



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

ANA CLÁUDIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR
CIGANOS NA BAHIA, BRASIL**

TESE DE DOUTORADO

SALVADOR-BA
2016

ANA CLÁUDIA CONCEIÇÃO DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR
CIGANOS NA BAHIA, BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para a obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

SALVADOR-BA
2016

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP

S586 Silva, Ana Cláudia Conceição da

Fatores associados à utilização de serviços de saúde por ciganos na Bahia, Brasil:
Utilização de serviços de saúde por ciganos. / Ana Cláudia Conceição da Silva. –
Salvador. 2016.

81f. il.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Tese (Doutorado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1.Utilização de serviços de saúde. 2. Grupos étnicos. 3. Ciganos. 4. Epidemiologia.
I. Título.

CDU: 316.72 (214.58)

Nome: Ana Cláudia Conceição da Silva

Título: Fatores associados à utilização de serviços de saúde por ciganos na Bahia, Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para a obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Aprovado em: 30/09/2016

Prof. Dr.: Mário de Seixas Rocha

Titulação: Doutor em Medicina e Saúde Humana

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP

Profª. Drª.: Maria de Lourdes Lima

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP

Prof. Dr.: Ubirajara de Oliveira Barroso Jr

Titulação: Doutor em Medicina

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP

Prof. Dr.: Jucelmo Dantas da Cruz

Titulação: Doutor em Ciências Biológicas

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

Prof. Dr.: Jair Magalhães da Silva

Titulação: Doutor em Saúde Pública

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

EQUIPE

Ana Cláudia Conceição da Silva, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana-EBMSP.

Bruno Gil de Carvalho Lima, Médico, Doutor em Saúde Pública, orientador e professor colaborador do Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde Humana-EBMSP.

Camila Rego Amorim, Mestre em Saúde Coletiva, professora assistente-UESB.

Mariluce Karla Bonfim, Doutora em Saúde Pública, professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA, ex-professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB.

Arine Araújo Marques, estudante do curso de Fisioterapia da UESB.

João Batista Matos Neto-Junior, estudante do curso de Fisioterapia da EBMSP.

Marithanna Nogueira de Aragão Silva, estudante do curso de Fisioterapia da UESB.

Taline Santos Santiago, estudante do curso de Fisioterapia da UESB.

"Que a felicidade não dependa do tempo, nem da paisagem, nem da sorte, nem do
dinheiro.
Que ela possa vir com toda a simplicidade, de dentro para fora, de cada um para todos"
Carlos Drummond de Andrade

"O saber se aprende com os mestres
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida"
Cora Coralina

DEDICATÓRIA

Dedicada especialmente:

A meus pais (*in memoriam*), Dona Conceição e Sr. Prensa (Raimundo), pela simplicidade,
humildade e sabedoria na condução de minha trajetória de vida.

Ao povo cigano, visitado e entrevistado nos catorze municípios da Bahia, os quais acolheram-
nos com confiança e solicitude.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese só foi possível devido ao apoio vindo de todas as direções:

A **Deus**, ser superior que garantiu o desejo, a coragem, a perseverança, e bravura diante do caminho e dos obstáculos.

Aos **meus pais**, pelo exemplo de simplicidade, humildade e sabedoria.

A **meus irmãos, irmãs, sobrinhos, primos, tios, cunhado, e amigos** pelo apoio, pelo incentivo, pela torcida.

Ao **povo cigano dos catorze municípios visitados na Bahia**, pela confiança, solicitude.

A **todas as lideranças ciganas** das cidades visitadas: Sr. Gilson e família (Camaçari), Professor Jucelho e família (Feira de Santana), Sr. Jarbas e família (Dias d'Ávila), Sr. Levi (Lauro de Freitas), Sr. Jacelho e família (Dias d'Ávila), Sr. Evandro e família (Candeias), Sr. Batista e família (Candeias), Sr. Alírio e família (Santo Amaro), Sr. João e família (Muritiba), Sr. Escolástico e família (Utinga), Sr. Aderino e família (Jacobina), Sr. Robelito (Cruz das Almas), Sr. Ronaldo (Ubatã), Sr. Nil e família (Japumerim-Itagibá), Sr. Laranjeira e família (Japumerim-Itagibá), Sr. Edvaldo e família (Barra do Rocha). A confiança depositada foi essencial para a realização do estudo.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB**, pela oportunidade e liberação para cursar Pós-Graduação *Stricto Sensu*, sempre incentivando e garantindo a qualificação dos docentes.

Aos **pesquisadores e discentes do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Trabalhador e Desigualdades em Saúde-NEST, UESB**, pela possibilidade de construir e reconstruir saberes, pela parceria, pela leveza na vida acadêmica.

Às Coordenadoras da coleta de dados, **Mariluce Karla Bonfim** e **Camila Rego Amorim**, por aceitar o desafio e persistir frente aos obstáculos, e pela solicitude.

A **toda Equipe de coleta de dados**, João Batista Matos, Rodrigo, Francielle, Silvana, Thamara, Janaína, Mariluce, Camila, Marithanna, Taline, Arine, Mabel, Celi, Carol, Cris, Nilza, Jorlana e Marcos, pela parceria, pela perseverança, pela disponibilidade.

À **Iana e João Batista Matos**, pela contribuição na arte de digitar banco de dados. A João, em especial, que participou de todas as etapas do estudo, parceiro fiel, comprometido, estudioso, competente.

Ao **Professor Bruno Gil de Carvalho Lima**, que soube dosar como ninguém as orientações, ao direcionar-me no melhor caminho. Pelos ensinamentos e esclarecimentos recebidos, pela paciência, pelo incentivo, pelo respeito às minhas escolhas.

À **Professora Kátia Nunes Sá**, que iniciou o processo de orientação da Tese, e aceitou o Projeto.

Aos docentes **amigos e colegas da UESB**, por proporcionarem o meu afastamento para cursar o Doutorado, pelo incentivo e prestatividade na minha caminhada. Em especial a Ana Vírginia Caminha, Paula Lisiane Assunção e Washington da Silva Santos, que assumiram minhas atividades acadêmicas. A Marcos Túlio Raposo pela solicitude, apoio e orientações. A Alba e a Pepeu, pela torcida. A Juliana, Evandro, Márcio, Andréa e Geisa, pela solicitude.

Aos **discentes do Curso de Fisioterapia da UESB**, pela convívio acadêmico, pela amizade, pela credibilidade e por representarem força motora na busca de capacitação profissional rumo a mudança de prática.

Aos **docentes do Curso de Fisioterapia-UESB**, em especial Ana Vírginia, Camila e Túlio, pelo apoio incondicional.

Aos **docentes da Pós-Graduação-EBMSP**, Doutorado, pelos ensinamentos, e saberes construídos.

Aos **funcionários da Pós-Graduação-EBMSP**, pela prestatividade. Em especial, a Léia Omena e Taise Caires.

Aos **Docentes Ana Marice Ladeia e Mário Rocha** pelos ensinamentos, apoio e incentivo nos momentos necessários durante a jornada.

A **Professor Marcílio** (*in memoriam*), que deixou grande contribuição a nossa formação, ao apresentar ciência simples e acessível.

Ao **Prof. Nelson Oliveira**, pelos ensinamentos e esclarecimentos recebidos, pela paciência, pelo exemplo de humildade ao administrar a construção do conhecimento.

Ao **Professor Daniel La Parra Casado**, que acolheu-me na Universidade de Alicante, Espanha, Instituto Interuniversitário de Desenvolvimento e Paz/ Centro Colaborador para Saúde da População na Organização Mundial de Saúde, pelo apoio, prestatividade, ensinamentos, disponibilidade.

A **Nicolás Jiménez González**, responsável pela Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana-FAGA.

Aos **amigos da residência universitária Rector III**, em Alicante-Espanha, pelo acolhimento e solicitude em todos os momentos, o que viabilizou minha estadia na cidade.

Aos técnicos da biblioteca, **Susana e Maria Lola**, Universidade de Alicante-Espanha, pela solicitude.

As amigas, **Lilian, Djeyne, Lenises, Marília, Amanda**, pela parceria, pela escuta, pelos encontros, pelos desencontros, por ajudar a torna os caminhos menos tortuosos.

Aos amigos **Angélica Riccio, Airtton, Jair Magalhães, Marlene Silva, Patrícia Alcântara**, pela escuta, pelo incentivo. Em especial, Marlene Silva, pelas orientações na reta final.

Aos colegas, **Washington Silva e Thalles Lobê**, no decorrer da análise dos dados, disponíveis a dúvidas e avanços.

Aos amigos **Lana e Carlos Eduardo**, pela grande contribuição da reta final, com paciência, dedicação, na formatação da tese. E a **Ionara** pela disponibilidade.

Aos **colegas do Doutorado**, pela convivência, pela partilha de experiências, pelos encontros e desencontros, pelo conhecimento construído.

A bibliotecária **Eliana Trindade**, pela apoio na busca de referências.

A **todos os docentes e colegas que compuseram minha vida acadêmica e alicerce pessoal**. Em especial, aqueles das Instituições: Escola Menino Jesus/São Félix-Ba, Colégio Santíssimo Sacramento/Cachoeira-Ba, Instituto Adventista do Nordeste-IANE/Cachoeira-Ba, Instituto de Saúde Coletiva-UFBA/Especialização em Saúde do Trabalhador, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS/Mestrado em Saúde Coletiva-UEFS, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa/Especialização Vigilância em Saúde.

A **todos que se posicionaram como anjos-da-guarda e aqueles que sempre estiveram na torcida**.

A aqueles que **se posicionaram na contramão**, pois a coragem e a perseverança duplicaram.

Muito obrigada!!!!

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre a utilização tardia dos serviços de saúde pela população cigana, com fatores socioeconômicos, ocupacionais, características relacionadas a necessidades e acesso à saúde; e descrever características dos estudos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, multicêntrico, considerando população de 1.285 indivíduos, da qual se extraiu amostra estratificada de 427 ciganos com idade ≥ 12 anos, residentes na Bahia, Brasil, em 2013. O desfecho foi a utilização tardia dos serviços de saúde, e as variáveis independentes: sociodemográficas, ocupacionais, estado de saúde auto-referido e doenças auto-referidas. Efetuadas análises descritiva univariada e bivariada, análise multivariada utilizando Regressão Logística Múltipla (RLM) e diagnóstico do modelo. **Resultados:** Alcançou-se taxa resposta de 92,62%. Constatou-se que a maioria dos ciganos são do sexo feminino, faixa etária entre 12-34 anos, situação conjugal “com companheiro”, têm reduzido tempo de escolaridade, possuem filhos, não são nômades, residem em área urbana, têm renda mensal bruta até 1 salário mínimo, não trabalham, desenvolvem atividade doméstica, último acesso ≤ 1 ano, acessam ambulatório/clínica/consultório e posto de saúde, com estado de saúde auto-referido “bom”. **Conclusão:** Existe associação para sexo masculino, idade >34 anos, possuir filhos, situação conjugal “com companheiro”, trabalho atual, atividade doméstica, estado atual de saúde “Regular/Ruim/Muito Ruim”, total de doenças auto-referidas ≥ 2 . Após ajuste, os achados foram estatisticamente significantes para situação conjugal “com companheiro” e aqueles com total de doenças auto-referidas ≥ 2 , com utilização tardia, quando comparados com aqueles que não referiram doença. Sugere-se a implementação de políticas de saúde específicas aos ciganos, para garantia do acesso aos serviços. Ressalta-se a importância do diagnóstico situacional em saúde como ferramenta para gestão, a fim de atender às necessidades das minorias étnicas.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Utilização. Acesso aos serviços de saúde. Grupos étnicos. Ciganos. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between the late utilization of health services by the gypsy population, with socioeconomic and occupational factors, characteristics related to needs and access to health; And to describe characteristics of the studies on access and use of health services by this population. **Methods:** A cross-sectional and multicenter study was carried out, considering a population of 1,285 individuals, from which a stratified sample of 427 gypsies aged ≥ 12 years old residing in Bahia, Brazil, in 2013, was extracted. The outcome was the late use of health services, and the independent variables: sociodemographic, occupational, self-reported health status and self-reported diseases. It was performed univariate and bivariate descriptive analysis, multivariate analysis using Multiple Logistic Regression (MLR) and model diagnosis. **Results:** A response rate of 92.62% was achieved. It was verified that the majority of the gypsies are female, age group between 12-34 years, marital status "with partner", have reduced time of schooling, have children, are not nomads, live in urban area, have gross monthly income up to 1 minimum wage, do not work, develop domestic activity, last access ≤ 1 year, access medical outpatient/clinic/medical office and health center, with self-reported health status as "good". **Conclusion:** There is an association for males aged > 34 years old, having children, marital status "with partner", current work, domestic activity, current state of health "Regular / Bad / Very Bad", total self-reported diseases ≥ 2 . After adjustment, the findings were statistically significant for marital status "with partner" and those with a total of self-reported diseases ≥ 2 , with late use, when compared with those who did not report disease. It is suggested the implementation of Gypsy-specific health policies, to guarantee access to services. It is emphasized the importance of situational diagnosis in health as a tool for management in order to meet the needs of ethnic minorities.

Keywords: Health services. Utilization. Health services accessibility. Ethnic groups. Roma. Epidemiology.

LISTA DE FIGURA, QUADRO E TABELAS

Figura 1	Diagrama do processo de seleção dos artigos, 2014.....	32
Tabela 1	Caracterização dos estudos acerca da saúde da população cigana segundo período, idioma, país, tema, abordagem, 2014.....	33
Quadro 1	Resumo dos estudos revisados sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana, 2014.....	34
Tabela 2	Caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, necessidade e acesso à saúde/utilização dos serviços. Bahia, Brasil, 2013.....	45
Tabela 3	Padrão de ocorrência entre último acesso/utilização a serviços de saúde e características sociodemográficas, ocupacionais, atividade diária e estado atual de saúde. Bahia, Brasil, 2013	47
Tabela 4	Prevalência, Razão de Prevalência para acesso/utilização (> 1 ano) a serviços de saúde. Bahia, Brasil, 2013.....	48
Tabela 5	Razão de Prevalência ajustada para acesso/utilização (> 1 ano) a serviços de saúde. Bahia, Brasil, 2013.....	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

APS	Atenção Primária  Saúde
CAAC	Certificado de Apresentação para Apreciação tica
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subjects Headings
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PCHU	Unidade de Cuidados Primários de Saúde
REAP	Rede Europeia Anti-pobreza
RLM	Regressão Logística Múltipla
RMS	Região Metropolitana de Salvador
RP	Razão de Prevalência
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statiscal Package for the Social Sciences
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Universidade de Alicante
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	19
2.1 Objetivos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Acesso e utilização de serviços de saúde.....	20
3.2 Barreiras ao acesso.....	22
3.3 Fatores determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde.....	23
3.4 Achados gerais sobre os principais determinantes.....	24
3.5 Características étnicas do povo cigano.....	25
3.6 Vulnerabilidade individual, social e, programática.....	26
3.7 Políticas de saúde que contemplam o acesso.....	27
3.8 Rumo a equidade em saúde.....	28
3.9 Territorialização da saúde.....	28
3.10 Considerações.....	30
4 REVISÃO SISTEMÁTICA.....	31
4.1 Metodologia e Estratégias de busca.....	31
4.2 Resumo dos estudos revisados.....	32
4.3 Considerações.....	37
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	40
5.1 Desenho de estudo.....	40
5.2 População de estudo.....	40
5.3 Local de estudo.....	40

5.4 Processo e seleção dos indivíduos.....	40
5.5 Plano amostral.....	41
5.6 Instrumento de coleta de dados e definição das variáveis de estudo.....	41
5.7 Coleta de dados e trabalho de campo.....	41
5.8 Análise de dados.....	42
5.9 Aspectos éticos da pesquisa.....	43
6 RESULTADOS.....	44
6.1 Caracterização da população de estudo.....	44
6.2 Padrão de ocorrência da utilização do serviço de saúde.....	46
6.3 Avaliação da associação entre utilização dos serviços de saúde, fatores sociodemográficos, ocupacionais, necessidade de saúde.....	47
6.3.1 Análise estratificada.....	47
6.3.2 Análise multivariada.....	49
7 DISCUSSÃO.....	50
8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO.....	54
9 CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES.....	63
ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

O povo cigano é composto por grupos de indivíduos que constituem comunidades tradicionais. Possui características singulares, que o diferenciam da maioria da população brasileira. É carregado de valores, hábitos e tradições próprios. As singularidades culturais os definem como *etnia*¹. Também são considerados *grupos étnicos* por apresentarem semelhanças lingüísticas e culturais².

São oriundos da Índia, de onde migraram, inicialmente, rumo ao Oriente Médio, e distribuem-se em sete Clãs. Existem relatos de que, em 1718, chegaram à Bahia ciganos oriundos de Portugal³. No estado da Bahia, são pertencentes ao clã *Calon*, e possuem direitos e deveres específicos, que foram fortalecidos com a 1ª Audiência Cigana em Brasília e a 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial^{4,5}. Observa-se uma dificuldade em tentar definir, conceituar o cigano, visto que é um povo singular. Inicialmente, dedicavam-se ao comércio, comprando e vendendo cavalos, mulas e escravos e, posteriormente, tecidos, roupas, jóias e quinquilharias³. Através do comércio, os ciganos adquiriram a confiança dos “não ciganos”. A pechincha e a barganha eram elementos que estreitavam a relação entre os ciganos e os clientes. Esta relação comercial tem sido fundamental para a representação de respeito e valorização do povo cigano na sociedade.

Os ciganos constituem a principal “minoría” étnica na Europa. Concentram-se nas regiões Central, Leste e Sudoeste; e possuem acesso precário aos cuidados de saúde, desemprego e reduzido nível de escolaridade⁶. No Brasil, ainda não possuímos um diagnóstico situacional das condições de saúde da população cigana, apesar dos avanços na legislação e políticas públicas vigentes. A América é uma das regiões mais complexas do mundo, devido à imigração e ao colonialismo⁷. Tal diversidade e complexidade convergem para desigualdade. A falta de equidade reflete o acesso desigual aos serviços de saúde, à educação e à representação política⁸. As políticas de equidade devem reduzir as diferenças que resultam de fatores evitáveis e injustos.

Historicamente, algumas lacunas perpassam o contexto de condições de vida e saúde dos ciganos, como acesso a serviços de saúde, proteção social, discriminação étnica e de gênero, inserção no mercado de trabalho, estabelecimento de laços sociais e outros⁹. Ao estudar e discutir as questões sobre ciganos, deve-se pensar numa perspectiva que extrapole os estereótipos historicamente construídos. Ser cigano inclui um passado, mas sobretudo, um presente de contradições, impossibilidades e exceções. Uma reflexão crítica traduz a *desconstrução* e *re-construção* do determinismo social sobre os povos e comunidades tradicionais. Algumas questões gerais, como acesso a serviços de saúde, sistemas de proteção social, pobreza, dupla discriminação (étnica e de gênero) e determinantes sociais demarcam as condições de vida dos ciganos¹⁰. Fatores sociais, políticos, econômicos e culturais determinam o processo saúde-doença a partir do tipo de população, da forma de enfrentamento dos agravos, e das noções de saúde¹¹. Ao considerar a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conceito amplo, que engloba aspectos físicos, psíquicos, culturais, sociais, e não apenas a ausência de doença, se amplia o olhar sobre a diversidade.

Neste contexto, os serviços de saúde devem garantir a equidade de acesso para que todos os povos e comunidades, independente de etnia, cultura e estrato socioeconômico, possam igualmente utilizá-los, minimizando as iniquidades e vulnerabilidades^{12,13}.

O povo cigano constitui minoria étnica vulnerável às limitações e aos desafios referentes ao acesso/utilização dos serviços de saúde. Existe escassez de estudos no Brasil, que abordem a categoria acesso aos serviços de saúde pelas minorias étnicas, e ciganos. Portanto, este estudo possui relevância científica, na tentativa de preencher uma lacuna no conhecimento. Apenas a partir de 1994 passaram a ser mencionados nas políticas públicas pelo governo brasileiro, e em 2006 foi instituído o “Dia Nacional do Cigano”- 24 de maio⁵. O contexto de escassez e incompletude compõe sua realidade. Nessa perspectiva, a presente tese toma como população de estudo o povo cigano, grupo minoritário, frente à grande parcela da população brasileira. Apresenta, no segundo capítulo, os objetivos do estudo, os quais serão respondidos e discutidos respectivamente, na sessão resultados/discussão, e na sessão revisão sistemática. No terceiro capítulo, a contextualização do objeto de estudo, o referencial teórico enfoca aspectos relevantes para o entendimento da temática em questão: fatores associados à

utilização dos serviços de saúde pelos ciganos brasileiros. No quarto capítulo, apresenta o estado da arte sobre o tema.

No quinto capítulo, explica a trajetória metodológica percorrida, as etapas de desenvolvimento do estudo são detalhadas, desde a escolha do desenho de estudo até o plano de análise dos dados e aspectos éticos. No sexto capítulo, apresenta os resultados, os principais achados obtidos nas análises descritiva, estratificada e multivariada. Foram ordenados em caracterização da população de estudo, padrão de ocorrência do evento estudado, avaliação da associação entre potenciais fatores e o desfecho estudado.

No sétimo capítulo, são discutidos os resultados do estudo, na tentativa de compreender os principais achados. No oitavo capítulo, são pontuadas limitações e perspectivas, tecidas recomendações relevantes acerca do grupo estudado, e apontadas questões de interesse para investigações futuras. Finalmente, no nono capítulo, são reveladas as conclusões que o estudo permite alcançar, a partir dos objetivos.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivos

- Avaliar a associação entre a utilização tardia dos serviços de saúde pela população cigana, com fatores socioeconômicos, ocupacionais, características relacionadas a necessidades e acesso à saúde;
- Descrever características dos estudos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Acesso e utilização de serviços de saúde

A Constituição Federal Brasileira assegura, em seu artigo 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, cujo acesso deve ser “universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Entretanto, na prática, o acesso à saúde tem se dado de forma desigual e excludente, sobretudo para serviços de maior densidade tecnológica.

Segundo Travassos e Martins (2004)¹⁴ o conceito de acesso é complexo e amplo, sendo empregado de forma imprecisa em muitos estudos. Essa complexidade é caracterizada pela discussão sobre o uso dos serviços, bem como a percepção das necessidades de saúde e da conversão dessas necessidades em demanda, e desta em uso². Donabedian (2003)¹⁵ define acesso como "o grau de facilidades ou dificuldades com que as pessoas obtêm serviços de saúde".

Destacando as “necessidades de saúde”, Campos e Bataiero (2007)¹⁶ afirmam que estas têm sido interpretadas na prática como sinônimo de “necessidades de cuidados de agravos ou de eventos específicos”, correspondendo, portanto, ao consumo de procedimentos pelos usuários, de modo que tais serviços tanto podem responder às necessidades como instaurá-las.

De acordo com Paim (1980)¹⁷, a expressão “necessidades de saúde” se relaciona com a noção de “direito à saúde”, a necessidade do indivíduo de ter saúde, no entanto, “o plano das intenções e o plano da realidade não parecem ser congruentes”. Nesse sentido, o autor também destaca as condições necessárias para ter saúde, em estreita relação com a idéia da disponibilidade dos serviços de saúde. Paim e Almeida-Filho (2014)¹⁸ distinguem aspectos para analisá-las: um aspecto conceitual, e outro referente a produção e a análise de informações sobre as condições de saúde (inquéritos, mortalidade, morbidade, sistemas de informação e outros indicadores de saúde). Entende-se que toda análise de situação de saúde considera três dimensões da realidade: problemas, necessidades e determinantes de saúde.

Neste contexto, descrevemos problemas e necessidades, rumo a identificação de potenciais determinantes.

Então, compreende-se necessidades de saúde, pelas condições que possibilitam fruir saúde, a exemplo de doenças, carências, riscos, vulnerabilidades ou "ideais de saúde" a serem supridos por alguns segmentos, como habitação, educação, lazer, saneamentos, outros¹⁸.

Vários autores têm contribuído para a discussão, inclusive conceitual, sobre o acesso. Aday e Andersen (1974)¹⁹ relacionaram o conceito de acesso aos serviços de saúde às características da população e à disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde, e, por outro lado, também enfatizaram mais a interferência política do que a logística operacional. Penschansky e Thomas (1981)²⁰ definiram o acesso como “grau de interação entre os clientes e o sistema de saúde”, incluindo aí a satisfação. Já Donabedian (1974)²¹ utiliza o termo acessibilidade ao invés de acesso, destacando que os atributos sócio-organizacionais - condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo - terminam por influenciar significativamente o acesso à saúde, e argumentando ser este termo mais abrangente por estar relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

Resgatando o termo acessibilidade, utilizado por Donabedian (1974; 1990)^{21,22}, Travassos e Martins (2004)¹⁴ afirmam ser este o fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais vulneráveis, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. Assim, nessa discussão sobre acessibilidade e acesso, outros termos ganham destaque, como a justiça social e a equidade.

A desigualdade no acesso à saúde está diretamente relacionada com as diferenças de vulnerabilidade e exposição de modo que retroalimentam a desigualdade social e de saúde continuamente²³. Travassos e Castro (2008)¹² também reforçam essa consideração, pontuando que as oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo caracterizam situações de injustiça social. Vários estudos indicam que a posição do indivíduo na estrutura social é importante preditor de necessidades em saúde, e o padrão de risco observado tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados.

O povo cigano possui valores, hábitos e tradições próprios, com características que o diferenciam da maioria da população brasileira. Historicamente, a população cigana é excluída, sem assistência de políticas públicas específicas. No caso específico dos ciganos, o nomadismo, a desconfiança, os papéis de gênero, a invisibilidade da etnia, a discriminação étnico-racial, a baixa escolaridade, e a agrafia dificultam o acesso ao SUS e o exercício de direitos sanitários básicos²⁴. No Brasil, existe uma grande lacuna de estudos voltados para a saúde do povo cigano.

Neste contexto, o estudo adotou a dimensão acesso, a partir do Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde²⁵. acesso potencial (acesso-âmbito restrito), acesso realizado (utilização de serviço de saúde), acesso efetivo (resolução do problema), acesso eficiente (custo-benefício). Ambos, adequados às necessidades de saúde. Acredita-se que acesso realizado, é a dimensão mais adequada e viável para o estudo em questão, apesar de tal modelo ter sido estruturado à luz do sistema de saúde residual americano.

3.2 Barreiras ao acesso

O termo acesso em saúde diz respeito ao caráter de ingresso, permanência dos usuários; e o quão preparado, organizado, estruturado é esse serviço de saúde, respectivamente. O entendimento de acesso é polissêmico e permeia campos políticos, econômicos, técnico e simbólico²⁶. Aborda relações entre instâncias governamentais para promoção da política, participação popular nas mesmas, oferta, demanda, organização dos serviços, aceitação dos mesmos pela população, e capacidade dos serviços em aceitar as diversas demandas com relação à cultura, crenças e a subjetividade do estado de saúde^{14,26,27}.

De um modo geral, a existência de barreiras põe em risco a citada relação entre os usuários e os serviços²⁶. Constituem-se como barreiras para o pleno acesso aos serviços pela população: 1) barreira socioeconômica, pois quanto menor o nível socioeconômico mais limitado é o acesso aos serviços; 2) barreira geográfica, que inclui regiões distantes, ladeiras e custos com transportes, pois quanto mais longe maior gasto com meio de locomoção e tempo;

3) barreira organizacional, como horários, marcação de consultas e falta de serviços especializados; 4) barreiras de informação sobre os serviços, as políticas de saúde, a saúde como um estado, e os agravos. Por outro lado, o SUS tenta equacionar as desigualdades em saúde, ao tornar o serviço mais acessível e pluralístico, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ^{14,26,27}.

Com relação à barreira organizacional, enfatiza-se que o modo de organização e disposição tecnológica das ações e serviços de saúde à população se diferencia desde a Atenção Primária à Saúde (APS), fortemente representada pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde 1998, passando pela atenção secundária ou ambulatorial especializada, representada pela oferta de ações e procedimentos de média densidade tecnológica até a atenção terciária ou hospitalar. Vale destacar que, no nível operacional e organizacional, a atenção especializada e os procedimentos de média complexidade representam um “gargalo” no SUS, o que segundo Solla e Paim (2014)²⁸ pode ser justificado, dentre outras razões, pela inadequação da oferta ao perfil epidemiológico.

Ao considerar a realidade da população brasileira marcada pela diversidade étnica, social e cultural, o conhecimento do perfil epidemiológico se faz fundamental a fim de conhecer as necessidades da população e propor políticas e ações que atendam a tais necessidades. Quanto maior a sujeição a tais barreiras, menor o acesso aos serviços de saúde. Segundo Oliveira (2009)²⁹, as populações sujeitas às barreiras tenderão a compor populações vulneráveis.

3.3 Fatores determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde

Existem fatores que influenciam o acesso e a utilização dos serviços, esses não somente avaliam a qualidade do serviço, mas também características da população que podem ter relação com o maior ou menor acesso: fatores predisponentes, os quais estão presentes antes do problema de saúde, como os demográficos (e.g. gênero, idade, cultura, crenças) que irão indicar se o indivíduo estará mais ou menos propenso a buscar os serviços; fatores capacitantes, referem-se à utilização dos serviços, a instalações, à capacitação dos

profissionais de saúde, a equipamentos e aos meios que os usuários têm para utilizar (e.g. renda, tempo); fator necessidade, que está ligado à relativa percepção do estado de saúde pelo indivíduo ou diagnóstico²⁶. De forma integrada, os fatores irão traduzir a relação entre o usuário e o serviço que é prestado, indicando assim os fatores que interferem positivamente ou negativamente na relação entre as partes. Portanto, adotamos os seguintes fatores explicativos para a dimensão acesso realizado: fatores contextuais, predisponentes, capacitantes e necessidade²⁵.

Por outro lado, alguns fatores são considerados determinantes do acesso e da utilização de serviços de saúde no Brasil. Destacam-se as características étnicas, o racismo enquanto forma de violência, a equidade, a vulnerabilidade e a territorialização da saúde.

3.4 Achados gerais sobre principais determinantes

Alguns estudos apontam os principais determinantes em saúde. Em Portugal, existe uma lacuna com relação a dados demográficos que expressem a realidade dos ciganos, ao acentuar dificuldades em estabelecer laços sociais com a comunidade “majoritária”. Ainda existe uma alta taxa de abandono e insucesso escolar, necessidade de reforço na formação profissional, condições desfavoráveis de habitação, crescente número de ciganos nas igrejas evangélicas, políticas públicas de justiça inadequadas às especificidades locais para algumas comunidades ciganas⁹. Na Eslováquia, os indicadores socioeconômicos (reduzido nível educacional, gênero masculino, desemprego) e étnicos determinam a mortalidade entre ciganos³⁰. Quando comparados grupo cigano e não cigano, observou-se que os fatores sociodemográficos e relacionados às condições de vida determinavam o estado de saúde dos ciganos³¹. Na Espanha, após visita ao Centro Colaborador de Saúde da População Cigana para OMS, do Instituto Interuniversitário de Desenvolvimento Social e Paz, na Universidade de Alicante-UA, observou-se que o panorama na Espanha é similar a outros países da Europa, onde as condições e hábitos de vida também determinam o processo saúde-doença³².

A maioria dos estudos acerca da equidade em saúde contempla apenas o quesito raça/cor, contudo, no Brasil, evidenciamos um nó crítico quanto à presença da

variável/atributo etnia, nos sistemas de informação em saúde, considerando-se etnia um constructo complexo que inclui biologia, história, prática e orientação cultural, linguagem, religião e estilo de vida³³. A escassez pode ser em decorrência da “invisibilidade” do povo cigano, da ausência de enfoque étnico na definição das variáveis de estudo, na formulação de políticas sobre informação em saúde, e dificuldade em identificar determinados grupos populacionais específicos. Essa lacuna dificulta o desvelamento da situação de saúde de grupos populacionais específicos, em especial o povo cigano, cujo quesito etnia pode contribuir para determinar agravos à saúde, assim como restrição ao acesso a serviços de saúde.

3.5 Características étnicas do povo cigano

O *povo cigano* é carregado de valores e tradições singulares. Possuem características culturais próprias, as quais os classificam como *etnia*¹. São considerados um *grupo étnico* na medida que, constituem comunidade definida por semelhanças lingüísticas (o dialeto *romani*), culturais (nomadismo, povo livre, respeito pelos mais velhos, grande devoção, valor a família, solidários, fidelidade aos acordos estabelecidos, baixo tempo de escolaridade, homem cigano provedor da família e na grande maioria sobrevivem do comércio, a mulher cigana é responsável pelas atividades domésticas, casamento com idade menor que a população em geral, hierarquia de gênero, residem em barracos, modo de vestir peculiar, utilizam dentes de ouro, e genéticas (alguns casamentos consanguíneos, casam-se prioritariamente com indivíduos ciganos)^{2,34,35}.

Possuem uma trajetória de discriminação, submissão e colonização com múltiplas situações de pobreza e exclusão social, caracterizado por perseguições sofridas, os expurgos, a fonte da cisma que nutrem para com os de fora, o estereótipo do cigano como ladrões e vagabundos, violência, empréstimo de dinheiro a juros³⁵ e conseqüente desconhecimento dos direitos assegurados por lei, em especial o acesso a saúde de forma universal, integral, igualitária e equânime^{24,36}.

Os ciganos são distinguidos em três grupos. Os Rom, que falam romani, e são subdivididos em subgrupos (Kalderash, Matchuaia, Lavara, Curara e outros), oriundos dos países balcânicos. Os Sinti (Manouch), falam o idioma sintó, a maioria vive na Alemanha, Itália e França. Os Calon (Kalé), falam caló, são oriundos da Pensínsula Ibérica (Espanha, Portugal). Quando deportados, migraram para América do Sul³⁷.

3.6 Vulnerabilidade individual, social e programática

O termo vulnerabilidade foi oriundo das discussões sobre direitos humanos³⁸. As primeiras discussões sobre o conceito de vulnerabilidade e saúde foram relacionadas à Aids. A vulnerabilidade resulta de aspectos individuais e contextos coletivos que determinam maior susceptibilidade a agravos ou ao óbito, e acesso a recursos para enfrentamento³⁹. Sistematizaram-se três dimensões de vulnerabilidade: individual, social e programática⁴⁰. Esta discussão pode ser aplicada ao grupo vulnerável povo cigano.

A dimensão individual reflete o desconhecimento, o baixo nível de escolaridade, crenças e valores, comportamentos, a oferta de serviços de saúde, determinam o grau de qualidade da informação e a capacidade de construir e incorporar práticas de saúde na vida diária.

A social considera os elementos que determinam a condição de bem-estar social: a liberdade frente às amarras estatais, aspectos sócio-econômicos, acesso aos serviços de saúde, os aspectos culturais do povo cigano, o baixo nível de escolaridade, a ausência de políticas públicas educacionais para a minoria étnica cigana, as relações de gênero com superioridade do homem cigano, estigma e discriminação étnico-racial, inserção no mercado de trabalho por meio do comércio, valorização social, suporte social, garantia de direitos, acesso a informação, inserção e participação política efetiva, exercício da cidadania, materiais insuficientes.

Já a dimensão institucional ou programática representa a responsabilidade e compromisso dos formuladores de políticas públicas e gestores, definição de políticas públicas específicas para o povo cigano, efetividade das ações implantadas, implementadas e monitoradas, a atuação intersetorial nas esferas do governo, a articulação entre as ações propostas e as reais necessidades dos ciganos, a participação dos ciganos no planejamento e avaliação das ações, acesso e qualidade dos serviços de saúde, a atuação multiprofissional, abordagem interdisciplinar, a integralidade na atenção a saúde, garantia dos direitos humanos, a busca da equidade e superação das desigualdades num movimento de reparação social.

Ao elencar os elementos que norteiam e determinam a condição de vulnerabilidade dos ciganos, contribuimos para uma melhor ação reflexiva frente às demandas de saúde dos grupos minoritários. Constitui, ainda, um exercício para a busca do pleno direito humano à saúde dos povos no mundo.

3.7 Políticas de saúde que contemplam o acesso

As políticas de saúde que contemplam o acesso a todos avançaram ao longo do tempo. Tal fato garantiu, inicialmente, direitos à saúde a grupos populacionais específicos. Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na capital do Kazaquistão, ex-União Soviética, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, a qual expressava a necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo – “Saúde para todos no ano 2000”⁴¹. A desigualdade constituiu preocupação comum de todos os países. Em outro momento, no Canadá/1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com a Carta de Ottawa – “Promoção da saúde nos países industrializados”, ampliou-se o prazo de Alma-Ata para os anos subsequentes. A Carta de Ottawa previa que promover saúde é instrumentalizar a comunidade para que possa lidar com os problemas de saúde⁴². Cujas Conferência foi marcada pela proposição “Saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes”. Em 2011, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, com a Declaração da Política dos Determinantes Sociais do Rio de Janeiro acerca dos Determinantes Sociais da Saúde, foram sugeridas recomendações acerca dos determinantes (grupos vulneráveis e população), e a tentativa de agir de forma coletiva sobre eles⁴³. As recomendações contemplam: melhorar as condições de vida; combater o problema da

distribuição desigual do poder, dinheiro e recursos; mensurar e compensar as desigualdades de saúde. Na Europa, ocorreu avanço recente em oito países, com a instituição da "Década da inclusão dos ciganos, 2005-2015", que estabeleceu agenda que garanta acesso, habitação, trabalho, educação⁴⁴.

3.8 Rumo à equidade em saúde

A equidade em saúde é um fator determinante para superação das desigualdades. Ao considerar grupos minoritários, devem-se buscar estratégias de oferta de serviços de saúde específicos para grupos com características específicas acentuadas pela desigualdade social, a fim de assegurar o direito à saúde às minorias étnicas.

Considera-se equidade em saúde uma diretriz para organização das ações e serviços de saúde para grupos populacionais específicos, a fim de superar as desigualdades²⁶. Constitui-se nó crítico, rumo à efetivação do acesso equitativo a partir de demandas distintas e singulares, muitas vezes, despercebidas pelos atores sociais.

Nesse sentido, a Constituição Federal brasileira de 1988 apresentou algumas alterações quanto à garantia de direitos das minorias étnicas, entretanto, estas só contemplaram os povos indígenas. Apenas posteriormente, em maio de 1993, com a Lei Complementar nº 75, foi assegurado ao Ministério Público Federal o dever de proteger povos indígenas e outras minorias étnicas, incluindo o povo cigano. Acredita-se que o nomadismo e as questões de classe e discriminação cultural se apresentam como barreiras para implementação de políticas públicas de caráter universal, igualitária e equânime.

3.9 Territorialização da saúde

O processo de territorialização, segundo Teixeira et al (1998)⁴⁵, caracteriza-se pelo reconhecimento do território e seu esquadramento, buscando identificar e relacionar as

condições e o ambiente em que vive uma população com o acesso às ações e serviços de saúde. Deve ter como propósito a eleição de prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados e para a definição de ações e políticas adequadas às necessidades daquela população.

A discussão sobre a territorialização remete à discussão sobre território, o qual não se limita a um espaço geográfico – físico e acabado – mas, um espaço “dinâmico”, onde as pessoas vivem, trabalham, estabelecem relações sociais, cultivam suas crenças e cultura, e conseqüentemente onde se revelam as relações de poder⁴⁶. Portanto, o território possui características próprias que apontam para as diferenças sociais e culturais.

No que se refere à questão do acesso e utilização dos serviços de saúde, a localização espacial do serviço de saúde e do usuário configura um obstáculo grande a ser ultrapassado, por conta da característica nômade dessa minoria étnica, que dificulta o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) existente no Brasil, no qual destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Portanto, existe um claro paradoxo entre a tradição nômade e o conceito de território na ESF, de forma que a oferta de serviços de saúde a um território adscrito com população definida e caracterizada constitui uma importante barreira a ser ultrapassada, a definição do território cigano, para maior efetivação das ações do SUS.

Atualmente, os ciganos vêm apresentando uma tendência à sedentarização. Desse modo, surgem grupos que se mantêm nômades, com suas necessidades e anseios particulares; e grupos, com moradia fixa, os quais enfrentam novos desafios típicos da ocupação de novos espaços, tanto físicos (desorganização urbana) quanto sociais. Ambos necessitam de atenção diferenciada quanto às ações de promoção da saúde, sobretudo, empoderamento. A exclusão social muitas vezes é retratada como parte ou elemento estruturante da própria cultura cigana⁴⁷. Constitui-se estratégia importante a adequação dos serviços as populações com fluxo migratório, e especialmente com características nômades. Tais estratégias perpassam pelo conhecimento do território (em especial Agentes Comunitários de Saúde), capacitação da Equipe de saúde quanto a informação e comunicação, os aspectos culturais, ampliação da oferta de serviços, estabelecimento de fluxo com a rede de saúde, ativação do controle social.

3.10 Considerações

A garantia do acesso e da utilização dos serviços de saúde é uma questão de equidade em saúde para grupos específicos com demandas específicas. Acredita-se que as dimensões política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica devem ser consideradas na formulação de estratégias para superação das desigualdades em saúde²⁶. A condição étnica do povo cigano perpassa por direito à saúde, barreiras sociais, econômicas e geográficas, pelos dispositivos em saúde, como acolhimento, vínculo e integralidade, e pelas características culturais, valores e crenças que os diferenciam do grupo majoritário.

Observa-se uma lacuna do conhecimento na discussão sobre saúde da população cigana. Evidencia-se a importância da ampliação da discussão do determinante étnico nas questões de promoção da saúde e direito social. Nesta perspectiva, sugere-se que a implantação e a implementação de políticas públicas para o povo cigano devem priorizar os fatores/barreiras mencionados anteriormente, os quais determinam o acesso e a utilização dos serviços de saúde, e conseqüente promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de ações estratégicas e atividades com potencial de resolutividade rumo à superação das desigualdades.

4 REVISÃO SISTEMÁTICA

Após revisão narrativa apresentada anteriormente, no referencial teórico, percebeu-se lacuna no conhecimento, demonstrando a necessidade de realização da revisão sistemática como um dos produtos finais que compõem a tese. Nesta perspectiva, apresenta-se a metodologia e estratégias de busca, resumo dos estudos revisados, e algumas considerações.

4.1 Metodologia e estratégias de busca

A maioria dos estudos sobre acesso não abordam a população cigana. Assim como, não existem estudos acerca de acesso à saúde por ciganos no Brasil. Os estudos existentes, em sua maioria, referem-se a países da Europa, e visaram doenças específicas. Portanto, pretende-se preencher uma lacuna do conhecimento, ao contribuir para esclarecer quais obstáculos se interpõem entre a etnia cigana e o sistema de saúde.

Foi realizada revisão sistemática, mediante busca de artigos a partir das bases de dados OvidSP/Medline, ProQuest, Web of Science e LILACS, período 2003 a 2013. Utilizaram-se os seguintes descritores e termos relacionados: DeCS/MeSH (gypsies and health status disparities or health status or health care disparities or socioeconomic factors or health service accessibility or health inequalities or health differences). Os índices foram: título, *abstract*, leitura completa. Optou-se por estudos quantitativos, qualitativos e de revisão. Os artigos selecionados atenderam aos seguintes critérios de inclusão: espécie (humana), disponibilidade de texto (textos completos disponíveis), idiomas (inglês, português, espanhol), data da publicação (últimos 10 anos), sendo identificados aspectos da publicação (título, tema, periódico, local, ano, idioma) e aspectos metodológicos predefinidos (população, campo, abordagem, principais achados).

4.2 Resumo dos estudos revisados

Inicialmente, foram selecionadas 115 citações (Figura 1): (51) Medline, (17) ProQuest, (47) Web of Science, (0) Lilacs. Após apreciação, excluiu-se 1 citação tipo tese e 24 artigos repetidos, identificaram-se 90 artigos válidos. Excluíram-se 72 artigos, por não cumprir critério de inclusão. Após leitura completa, excluíram-se 8 artigos, selecionaram-se 10 artigos relacionados a acesso e saúde da população cigana (Figura 1). Observou-se que todos os estudos revisados são no idioma inglês (n=10), tema acesso/utilização dos serviços de saúde (63,3%), e abordagem quantitativa (n=5) (Tabela 1), estando seus principais achados representados no Quadro 1.

Figura 1 Diagrama do processo de seleção dos artigos, 2014.

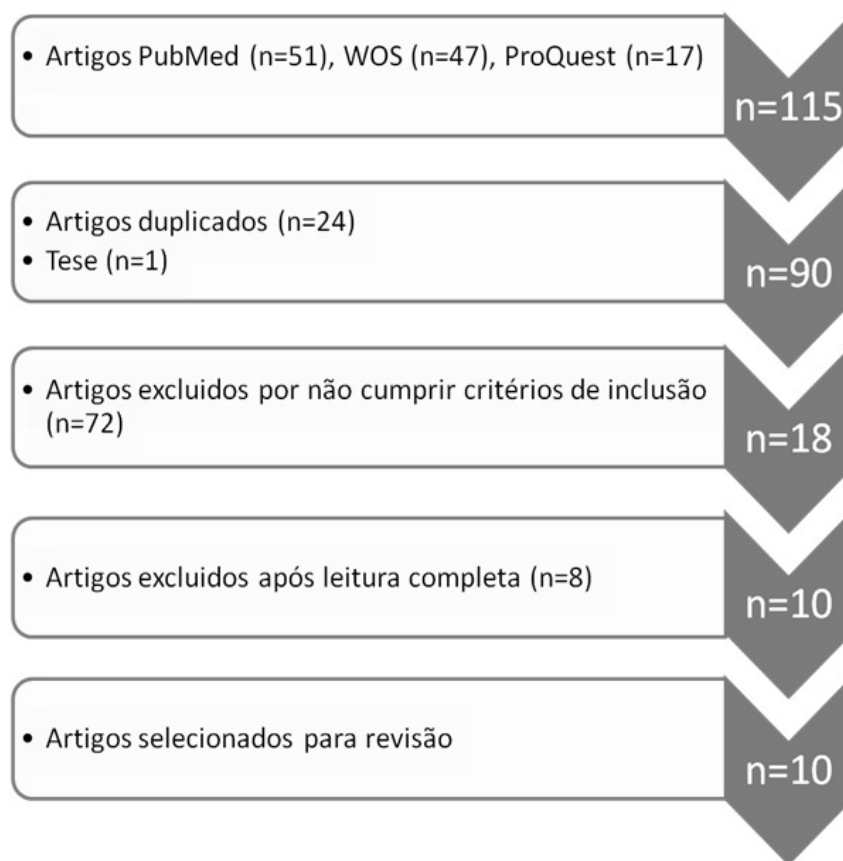


Tabela 1 - Caracterização dos estudos acerca da saúde da população cigana segundo período, idioma, país, tema, abordagem. 2014.

Variáveis (N=10)	n
Período (ano)	
2003-2005	1
2006-2008	1
2009-2011	4
2012-2013	4
Idioma	
Inglês	10
País	
Reino Unido	6
Austrália	1
Hungria	1
Turquia	1
EUA	1
Tema	
Acesso	7
Acesso perfil saúde	3
Abordagem	
Quantitativa	5
Qualitativa	3
Revisão	2

Quadro - 1. Resumo dos estudos revisados sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana. 2014

Autor-Ano	País	Tipo-Desenho de estudo	População (N)	Variáveis-categorias	Principais achados
Dar, Gobin, Hogarth, Lane e Ramsay (2013)	Inglaterra	quantitativo-descriptivo	comunidade cigana viajante na Europa	numero total de ciganos viajantes, locais das caravanas, captação estimada, prestação de serviços sociais	baixa imunização, surtos de sarampo
Cook, Wayne, Valentine, Lessios e Yeh (2013)	EUA	revisão de literatura	ciganos da Europa (N=75)	auto-percepção de saúde, doenças não transmissíveis/doença crônicas, HIV/AIDS, utilização dos serviços de saúde, outras doenças infecciosas, saúde da criança e do adolescente, saúde e imunização materna, comporta saúde, mortalidade infantil e de adultos.	estado de saúde precário, alto índice de lesão por acidentes, alto índice de utilização dos serviços de saúde, taxa de tabagismo elevada.
Földes e Covaci (2012)	Hungria	qualitativo descritivo	cigana na Europa	fatores socioeconômicos; utilização de serviços de saúde	isolamento geográfico dos cuidados; falta de informação; linguagem; comunicação; discriminação; dupla discriminação (étnica/gênero); violação de direitos; maior numero de emergências que serviços de prevenção.

Quadro - 1. Resumo dos estudos revisados sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana. 2014 (Continuação)

Autor-Ano	País	Tipo-Desenho de estudo	População (N)	Variáveis- categorias	Principais achados
Colombini, Rechel e Mayhew (2012)	Reino Unido	qualitativo-grupo focal	58 ciganos	barreiras financeiras, pagamentos informais, acesso físico e barreiras geográficas, questões socioculturais, informação.	falta de recursos financeiros, falta de acesso ao seguro de saúde, discriminação, sozinhos no momento do parto, mortalidade materna ou perinatal elevada, recusa para atender bairros ciganos.
Parekh e Rose (2011)	Reino Unido	revisão de literatura	estudos sobre comunidade cigana na Europa	desigualdade e determinantes sociais em saúde	aumento na taxa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, diminuição da expectativa de vida (Europa Central e Oriental), educação, dificuldade de acesso, discriminação.
Lee (2011)	Austrália	estudo quantitativo (comparação entre grupos)	aborígenes australianos colonizados e populações diaspóricas de imigrantes ciganos	acesso aos cuidados de saúde; problemas administrativos e de comunicação; riscos ambulatoriais; saúde da mulher; abuso de substâncias; saúde mental.	doenças oriundas do ambiente, nível nutrição reduzido, aumento de acidentes/lesão, alto índice de alcoolismo/drogas, altos índices de DST, habitação precária, nível educacional reduzido, renda baixa.

Quadro - 1. Resumo dos estudos revisados sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana. 2014 (Continuação)

Autor-Ano	País	Tipo- Desenho de estudo	População (N)	Variáveis- categorias	Principais achados
Peters, Parry, Cleemput, Moore, Cooper e Walters (2009)	Reino Unido	Quantitativo	260 ciganos viajantes + 265 outros viajantes	estado de saúde	tabagismo, nível educacional reduzido, uso elevado de medicamentos, estado de saúde precário, fumantes possuem pior estado de saúde, a etnia impacta na saúde precária.
Gill (2009)	Inglaterra	quantitativo (estudo de caso)	ciganos da Eslováquia	índice de pobreza; condições de habitação; acesso a serviço de saúde; gravidez	diminuição da expectativa de vida, gravidez na adolescência, aumento da mortalidade infantil.
Jesper, Griffiths e Smith (2008)	Reino Unido	Qualitativo	ciganos viajantes anglo-romenos	divulgação do diagnóstico de câncer, acesso aos cuidados de saúde outras experiências de cuidados de saúde.	papéis de gênero na família, homens trabalhadores autônomos, mobilidade forçada ou voluntária, singularidades culturais.
Ekuklu, Berberoglu, Esklocak e Saltik(2003)	Turquia	quantitativo (corte transversal)	127 ciganos turcos +302 famílias (127 ciganos, 889 membros) de Muradiye, em Edirne, Turquia.	desfecho (uso das Unidades de Cuidados Primários de Saúde-PHCU), potenciais preditores (caráter étnico, educação, pagamento pelos serviços, cobertura de segurança social, tipo de cobertura de segurança de saúde.	nível educacional reduzido, cobertura do serviço social (78,7%); aumento da utilização em menos de 6 meses; aumento da utilização de cuidados primários; aumento da razão de uso do PCHU; aumento de problemas de saúde.

4.3 Considerações

Em estudo realizado por Dar et al⁴⁸, com ciganos viajantes da Europa, observou-se baixa imunização e surtos de sarampo. Acredita-se que a característica nômade não permita o cumprimento dos calendários vacinais, e as estratégias de captação não estejam atingindo a todos, mesmo num sistema de saúde universal. Estudo sobre utilização de serviços de saúde apontou isolamento geográfico dos cuidados; falta de informação; linguagem; comunicação; discriminação; violação de direitos; dupla discriminação (étnica/gênero), maior número de emergências que serviços de prevenção¹⁰. Outro estudo, realizado com 58 ciganos, também revelou fatores relacionados ao acesso, como falta de recursos financeiros, discriminação, permanecerem sozinhas no momento do parto, alta mortalidade materna ou perinatal, recusa para atender bairros ciganos⁵⁰. Os achados revelados convergem para uma das principais barreiras ao acesso, a discriminação^{56,57}. Pior ainda, a dupla discriminação, na qual a mulher apresenta dificuldade para utilizar os serviços, sinergicamente, pela etnia e pelo gênero.

A revisão de literatura realizada por Parekh & Rose (2011)⁶ aponta que ciganos, na Europa, apresentam aumento na taxa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, diminuição da expectativa de vida (Europa Central e Oriental), déficit de educação, dificuldade de acesso e discriminação. Lee (2011)⁵¹ também aponta essas questões, em estudo comparativo entre aborígenes australianos colonizados e populações diaspóricas de imigrantes ciganos. Observaram-se doenças oriundas do ambiente, baixa nutrição, aumento de acidentes/lesão, alto índice de alcoolismo/drogas, altos índices de DST, habitação precária, nível educacional reduzido e renda baixa. Ambos revelam fatores determinantes do acesso. As evidências refletem o impacto das condições de vida dos ciganos no processo saúde-doença, como habitações precárias, renda baixa e pobreza⁴⁴.

Peters et al (2009)⁵², em estudo com 260 ciganos viajantes e 265 outros viajantes, também apontam evidências de fatores determinantes do acesso, como baixo nível educacional, elevado uso de medicamentos, estado de saúde baixo, hábito de fumar e etnia. Os mesmos impactam a saúde precária e estado de saúde pobre. Em estudo realizado com ciganos da Eslováquia, observou-se diminuição da expectativa de vida, gravidez na adolescência e aumento da mortalidade infantil⁵³. Ekuklu et al (2003)⁵⁵ também revelam

achados acerca de cuidados em saúde, em estudo na Turquia com 127 ciganos turcos e 302 famílias (889 membros), que apresentaram baixos nível educacional e cobertura do serviço social (78,7%); aumento da utilização em menos de 6 meses; aumento da utilização de cuidados primários; aumento da razão de uso do PCHU; aumento de problemas de saúde. Os achados mostram que fatores socioeconômicos, demais barreiras ao acesso, estado de saúde, características culturais e condições de vida definem o panorama da saúde dos ciganos, sendo fundamentais para tomada de decisão a partir dos mecanismos que definem a utilização dos serviços de saúde¹⁰.

Estudo com ciganos anglo-romenos aponta os papéis de gênero na família, homens trabalhadores autônomos, mobilidade forçada ou voluntária, com impacto na sociedade e particularidade cultural⁵⁴. A fixação territorial na Europa é menos frequente em função da mobilidade, característica que advém do processo histórico dos ciganos quando eram expulsos das cidades. Com relação aos papéis de gênero, consolida-se como característica cultural proveniente desse grupo étnico.

Em revisão de literatura, por Cook et al (2013)⁴⁹, evidenciou-se que ciganos europeus apresentavam baixo estado de saúde, alto índice de lesão por acidentes, alto índice de utilização dos serviços de saúde, elevada taxa de tabagismo. Tal realidade pode ser explicada pelo Fenômeno do *iceberg of the diseases*⁵⁸, descrito em décadas, porém adequado à atualidade. Constata-se que os indivíduos utilizam mais os serviços de saúde quando são acometidos por maior número doenças e agravos, ou piora do estado de saúde.

Na revisão sistemática realizada, muitos estudos pareciam cumprir critério de inclusão pela leitura do título e *abstract*, mas após leitura completa não preenchiam os requisitos. Todos são no idioma inglês, e a maioria do Reino Unido, provavelmente porque os centros acadêmicos de produção científica próximos a países com elevada população de ciganos estão localizados na Europa.

A maioria dos manuscritos foi publicada no período 2012-2013, sugerindo que a implementação de políticas públicas na Europa, para promoção de saúde dos ciganos, a exemplo da "Década da inclusão dos Ciganos" - (2005-2015), estimulou a produção científica sobre a etnia.

Predominaram estudos quantitativos. Contudo, a maioria apresentou métodos variados, sem rigor metodológico e detalhamento, com amostras não representativas. Também apresentaram características diferentes, população de diferentes locais, variáveis não padronizadas, pois cada autor utilizou diferentes variáveis, não superponíveis. Entende-se também que estudos epidemiológicos consideram os pilares da Saúde Coletiva: as ciências sociais, as ciências biológicas e a bioestatística. Nesta perspectiva, de contextos amplos, assume-se a realidade de cada região e população-alvo, que podem desvelar variáveis-categorias não padronizáveis e diversas.

Foram apontadas dificuldades na seleção dos indivíduos em função do nomadismo (ciganos viajantes), características culturais e sobreposição de gênero, ao dificultar a participação das mulheres.

Os achados principais apresentaram perspectivas diferentes, contudo, expressam a multidimensionalidade da categoria acesso. Sugere-se que o modelo de sistema de saúde universal ou de seguridade social⁵⁹, peculiar à maioria dos países europeus, permite que a rede de acesso aos serviços de saúde seja desenhada de forma a garantir direito a quem contribui, a quem necessita, e a todos.

Acredita-se também, que a variabilidade dos desfechos estudados e as formas diversas de representar a garantia do acesso a rede de serviços, seja direta ou indiretamente, através de número de doenças autorreferidas, doenças transmissíveis e não transmissíveis, características sociodemográficas, mobilidade forçada ou voluntária, hábitos de vida, estado de saúde autorreferido, aumento ou redução de problemas de saúde, expectativa de vida, imunização, uso de medicamentos, discriminação, utilização de cuidados primários, contribuíram para a obtenção de resultados não superponíveis. Portanto, não foi possível caracterizar os estudos revisados, com parâmetros similares.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho de estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, oriundo do projeto-mãe multicêntrico “Condições de saúde da população cigana, na Bahia, Brasil”. Tendo em vista a ausência de registros sobre o quantitativo de ciganos nestas comunidades, optou-se pela contagem *in loco*. Esta etapa foi realizada com o apoio das lideranças ciganas na Bahia, e precedeu o processo de amostragem e coleta de dados.

5.2 População de estudo

A população foi composta por 1.285 ciganos, identificados a partir de busca ativa e contagem nas comunidades ciganas estudadas.

5.3 Local de estudo

Catorze municípios da Bahia, nas regiões: Metropolitana de Salvador-RMS, Chapada Diamantina, Sudoeste, Semi-Árido e Recôncavo.

5.4 Processo e seleção dos indivíduos

Adotou-se como critério de inclusão: indivíduos com idade ≥ 12 anos, considerando-se o início da vida adulta na etnia e cultura cigana, onde as mulheres iniciam o matrimônio com idade inferior à maioria da população. E como critério de exclusão, os indivíduos que não responderem ao questionário após três tentativas de contato.

5.5 Plano amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se: prevalência estimada dos eventos estudados de 50%, para maximizar a amostra, por falta de um valor de referência da literatura; erro aceitável de 5%; com 95% de intervalo de confiança (IC), resultando amostra de 384 indivíduos, com acréscimo de 20%, para prevenir possíveis recusas e perdas, resultando em 461 ciganos, todos pertencentes ao clã Calon e distribuídos por catorze municípios da Bahia, nas regiões: Metropolitana de Salvador-RMS (Camaçari, Dias d'Ávila, Lauro de Freitas, Simões Filhos, Candeias), Chapada Diamantina (Utinga), Sudoeste (Itagibá, Barra do Rocha, Ubatã), Semi-Árido (Feira de Santana) e Recôncavo (Santo Amaro, Muritiba, São Sebastião do Passé, Cruz das Almas).

5.6 Instrumento de coleta de dados e definição das variáveis de estudo

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) composto por variáveis: sociodemográficas, ocupacional, acesso e utilização de serviços de saúde, condições de saúde. As variáveis independentes foram sexo, idade, tempo de estudo (anos), situação conjugal, filhos, raça/cor auto-referida, renda bruta mensal, nomadismo, área de residência, situação trabalhista, renda mensal bruta, estado de saúde auto-referido e número de morbidades (somatório das morbidades auto-referidas). A variável dependente foi utilização tardia dos serviços de saúde (≤ 1 ano = Não/ > 1 ano = Sim), Ponto de Corte = 1 ano, segundo Andersen (1995)²⁵. O bloco referente ao acesso e utilização dos serviços foi adaptado do Inquérito Nacional de Saúde, realizado em Portugal³⁶.

5.7 Coleta de dados e trabalho de campo

Cada município teve uma equipe de pesquisa local, onde os pesquisadores das Instituições de ensino, mediadores ciganos foram responsáveis pela condução das atividades naquele local. Entretanto, foi constituída uma equipe coordenadora do trabalho geral. A

coordenação geral do Projeto incluiu um pesquisador de cada Instituição parceira integrante do Projeto.

Tendo como objetivo padronizar os procedimentos metodológicos adotados, foi realizado (Exercícios “playing”- Treinamento), para identificar dificuldades na aplicação do instrumento.

O trabalho de campo foi constituído pelas seguintes etapas: contato, e aplicação do questionário conduzido por uma entrevista, recolhimento; supervisão; controle de qualidade dos dados coletados; fluxo de acompanhamento da coleta Quanto aos procedimentos e condutas para a Equipe de trabalho de campo, destacam-se a construção de estratégias para acesso na comunidade cigana, sensibilização para participação no estudo (divulgação do estudo e interlocução com as lideranças), abordagem do entrevistador.

Caso o cigano não possuísse alguns dados solicitados ao longo da entrevista, os dados poderiam ser completados de forma excepcional por telefone (ou outro meio possível). A entrevista foi realizada no domicílio ou fora dele, de domingo a sábado, a fim de abranger aqueles que trabalham, e garantir o maior número de entrevistas.

5.8 Análise de dados

Realizou-se análise descritiva univariada por frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e análise bivariada por estimativa de prevalência, razão de prevalência com intervalo de confiança 95% para as qualitativas.

Na análise multivariada Regressão Logística Múltipla-RLM⁶⁰, as variáveis foram analisadas simultaneamente, mediante análise exploratória para identificar preditores associados ao desfecho. Co-variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, situação conjugal, filhos, trabalho atual, atividade doméstica, renda bruta mensal, estado atual de saúde auto-referido, total de doenças auto-referidas. Variável desfecho binária: utilização tardia dos

serviços de saúde (“≤ 1 ano”; “> 1 ano”), segundo Andersen (1995)²⁵. Por não se dispor de um modelo lógico com clareza sobre quais variáveis independentes seriam candidatas a determinante principal modificadoras de efeito (interação) e confundidoras, apenas um Modelo de regressão foi rodado, saturado com todas variáveis, que fossem potencialmente preditoras da utilização, segundo Modelo de Andersen. Utilizou-se o critério: $p \leq 0,05$, e o critério de relevância científica. As variáveis renda e nível de escolaridade foram excluídas, contudo mantiveram-se pelo critério de relevância científica. Os achados foram representados através de tabelas.

Para diagnóstico do modelo de RLM, calculou-se a bondade do ajuste⁶¹, linearidade dos preditores, proporção de classificação correta, análise de influência dos padrões de co-variáveis, colinearidade entre preditores. Ressalta-se que as variáveis independentes tempo de estudo (anos) e total de doenças auto-referidas foram tratadas como “variáveis *dummy*” para representar categorias na RLM. Destaca-se que as variáveis foram dicotomizadas para obter uma discriminação dos subgrupos mais adequada à análise.

A análise e processamento dos dados foram realizados mediante os programas Statistical Package for the Social Sciences – SPSS Versão for Windows, The R Foundation for Statistical Computing Version 3.1.3⁶², Epi Info Version 6.04⁶³, e Winpepi.

5.9 Aspectos éticos da pesquisa

O Projeto-mãe foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP, segundo as especificações da Declaração de Helsinque e da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. CAAE nº 04819412.7.1001.5544 (Anexo 1). Os participantes foram informados dos objetivos, procedimentos e sigilo da pesquisa, e por livre vontade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da população de estudo

A Tabela 1 apresenta a caracterização da população de estudo. Foram estudados 427 indivíduos, alcançando-se taxa-resposta de 92,6%. Os achados sociodemográficos revelam que a média de idade foi $34,9 \pm 15,3$. Observou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (58,5%), faixa etária entre 12-34 anos (58,5%), estado civil com companheiro (82,4%), tempo de estudo “ ≤ 4 anos” (71,9%), nomadismo “não” (91,3%), não trabalham (72,1%). E as características sobre acesso e utilização dos serviços de saúde revelaram último acesso “ ≤ 1 ano” (61,4%), sendo que a maioria não apresentou doença auto-referida (58,5%).

TABELA 2 – Caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, necessidade e acesso à saúde/utilização dos serviços. Bahia, Brasil. 2013.

Variáveis (N=427)	N	(%)
Sexo		
Masculino	177	41,5
Feminino	250	58,5
Idade		
12 a 34 anos	250	58,5
>34 anos	177	41,5
Situação conjugal		
Sem companheiro	75	17,6
Com companheiro	352	82,4
Tempo de estudo (anos)		
≤ 4	307	71,9
5 a 8	100	23,4
≥ 9	20	4,7
Raça/cor auto-referida		
Branca/amarela	165	38,5
Preta/parda/indígena	262	61,4
Nomadismo		
Sim	37	8,7
Não	390	91,3
Possui Filhos		
Sim	318	74,5
Não	109	25,5
Área de residência		
Rural	10	2,3
Urbana	417	97,7
Renda Bruta SM*(n=419)		
Até 1 SM	308	73,5
>1 SM	111	26,5
Trabalha atualmente		
Sim	119	27,9
Não	308	72,1
Atividade doméstica		
Sim	187	43,8
Não	240	56,2
Necessidade e acesso à saúde/utilização dos serviços		
Último acesso		
≤ 1 ano	262	61,4
> 1 ano	165	38,6
Local de atendimento (n=417)		
UBS**/posto	147	35,3
Ambulatório/consultório particular/clínica	164	39,3
Urgência/emergência	43	10,3
Outros	63	15,1
Estado atual de saúde auto-referido		
Muito bom	59	13,8
Bom	240	56,2
Regular	101	23,7
Ruim/muito ruim	27	6,3
Total Doenças auto-referidas		
Nenhuma	250	58,5
1	95	22,2
≥ 2	82	19,3

*SM.: Salário Mínimo. **UBS.: Unidade Básica de Saúde

6.2 Padrão de ocorrência da utilização do serviço de saúde

A análise bivariada entre o tempo decorrido após a última consulta e variáveis independentes detectou maior proporção de indivíduos com utilização recente “ ≤ 1 ano” nos extratos: sexo feminino (68,00%), idade > 34 anos (70,06%), tempo de estudo “5-8 anos” (65,00%), “com companheiro” (65,06%), trabalha atualmente “não” (65,52%), estado atual de saúde (75,78%), “ ≥ 2 ” doenças auto-referidas (75,61%). Quanto a utilização tardia predominaram: idade “12-34 anos (44,80%), “sem companheiro” (56,00%), tempo de estudo “ ≥ 9 anos” (55,00%), nenhuma doença auto-referida (46,00%) (Tabela 3).

TABELA 3 – Padrão de ocorrência entre o último acesso/utilização a serviços de saúde e características sociodemográficas, ocupacionais, atividade diária e estado atual de saúde. Bahia, Brasil, 2013.

Variáveis	Utilização serviços de saúde	
	≤ 1 ano	> 1 ano
Sexo		
Masculino	51,98 (44,36;59,53)	48,02 (40,47;55,64)
Feminino	68,00 (61,83;73,74)	32,00 (26,26;38,17)
Idade		
12 a 34 anos	52,20 (48,81;61,47)	44,80 (38,50;51,10)
> 34 anos	70,06 (62,73;76,70)	29,94 (23,30;37,27)
Situação conjugal		
Sem companheiro	44,00 (32,55;55,94)	56,00 (44,06-67,45)
Com companheiro	65,06 (59,82;70,03)	34,94 (29,97;40,18)
Tempo de estudo (anos)		
≤ 4	61,24 (54,54;66,72)	38,76 (33,28;44,46)
5 a 8	65,00 (54,82;74,27)	35,00 (25,73;45,18)
≥ 9	45,00 (23,06;68,47)	55,00 (31,53;76,94)
Possui Filhos		
Sim	64,47 (58,93;69,73)	35,53 (30,27;41,07)
Não	52,29 (42,51;61,95)	47,71 (38,05;57,49)
Renda Mensal Bruta		
Até 1 SM*	62,01(56,34-67,46)	37,99(32,54-43,66)
> 1 SM	58,56(48,82-67,83)	41,44(32,17-51,18)
Trabalha atualmente		
Sim	50,42 (41,11;59,71)	49,58 (40,29;58,89)
Não	65,52 (59,99;70,88)	34,42 (23,12;40,01)
Atividade doméstica		
Sim	54,01 (46,56;61,31)	45,99 (38,69;53,41)
Não	67,08 (60,75;72,99)	32,92 (27,01;39,25)
Estado atual de saúde auto-referido		
Muito bom/bom	55,18 (49,35;60,91)	44,82 (39,09;50,65)
Regular/ruim/muito ruim	75,78 (67,42;82,91)	24,22 (17,09;32,58)
Número de doenças autor-referidas		
Nenhuma	54,00 (47,61;60,30)	46,00 (39,70;52,39)
1	68,42 (58,08;77,58)	31,58 (22,42;41,92)
≥ 2	75,61 (64,88;84,42)	24,39 (15,58;35,12)

6.3 Avaliação da associação entre utilização dos serviços de saúde, fatores sociodemográficos, ocupacionais, necessidade de saúde.

6.3.1 Análise estratificada

A análise de associação entre as variáveis independentes e o desfecho mediante Razão de Prevalência Bruta revelou associação para sexo masculino, idade “>34 anos”, possui

filhos, situação conjugal “com companheiro”, trabalha atualmente “sim”, atividade doméstica “sim”, estado atual de saúde “Regular/Ruim/Muito Ruim”, total de doenças auto-referidas “ ≥ 2 ” (Tabela 4).

TABELA 4 – Prevalência, Razão de Prevalência para acesso/utilização tardia (> 1 ano) a serviços de saúde. Bahia, Brasil, 2013.

Variáveis	Utilização tardia			
	%	RP	IC	<i>p</i> *
Sexo				
Masculino	48,02	1,50	(1,18;1,90)	0,001
Feminino	32,00	-	-	
Idade				
12 a 34 anos	44,80	-	-	
> 34 anos	29,94	0,67	(0,51;0,83)	0,002
Situação conjugal				
Sem companheiro	56,00	-	-	
Com companheiro	34,94	0,62	(0,49;0,80)	0,001
Possui Filhos				
Sim	35,53	0,74	(0,58;0,95)	0,030
Não	47,71	-	-	
Tempo de estudo (anos)				
≤ 4	38,76	0,70	(0,46;1,07)	0,163
5 a 8	35,00	0,63	(0,39;1,03)	0,130
≥ 9	55,00	1	-	
Renda Mensal Bruta				
Até 1 SM	37,99	0,91	(0,70;1,19)	0,571
> 1 SM	41,44	-	-	
Trabalha atualmente				
Sim	49,58	1,44	(1,14;1,83)	0,005
Não	34,42	-	-	
Atividade doméstica				
Sim	45,99	1,39	(1,10;1,77)	0,007
Não	32,92	-	-	
Estado atual de saúde auto-referido				
Muito bom/bom	44,82	-	-	-
Regular/ruim/muito ruim	24,22	0,54	(0,39;0,75)	0,000
Número de doenças auto-referidas				
Nenhuma	46,00	1	-	
1	31,58	0,68	(0,50;0,95)	0,020
≥ 2	24,39	0,53	(0,35;0,79)	0,001

6.3.2 Análise multivariada

A Razão de Prevalência ajustada revelou achados estatisticamente significantes para situação conjugal (“com companheiro”), os quais possuem 44% mais chances de acesso tardio quando comparados com aqueles “sem companheiros”. Assim como, aqueles com total de doenças auto-referidas (“ ≥ 2 ”) apresentam 23% mais chances de acesso tardio quando comparados com aqueles que não referiram doença (Tabela 5). Diagnóstico do Modelo: bem ajustado.

TABELA 5 – Razão de Prevalência ajustada para acesso/utilização tardia (> 1 ano) a serviços de saúde. Bahia, Brasil, 2013.

Variáveis	Utilização tardia	
	RP	IC
Sexo		
Masculino	0,72	(0,47;1,10)
Feminino	-	-
Idade		
12 a 34 anos	-	-
> 34 anos	1,17	(0,98;1,41)
Situação conjugal		
Sem companheiro	-	-
Com companheiro	1,44	(1,03;2,01)
Possui Filhos		
Sim	1,06	(0,80;1,65)
Não	-	-
Tempo de estudo (anos)		
≤ 4	0,91	(0,75;1,10)
5 a 8	1,12	(0,90;1,39)
≥ 9	1	-
Renda Mensal Bruta		
> 1 SM	-	-
Até 1 SM	0,93	(0,75;1,14)
Trabalha atualmente		
Sim	0,79	(0,58;1,05)
Não	-	-
Atividade doméstica		
Sim	1,15	(0,80;1,65)
Não	-	-
Estado atual de saúde auto-referido		
Muito bom/bom	-	-
Regular/ruim/muito ruim	1,17	(0,97;1,41)
Número de doenças auto-referidas		
Nenhuma	1	-
1	1,18	(0,99;1,41)
≥ 2	1,23	(1,02;1,48)

7 DISCUSSÃO

Evidenciou-se que ciganos com situação conjugal "com companheiro" e aqueles que apresentam " ≥ 2 doenças auto-referidas", utilizam tardiamente o serviço de saúde. A união matrimonial acontece precocemente, quando comparada com a população majoritária: as meninas casam a partir dos 13 anos e os meninos, com 14 a 15 anos^{64,65}. Essa associação entre a categoria "com companheiro" e utilização tardia reflete as características culturais dos ciganos, que valorizam as relações e a instituição familiar³⁵. Nesse contexto, observa-se que o casamento é uma tradição valorizada e preservada, visto que representa a continuidade da etnia, entretanto, poucos se unem pelo registro civil. Estudos realizados por Fernandes et al (2007)⁶⁶ e Pinheiro (2013)⁶⁵ evidenciam que a maioria das famílias ciganas vive em "união de fato" (52%).

A predominância das mulheres ficou evidente neste estudo, corroborando os achados de Dias (2004)⁶⁷, que detectou 51,2% de mulheres. Contudo, não foi observado associação entre sexo feminino e utilização tardia. Supostamente devido ao acesso recente desta categoria. Nesse contexto, apesar de dados nacionais revelarem que a maioria da população brasileira é composta por mulheres (50,8%)⁶⁸, este achado pode estar relacionado, ao momento da coleta de dados, devido a permanência delas no ambiente doméstico, realizando atividades do cotidiano, como cuidar dos filhos, lavar, passar, levar filhos à escola, cuidar de idosos, fazer compras, entre outras. Tais circunstâncias podem ter aumentado a chance de os entrevistadores encontrarem pessoas do sexo feminino em casa ao se apresentarem para a aplicação do questionário.

Por outro lado, a submissão da mulher cigana ao pai e/ou marido limitava a possibilidade de entrevista fora da presença do homem da casa, aumentando a probabilidade de equilíbrio entre os gêneros quando da visita da equipe de pesquisa. No âmbito da saúde, estudos destacam as desigualdades (discriminação) de gênero⁶⁹ no que concerne às mulheres ciganas, o que pode contribuir para a redução do acesso aos serviços de saúde por parte dessa população³⁶. Achados corroboram a dupla discriminação (gênero e etnia)¹⁰, e destacam os papéis de gênero na família, onde o homem é responsável pelo sustento, é o provedor⁵⁴,

cabendo às mulheres as atividades domésticas. Nesse sentido, observa-se a influência das singularidades culturais nos modos de vida e no processo saúde-doença.

Quanto à estrutura familiar, reitera-se que a tradição cigana apresenta como finalidade primária o casamento e a procriação. A maioria dos ciganos possui filhos, e o maior número de filhos representa prestígio e continuidade da etnia. Em alguns casos, a união pode ser invalidada na presença de esterilidade⁷⁰. Acredita-se que o cuidar dos filhos possa reduzir o acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que as mulheres ciganas disponibilizam uma parcela do seu tempo para dedicar-se aos cuidados com os filhos e demais atividades sobrepostas.

Em relação ao reduzido tempo de estudo (anos), na análise descritiva, os achados convergem com a literatura^{64,65,70,71}. A categoria "5 a 8 anos" possui associação com utilização tardia, contudo não estatisticamente significativa. Considera-se provável que o baixo nível de escolaridade dos ciganos, seja oriundo de aspectos culturais, visto que as crianças ciganas estudam até a 4ª série do ensino fundamental e depois saem da escola para serem envolvidas nas atividades domésticas e relacionadas ao matrimônio. O reduzido tempo de permanência na escola^{35,72}, a falta de informação e as dificuldades no entendimento do processo saúde/doença, podem dificultar o acesso/utilização dos serviços de saúde¹². Esse cenário sugere que a utilização dos serviços de saúde seja resultante de características sociais e culturais. Inclusive, pode culminar em protelação ao serviço de saúde, e conseqüente acometimento por maior número de doenças.

O estado de saúde auto-referido mais expressivo foi "muito bom/bom", o que corrobora achados semelhantes, nos quais 82% dos entrevistados referiram "bom estado de saúde"³⁶ e o 4º Inquérito Nacional de Saúde de Portugal (2005-2006), ao evidenciar que 53% da população cigana residente no continente europeu considerou o estado de saúde como "muito bom" ou "bom"^{36,73}. Acredita-se que o fato de mulheres e homens ciganos, ao falar de si próprios, referirem boa saúde, esteja relacionado ao modo como percebem o processo saúde/doença. Quando referem utilização dos serviços de saúde, pode ser um evento episódico, situação representada por uma sequência comum: manifestação de sintomas, protelação da ida ao serviço de saúde, impedimento da execução de atividades diárias, procura pelo médico, ingestão de medicamento prescrito, e solução parcial do problema⁷⁴.

O estado de saúde auto-referido “muito bom/bom” pode sobrepor-se à presença de maior número de doenças auto-referidas. Sugere-se que esses indivíduos buscam os serviços apenas quando o seu estado de saúde torna-se crítico e necessita inevitavelmente de acompanhamento profissional para resolução - Fenômeno do *iceberg of the diseases*⁵⁸.

Por outro lado, estudo revela o aumento da taxa de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, e aumento da expectativa de vida na Europa Central e Oriental⁶. Corroborando, estudo realizado para descrever o estado de saúde dos ciganos, na Turquia e Eslováquia, observou que houve uma queda no estado de saúde, aumentaram lesões e acidentes, aumentou a taxa de tabagismo, e em contrapartida aumentou a utilização dos serviços de saúde e dos serviços preventivos⁴⁹. Outro estudo com ciganos viajantes revela a presença de tabagismo, reduzido nível educacional, aumento do uso de medicamentos, e redução do estado de saúde⁵². Apesar disso, o mapeamento dos ciganos viajantes na Europa revela que houve redução da imunização e surtos de sarampo⁴⁸.

A faixa etária predominante foi “12-34 anos”, evidencia um perfil de população jovem, porém há escassez de parâmetro similar para comparação com a população cigana brasileira. Neste estudo, indivíduos com faixa etária “> 34 anos”, apresentaram associação com utilização tardia. Supostamente, possuem maior número de doenças auto-referidas. Entretanto, achado não estatisticamente significativo.

A renda bruta mensal reduzida implica em possível inserção em postos de trabalho com renda precária, atividades econômicas informais, e negócios por subsistência, cujo valor mensal é baixo⁷⁵. Apesar da predominância de pessoas em idade produtiva, a maioria não trabalha atualmente, possivelmente devido à predominância de mulheres, as quais detêm atividades domésticas não remuneradas. Nesse sentido, a renda mensal sofre influência de fatores sociais e culturais, sendo o homem o principal provedor, quando comparado com as mulheres.

Em sua maioria, os indivíduos entrevistados consideraram como locais de maior procura para atendimento, o ambulatório/clínica/consultório e os postos de saúde. Ressalte-se que a maior utilização dos serviços do SUS é também observada na população em geral, e possivelmente deve-se ao fato de que esse sistema possui diretrizes para universalização,

equidade e integralização dos seus serviços, ao garantir melhor cobertura em saúde para a todos⁷⁶, apesar das lacunas no nível da atenção básica nos municípios estudados. Por outro lado, estudo observou que os ciganos acessam mais serviços de emergência que de prevenção¹⁰.

Acredita-se que as principais barreiras ao acesso podem estar relacionadas ao isolamento geográfico, falta de informação, linguagem, comunicação, discriminação, violação de direitos, dupla discriminação (étnica-gênero), outras. Corroborando, estudo aponta que instituições de saúde, de uma forma geral, criticam os ciganos, caracterizando-os como rebeldes ao funcionamento dos serviços, que desacatam as determinações médicas no tocante ao uso de medicamentos e aos comportamentos de saúde, rejeitam a assistência hospitalar, e adotam atitudes preventivas apenas em condições limite⁷⁴. Sugere-se que tais atitudes estão relacionadas a aspectos culturais, a oferta de serviços, bem como à pouca qualificação dos profissionais para lidar com este grupo específico.

8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Ressalta-se o apoio das lideranças ciganas no processo de aproximação e coleta de dados. Apresenta-se como limitação: a desconfiança do povo cigano, e o baixo nível de escolaridade, que implicou na compreensão da importância do estudo, enquanto diagnóstico situacional em saúde. Os hábitos e costumes foram considerados, visto que motivou sucessivas tentativas de entrevistas com e sem êxito, com os homens (provedores), pois os mesmos passam a maior parte do tempo fora da residência.

A escassez de estudos quantitativos que abordem utilização de serviços de saúde pela população cigana, no Brasil, também limita a comparação a partir de parâmetros similares. No entanto, estudos acerca da utilização em outros países com Sistema de saúde similar, também apresentaram achados na mesma direção, com relação as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Apesar dos indicadores de acesso não serem equivalentes.

O estudo epidemiológico acerca das condições de saúde do povo cigano, grupo “invisível”, contribuiu para o desvelamento da situação de saúde. Considera-se elemento norteador para implementação de políticas públicas voltadas para este grupo étnico, a fim de atender as demandas em saúde.

Outra limitação, foi a ausência de parâmetros que avaliasse a oferta dos serviços, os quais poderiam comprometer a utilização. Acredita-se na mudança de prática nos serviços de saúde, como estratégia de enfrentamento a utilização tardia, mediante a implementação de ações: a garantia de oferta dos serviços de saúde e acompanhamento dos mesmos, que considerem as diferenças culturais, o reduzido nível de escolaridade, e a comunicação em saúde; a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças a partir das demandas e realidade locais, e da valorização cultural; estabelecimento de medidas de incentivo para utilização dos serviços de saúde, ao visar redução do tempo de acesso, e conseqüente impacto positivo; medição e superação das desigualdades em saúde, mediante definição e definição para o monitoramento.

É um grande desafio, e constitui-se uma força-tarefa dos gestores e profissionais para assegurar o acesso efetivo aos serviços de saúde pela população cigana. É importante construir uma linha de cuidado que possa ser inclusiva, ao respeitar as diferenças sociodemográficas e as especificidades culturais de povos e comunidades tradicionais. Na Europa observa-se avanço nas políticas públicas, com a "Década da inclusão dos ciganos" (2005-2015) e elaboração de Estratégias Nacionais p enfrentamento.

Enfim, o estudo ousou abordar temática predominante nas ciências sociais, ao considerá-la como pilar da Epidemiologia Social. Tal fato agregou a proposta do estudo acerca das condições de saúde dos povos e comunidades tradicionais. Em especial, a etnia cigana, a qual carece de estudos que caracterizem sua situação de saúde, a fim de contribuir para medição e subsequente superação das desigualdades em saúde.

9 CONCLUSÕES

Os achados deste estudo permitem concluir que:

1) Existe associação entre utilização tardia com sexo masculino, idade >34 anos, filhos, situação conjugal “com companheiro”, trabalho atual, atividade doméstica, estado atual de saúde “regular/ruim/muito ruim”, total de doenças auto-referidas ≥ 2 . Após ajuste simultâneo, os achados foram estatisticamente significantes para situação conjugal “com companheiro” e aqueles com total de doenças auto-referidas ≥ 2 , com utilização tardia quando comparados com aqueles que não referiram doença.

2) Os estudos apresentaram em maioria, as seguintes características: publicações no período 2012-2013, idioma inglês, país Reino Unido, estudos quantitativos (maioria métodos variados, com amostras não representativas, população de diferentes locais, variáveis não padronizadas). Os achados principais apresentaram perspectivas diferentes, contudo, expressam a multidimensionalidade da categoria acesso.

REFERÊNCIAS

1. Silva MH, Silva KV. Dicionário de conceitos históricos. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2006.
2. Santos DJS, Palomares NB, Normando D, Quintão CCA. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dental Press J. Orthod.* 2010;15(3):121-124.
3. Teixeira R. História dos ciganos no Brasil. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos; 2008.
4. Batuli MS. Povo Cigano: o direito em suas mãos. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH; 2007.
5. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial-SEPPPIR (BR). Guia de políticas públicas para povos ciganos. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial-SEPPPIR; 2013.
6. Parekh N, Rose T. Health inequalities of the roma in Europe: a literature review. *Cent Eur J Public Health.* 2011;19(3):139-142.
7. Torres C. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2001;10(3):188-201.
8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22(3):429-45.
9. Rede Europeia Anti-pobreza Portugal (REAPN). Guia para a intervenção com comunidade cigana nos serviços de saúde. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2007.
10. Földes ME, Covaci A. Research on roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges. *Int J Public Health.* 2012;57:37-39.
11. Lopes F. Raça, saúde e vulnerabilidades. Batista LE, Kalckmann S, Editores. *Boletim do Instituto de Saúde: Raça, etnia e saúde.* n. 31. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 2003. p. 7-11.
12. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, Organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-243.
13. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2003;8(2):439-448.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20 (Supl 2):190-198.

15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
16. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23): 605-618.
17. Paim JS. As ambiguidades da noção de necessidade em saúde. Paim JS, Almeida Filho N, Organizadores. *Introdução à crítica do planejamento de saúde*. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia/Departamento de Medicina Preventiva; 1980. p. 39-46.
18. Paim JS, Almeida-Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 29-39.
19. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–220.
20. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care*. 1981;19(2):127–140.
21. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. *Health serv. Res*. 1974;9(1):86-87.
22. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-1118.
23. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–268.
24. Almeida MG, Barbosa DRM, Pedrosa JIS. Trilhas da iniquidade: saúde de povos e políticas públicas no Brasil. *Gestão e Saúde*. 2013;4(3):1116-1129.
25. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1-10.
26. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde colet*. 2012;17(11):2865-2875.
27. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde colet*. 2012;17(11):3047-56.
28. Solla JJSP, Paim JS. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 343- 352.
29. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(Supl 2):259-268.

30. Rosicova K, Geckova AM, van Dijk JP, Rosic M, Zezula I, Groothoff JW. Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. *Int J Public Health*. 2009;54(4):274-282.
31. Gecková AM, Babinská I, Bobáková D, Veselská ZD, Bosáková L, Kolarcik P et al. Socioeconomic characteristics the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behavior. *Cen Eur J Public*. 2014; 22(Supl):57-64.
32. Casado DLP. Hacia la equidad em salud: estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social: Fundación Secretariado Gitano; 2009.
33. Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity and health. *BMJ*. 2004; 328(7447):1070-2.
34. Saavedra J. ¿Conoces a los gitanos?: Cultura y costumbres del pueblos gitano. Cuenca: Asociación Provincial de Romaníes "Sastipén ta lí"; 1990.
35. Souza L, Bonomo M, Livramento AM, Brasil JÁ, Canal FD. Processos identitários entre ciganos: da exclusão a uma cultura de liberdade. *Liberabit*. 2009;15(1):29-37.
36. Vicente MJ. As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional. REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal: Fundación Secretariado Gitano; 2009.
37. Moonen F. Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil. 3. ed. Recife; 2011.
38. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012.
39. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc de Enf USP*. 2009;43(Espec 2):1326-1330.
40. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, Organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 375-417.
41. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. [publicação online]; 6-12 de setembro de 1978 [acesso em 20 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>
42. Carta de Ottawa. In: Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. [publicação online]; 21 de novembro de 1986 [acesso em 15 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>
43. World Health Organization (WHO). Rio Political Declaration on Social determinants of Health. In: Declaração da World Conference on Social Determinants of Health, 19-21 de outubro de 2011, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: World Health Organization (WHO); 2011. p. 1-7.

44. Sepkowitz KA. Health of world's roma population. *The Lancet*. 2006;367:1707-1708.
45. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;7(2):7-28.
46. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: EDUSP; 2004.
47. Almeida MG, Silva TMGV, Pedrosa JIS. Saúde de povos ciganos no Brasil: uma revisão integrativa. In: *Anais do I Congresso Virtual Brasileiro de Gestão, Educação e Promoção da Saúde*, 2012; Brasília. Brasília: UFPI; 2012.
48. Dar O, Gobin M, Hogarth S, Lane C, Ramsay M. Mapping the gypsy traveller community in England: what we know about their health service provision and childhood immunization uptake. *J Public Health*. 2013;35(3):404-412.
49. Cook B, Wayne GF, Valentine A, Lessios A, Yeh E. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the roma: a systematic review 2003-2012. *Int J Public Health*. 2013;58:885-911.
50. Colombini M, Rechel B, Mayhew SH. Access of roma to sexual and reproductive health services: qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Global Public Health*. 2012;7(5):522-534.
51. Lee KW. A comparison of the health status of european roma and australian aborigines. *Ethn Inequal Health Soc Care*. 2011;4(4):166-185.
52. Peters J, Parry GD, Cleemput PV, Moore J, Cooper CL, Walters SJ. Health and use of health services: a comparison between gypsies and travellers and other ethnic groups. *Ethn Health*. 2009;14(4):359-377.
53. Gill G. The health needs of the slovak roma community in Sheffield. *Community Pract*. 2009;82(3):34-37.
54. Jesper E, Griffiths F, Smith L. A qualitative study of the health experience of gypsy travellers in the UK with a focus on terminal illness. *Prim Health Care Res Dev*. 2008;9:157-165.
55. Ekuklu G, Berberoglu U, Esklocak M, Saltik A. Utilization of primary health care services by turkish gypsies and members of the general population at Muradiye health unit district in Edirne, Turkey. *Yonsei Med J*. 2003;44(3):414-423.
56. Kósa K, Ádány R. Studying vulnerable populations: lessons from the roma minority. *Epidemiology and Society*. 2007;18(3):290-299.
57. Janevic T, Sripad P, Bradley E, Dimitrievska V. "There's no kind of respect here" a qualitative study of racism and access to maternal health care among romani women in the Balkans. *Int J Equity Health*. 2011;10:53.

58. Last JM. The Iceberg: 'Completing the clinical picture' in general practice. *Lancet*. 1963;2:28-31.
59. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, Organizadores. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89-120.
60. Kleinbaum DG, Klein M. Logistic Regression: a self-learning text. 2nd ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
61. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
62. R Development Core Team. R (The R Foundation for Statistical Computing) Version 2.3.1. **R**: a language and environment for statistical computing. ISBN 3-900051-00-3. Viena-Austria; 2004. [Acesso em: 18 jul. 2015]. Disponível em: [http://: www.R-project.org](http://www.R-project.org).
63. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info 6, Version 6.04: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Public Health. Atlanta: CDC / Geneva: WHO; 1996.
64. Bonomo M, Souza L, Brasil JA, Livramento AM, Canal FD. Gadjés em Tendões Calons: um Estudo Exploratório com Grupos Ciganos Semi-nômades em Território Capixaba. *Pesqui. Prát. Psicossociais*. 2010;4(2):160-171.
65. Pinheiro ALA. Estudo das medidas de inclusão das comunidades ciganas na União Europeia- O caso de Carrazeda de Ansiães. Porto: Departamento de Ciência Política e do Comportamento da Universidade Fernando Pessoa, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social.
66. Fernandes C, Carvalho M, Santos H. (2007). Senda Gitana: Retrato social da comunidade cigana no concelho de Aveiro. [publicação online]; 2007 [acesso em 06 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.caritas.pt/ficheiros/aveiro/file/doc.final.pdf>.
67. Dias I. Realojamento da comunidade cigana do Vale do Forno: a partilha de uma experiência. In: II Congresso Português de Demografia, 2004; Lisboa. Portugal: DEPGR – Divisão de Estudos Programação e Gestão de Realojamentos – DGSPH – CML; 2004.
68. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos municípios brasileiros 2009. [publicação online]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 16 de Setembro de 2014]. (IBGE – Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/munic2009.pdf>.
69. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saude Publica*. 2007;41(Supl 2):39-46.
70. Gonçalves A, Garcia O, Barreto P. Tradição e Prospectiva nos Meandros da Economia Cigana: Circuitos Peri-Econômicos na Grande Lisboa. Lisboa: Acidi; 2006.

71. Casa-Nova MJ. Etnicidade e educação familiar: o caso dos ciganos. *Rev. Teoria e Prática da Educação*. 2005;8(2):207-214.
72. Carvalho NC, Lima MEO, Faro A, Silva CAF. Representações sociais dos ciganos em Sergipe: contato e estereótipos. *Psicol. saber soc.* 2012;1(2):232-244.
73. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística. 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Portugal: Ministério da Saúde; 2009.
74. Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Abrasco; 1999.
75. Correia, JM. A Evolução do Pensamento Cigano sobre a Escola: Estudo de uma Comunidade (dissertação). Lisboa: Universidade de Lisboa; 2004.
76. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3807-3816.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Instrumento de coleta de dados

PROJETO MULTICÊNTRICO

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
CIGANA NA BAHIA



QUESTIONÁRIO
POVO CIGANO

Número do Questionário
Centro responsável
Cidade
Nome da Liderança Cigana

Nome do entrevistador: _____

Duração: _____ min

Data: ____/____/____

BLOCO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Convidamos a falar sobre você.	
1 Sexo:	2. Data de nascimento: ____/____/____
1 () Feminino 0 () Masculino	
3. Qual a sua religião?	
1 () Não sabe 2 () Protestante 3 () Católic	
4 () Católica 5 () Evangélica 6 () Espírita	
7 () Umbanda 8 () Sem religião	
9 () Outra 3.1 Especifique: _____	
4. Situação conjugal:	
1 () Solteiro (a) 2 () Casado(a)	
3 () União estável 4 () Viúvo (a)	
5 () Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	
6 () Outra. 4.1 Especifique: _____	
5. Já frequentou a escola? 1 () Sim 0 () Não	
Se já frequentou, responda as próximas perguntas:	
5.1 Na escola, qual foi a última série/grau que você completou? _____	
5.2 Grau de escolaridade.	
Ensino Fundamental	
1 () 1º ao 5º ano (Alfabetização à 1ª série)	
2 () 6º ao 9º ano (5ª à 8ª série)	
Ensino Médio	
3 () 1ª série 4 () 2ª série 5 () 3ª série	
Ensino Superior	
6 () Completo 7 () Incompleto	
5.2.1 Qual curso? (Especificar) _____	
8 () Nível Técnico	
5.2.2 Qual curso? (Especificar) _____	

6. Qual a raça/cor da sua pele?	
1 () Branca 2 () Amarela (oriental) 3 () Parda	
4 () Origem indígena 5 () Preta 6 () Não sabe	
6.1 Classificação do entrevistador quanto à cor da pele do entrevistado. _____	
7. Quais os membros de sua família?	_____

8. Possui filhos?	
1 () Sim (Passe para a Questão 76) 0 () Não 8 () Não se aplica	
8.1 Quantos filhos: _____	
9. Você possui Bolsa Família?	
1 () Sim 0 () Não (Passe para a questão 11)	2 () Não se aplica
10. Quanto você recebe no Programa Bolsa Família?	
R\$ _____	
11. Você recebe algum outro benefício social?	
1 () Sim (Passe para a Questão 11.1) 0 () Não	
8 () Não se aplica 2 () Não quer informar	
11.1 Se SIM Qual? _____	
12. Qual a sua renda mensal bruta?	
R\$ _____ 1 () Não se aplica 0 () Não quer informar	
13. Município em que nasceu:	
1 () Camaçari 2 () Candeias	
3 () Cruz das Almas 4 () Dias D'Ávila	
5 () Ipiatã 6 () Jacobina	
7 () Jequiê 8 () Lauro de Freitas	
9 () Marcionílio Souza 10 () Muritiba	
11 () São Sebastião do Passé 12 () Simões Filho	
13 () Santo Antônio de Jesus 14 () Santo Amaro	

15 () Feira de Santana	16 () Ubatã
17 () Itagilã	18 () Barra do Rocha
14. Município de residência:	
1 () Camaçari	2 () Candeias
3 () Cruz das Almas	4 () Dias D'Ávila
5 () Ipiatã	6 () Jacobina
7 () Jequié	8 () Lauro de Freitas
9 () Marcionílio Souza	10 () Muritiba
11 () São Sebastião do Passé	12 () Simões Filho
13 () Santo Antônio de Jesus	14 () Santo Amaro
15 () Feira de Santana	16 () Ubatã
17 () Itagilã	18 () Barra do Rocha
19 () Outro município do Brasil	14.2 Qual? _____
15. Você é nômade?	
1 () Sim (muda de cidade com frequência)	
0 () Não (tem moradia fixa)	
16. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ (unidade)	
17. Quantas pessoas vivem na sua casa (contando com você)? _____ (unidade)	
18. Há quanto tempo mora aqui? _____ (anos)	
19. Qual a área de residência?	
1 () Urbana	2 () Rural
20. Tipo de residência/moradia	
1 () Casa de Tijolos	2 () Casa de Taipa
3 () Tenda/Barraco	4 () Outro
21.1 Qual? _____	

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

BLOCO II – DADOS SOBRE SEU TRABALHO	
Agora vamos falar sobre seu trabalho.	
22. Você trabalha atualmente?	
1 () Sim	0 () Não (Passe para a Questão-42)
23. Qual a sua profissão?	

24. Há quanto tempo você trabalha nesta função?	
_____ (anos) _____ (meses)	
25. Possui outros empregos?	
1 () Sim	0 () Não
26.1 Quais? _____	
27. Qual foi a sua profissão anterior?	

Caso esteja trabalhando responda as próximas questões.	
28. Seu turno de trabalho é:	
1 () Diurno	2 () Noturno
3 () Diurno em regime de plantão	
4 () Noturno em regime de plantão	
29. Qual a sua jornada de trabalho semanal? _____ (dias)	
30. Qual a sua jornada de trabalho diária? _____ (horas)	
31. Em que tipo de lugar você trabalha?	
1 () Empresa	2 () Repartição pública
3 () Rua	4 () Em sua própria casa
5 () Na casa de outra pessoa	6 () Imóvel de outra pessoa
7 () Outro.	31.1 Especifique: _____

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

<p>32. Atualmente, qual sua principal ocupação?</p> <p>1 () Empregado remunerado (permanente/carteira assinada)</p> <p>2 () Empregado remunerado (permanente/sem carteira de trabalho assinada)</p> <p>3 () Empregado remunerado (sazonal, contrato temporário)</p> <p>4 () Autônomo (trabalhador por conta própria)</p> <p>5 () Envolvido em negócios da família</p> <p>6 () Empregador (trabalhador por conta própria)</p> <p>7 () Estudante 8 () Não se aplica</p> <p>9 () Outro</p>
<p>33. Contribuinte da previdência social?</p> <p>1 () Sim 0 () Não 2 () Não sabe 8 () Não se aplica</p>
<p>34. Em seu trabalho, você tem direito a:</p> <p>1 () 13º salário 2 () Folgas</p> <p>3 () Férias remuneradas 4 () 1/3 de adicional de férias</p> <p>8 () Não se aplica</p>
<p>35. Renda familiar:</p> <p>1 () Até 1 salário mínimo</p> <p>2 () Mais de 1 a 2 salários mínimos</p> <p>3 () Mais de 2 a 3 salários mínimos</p> <p>4 () Mais de 5 a 10 salários mínimos</p> <p>5 () Mais de 10 a 20 salários mínimos</p> <p>6 () Mais de 20 salários mínimos</p> <p>7 () Sem rendimento</p> <p>8 () Não se aplica</p> <p>9 () Não declarado</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

<p>36. Você é responsável pelo sustento da família:</p> <p>1 () Sim 0 () Não</p>
<p>37. Quantas pessoas moram com você e contribuem para o sustento da família? _____ (unidade)</p>
<p>38. Idade em que começou a trabalhar: _____ (anos)</p>
<p>39. No seu trabalho existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?</p> <p>1 () Sim 0 () Não</p> <p>2 () Não sei o que é isso 8 () Não se aplica</p>
<p>40. Você utiliza estes equipamentos?</p> <p>1 () Sim 0 () Não 8 () Não se aplica</p> <p>Em caso afirmativo, 40.1 Qual(is)? _____</p>
<p>41. Você faz pausas durante a jornada:</p> <p>1 () Sempre 2 () Às vezes 3 () Raramente</p> <p>4 () Nunca 8 () Não se aplica</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

BLOCO III – DADOS SOBRE O SEU DIA-A-DIA			
Vamos conhecer o seu dia-a-dia.			
42. Quanto tempo você passa em média nos acampamentos/residência? _____ (dias)			
43. Você faz atividades domésticas? 1 () Sim 0 () Não (Passe para a Questão 48)			
44. Quais as atividades domésticas que você faz? Temos uma lista abaixo.			
ATIVIDADE	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica
1. Cuidar das crianças menores que 10 anos?			_____
2. Cozinha?			_____
3. Passar roupa?			_____
4. Cuidar da limpeza?			_____
5. Lavar roupa?			_____
6. Pequenos consertos			_____
7. Feira / supermercado / loja / mercadinho			_____
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			_____
9. Levar filho à escola			_____
10. Confeção de roupa cigana/outras			_____
45. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? 1 () Sim 0 () Não			
46. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades			

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

domésticas (frequência)? 1 () Todos os dias da semana 2 () Três ou quatro dias na semana 3 () Um ou dois dias na semana 4 () Apenas no final de semana 8 () Não se aplica	
47. Quantas horas, por dia, você dedica às tarefas domésticas? _____ horas 8 () Não se aplica	
48. Você participa de atividades regulares de lazer? 1 () Sim 0 () Não	
49. Se SIM: De qual tipo de atividade? 1 () Atividades culturais (show musical, dança cigana, cinema, teatro, exposição, leitura de livros, outras) 2 () Atividades sociais (vai a igreja, visita a amigos, festa, barzinho, jogos;baralho/dominó, reunião nos acampamentos/residência, almoço com a família) 3 () Físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia, ciclismo) 8 () Não se aplica 4 () Assiste TV ou ouve rádio	
50. Com que frequência você realiza as atividades físicas? 1 () 3 ou mais vezes por semana 8 () Não se aplica 2 () 1 a 2 vezes por semana 3 () Nunca	
51. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez.	
1a. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos em casa ou no trabalho como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dias _____ por semana () Nenhum 8 () Não se aplica	

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

<p>1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: _____ minutos: _____ 8 () Não se aplica</p> <p>2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos seguidos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou na jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</p> <p>Dias _____ por semana () Nenhum 8 () Não se aplica</p> <p>2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: _____ minutos: _____ 8 () Não se aplica</p> <p>3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos seguidos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.</p> <p>Dias _____ por semana () Nenhum 8 () Não se aplica</p>
--

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

<p>3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: _____ minutos: _____ 8 () Não se aplica</p> <p>Essas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, na igreja, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, carro ou outro.</p> <p>4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?</p> <p>Horas: _____ minutos: _____ 8 () Não se aplica</p> <p>4b. Quanto tempo no total você gasta sentando durante em um dia de final de semana?</p> <p>Horas: _____ minutos: _____ 8 () Não se aplica</p> <p>52. Você fuma atualmente?</p> <p>0 () Não 1 () Sim, diariamente 2 () Sim, mas não diariamente 3 () Atualmente não fuma, mas já fumou 4 () Não fuma e nunca fumou</p> <p>53. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:</p> <p>0 () Não fumante 1 () Ex-fumante 2 () Fumante atual 8 () Não se aplica</p> <p>54. O que você fuma?</p> <p>1 () Cigarros 2 () Cachimbo 3 () Charutos 8 () Não se aplica 4 () Outros 54.1 Especifique _____</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

55. Você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou deixar de beber?	1 () Sim 0 () Não
56. As pessoas o(a) chateiam porque criticam o seu modo de beber?	1 () Sim 0 () Não
57. Sente-se chateado consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	1 () Sim 0 () Não
58. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1 () Sim 0 () Não
59. Com que frequência você come Frutas frescas?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
60. Com que frequência você come Carne (frango, carne de vaca, carne de carneiro, carne de porco, carne de bode etc.)?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
61. Com que frequência você come ovos?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

62. Com que frequência você come Peixe?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
63. Com que frequência você come massa (macarrão/sopa/lasanha), arroz, batatas, pão?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
64. Com que frequência você come vegetais (verduras) e saladas?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
65. Com que frequência você come produtos lácteos—derivados do leite (leite, queijo, iogurte)?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca
66. Com que frequência você come doces (biscoito, bolacha, sobremesa, chocolate)?	1 () Diariamente 2 () Uma ou duas vezes na semana 3 () Raramente ("de vez em quando") 4 () Nunca

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

18

<p>70. O serviço de saúde que você buscou atendimento era?</p> <p>1 () Sistema Único de Saúde-SUS 2 () Plano de Saúde Privado 3 () Atendimento particular 4 () Instituição filantrópica, não-governamental, voluntária 5 () Outro 70.1 Especifique _____ 8 () Não se aplica</p>
<p>71. Qual foi a última vez que você precisou de atendimento odontológico (atendimento com dentista)?</p> <p>1 () Nas duas últimas semanas 7 () Nunca 2 () Há mais de duas semanas 3 () Menos de um mês 4 () Há mais de um mês 5 () Menos de um ano 6 () Há um ano ou mais</p>
<p>72. Qual o estado dos seus dentes?</p> <p>1 () Tem cárie 2 () Removeu dentes 3 () Tem dentes chumbados 4 () As gengivas sangram espontaneamente ou quando escova os dentes 5 () Os dentes estão instáveis/moles 6 () Tem coroa, pivots, ou outros tipos de próteses e de dentes falsos 7 () Faltam-lhe dentes que não foram substituídos por próteses 8 () Tem todos os seus dentes naturais 9 () Tem dente de ouro</p>
<p>73. Você foi internado nos 12 últimos meses?</p> <p>1 () Sim 0 () Não (Passe para a Questão 78)</p>
<p>74. Quantos dias você esteve internado? _____ (dias)</p> <p>8 () Não se aplica</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

17

<p>BLOCO IV – DADOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>Agora vamos falar sobre procura e visita aos serviços de saúde.</p> <p>67. Qual foi a última vez que você precisou de atendimento em saúde (pessoalmente ou por telefone) por causa de algum problema, desconforto ou doença?</p> <p>1 () Nas duas últimas semanas 7 () Nunca 2 () Há mais de duas semanas 3 () menos de um mês 4 () Há mais de um mês 5 () menos de um ano 6 () Há um ano ou mais</p>
<p>68. Onde você buscou atendimento?</p> <p>1 () Em uma unidade básica de saúde/Agentes Comunitários de Saúde 2 () Posto ou Centro de saúde 3 () Ambulatório ou consultório de clínica 4 () Ambulatório de empresa ou sindicato 5 () Em um consultório particular 8 () Não se aplica 6 () Farmácia 7 () Em serviço de emergência/urgência 9 () Em sua casa 10 () Outro local. 68.1 Especifique. _____</p>
<p>69. Qual foi a principal razão para esta visita ao serviço de saúde?</p> <p>1 () Diagnóstico e/ou tratamento 8 () Não se aplica 2 () Check-up (avaliação geral) 3 () Apenas para buscar uma receita 4 () Por outra razão. 69.1 Qual? _____</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigana na Bahia

<p>75. Qual foi a razão da hospitalização?</p> <p>1 () para Diagnóstico 8 () Não se aplica</p> <p>2 () para Intervenção cirúrgica</p> <p>3 () para Tratamento médico sem cirurgia</p> <p>4 () para Parir</p> <p>5 () Outra razão, 75.1 Qual? _____</p>
<p>76. Foi colocado numa lista de espera?</p> <p>1 () Sim</p> <p>0 () Não (Passe para a Questão 78)</p>
<p>76.1 Quanto tempo você ficou na lista de espera? _____ (dias)</p>
<p>77. O serviço de saúde que você buscou hospitalização era?</p> <p>1 () Sistema Único de Saúde—SUS</p> <p>2 () Plano de Saúde Privado</p> <p>3 () Atendimento particular</p> <p>4 () Instituição filantrópica, não—governamental, voluntária</p> <p>5 () Outro 77.1 Especifique _____</p> <p>8 () Não se aplica</p>
<p>78. Nos últimos 12 meses, necessitou de assistência à saúde, mas não teve?</p> <p>1 () Sim</p> <p>0 () Não</p>
<p>79. Qual o principal motivo que você não recebeu atendimento?</p> <p>1 () Não conseguiu fazer a marcação</p> <p>2 () Ninguém podia faltar ao trabalho para me levar ao serviço de saúde</p> <p>3 () A consulta era muito cara/não tinha dinheiro para a consulta</p> <p>4 () Não tinha meio de transporte</p> <p>5 () Estava muito nervoso ou assustado</p> <p>6 () O plano de saúde privado não cobria a consulta</p> <p>7 () Não tinha plano 8 () Não se aplica</p> <p>0 () A espera era muito demorada</p> <p>10 () Outra razão 79.1 Qual? _____</p>

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigaína no Bahia

BLOCO V – DADOS SOBRE SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE					
Como está sua saúde? Você responderá a algumas perguntas envolvendo seu estado de saúde.					
80. Como você considera o seu estado de saúde?					
1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim 5 () Muito ruim					
81. Você possui diagnóstico médico para as doenças listadas abaixo?					
Arterial	1 () Sim	0 () Não	Diabetes	1 () Sim	0 () Não
Varizes	1 () Sim	0 () Não	Coletsterol alto	1 () Sim	0 () Não
Alergia/Eczema	1 () Sim	0 () Não	Obesidade	1 () Sim	0 () Não
Câncer de pele	1 () Sim	0 () Não	Pressão alta	1 () Sim	0 () Não
Câncer de mama	1 () Sim	0 () Não	Tuberculose	1 () Sim	0 () Não
Câncer de colo de útero	1 () Sim	0 () Não	Hepatite B	1 () Sim	0 () Não
Câncer de próstata	1 () Sim	0 () Não	Hepatite C	1 () Sim	0 () Não
Outro tipo de câncer, Qual registrar abaixo	1 () Sim	0 () Não	Caxumba	1 () Sim	0 () Não
Artrite/reumatismo	1 () Sim	0 () Não	Rubéola	1 () Sim	0 () Não
Osteoporose	1 () Sim	0 () Não	Sarampo	1 () Sim	0 () Não

Pesquisa sobre condições de saúde da população cigaína no Bahia

22

SINAIS E SINTOMAS GERAIS				
82. Seguem alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.				
0 = Nunca				
1 = Raramente				
2 = Frequentemente				
Problema	0	1	2	Problema
Dor no peito				Dor de ouvido
Dor de cabeça				Problemas digestivos
Dor nas pernas				Cansaço mental
Dor na parte inferior das costas				Nervosismo
Dor nos braços				Sonolência
Dor parte superior das costas				Injúria
Dor de dente				Azia/Queimadura
Cansaço ao falar				Fraqueza
Comichão/lesão/dor na genitália				Diminuição da visão
Problemas de pele				Prisão nos olhos
Esquecimento				Palpitações
Dificuldade em ouvir				Problema de circulação

Frequência sobre condições de saúde da população cigana no Brasil

21

LER/DORT	1 () Sim	0 () Não	Infeção urinária	1 () Sim	0 () Não
Fomeia	1 () Sim	0 () Não	Doença dos rins	1 () Sim	0 () Não
Lombalgia	1 () Sim	0 () Não	Poliomielite	1 () Sim	0 () Não
Insuficiência cardíaca	1 () Sim	0 () Não	Rinite/Sinusite	1 () Sim	0 () Não
Infarto do miocárdio	1 () Sim	0 () Não	Disfonia	1 () Sim	0 () Não
Anzina	1 () Sim	0 () Não	Asma	1 () Sim	0 () Não
Doença de Chagas	1 () Sim	0 () Não	Gastrite	1 () Sim	0 () Não
Diarreia	1 () Sim	0 () Não	Úlcera no estômago	1 () Sim	0 () Não
Desnutrição	1 () Sim	0 () Não	Depressão	1 () Sim	0 () Não
Leptospirose	1 () Sim	0 () Não	Doença venérea	1 () Sim	0 () Não
81.1 Outros(s)? Especifique.					

Frequência sobre condições de saúde da população cigana no Brasil

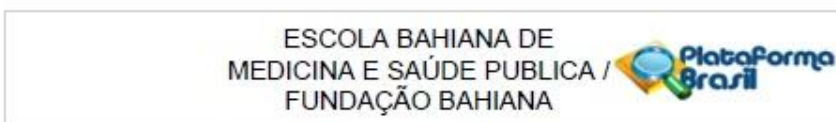
APÊNDICE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido--TCLE

			
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE			
<p>A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP está desenvolvendo o Projeto de Pesquisa "Condições de saúde da população cigana na Bahia", sob a coordenação do pesquisador responsável Bruno Gil de Carvalho Lima, e da pesquisadora Ana Cláudia Conceição da Silva. Telefone para contato: 3276-8265.</p>			
<p>Neste momento estamos convidando você a participar do estudo. Caso você concorde saiba que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você participará da pesquisa respondendo a um questionário sobre suas condições de saúde, cuja duração será aproximadamente 35 minutos; • Todas as informações serão confidenciais. Será assegurado o seu anonimato, sobretudo as mulheres, pois o seu nome e identificação não serão revelados. • Você poderá interromper sua participação na pesquisa no momento que desejar, sem risco de qualquer penalidade ou prejuízos pessoais e profissionais; • Não há despesas pessoais para que você participe do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação; • O relatório final deste estudo, estará disponível para todos que dele se interessar. • Em qualquer etapa do estudo você poderá manter contato com os pesquisadores nos seguintes endereços: Av Dom João VI, 275, Brotas, Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana, tel (3276-8265), e-mail (brunogil@bahiana.edu.br) e (anaclaudiacs@gmail.com). 			
<p>Objetivos do estudo: Geral. Descrever as condições de saúde da população cigana na Bahia. Específicos. Descrever características sociodemográficas da população cigana na Bahia; Descrever características relacionadas ao trabalho e aos hábitos de vida da população cigana na Bahia; Descrever características relacionadas à situação de saúde e acesso aos serviços de saúde, da população cigana na Bahia; Descrever a distribuição espacial da população cigana na Bahia; Estimar a prevalência de agravos à saúde na população cigana na Bahia.</p>			
<p>É importante que você saiba:</p> <p>Benefícios: As pesquisas em saúde podem ser utilizadas no planejamento de saúde e podem possibilitar a identificação, descrição, medição e análise do processo saúde-doença; As pesquisas permitem desvelar estimativas de morbidade e características dos grupos ciganos, ao identificar demandas e ofertas; Os resultados das pesquisas podem fornecer informações de ordem mais específica (condições de moradia, hábitos de vida, nutrição, agregado familiar, violência). Podem possibilitar intervenção organizada a partir das necessidades da população; Possibilidade de identificar fatores que acentuam as desigualdades em saúde; Os resultados são ferramentas para a agenda global, no que se refere à equidade e direito à saúde, a partir do monitoramento e medição das desigualdades. Riscos: O estudo oferece constrangimento e "vergonha" às participantes, entretanto, a fim de minimizá-lo, a entrevista poderá protelar ou até mesmo se negar a responder, sendo respeitada a vontade da mesma, pelos pesquisadores responsáveis. Pode-se alternar perguntas que se julgue causar algum constrangimento.</p> <p>A pesquisa será realizada no período da manhã e da tarde. Você pode ter inconvenientes ao responder as perguntas. Fique a vontade para relatar qualquer problema que você tiver. Caso você aceite participar e esteja de acordo com estes termos, por favor, pedimos seu consentimento, assinando este Termo. Sua contribuição será de fundamental importância para se alcançar os objetivos propostos, e deverá estar acompanhada do Termo de Consentimento abaixo discriminado. O Termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o VSA ou seu representante legal</p> <p>Este Termo de Consentimento é para certificar que eu, _____, após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da Pesquisa.</p>			
Data: ____/____/____		Questionário: nº _____	
Assinatura/Responsável: _____			
Nome do entrevistado: _____			
Sexo: () Feminino () Masculino		Data Nascimento: ____/____/____	
Documento de Identidade: nº _____		Grau de parentesco: _____	
Endereço: _____			
Bairro: _____		Cidade: _____	
Telefone: () _____		UF: _____ CEP: _____ - _____	
E-mail: _____		Pesquisador: _____	

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas - CEP. 40.285-01- Salvador-BA. Tel.:(71) 2101-1900

ANEXOS

ANEXO 1. Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde da população cigana na Bahia
 Pesquisador: Bruno Gil de Carvalho Lima
 Área Temática:
 Versão: 2
 CAAE: 04819412.7.1001.5544
 Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 182.978
 Data da Relatoria: 26/02/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora argumenta que o povo cigano é composto por grupos de indivíduos que constituem comunidades tradicionais em nosso país. Possui características que o diferencia da grande maioria da população brasileira. É carreado de valores, hábitos e tradições. Historicamente as variações na distribuição das doenças nas populações aconteceram em função da distribuição da riqueza nas sociedades humanas. As mesmas surgem em função da vulnerabilidade que determinados grupos estão expostos. Na tentativa de melhorar a equidade em saúde e superar as desigualdades visou-se estudar esse grupo específico. A pesquisadora informa que será realizado um estudo de corte transversal, multicêntrico, conduzido em quinze municípios no Estado da Bahia, Brasil.

A área geográfica de estudo compreenderá quinze municípios do Estado da Bahia: Recôncavo Bahiano (São Sebastião do Passé, Santo Antônio de Jesus, Santo Amaro, Muritiba, Cruz das Almas); Região Metropolitana de Salvador (Camaçari, Lauro de Freitas, Simões Filho, Candeias, Dias Dávila); Sudoeste

Endereço: Avenida Dom João VI, Nº 274
 Bairro: Brotas CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep-ebmsp@bahia.edu.br

ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



(Jequié, Ipiaú); Chapada Diamantina (Marcionílio Souza, Utinga, Jacobina). Para a definição do campo de estudo foi realizado um levantamento prévio com as lideranças estaduais ciganas, na Bahia, e se observou os municípios com maior concentração (grupos) de ciganos.

A população de estudo será composta por aproximadamente 2.225 indivíduos, com idade igual ou superior a 12 anos, pertencentes à população cigana na Bahia, residentes em: Camaçari (n=787), Lauro de Freitas (n=70), Simões Filho (n=63), Candeias (n=138), São Sebastião do Passé (n=43), Dias Dávila (n=250), Cruz das Almas (n=161), Santo Antônio de Jesus (n=150), Santo Amaro (n=95), Muritiba (n=50), Jequié (n=30), Ipiaú (43), Marcionílio Souza (66), Utinga (244) e Jacobina (78).

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, contemplando diferentes aspectos relacionados às condições de saúde, os quais apresentam dimensões relevantes para o estudo (Características sociodemográficas, Informações sobre o trabalho, Atividades do dia-a-dia, Acesso aos serviços de saúde, Situação de saúde, Situações de Vitimização/Violência). O trabalho de campo será constituído pelas seguintes etapas: contato, entrega e aplicação do questionário

conduzido por uma entrevista, recolhimento; supervisão; controle de qualidade dos dados coletados; fluxo de acompanhamento da coleta, definição de cronograma de trabalho semanal. Quanto aos procedimentos e condutas para a equipe de trabalho de campo, destaca-se a construção de estratégias para entrada na comunidade cigana, sensibilização para participação no estudo (divulgação do estudo e interlocução com as lideranças), abordagem do entrevistador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Descrever as condições de saúde da população cigana na Bahia

Específicos:

Descrever características sociodemográficas da população cigana na Bahia;

Descrever características relacionadas ao trabalho e aos hábitos de vida da população cigana na Bahia;

Descrever características relacionadas à situação de saúde e acesso aos serviços de saúde, da população cigana na Bahia;

Descrever a distribuição espacial da população cigana na Bahia;

Estimar a prevalência de agravos à saúde na população cigana na Bahia.

Endereço: Avenida Dom João VI, Nº 274

Bairro: Brotas

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep-ebmsp@bahia.edu.br

ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos próprios de constrangimento em especial ao sexo feminino, foram previstos e relatados pelo pesquisador em sua metodologia e TCLE, assegurando aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de interrupção da mesma, assim como o devido sigilo e proteção à sua privacidade.

Os benefícios serão indiretos a partir da divulgação dos dados e visam subsidiar a criação de política pública mais fundamentada para este segmento da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto passível de ser executado na condição a que se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende aos princípios bioéticos preconizados pela Res. 196/96

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 07 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Rosely Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Dom João VI, Nº 274
Bairro: Brotas CEP: 40.290-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep-ebmsp@bahia.edu.br

ANEXO 2. Artigo publicado "Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana: uma revisão sistemática".

Artigo de Revisão
Rev. Saúde Com 2016; 12(1):497-504

Revista Saúde Com
ISSN 1809-0761
www.iesb.br/revista/rscojs

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO CIGANA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ACCESS AND USE OF HEALTH SERVICES BY GYPSY POPULATION: A SYSTEMATIC REVIEW

Ana Cláudia Conceição da Silva¹, Bruno Gil de Carvalho Lima²

Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana, Escola Brasileira de Medicina e Saúde Pública – IESB¹, Universidade Estadual do Sudoeste de Bahia – (UESB)/Departamento de Saúde²

Abstract

Study aimed to characterize the studies on access and use of health services by the Roma population. A systematic review was performed by searching for articles from databases CovidSP/Medline, ProQuest, Web of Science and LILACS between 2008 and 2013. Articles (115) were included. (51) Medline, (17) ProQuest, (47) Web of Science, (01) LILACS. After thorough reading, 10 articles were selected which were related to access and health of Roma population. Many studies seemed to meet inclusion criteria by reading title and abstract. But after thorough reading they did not meet the requirements. All are in English idiom. Most of the UK in the period of 2012-2013, quantitative studies. They presented varied methods, without methodological rigor and detail, with unrepresentative samples and little comparability findings.

Key words: Health services, Utilization, Health services accessibility, Ethnic groups/Roma, Gypsies

Resumo

Estudo teve como objetivo caracterizar os estudos sobre acesso e utilização de serviços de saúde pela população cigana. Foi realizada revisão sistemática mediante busca de artigos a partir das bases de dados CovidSP/Medline, ProQuest, Web of Science e LILACS período 2008 a 2013. Incluíramos 115 artigos. (51) Medline, (17) ProQuest, (47) Web of Science, (01) LILACS. Após leitura completa, 10 artigos relacionados a acesso e saúde da população cigana. Muitos estudos parecem cumprir critério de inclusão pela leitura do título e abstract, mas após leitura completa não preenchem os requisitos. Todos são no idioma inglês. A maioria do Reino Unido, no período 2012-2013, estudos quantitativos. Apresentaram métodos variados, sem rigor metodológico e detalhamento, com amostras não representativas, e achados de pouca comparabilidade.

Palavras-chave: Serviços de saúde, Utilização, Acesso aos serviços de saúde, Grupos étnicos: Ciganos

Introdução

A categoria acesso é multidimensional e pessoal (dimensões: política, econômica, técnica e simbólica). Portanto, envolve em certa relação governamental, implementação de políticas, participação popular, oferta, demanda, organização dos serviços, aceitação dos mesmos pela população, e capacidade dos serviços em atender demandas culturais, religiosas, e a subjetividade do estado de saúde¹.

Os serviços de saúde devem garantir a equidade e acesso para todos os povos e comunidades, independente de etnia, cultura e estrato socioeconômico². Devem estruturar o processo de trabalho e considerar as especificidades dos grupos étnicos, assim como a gestão para garantir e ofertar, a fim de superar as desigualdades em saúde³.

De um modo geral, a existência de barreiras põe em risco a relação entre os usuários e os serviços. São reconhecidas três espécies: 1) barreira socioeconômica; 2) barreira geográfica; 3) barreiras de informação sobre os serviços⁴.

O povo cigano possui características culturais próprias, são considerados um grupo étnico⁵, na medida em que constitui comunidade definida por semelhanças linguísticas, culturais, trajetória de discriminação, colonização em múltiplas situações de contato e condições sociais e a consequente desconhecimento dos direitos assegurados por lei, em especial o acesso à saúde de forma universal, integral, igualitária e equânime⁶.

Devido ao seu percurso histórico a situação de vulnerabilidade, representada por escassez de informações, comportamentos, cultura e valores singulares, conjuntura socioeconômica, acesso aos serviços de saúde, escassez de políticas públicas educacionais específicas para ciganos, relações de gênero, estigma, intolerância étnico-racial, garantia de direitos, participação política, exercício da cidadania, interseccionalidade, integralidade na atenção à saúde, garantia dos direitos sociais e humanos, busca da equidade e superação das desigualdades.

A maioria dos estudos sobre acesso não abordam a população cigana, assim como não existem estudos acerca de acesso à saúde por ciganos no Brasil. Os estudos existentes, em sua maioria, referem-se a países da Europa, e visam demandas específicas. Portanto, pretende-se preencher uma lacuna do conhecimento, ao contribuir para o aca-

res, elucidando-se interações entre a etnia cigana e o sistema de saúde.

Neste contexto, o artigo visa a descrever características dos estudos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana.

Métodos

Foi realizada revisão sistemática, mediante busca de artigos a partir das bases de dados CovidSP/Medline, ProQuest, Web of Science e LILACS, período 2008 a 2013.

Utilizaremos os seguintes descritores e termos relacionados: DescifreWeb (Lilacs and Health Care disparities or health factor or health service accessibility or health inequalities or health differences). Os índices foram: título, abstract, leitura completa. Optou-se por estudos quantitativos, qualitativos e de revisão.

Os artigos selecionados, atenuaram aos seguintes critérios de inclusão: espécie (humanat), disponibilidade de texto (títulos completos disponíveis), idiomas (inglês, português, espanhol), data da publicação (últimos 10 anos), sendo identificados aspectos de publicação (título, tema, periódico, local, ano, idioma) e aspectos metodológicos (definidos população, campo, abordagem, principais achados).

Resultados

Inicialmente, foram selecionadas 115 citações (Figura 1): (51) Medline, (17) ProQuest, (47) Web of Science, (01) LILACS. Após leitura, excluímos 1 citação tipo tese e 24 artigos repetidos, identificamos 90 artigos válidos. Excluímos 72 artigos, por não cumprir critério de inclusão.

Após leitura completa, excluímos 8 artigos, selecionamos 10 artigos relacionados a acesso e saúde da população cigana (Quadro 1). Observamos que todos os estudos foram no idioma inglês (n=10), tema acesso/utilização dos serviços de saúde (63,3%), e abordagem quantitativa (n=5) (Tabela 1).

ANEXO 3. Comprovante de submissão do Artigo "Acesso e utilização de serviços de saúde pelo povo cigano".

[CIADS] Agradecimento pela submissão

Entrada x



Cássia Pereira das Chagas
<cadernos.direitosanitario@fiocruz.br>

4 de mar (Há 7 dias)

para mim

Sra Ana Cláudia Conceição da Silva,

Agradecemos a submissão do trabalho "Acesso e utilização dos serviços de saúde pelo povo cigano" para a revista CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/author/submission/282>

Login: anaclaudiacs

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Cássia Pereira das Chagas
CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO

CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO - CIADS 2015

<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br>