uma revisão integrativa. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**, São Paulo, p. 14. 2012.

ASAIC (Associação Social de Apoio Integral aos Ciganos). **Direitos Básicos dos Ciganos**. 2017. Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/0050373280bd2c6b424aa>. Acesso em: 03 nov. 2018.

BERTUCCI, J. O. Os benefícios do transporte coletivo. **Boletim regional, urbano e ambiental, IPEA**, Brasília, v. 5, p. 77-86, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR). **Guia de Políticas Públicas para os Ciganos**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2013.

CONIL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, jun.

2011.

COSTA, E.; ROLIM, J. D. J. **Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para a discussão.** AMSK/Brasil, Brasília, 41 p. 2014. Disponível em: http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2_AMSK_2014.pdf. Acesso em: 31 out. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC. 1975.

MOONEN, F. Políticas ciganas no Brasil 1988 – 2010. **Ensaio foi publicado como capítulo 11 do livro Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil.** Recife: Revista e atualizada, 3ª edição digital, p. 228. 2011.

MONTEIRO, C. N. **Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde em São Paulo - inquéritos de base populacional.** 2016. 142f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2016.

NOCKO, L. M. 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-um-estudo-explorat%C3%B3rio-dos-ciganos-no-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, p.47-55, jun 2006.

VASCONCELOS, M.; COSTA, E. **Datas de celebração e luta pelos direitos dos Povos Romani (Ciganos): 8 de Abril Dia Internacional dos Romani (Ciganos), 24 de Maio Dia Nacional do Cigano, 2 de Agosto Dia Internacional em Memória do Holocausto Cigano.** AMSK/Brasil, Brasília, ed. 1, p 36. 2015. Disponível em: http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao3_AMSK_2015_DatasCelebracao.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

SIMÕES, S. R. F.; FLEURI, R. M.; AZIBEIRO, N. E. **Ciganos: perspectivas e desafios emergidos na busca por direitos fundamentais. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia 25 a 27 de abril de 2007.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R. C. História dos Ciganos no Brasil. **Núcleo de Estudos Ciganos.** Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, p. 127. 2008.

ANEXO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: ____/____/____ Código de identificação: C_____

A) BLOCO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Arranjo familiar:
5. Possui renda própria? Qual a procedência?
6. Qual a renda mensal em salário mínimo?
7. Escolaridade:
8. Possui residência própria? Qual o tipo? (Alvenaria, lona/barraca)
9. Possui saneamento básico na região que reside?

B) BLOCO DE AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

10. Já fez uso dos serviços de saúde pública ou privada, oferecidos mais próximo da sua região? Se positivo, onde?
11. Por qual motivo o senhor (a) procurou os serviços de saúde? Conseguiu atendimento? Se positivo, o senhor (a) ficou satisfeito (a)?
12. Qual dos serviços a seguir o senhor (a) utilizou? Urgência e emergência, realização de exames, ambulatorial, farmácia?
13. Existe alguma dificuldade para conseguir acessar o serviço de saúde mais próximo? Se positivo, qual?
14. Já recebeu visita domiciliar de agente comunitário de saúde?
15. Quando o senhor (a) se encontra em estado de adoecimento, existem práticas e costumes próprios para tratar o adoecimento? Se positivo, quais? São eficazes?

