

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Marcela Iwano

Evidências em saúde sobre o povo cigano: uma revisão de literatura entre 2009 a 2018

Brasília

2019

Marcela Iwano

Evidências em saúde sobre o povo cigano: uma revisão de literatura entre 2009 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney.

Brasília

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

I96e Iwano, Marcela.
Evidências em saúde sobre o povo cigano: uma revisão de literatura
entre 2009 a 2018 / Marcela Iwano. -- 2019.

Orientador: Assis Luiz Mafort Ouverney.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2019.

1. Povo Cigano. 2. Grupos Étnicos. 3. Identificação Social. 4. Saúde
da População. 5. Equidade. 6. Determinantes Sociais da Saúde.
7. Revisão. 8. Análise Espaço-Temporal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 305.891497

Marcela Iwano

Evidências em saúde sobre o povo cigano: uma revisão de literatura entre 2009 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 10 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Brasília

2019

*Agradeço a todas e todos que contribuíram de alguma
forma para o desenvolvimento desta dissertação.*

AGRADECIMENTOS

Tenho uma profunda gratidão pela realização deste projeto que me proporcionou desafios, vivências, conhecimentos, superações e alegria de compartilhar um trabalho sobre uma temática que me desperta muitos afetos.

Agradeço o mestrado pelo aprendizado com professores admiráveis, colegas divertidos e uma turma unida. Foram dois anos de crescimento, convivendo com o apoio de pessoas que somaram força para a concretização deste trabalho.

Agradeço ao Ministério da Saúde pela oportunidade de estudo e pelo investimento na minha qualificação. Amo o meu trabalho e sou feliz pela possibilidade de atuar com saúde e políticas públicas, pois isso me traz o entusiasmo de cooperar para mudanças melhores na sociedade.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney, pela sua sensibilidade, ajuda, paciência e conhecimentos compartilhados. Obrigada pela ótima orientação e por seguir essa jornada comigo.

Agradeço aos professores que aceitaram o convite para compor minha banca. Sou grata pelas críticas construtivas desde a qualificação e sei o tanto de paciência, dedicação e cuidado é preciso para ler e avaliar os trabalhos acadêmicos.

Não poderia deixar de agradecer ao povo cigano, sem a qual este trabalho não seria possível. Espera-se que este estudo contribua para melhorias de saúde na etnia cigana, tendo em vista suas desigualdades no mundo todo.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que acompanharam a minha jornada: que se emocionaram comigo; que compartilhei preocupações e ansiedades; que aprendi e troquei saberes; que me apoiaram e foram meu pilar de sustentação.

Obrigada aos meus pais e irmão, minha estimada família e meu suporte: Cristina, Sérgio e Rafael.

Obrigada a companheiras de trabalho e amigas maravilhosas: Luana, Lívia, Jéssica, Isabela e Marina.

Obrigada pelas amigadas de longa data e pelas palavras de motivação: Ísis Caroline, Ana Cláudia, Lidiane, Guilherme e Fernanda.

Obrigada a todas e todos que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento desta dissertação. Peço desculpas por não mencionar nominalmente todas as pessoas, mas saibam que sou imensamente grata!

Quando não souber para onde ir, olhe para trás e veja de onde veio.

PROVÉRBIO AFRICANO.

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica sobre a saúde do povo cigano com base em artigos selecionados dos anos de 2009 a 2018.

Metodologia: Revisão de literatura sobre saúde do povo cigano com artigos selecionados na base de dados LILACS.

Resultados: Problemas relacionados com o acesso à saúde, o tabagismo, a hipertensão, a depressão e o racismo institucional. Os vínculos familiares são reconhecidos como valor social e as relações de gênero são bem marcadas. O cuidado mútuo das famílias pode ser considerado um fator de proteção em relação ao uso de substâncias por adolescentes ciganos e contra o suicídio letal.

Recomendações: Visibilidade às normativas de saúde do povo cigano, produção científica sobre a temática e inclusão da etnia nas pesquisas do IBGE.

Limitações do estudo: A busca se limitou a apenas uma base de dados (LILACS) e não foram considerados os artigos de periódicos estratificados no nível de qualidade C, de acordo com a classificação de periódicos Qualis utilizada pela Capes.

Palavras-chave: povo cigano, saúde, equidade, grupo étnico, revisão de literatura.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific production about Roma People's health, based on the articles published from 2009 to 2018.

Methodology: Literature review on Roma People's health with selected articles in the LILACS database.

Results: Problems related to access to health, smoking, hypertension, depression and institutional racism. Family ties are recognized as social value and gender relations are well marked. Mutual care of families can be considered a protective factor against substance use by Roma adolescents and against lethal suicide.

Recommendations: Visibility to the Roma People's health regulations, scientific production and inclusion Roma People in IBGE research.

Study limitations: The search was limited to only one database (LILACS) and we did not consider journal articles stratified at quality level C, according to the Qualis journal classification used by Capes.

Keywords: roma people, health, equity, ethnic group, literature review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	22
Figura 2 -	Fluxograma da seleção dos artigos científicos.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número de artigos agrupados pelas dimensões de análise.....	33
-------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano.....	60
Tabela 2 -	Número de artigos por ano.....	31
Tabela 3 -	Número de artigos agrupados pelas dimensões de análise.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
BVS	Biblioteca Virtual
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Década de Inclusão dos Ciganos
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DTP	Vacina Tríplice Bacteriana
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MMR	Vacina Tríplice Viral
MS	Ministério da Saúde
NSE	Nível Socioeconômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>

RL	Revisão de Literatura
SAOS	Apneia Obstrutiva do Sono
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Triglicerídeos
TB	Tuberculose
VIP	Vacina Inativada Poliomielite

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ESTUDOS PRÉVIOS SOBRE SAÚDE DO POVO CIGANO.....	17
2.2	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	20
2.3	POLÍTICAS PARA O POVO CIGANO.....	23
3	METODOLOGIA	26
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
5	RESULTADOS	29
5.1	ACESSO.....	33
5.2	AGRAVOS I.....	36
5.3	AGRAVOS II.....	39
5.4	GRUPOS ESTRATÉGICOS.....	40
5.5	GENÉTICA.....	44
5.6	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	44
6	DISCUSSÃO	49
7	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	52
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
9	REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Existe uma crescente produção sistemática de estudos que abordam as relações entre como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população. Essas pesquisas têm avançado particularmente nas iniquidades em saúde, ou seja, investigam-se grupos populacionais que se encontram em situação de vulnerabilidade frente aos processos de saúde e doença. Apesar disso, ainda são incipientes os estudos que exploram o peso da dimensão étnica na expressão diferenciada dos agravos à saúde. Minorias vivenciam situações que os colocam em condições de saúde desfavoráveis. No caso, o presente trabalho é focado na saúde do povo cigano.

Na área da saúde, estudos prévios apontaram piores indicadores de saúde do povo cigano quando comparados à população em geral. São identificadas barreiras de acesso à saúde por conta da discriminação, problemas na documentação e falta de referência de moradia. As informações disponíveis evidenciam que esse povo se encontra em situação de vulnerabilidade e de risco social, decorrentes de fatores históricos e sociopolíticos. Muitas famílias ciganas vivem, com frequência, em condições de pobreza, sem acesso ao saneamento básico e à energia elétrica (BRASIL, 2016).

No que tange aos estudos de Revisão de Literatura (RL) sobre saúde do povo cigano, existem poucas pesquisas, sobretudo no Brasil, sendo a maioria no âmbito internacional e no idioma em inglês (COOK et al., 2013).

Estima-se que há mais de meio milhão de ciganos no país (BRASIL, 2013). Há uma carência de dados estatísticos e informações oficiais sobre essa população. Levantamentos são essenciais para garantir o acesso do povo cigano a serviços públicos da área de saúde, educação, trabalho e segurança, além do enfrentamento ao racismo institucional.

De acordo Cavalcante et al. (2016), a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou as seguintes informações:

Dos 5.570 municípios entrevistados pelo IBGE, 195 declaram executar programas e ações para ciganos, e 337 declaram a existência de acampamento cigano, dos quais 73 declaram ser em área pública destinada a este fim, com índice de 38,4% na região sudeste, 31,5% na região nordeste, 16,4% na região sul, e 13,7% na região centro-oeste. A MUNIC 2014 revela a existência de acampamento cigano distribuídos em 22 das 27 Unidades Federativa brasileira com índice de 36,2% na região sudeste, 34,7% na região nordeste, 14,8% na região sul, 11,0% na região centro-oeste, e 3,3% na região norte. (CAVALCANTE et al., 2016, p.7).

Apesar dos dados desatualizados, a Munc 2014 constitui um instrumento inicial para o diálogo com os gestores públicos na defesa de ações em prol da população cigana do Brasil. Outra importante fonte de dados é o Cadastro Único (CadÚnico) dos programas sociais desenvolvidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Em 2015, foram registrados 13.203 ciganos cadastrados no CadÚnico, dos quais 81% são beneficiários do Programa Bolsa Família (CAVALCANTE et al., 2016).

A despeito das informações citadas, ainda são necessárias outras pesquisas demográficas que melhor retratem o quantitativo dessa população no contexto brasileiro. Diante disso, o Ministério Público Federal (MPF) recomendou que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inclua o povo cigano na próxima pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e no próximo Censo Demográfico de 2020.

Existe uma iniciativa de introduzir e acompanhar os dados sobre esse grupo étnico no Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde do povo cigano é pauta institucional do Ministério da Saúde (MS), coordenada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Essa Secretaria é responsável por promover políticas de equidade e foi criada a partir da compreensão de que as condições sociais, econômicas, políticas, geográficas, de raça, gênero e orientação sexual são consideradas determinantes das condições de saúde. Nesse sentido, são primordiais políticas públicas que atuem na redução das diferenças históricas de grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade, a exemplo do povo cigano.

Por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP), a SGEP apoia a implementação das Políticas de Promoção de Equidade e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, bem como promove a participação e o controle social.

Tendo em vista a recente inserção da pauta cigana no Ministério da Saúde, existem poucos marcos legais que referenciam essa população no âmbito da saúde. Entretanto, cabe ressaltar a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, publicada pela Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2018), representando a norma mais recente e um significativo avanço no campo das políticas públicas de saúde.

No âmbito do DAGEP, a temática de saúde do povo cigano tem sido minha referência de trabalho para contribuir no aprimoramento da atenção integral à saúde dessa população. Considerando que os achados sobre o assunto ainda são bastante incipientes, este trabalho

teve como objeto a produção científica sobre a saúde do povo cigano. As perguntas norteadoras para o desenvolvimento da dissertação foram: “O que revela o conjunto de estudos sobre a saúde do povo cigano? Quais são as recomendações para a implementação de ações de saúde para essa população?”.

O raciocínio hipotético inicial era de que o povo cigano se encontra em situação de vulnerabilidade na expressão diferenciada dos agravos à saúde e de que as ações de saúde voltadas para essa população precisam ser aperfeiçoadas, especialmente em relação aos dados e indicadores de saúde sobre esse grupo étnico.

Esta dissertação propôs uma Revisão de Literatura (RL) que buscou se aproximar da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), da qual será melhor detalhada posteriormente. Assim, o objeto geral do trabalho foi analisar a produção científica sobre a saúde do povo cigano com base em artigos selecionados dos anos de 2009 a 2018.

Os objetivos específicos foram:

1. Levantar e selecionar artigos sobre saúde do povo cigano;
2. Sistematizar as informações dos artigos selecionados;
3. Analisar o conteúdo dos artigos sistematizados;
4. Propor recomendações para a implementação das políticas de saúde do povo cigano no Brasil.

Espera-se que o presente estudo colabore para a visibilização da história do povo cigano, suas especificidades, cultura e condições de saúde, de modo a disseminar conhecimento sobre a etnia, bem como promover a desconstrução de estereótipos dessa população.

O debate sobre construção de estratégias de saúde para comunidades tradicionais ainda necessita de aperfeiçoamento para garantia do direito à saúde no que tange à promoção, proteção e recuperação. Espera-se que as informações aqui apresentadas subsidiem gestores e profissionais da saúde na implementação de ações de saúde para o povo cigano e reforcem a necessidade da produção e da qualificação de dados oficiais no processo de monitoramento e avaliação em saúde, o que demonstra a importância das instituições governamentais, a exemplo do Ministério da Saúde, para o significativo avanço nas políticas públicas em saúde do povo cigano.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para esta dissertação foram consideradas três categoriais teóricas de análise: estudos prévios sobre saúde do povo cigano, determinantes sociais de saúde e políticas públicas para o povo cigano.

2.1 ESTUDOS PRÉVIOS SOBRE SAÚDE DO POVO CIGANO

O povo cigano constitui um grande grupo étnico que, ao longo da História, foram perseguidos e tiveram que seguir rumos distintos, fixando-se em culturas diferentes à medida que percorriam caminhos para lidar com a discriminação e elaborar formas de sobrevivência. As várias trajetórias acarretaram diferenças entre si, de modo que não se reconhecem como uma única denominação (BRASIL, 2016).

Apenas na Europa, estima-se em 10 a 12 milhões de pessoa de etnia cigana (DUVAL et al., 2016), ou seja, o povo cigano representa a maior minoria étnica da Europa (PARRA-CASADO et al., 2018). No começo, os ciganos eram majoritariamente nômades, porém atualmente existem grupos nômades, seminômades e os que se estabelecem de forma fixa. Sua origem ainda é desconhecida, porém a teoria mais aceita é de que vieram do norte da Índia, membros de uma casta militar, de uma região conhecida como Punjab, onde hoje se localiza o Paquistão. No ano 1.000 (um mil), houve uma grande diáspora em razão de uma série de invasões islâmicas que provocaram rotas migratórias para a Ásia e para a Europa (ALMEIDA; SILVA; PEDROSA, 2012). Esses deslocamentos exigiam estratégias de sobrevivência e organização estruturada para proteção cultural desses grupos (SORIA, 2008). Até o século XIV, alguns grupos foram mantidos como escravos em partes do que hoje é considerada a Romênia e muitos pereceram no Holocausto (DUVAL et al., 2016)

Estudiosos afirmam que o termo *gypsy* (em inglês) foi criado devido a falsa ideia de que o povo cigano era proveniente do Egito. As palavras *egípcio* ou *egitano* derivam as denominações *gypsy*, *(e)gyptians* (francês), *gitan*, *gitano*, *atsinganos*, *athinganoi*, *tsigane*, *zîngaro*, *zigeuner* e ciganos (CORADINI, 2014). É importante ressaltar que essas nomenclaturas foram dadas ao povo cigano pelos *gadjós* (os não ciganos) durante a diáspora (BRASIL, 2016).

Muito embora a nomenclatura se remeta ao Egito, as pesquisas apontam a Índia como seu país de origem, porém essas questões são discutidas e questionadas, inclusive pela

própria coletividade étnica (BRASIL, 2016). Todavia, a origem egípcia foi reafirmada pelo próprio povo cigano como uma estratégia de sobrevivência e uma forma de aceitação enquanto estrangeiros nos outros países.

Algumas nomenclaturas utilizadas para referir-se ao povo cigano carregam estereótipos e adjetivos negativos, o que reforça a exclusão desses grupos. É comum que essa coletividade se reconheça e se autodenomina de acordo com seus grupos, clãs e linhagens, não constituindo um povo compacto e homogêneo. As diferenças se encontram em línguas distintas, vestimentas e regras distintas em relação a comportamentos e modos de vida. Dentre eles, estão os que compõe as etnias *Rom*, *Sinti* e *Calons* (BRASIL, 2016).

Os *Rom* brasileiros pertencem principalmente aos sub-grupos *Kalderash*, *Machwaia* e *Rudari*, originários da Romênia; aos *Horahané*, oriundos da Turquia e da Grécia, e aos *Lovara*. Já os *Calons* são oriundos dos *Kalé* da Espanha e dos que vieram de Portugal, constituindo grande expressão no território brasileiro. Os *Sinti* ou *Manouches* chegaram ao Brasil principalmente após a 1ª e 2ª Guerra Mundial, vindos da Alemanha, França, Itália, Áustria e Rússia (BRASIL, 2016).

A partir de 1970, algumas organizações começaram a se reunir e se autoneoamar como *Rom* ou *Romà*. O direito de autoneoação em suas relações com o exogrupo é exercido pela primeira vez. Não obstante, mudar o termo é um consenso organizado por novas organizações, lideranças e alguns acadêmicos, mas tem gerado controvérsias dentro das próprias comunidades ciganas.

Nas discussões internacionais, o termo *Povo Rom* já é utilizado em alguns tratados e documentos oficiais, principalmente na América do Sul. No entanto, ainda existe um debate acerca da nomenclatura nas instâncias governamentais, de forma que o presente trabalho optou por utilizar o termo “*povo cigano*”.

Há uma escassez de estudos sobre o povo cigano, sobretudo no Brasil, bem como existem poucos dados estatísticos e informações oficiais, o que legitima sua invisibilidade sociopolítica em que esse povo se encontra. É importante considerar que por muito tempo, o saber popular cigano foi transmitido entre gerações por meio de histórias, fábulas, músicas e contos, carecendo de registros históricos sobre a língua cigana e sua cultura. Todavia, há um crescimento de produção acadêmica e pesquisas que tentam resgatar a trajetória história dessa população, tal como estudar suas atuais condições de vida, a partir de questões de identidade, habitação, educação, saúde e cultura (CORADINI, 2014).

Na área da saúde, estudos prévios apontam piores indicadores de saúde para o povo

cigano quando comparados à população em geral. Até a virada do milênio, estudos epidemiológicos internacionais sobre a saúde do povo cigano centraram quase que exclusivamente nas doenças transmissíveis e em saúde reprodutiva. Pesquisas recentes têm estendido ao campo das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Esses estudos são limitados em números e incerto quanto à identificação da etnia cigana. Além de tudo, são restritos a um ou poucos indicadores. A maioria deles não pode ser realmente conclusivo porque nenhuma comparação foi feita com o total da população.

No âmbito brasileiro, COSTA e ROLIM (2014, p.33) afirmaram que "os hábitos alimentares, o tabagismo, o alcoolismo e o estresse com que o homem cigano passa pela vida são fatores que trazem à tona uma série de atitudes e nuances próprias da etnia. Os homens são responsáveis pelo bem-estar e sustentabilidade do acampamento, de suas famílias e de suas comunidades. São aqueles que transmitem o sangue cigano, a continuidade de sua linhagem e a preservação da família. Daí a necessidade premente de ações de atenção básica à saúde, pois os homens ciganos corroboram os índices de que só buscam os serviços de saúde quando os sintomas das doenças já estão em um estágio bem avançado". Para além, existe a constatação de que estão morrendo mais nesse contexto e que as mulheres estão assumindo toda a estrutura de sustentação familiar, aumentando de forma significativa os danos físicos, mentais e emocionais dessas famílias.

Em relação às mulheres ciganas, muitas se casam-se entre os 12 a 15 anos de idade e são responsáveis pela educação, cultura e saúde de suas famílias e núcleos familiares, tendo em vista os costumes e as tradições ciganas. "O controle da natalidade e a prevenção é praticamente uma transgressão à sua cultura – ter filhos e filhas é o maior presente para uma mulher cigana, uma dádiva" (BRASIL, 2016, p.13). Existem barreiras de acesso para o acompanhamento de pré-natal e exames ginecológicos preventivos, considerando fatores como o nomadismo, o receio de realizar alguns exames (como o papanicolau) e a crença de que elas não podem ser tocadas por outro homem que não sejam os seus maridos (BRASIL, 2016).

A depressão é um agravo observado com incidência nas mulheres ciganas:

A depressão é uma enfermidade observada com maior incidência nas mulheres – jovens, adultas e idosas –, propiciada pelas tensões de conflitos existentes no cotidiano, pelo enfrentamento ao racismo e por perdas de filhos e filhas, cônjuge e parentes em situações drásticas. O tratamento adequado com o acompanhamento por profissional de saúde dependerá de como as pessoas de seu núcleo familiar utilizam ou não os serviços públicos e particulares de saúde, ou quando o racismo institucional não impedir o seu acesso a esses serviços de saúde. (BRASIL, 2016, p. 14).

A literatura vigente aponta que os desafios para melhorar a saúde do povo cigano incluem tanto a compreensão das demandas específicas dessa população, bem como o aumento da participação dos ciganos nos sistemas de saúde do seu país. Iniciativas bem-sucedidas devem se centrar-se em uma abordagem de confiança e de acolhimento, considerando a identidade cultural, étnica e individual dos ciganos, no intuito de promover uma melhor atenção integral a sua saúde (COOK et al., 2013).

2.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Esta categoria teórica foi incluída para uma análise posterior dos artigos selecionados, que será desenvolvida nos resultados e na discussão desta revisão de literatura, na perspectiva dos níveis de abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS).

O conceito de saúde tem sido ressignificado diversas vezes ao longo da história. Na conformação inicial do termo, houve uma preponderância médico-biológica em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais. O conceito foi majoritariamente associado com a prática clínica de intervir e curar doenças, baseado na investigação das funções do corpo e dos processos biológicos (BUSS, 2007).

O antagonismo entre saúde pública e medicina, bem como a dicotomia biológico e social, estiveram nos centros dos debates e nas práticas dos novos campos do conhecimento. Um dos mais destacados cientistas chamado Virchow entendia que a ciência médica é intrinsecamente uma ciência social, dado que os fatores sociais e econômicos influenciam a saúde e devem ser submetidos à pesquisa científica. Virchow acreditava que o termo “saúde pública” impregna um caráter político na medida em que seu exercício implica em intervenção para identificar e eliminar os fatores que pioram as condições de saúde da sociedade (BUSS, 2007).

Nessa sequência, o conceito de saúde foi sendo ampliado a partir da ideia de que um corpo saudável não significa apenas estar livre de dor, desconforto ou estresse; mas uma expressão positiva de vigor, bem-estar e compromisso com o ambiente e a comunidade. A própria palavra “saúde”¹ deriva da palavra que significa “todo”². “Curar-se” é literalmente

¹ No original: health.

² No original: whole.

“torna-se todo” ou “restaurar a saúde” (BLAXTER, 1983). Essa compreensão alcançou seu apogeu no final da Segunda Guerra Mundial, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade, constituindo um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social (OMS, 1946).

Como consequência, foi sendo construído um certo entendimento sobre os determinantes sociais e suas implicações para a saúde, com maior ou menor nível de detalhe. Para a comissão homônima da OMS, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Já a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) considera os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de agravos e seus fatores de risco à saúde da população (BUSS, 2007).

O principal desafio dos estudos relacionados é entender a relação dos determinantes sociais com a saúde; de que maneira os fatores de natureza social, econômica e política incidem sobre a situação de saúde de grupos de pessoas, haja vista que essa relação não implica em causalidade direta de causa e de efeito (BUSS, 2007).

Algumas abordagens demonstraram que os DSS provocam as iniquidades em saúde. As com enfoque nos “aspectos físicos-materiais” compreendem que as diferenças de renda influenciam na produção de saúde e doença por motivos de menos recursos ou ausência de investimentos. As abordagens com enfoque nos “fatores psicossociais” se baseiam em mecanismos psicobiológicos e consideram que as percepções e as experiências vivenciadas em sociedades desiguais provocam prejuízos à saúde. Além disso, existem as que identificam o chamado “capital social”, ou seja, relações de solidariedade, empatia e confiança entre o indivíduo e a coletividade. Pesquisas mostraram que não são as sociedades mais ricas que possuem os melhores níveis de saúde, mas as com maior coesão social e mais igualdade (BUSS, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1) procurou sistematizar as relações dos fatores estudados com base nas abordagens mencionadas acima. Os determinantes sociais de saúde estão distribuídos em diferentes camadas, começando pelo primeiro nível, no qual se encontram os indivíduos com suas características de idade, sexo e fatores genéticos. A segunda camada compreende os estilos de vida individuais, de forma a configurar o limiar dos fatores individuais e os DSS, pois os comportamentos dos sujeitos podem ser

influenciados por determinantes sociais, a exemplo de informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos e espaços de lazer. Na camada seguinte, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (determinantes intermediários), e a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. No último nível, situam-se os macrodeterminantes que envolvem aspectos econômicos, culturais e ambientais gerais, com grande influência sobre as demais camadas (BUSS, 2007).

Figura 1- Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS, 2007.

Em relação à etnia, descobertas recentes mostraram que não existe um modelo único para os aspectos da complexa relação entre etnia e saúde dos ciganos. O modelo neo-material, o modelo estrutural-construtivista (segundo o qual nossa capacidade de controlar doença e morte é distribuída segundo recursos de conhecimento, dinheiro, poder, prestígio e conexões sociais benéficas) e outros modelos que enfatizam fatores psicológicos e socioculturais têm diferentes poderes explicativos para a associação entre etnia e dimensões específicas da saúde (VOKÓ et al., 2009).

Variações nos comportamentos de saúde entre os grupos étnicos - a exemplo de hábitos alimentares, atividade física e tabagismo - são estabelecidas por uma interação complexa de influências poligênicas e ambientais. No entanto, as explicações atribuindo disparidades de saúde às diferenças genéticas entre os vários grupos (minoritários e

majoritários) têm sido cada vez mais desafiadas em comparação ao reconhecimento de que a etnia é mais um constructo social do que biológico (VOKÓ et al., 2009).

Um estudo de intervenção na população cigana da Eslovênia revelou que o hábito de fumar é uma parte importante da identidade cultural, étnica e individual dos ciganos. A recomendação médica para a suspensão do uso do cigarro geralmente não foi seguida e as tentativas de parar de fumar, muitas vezes, não foram bem-sucedidas. O estudo constatou que os ciganos acreditavam que os efeitos nocivos do tabagismo eram associados a crenças como o destino e o fatalismo, de forma que não consideravam o hábito de fumar como um risco à saúde (VOKÓ et al., 2009). Dessa forma, a cultura desempenhou um papel importante, pois ciganos enxergavam o tabagismo como parte da sua identidade étnica e individual. Nesse caso, evidenciou-se o forte componente étnico-cultural que determinou um comportamento, incidindo na situação de saúde do povo daquela região.

Por fim, para fins de desenvolvimento e análise desta dissertação, entende-se o conceito de determinantes sociais de saúde como fatores sociais, econômicos, culturais e étnico/raciais que influenciam a ocorrências de agravos e seus fatores de risco de saúde na população. Nesse sentido, desigualdades sociais geram padrões diferenciados no modo de viver, adoecer e morrer, pois determinam distribuição desigual de fatores de exposição, acesso a bens e a serviços de saúde.

2.3 POLÍTICAS PARA O POVO CIGANO

A instituição de políticas públicas no Brasil para a promoção dos direitos do povo cigano foi baseada em dispositivos internacionais, a exemplo da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989, e promulgada no Brasil pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004 (BRASIL, 2004). As lideranças ciganas reconheceram a convenção como uma referência histórica, na qual os governos assumiram a responsabilidade para desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade.

Outro dispositivo é a Declaração sobre os Direitos das Pessoas pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas, aprovada pela Resolução nº 47/135 da Assembleia Geral da ONU, de 18 de dezembro de 1992. Esse documento

estabeleceu que os Estados adotarão medidas para criar condições favoráveis a fim de que as pessoas pertencentes a minorias possam expressar suas características e desenvolver a sua cultura, idioma, religião, tradições e costumes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992).

O Estado Brasileiro também aderiu à Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, comprometendo-se a não praticar discriminação racial, ou seja, “distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública”. (BRASIL, 1969).

No âmbito brasileiro, a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), instituída pelo Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, compreende os Povos e Comunidades Tradicionais como “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”. Um dos objetivos específicos da PNPCT é “garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional”. (BRASIL, 2007).

Outra referência é o Decreto Presidencial de 25 de maio de 2006, que institui o Dia Nacional do Cigano, comemorado no dia 24 de maio de cada ano. Esse marco legal simboliza o reconhecimento, por parte do governo brasileiro da existência e da necessidade de trabalhar pela maior visibilidade do Povo Cigano no Brasil (BRASIL, 2006).

No campo da saúde, a população cigana é mencionada no 1º parágrafo do artigo 23 da Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). A referida portaria dispõe a não obrigatoriedade de comprovação de domicílio para os ciganos nômades se cadastrarem. Essa iniciativa tem por finalidade de romper barreiras de acesso à saúde, ao compreender que alguns grupos étnicos se caracterizam pela itinerância (BRASIL, 2011).

Ademais, o marco legal mais recente e que representa um significativo avanço no campo das políticas públicas de saúde é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Povo Cigano/Romani, instituída pela Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde reafirmou seu compromisso com a pauta cigana na ocasião da Audiência Pública do Maio Cigano do Ministério Público Federal (MPF), realizada no dia 28 de Maio de 2018, ao comunicar que a publicação da política seria uma frente de trabalho prioritária.

Para a construção dessa política, o MS considerou as propostas referentes ao povo cigano, aprovadas nas Conferências Nacionais de Promoção da Igualdade Racial (CONAPIR), assim como as proposições dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que remetem à temática de atenção à saúde dessa população. Para mais, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) realizou escutas com as comunidades ciganas de diversas regiões do país, mediante as Oficinas Macrorregionais de Política de Equidade do SUS para o Povo Cigano/Romani, nas quais foram coletadas informações primordiais que subsidiaram a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

Ressalta-se que os movimentos sociais e as lideranças ciganas foram protagonistas de todo esse processo, desde os esforços para a inserção institucional da pauta até a articulação política que, conseqüentemente, culminou com proposições à política.

Diante do exposto, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, de forma a reconhecer os direitos, a cultura, os costumes e as tradições familiares desse povo, sob a ótica da saúde. A política dispõe de competências das três esferas de gestão do SUS para a implementação de ações e serviços que abrangem a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes de saúde do Povo Cigano/Romani.

Seguidamente, os principais desafios dessa política incluem a continuidade da pauta nas próximas gestões do MS, a articulação intra e intersetorial para implementação da política e a pactuação do I Plano Operativo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, que constitui instrumento norteador aos gestores federais, estaduais e municipais, com objetivo de estabelecer estratégias de aplicação da política.

3 METODOLOGIA

Trata-se de Revisão de Literatura (RL) sobre a saúde do povo cigano no âmbito nacional e internacional com base nas publicações selecionadas de 2009 a 2018, de acordo com os critérios apresentados adiante.

Para isso, esta RL buscou se aproximar da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), ao ajustar os itens do *checklist PRISMA* (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015) com a natureza descritiva do trabalho.

O universo pesquisado foram estudos indexados na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O percurso metodológico incluiu as seguintes etapas resumidamente: 1) formulação do problema; 2) definição da base de dados; 3) pesquisa na literatura; 4) seleção dos artigos segundo os critérios de elegibilidade e exclusão; 5) extração dos dados; 6) avaliação metodológica 7) síntese dos dados; 8) redação dos resultados.

A busca de artigos foi realizada por meio de descritores que identificasse estudos relacionados com a saúde do povo cigano/romani (cigan*, *gitan**, povo rom, *pueblo rom*, *roma people*, *romani**, *romany*, *roma*, *romanian*, sinti, calon, kalon, gadjé, *gypts**, *traveller**, saúde, *health*, *salud*).

A bibliografia foi selecionada com base nos seguintes critérios de elegibilidade:

1. Estudos encontrados na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);
2. Somente selecionados artigos científicos, não sendo considerados outros formatos como monografias, dissertações, teses, anais, etc;
3. Somente incluídas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol;
4. Somente selecionados documentos disponibilizados na íntegra e em formato eletrônico.
5. Estudo suscetíveis de aplicar a estratégia **PICO** - **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **“Outcomes”** (Desfecho).

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão, conforme abaixo:

1. Estudos que não abordaram a relação entre saúde e povo cigano, sendo identificados na leitura dos títulos e dos resumos;
2. Estudos com duplicidades, sejam aqueles com mesmo título, sejam aqueles com títulos distintos, mas relativos aos mesmos dados primários e de mesma autoria;
3. Artigos de periódicos estratificados no nível de qualidade C, de acordo com a classificação de periódicos Qualis utilizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes);
4. Artigos que não possuíam dados cadastrados do periódico para a área de avaliação de Saúde Coletiva na Plataforma Sucupira;
6. Estudos em andamento sem conclusão de pesquisa;
7. Estudos com resumos não disponíveis.

É importante ressaltar que não foram considerados os artigos de periódicos estratificados no nível de qualidade C, pois ampliar o universo dos estudos selecionados implicaria numa análise mais extensa e demorada, o que não foi possível em razão do prazo para entrega deste trabalho, optando-se por sua exclusão. Todavia, recomenda-se a inclusão dessa categoria para pesquisas futuras, tendo em vista o reconhecimento desses estudos que abarcam um bom quantitativo de produção nacional com valorosas contribuições.

Diante disso, a presente revisão de literatura explorou os artigos selecionados com base no anagrama **PICO**. Esses quatro componentes são elementos fundamentais da pesquisa e da construção de uma pergunta adequada para a busca de evidências que investigam a relação entre dois eventos. Pergunta de pesquisa (bem construída) possibilita a definição correta de quais informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

A partir desse levantamento, o tratamento quantitativo foi realizado de acordo com o total das referências encontradas na base de dados LILACS sob os descritores adotados. O tratamento qualitativo foi realizado a partir dos estudos e da categorização das seguintes dimensões: Acesso, Agravos I, Agravos II, Grupos Estratégicos e Determinantes Sociais de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para que o presente trabalho seja aceitável, é necessário que atenda aos fundamentos éticos e científicos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, visando assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

A Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996); a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), dispõem sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana

As resoluções acima mencionadas incorporam 4 (quatro) referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça/equidade. O princípio da autonomia visa o respeito das decisões pessoais de cada um sobre as questões relacionadas ao seu corpo e a sua vida. Já o princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, no âmbito da pesquisa científica. O princípio da não maleficência significa evitar danos ou reduzir os efeitos adversos e indesejáveis aos sujeitos de pesquisa. Por fim, o princípio da justiça ou equidade fundamenta-se na premissa da igualdade de direitos; equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios; respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, considerando os interesses dos envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários.

À vista disso, este projeto atendeu os referidos princípios e considerou as diretrizes e normas regulamentadoras elencadas nessas resoluções. Utilizou-se exclusivamente de textos científicos para esta revisão de literatura, a partir de fontes de informações de acesso livre e público, não sendo necessário o registro e a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS

Inicialmente, foram encontrados 4.231 resultados para uma busca na base de dados LILACS, realizada em abril de 2019, utilizando os seguintes descritores relacionados à saúde do povo cigano: *cigan**; *gitan**; *povo rom*; *pueblo rom*; *roma people*; *romani**; *romany*; *roma people*; *romanian*; *sinti*, *calon*; *kalon*; *gadjé*; *gypts**.

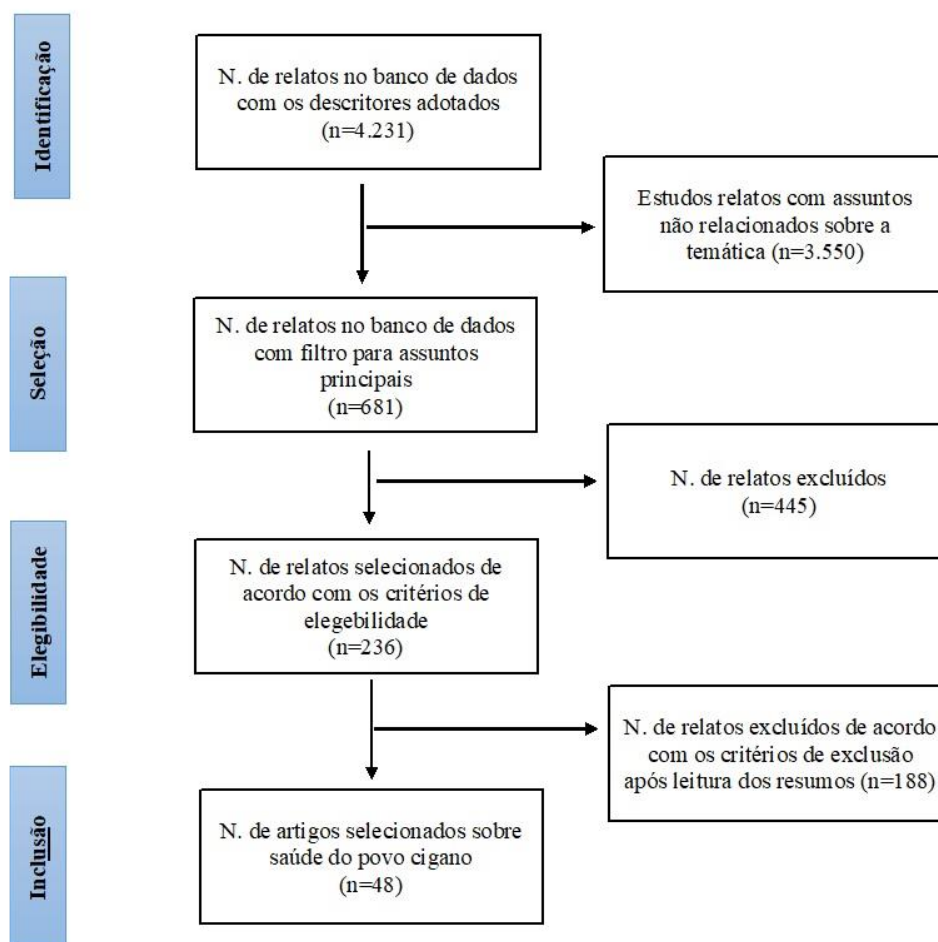
Em seguida, aplicaram-se filtros para assuntos principais, totalizando 681 achados. Os assuntos escolhidos e considerados adequados para a pesquisa foram: Roma (Grupo Étnico); Nível de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Mutação; Grupos Étnicos; Disparidades nos Níveis de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Grupos Minoritários; Classe Social; Migrantes; Grupo com Ancestrais do Continente Europeu; Serviços de Saúde; Preconceito; Identificação Social; Família; Atitude Frente à Saúde; Infecções por HIV; Características Culturais; Polimorfismo Genético; Predisposição Genética para Doença; Identidade de Gênero; Genética Populacional; Obesidade; Satisfação Pessoal; Atenção Primária à Saúde; Saúde das Minorias; Disparidades em Assistência à Saúde; Racismo; Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Pais; Qualidade de Vida; Religião e Psicologia; Comportamento Social; Variação Genética; Mortalidade; Imunização; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Populações Vulneráveis; Discriminação Social; Frequência do Gene; Estilo de Vida; Ansiedade; Qualidade da Assistência à Saúde; Isolamento Social; Justiça Social; Estresse Psicológico; Violência; Comportamentos Relacionados com a Saúde; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Saúde Mental; Educação em Saúde; Satisfação do Paciente; Cultura; Grupo com Ancestrais do Continente Asiático; Emigrantes e Imigrantes; Política de Saúde; Enfermagem Pediátrica; Serviços Preventivos de Saúde; Relações Profissional-Família; Psicologia Social; Administração em Saúde Pública; Política Pública; Relações Raciais; Vergonha; Desejabilidade Social; Predomínio Social; Percepção Social; Problemas Sociais; Valores Sociais; Socialização; Fatores Socioeconômicos; Transtornos da Visão; Incompatibilidade de Grupos Sanguíneos; Poder (Psicologia); Adaptação Psicológica; Atitude do Pessoal de Saúde; Casamento; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Mortalidade Infantil; Vigilância da População; Saúde Pública; Saúde da Criança; Saúde da Família; Saúde da Mulher; Abandono do Hábito de Fumar; Relação entre Gerações; Custos de Cuidados de Saúde; Pessoal de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Relações Comunidade-

Instituição; Assistência à Saúde; Serviços de Saúde Reprodutiva; Grupos Populacionais; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Estigma Social; Marginalização Social; Migração Humana; Violência Étnica; Enfermeiras Internacionais; Determinantes Sociais da Saúde; Processos Grupais; Prioridades em Saúde; Promoção da Saúde; Mau Uso de Serviços de Saúde; Renda; Capacitação em Serviço; Mães; Programas Nacionais de Saúde; e Relações Enfermeiro-Paciente.

A última etapa teve como objetivo selecionar os estudos por meio dos critérios de elegibilidade e de exclusão, ou seja, somente incluir os artigos científicos que abordaram a relação entre saúde e povo cigano; estudos nos idiomas em inglês, espanhol ou português; documentos disponibilizados na íntegra e em formato eletrônico; artigos de periódicos estratificados no nível de qualidade A e B (de acordo com a classificação de periódicos Qualis utilizada pela Capes); e artigos suscetíveis de aplicar a estratégia **PICO**.

Ao todo, foram selecionados 48 (quarenta e oito) artigos por meio de processo esquematizado pela Figura 2:

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos artigos científicos



Fonte: Elaborada pela autora.

As informações dos artigos selecionados foram organizadas conforme a estratégia **PICO**, nos seguintes campos dispostos na tabela 1: Título, Ano, Autoria, País, População, Intervenção ou Exposição, Controle ou Comparação, Desfecho (*Outcome*).

Os resultados mostraram que a maior parte dos estudos é internacional, no idioma inglês e dentro de um recorte temporal de 2009 a 2018. Também se verificou que a maioria dos estudos foi publicada a partir de 2013. O ano com maior número de artigos publicados foi 2015 (n=9), enquanto o período de menor produção científica foi entre 2009 a 2012 (tabela 2).

Tabela 2 - Número de artigos por ano

Ano	Número de Artigos
2009	2
2010	2
2011	3
2012	2
2013	7
2014	4
2015	9
2016	5
2017	8
2018	6
Total	48

Fonte: Elaborada pela autora

As dimensões de análise foram estabelecidas em 5 (cinco) categorias distintas:

1. Acesso: artigos sobre imunização e acesso aos serviços de saúde;
2. Agravos I: artigos sobre doenças crônicas, doenças transmissíveis e não-transmissíveis;
3. Agravos II: artigos sobre violências e suicídios;
4. Grupos Estratégicos: artigos referentes aos ciclos de vida tais como saúde do homem, saúde da mulher, saúde do jovem, saúde do adolescente e saúde da criança;
5. Determinantes Sociais de Saúde: artigos sobre DSS, com enfoque no estilo de vida e nas condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

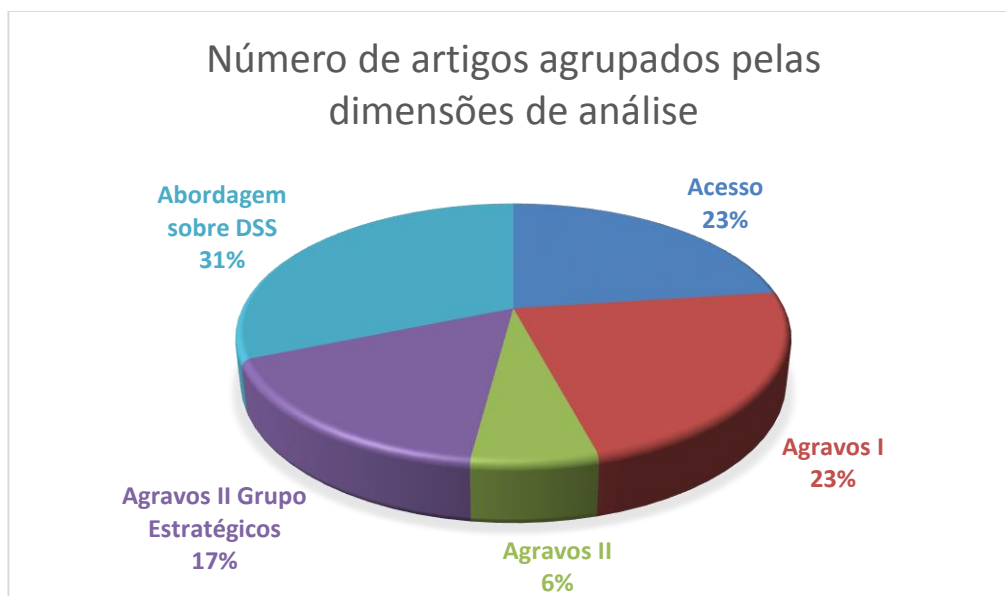
De acordo com a tabela 3 e o gráfico 1, a dimensão “Determinantes Sociais de Saúde” agrupou a maior quantidade de artigos (n=15), ou seja, quase um terço dos estudos selecionados, enquanto a dimensão “Agravos II” teve apenas 3 (três) achados, que correspondem a 6% do total dos artigos.

Tabela 3 - Número de artigos agrupados pelas dimensões de análise

Dimensão	Número de Artigos
Acesso	11
Agravos I	11
Agravos II	3
Agravos II Grupo Estratégicos	8
Determinantes Sociais de Saúde	15
Total	48

Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 1 - Número de artigos agrupados pelas dimensões de análise



Fonte: Elaborado pela autora

Os estudos sobre genética foram excluídos de uma investigação minuciosa deste trabalho, haja vista o seu conteúdo extremamente técnico, trazendo limitações de análise para a autora. Todavia, observou-se um número expressivo de artigos sobre a temática ao se realizar a busca sobre saúde do povo cigano na base de dados LILACS (n=15), de forma que a autora optou pela sua inclusão sob os aspectos gerais, não passível de aplicar a estratégia **PICO**, tendo em vista as limitações de análise sobre o assunto.

5.1 ACESSO

A literatura vigente sobre saúde do povo cigano relatou menor acesso aos serviços de saúde, bem como menor adesão aos cuidados preventivos desse grupo étnico. Foi mencionada a importância da atenção primária na promoção da saúde, especialmente no que tange a causas de mortalidade evitáveis, como doenças infecciosas e causas externas (NIKOLAIDIS et al., 2015). Com relação à imunização, existem poucas pesquisas relacionadas ao povo cigano/romani, em parte pela escassez de dados apropriados, de forma que os diversos autores reiteraram a importância de alcançar uma melhor compreensão do assunto ((DUVAL et al., 2016).

KALUSKI et al. (2014) corroboraram com os achados de LA PARRA CASADO, GIL GONZÁLEZ, DE LA TORRE ESTEVE (2015) sobre o acesso limitado aos serviços de saúde do povo cigano. Nessa sequência, financiamento próprio para a melhoria do acesso à saúde do povo cigano constitui uma estratégia para o enfrentamento das disparidades em saúde.

ANDREASSEN et al. (2018) pesquisaram as barreiras de acesso das mulheres ciganas no Noroeste da Romênia. Essas mulheres são frequentemente menos atendidas em relação ao rastreamento para câncer de colo uterino do que as mulheres não ciganas. As causas levantadas são: medo do diagnóstico, falta de informação sobre o rastreamento, altos custos, longas esperas nos consultórios médicos e resistência dos profissionais em examinar essas mulheres.

SÁNDOR et al. (2016) mostraram que os serviços de prevenção referentes a doenças cardiometabólicas na atenção primária da Hungria são poucos utilizados pela população cigana, o que evidenciou a importância de estratégias programáticas para promover o acesso aos serviços de saúde.

BOBAKOVA et al. (2015) exploraram a associação entre o efeito social - como moderador entre os problemas de acessibilidade dos cuidados em saúde - e a etnicidade na Eslováquia. A acessibilidade remete à qualidade de ser acessível, ou seja, condição de alcance para utilização; enquanto o acesso é o meio, a entrada para a acessibilidade. Nesse estudo, verificou-se que o suporte social da família e dos amigos tem um efeito protetivo/positivo para superar os problemas de acessibilidade em saúde. Os resultados mostraram que ciganos têm 3 (três) vezes mais chances de relatar problemas de acessibilidade nos serviços de saúde do que os não ciganos. Deste modo, para além dos laços familiares, inferiu-se a necessidade de outros recursos para facilitar a acessibilidade dos ciganos. A limitação da pesquisa foi sua amostra representativa dos ciganos que vivem em assentamentos, não sendo possível comparar com a população cigana geral.

SÁNDOR et al. (2017) investigaram o impacto da Década de Inclusão dos Ciganos (DIC) em um assentamento cigano rural da Eslováquia. A DIC surgiu em 2005 e é uma iniciativa de 8 (oito) países da Europa Central e do Sudeste Europeu para melhorar as condições socioeconômicas e promover a inclusão social dos ciganos. O estudo reportou uma diminuição da discriminação e uma melhora geral na utilização dos serviços de saúde para os ciganos. Também houve mudanças positivas em relação aos dados de tabagismo e de nutrição, porém negativas para o consumo de álcool e o excesso de peso. Tudo isso pode

estar ligado a várias políticas governamentais, incluindo a quadruplicação de gastos com obras públicas, a proibição de fumar em locais públicos, a restrição do marketing de produtos de tabaco, o aumento dos preços dos cigarros e um novo imposto sobre alimentos não saudáveis. Não obstante, a liberalização de regras sobre destilados coincidiu com o agravamento do consumo de álcool.

JACKSON et al. (2017) realizaram um estudo qualitativo no Reino Unido sobre imunização em comunidades itinerantes/viajantes, nas quais inclui as comunidades ciganas. Essa pesquisa identificou barreiras de acesso à saúde no campo da imunização, por motivos de linguagem e alfabetização. Foi citada a ocorrência dos erros médicos devido à falta de experiência de trabalho com a população itinerante, o que ocasionava em práticas discriminatórias baseadas em estereótipos. Neste caso, os autores identificaram a necessidade de capacitação e de sensibilização dos trabalhadores dos serviços de saúde com relação às questões culturais. Por fim, o referido artigo destacou a importância do vínculo com os profissionais da saúde, pois isso propiciou a confiança e a continuidade da atenção à saúde.

DUVAL et al. (2016) examinaram a imunização de doenças comuns na infância por meio de um Inquérito Regional dos Ciganos, realizado em 2011, com 12 (doze) países da Europa Central e do Sudeste Europeu. Foi o primeiro estudo quantitativo a relatar dados comparativos de vários países para identificar lacunas de imunização entre as crianças ciganas. Foram examinadas 4 (quatro) diferentes vacinas para crianças menores de 6 (seis) anos: BCG (contra tuberculose); VIP (contra poliomielite); DTP (contra difteria, tétano e coqueluche) e MMR (contra sarampo, caxumba e rubéola). Todas essas doenças podem ser prevenidas por meio de vacinas de baixo custo e devem ser prioridades na saúde pública. Os resultados mostraram que crianças ciganas são menos propensas, em média, a ter recebido vacinação em comparação com as crianças não ciganas (*odds ratio* = 0.325). A probabilidade de uma criança de etnia cigana ser vacinada é 33.9% comparada a uma não cigana para DTP, 34.4% para poliomielite, 38.6% para MMR e 45.7% para BCG. Ademais, foi encontrada uma correlação positiva entre a probabilidade de uma criança cigana receber qualquer vacinação e a disponibilidade de atendimento médico quando necessário, com uma abordagem que traga confiança aos cuidados em saúde. O estudo apresentou algumas limitações, uma vez que não foram coletadas informações das famílias entrevistadas, como a renda e o número de doses das vacinas das crianças.

No último artigo desta dimensão de análise, DAR et al. (2013) apresentaram uma

pesquisa e o mapeamento do *Primary Care Trusts in England*, no intuito de estimar as taxas de vacinação dos ciganos itinerantes e descrever os serviços que promovem a imunização na Inglaterra. O referido estudo contextualizou relatos de surtos de sarampo nas comunidades ciganas no Reino Unido e na Europa. A partir dos resultados, verificou-se o conhecimento insuficiente das autoridades locais sobre as taxas de imunização e serviços de saúde que atendem grupos específicos de etnia cigana. Recomendou-se o desenvolvimento de estratégias para reduzir as desigualdades nos serviços de saúde, por meio de intervenções que atendam às necessidades de saúde do povo cigano.

5.2 AGRAVOS I

Até a virada do milênio, estudos epidemiológicos sobre a saúde dos ciganos centraram-se quase que exclusivamente nas doenças transmissíveis e em saúde reprodutiva. Pesquisas recentes têm se estendido ao campo das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Esses estudos são limitados em números, restritos a um ou poucos indicadores e incertos em relação à identificação da etnia cigana. A maioria deles não pode ser realmente conclusivo porque nenhuma comparação foi feita com o total da população.

Para esta dimensão de análise, foram considerados artigos que abordaram doenças crônicas, doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Algumas pesquisas tiveram incongruências entre si, provavelmente por conta da amostragem de regiões e recorte etários diferentes.

Inicialmente, o estudo de GUALDI-RUSSO et al. (2016) apontou que as condições de saúde das minorias étnicas geralmente são ruins, inclusive do povo cigano. POVEDA, IBÁÑEZ, REBATO (2014) e BABINSKA et al. (2013) relataram prevalência de sobrepeso, obesidade e tabagismo em ciganos, atribuídos à baixa situação socioeconômica e outros determinantes sociais da saúde, sendo necessárias intervenções específicas de saúde públicas para melhoria das condições de saúde dessa população.

Em contraste, KÓSA et al. (2013) demonstraram que os riscos para obesidade, hipertensão e aumento do nível de triglicérides entre os adultos ciganos não foram diferentes da população em geral da Hungria.

No que tange a doenças cardiovasculares (DCV), BABINSKA et al. (2013) registraram maiores fatores de riscos dos ciganos em comparação aos não ciganos. Além

disso, SUDZINOVA et al. (2013) relataram que ciganos são menos assistidos para doença arterial coronariana (DAC) em relação à população em geral. Os resultados sugeriram intervenções para diminuir os riscos de DCV e promover pesquisas sobre redução de morbidade por DCV e mortalidade prematura do povo cigano.

Ainda sobre doença arterial coronariana, SILAROVA et al. (2013) avaliaram as diferenças de ansiedade e senso de coerência (SOC) entre ciganos e não ciganos com DAC. Os elementos psicossociais foram investigados, haja vista que a ansiedade demonstrou ser um importante fator de risco para infarto do miocárdio e agravamento da DAC. Logo, o senso de coerência (SOC) permite uma pessoa reagir às demandas com flexibilidade e ativar os recursos apropriados para situações diversas. Pesquisas apontaram uma ligação entre forte SOC e redução da mortalidade para DAC. O referido artigo concluiu que pacientes ciganos têm mais sintomas de ansiedade do que os não-ciganos, ambos com DAC. Fatores que contribuem para níveis mais altos de estresse são as más condições de vida, o desemprego, a discriminação e a exclusão, bem como a distância cultural vivenciada pelo povo cigano em relação à sociedade.

No que se refere às deficiências auditiva e visual, LATORRE-ARTEAGA et al. (2017) constataram que ciganos da Espanha possuem menos acesso aos óculos e aparelhos auditivos do que o resto da população, ainda que possuam mais problemas de visão e de audição, comparados à população geral.

Sobre doenças renais, um estudo na Eslováquia de KOLVEK et al. (2018) demonstrou que o estado de saúde dos ciganos dialisados não difere transversalmente dos não ciganos dialisados, quando ajustado para a idade e o gênero. No entanto, jovens ciganos têm menor permanência na diálise, o que sugere maior mortalidade entre os ciganos dialisados. Estudos longitudinais são necessários para pesquisar a mortalidade desses pacientes ciganos.

Quanto a doenças do sono, DORKOVA, SOPKOVA, TKACOVA (2010) realizaram uma pesquisa sobre apneia obstrutiva do sono (SAOS) no povo cigano da Eslováquia. A SAOS caracteriza-se por episódios repetidos de oclusão das vias aéreas superiores durante o sono. Pacientes com SAOS apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, isquemia miocárdica e aumento da morbidade e mortalidade cardiovasculares. A referida pesquisa confirmou que a etnia cigana está associada a maiores riscos de SAOS, agravada por fatores socioeconômicos, obesidade, dislipidemia e diabetes tipo 2. Novos estudos precisam investigar se os vários fatores de

riscos cardiovasculares entre os ciganos decorrem da adaptação ao estilo de vida ocidental - incluindo dieta não saudável - e/ou está relacionada a alguma predisposição genética desconhecida.

No que diz respeito a doenças transmissíveis, CASALS et al (2011) observaram uma incidência de AIDS e tuberculose na população cigana da Espanha. Todos esses problemas - somados à exclusão social e a pobreza - explicaram a fraca sobrevivência da comunidade. Sugeriu-se a priorização das políticas públicas com foco na prevenção em saúde para minorias étnicas.

AMIRKHANIAN et al. (2012) também pesquisaram sobre a temática, ao examinar o risco de IST/AIDS em 6 redes sociocêntricas masculinas de etnia cigana na Bulgária. Os participantes foram entrevistados em relação aos riscos de suas práticas sexuais e testados para IST/AIDS. O artigo concluiu que intervenções de prevenção de IST/AIDS são necessárias nas comunidades ciganas da Europa Oriental, no intuito de abordar as práticas de risco mais comuns, levando em consideração os papéis de gênero e os valores da cultura cigana. A limitação da referida pesquisa foi no âmbito do método de coleta de dados, já que as entrevistas realizadas cara a cara podem resultar em viés, devido ao estigma ou à natureza sensível das informações sobre comportamentos sexuais.

Por último, o artigo de MADUMA-BUTSHE e MCCARTHY (2012) investigaram o impacto do sarampo nas comunidades ciganas itinerantes do Vale do Tamisa, sub-região informal do Sudeste da Inglaterra. O sarampo é uma doença aguda, viral e altamente transmissível, com um período médio de incubação de 10 dias (intervalo típico de 7 a 18 dias). Está associada a altas taxas de hospitalização e complicações maiores, incluindo pneumonia, encefalite e, ocasionalmente, morte. Os resultados do artigo mostraram uma alta carga de sarampo nas comunidades ciganas do Vale do Tamisa, 100 vezes maior que o resto da população. A proporção de casos identificados foi consistente ao longo do período de 4 anos, sugerindo um padrão sustentado. Esse estudo limitou-se a uma determinada região e não é quantitativamente representativa para a população nacional da Inglaterra. Todavia, dada a força da associação observada, esse viés não foi suscetível de alterar a conclusão significativa do impacto do sarampo e suas implicações para a saúde pública decorrentes disso. A carga alta de sarampo nas comunidades ciganas itinerantes destacou a importância de se direcionar os recursos de imunização para essa população.

5.3 AGRAVOS II

Esta dimensão de análise foi desenvolvida para apresentar agravos relacionados especificamente com violências e suicídios. Nessa perspectiva, observou-se uma aproximação dessas temáticas com às questões culturais e de gênero, que permeiam os modos de vida dos ciganos e resultam na expressão diferenciada do cuidado e dos agravos em saúde.

Há poucos estudos no âmbito nacional e internacional sobre saúde mental do povo cigano, com dados bastante limitados sobre o suicídio. Nesta revisão de literatura, foi encontrado apenas 1 (um) artigo sobre a temática, que buscou explorar os fatores de risco para as tentativas de suicídio dos ciganos na Hungria (TÓTH et al., 2018).

A referida pesquisa apontou maior taxa de tentativas de suicídio entre os ciganos em comparação com a população não cigana. Isso se deve a fatores psicológicos e socioeconômicos específicos tais como tabagismo, histórico familiar de suicídio e desemprego de longa duração (TÓTH et al., 2018).

A relação entre tabagismo e suicídio é bem conhecida. Entre os húngaros com comportamento suicida, o tabagismo foi identificado como uma estratégia deficiente para lidar com situações difíceis na vida. O tabagismo cotidiano pode prever pensamentos e tentativas suicidas subsequentes. Em geral, o tabagismo é 2 a 5 vezes mais comum entre os ciganos do que os não ciganos da Hungria (TÓTH et al., 2018).

Já o desemprego de longa duração pode levar às tentativas de suicídio, tendo em vista os sentimentos de exclusão social e de discriminação. São necessários mais estudos para esclarecer o papel da etnia cigana na associação entre desemprego de longa duração e suicídio (TÓTH et al., 2018).

Um dado interessante foi que, apesar da maior taxa de tentativas de suicídio, o povo cigano possui o menor índice de mortalidade por suicídio comparado à população não cigana. Uma das possíveis explicações seria a importância das relações familiares como valor social entre os ciganos. Durante a hospitalização, os pacientes ciganos são frequentemente visitados por sua extensa família. A forte coesão e cuidado mútuo das famílias pode ser um fator de proteção contra o suicídio letal (TÓTH et al., 2018).

Em relação à temática de violências, os artigos descritos neste tópico, abordaram a violência por parceiros íntimos (VPI), a agressão física e a delinquência dos adolescentes ciganos.

VIVES-CASES et al. (2017) estudaram a violência por parceiros íntimos (VPI) na etnia cigana. A VPI é uma manifestação de inequidade em gênero na sociedade e constitui uma violação dos direitos humanos fundamentais. Evidências mostraram que as mulheres têm um risco cinco vezes maior de serem assassinadas por seus parceiros (masculinos) do que os homens. A prevenção da violência contra a mulher, nas suas diferentes formas, incluindo VPI, é reconhecida como prioridade na saúde pública.

Embora a violência por parceiros íntimos ocorra em todos os grupos sociais, as minorias étnicas se encontram em situação particularmente vulnerável, devido a sua frequente exposição que transpassa à discriminação. O estudo de VIVES-CASES et al. (2017) apontaram recomendações de melhoras à atenção primária e aos serviços de saúde que atuam com mulheres ciganas, vítimas de violência por parceiros íntimos. Essa pesquisa foi realizada na Espanha e mencionou a necessidade de reforçar o papel da atenção primária na coordenação de estratégias preventivas em colaboração com as associações ciganas, assim como promover ações educativas com os profissionais da saúde, atuando de forma sensível à cultura cigana e às questões de gênero. Também foi citada a importância do vínculo e da confiança nos atendimentos em saúde, propiciando a longitudinalidade da atenção à saúde do povo cigano.

Por fim, KOLARCIK et al. (2014) demonstraram que os comportamentos de delinquência e agressão física, na Eslováquia, são relatados parcialmente com menor frequência pelos adolescentes ciganos, mas isso pode ocorrer principalmente devido à desajustabilidade social. Nesse sentido, os resultados indicaram que os jovens ciganos não são tão diferentes dos não ciganos em termos de comportamento antissocial. Por fim, sugeriu-se que mais pesquisas sejam realizadas para aprofundamento acerca do assunto.

5.4 GRUPOS ESTRATÉGICOS

Este tópico consolidou os estudos referentes aos ciclos de vida do povo cigano, de modo a abordar a saúde de grupos estratégicos tais como saúde do homem, saúde da mulher, saúde do jovem, saúde do adolescente e saúde da criança.

As diferenças de gênero entre os ciganos são afetadas por fatores como estrutura do lar, patriarcado e valores culturais. Além disso, a valorização das relações familiares e da educação infantil desempenham um papel importante para algumas comunidades ciganas.

Dentro dessa dinâmica patriarcal, algumas mulheres ciganas tendem a viver em condições regradas por seus homólogos masculinos (STOJANOVSKI et al., 2017).

BONOMO et al. (2010) realizaram um estudo exploratório com grupos ciganos seminômades em território capixaba e fizeram as seguintes considerações:

No tecido social cigano, as relações de gênero são centrais na organização do modo de vida do grupo. A dinâmica entre os universos masculino e feminino, desde a infância até a vida adulta, regula e orienta o processo de identificação étnica pelas calins e calons. O aprendizado da lei cigana pelas crianças do grupo visa garantir a proteção contra o abandono da comunidade quando estes se tornarem adultos. Através do casamento, as crianças são inseridas na vida adulta da comunidade, garantindo o nascimento de novas famílias, de uma nova geração. Em relação a esta dinâmica é interessante ressaltar que não se observa nestes grupos a existência da fase da “adolescência”, tal como pensada no mundo não cigano, ocorrendo uma passagem direta da infância para a vida adulta. Percorrendo a linha que organiza a vida dos ciganos temos o universo infantil que prepara as meninas para o casamento (controle da virgindade e exercício das habilidades que as torne senhoras de suas barracas) e os meninos para o trabalho (aprender a barganhar), revestidos dos valores que fortalecem o processo de identificação de cada indivíduo em relação ao grupo étnico. (BONOMO, 2010, p. 169).

STOJANOVSKI et al. (2017) demonstraram como o empoderamento das mulheres está relacionado com sua influência nos desejos e decisões na gravidez. A ausência de poder dentro dos relacionamentos, particularmente em relação à saúde sexual, pode desempenhar um papel importante no acesso e na capacidade de fazer escolhas estratégicas no controle da gravidez. Diante disso, seu estudo indicou que as mulheres ciganas com maior autonomia nas suas decisões de saúde eram propensas a desejar o momento da sua gravidez mais recente. A limitação da referida pesquisa foi em razão de ter um recorte transversal, o que disponibilizou informações de um único período e careceu de uma análise a longo prazo.

ČVOROVIĆ, COE (2017) abordaram os investimentos reprodutivos e os custos de saúde para as mulheres ciganas da Sérvia. Apesar da maternidade e a criação dos filhos serem importantes para a cultura cigana, pouco se sabe sobre o impacto da reprodução na saúde das mulheres ciganas. Os resultados do referido estudo encontraram evidências de custos de investimento a curto prazo após o nascimento dos filhos das mulheres ciganas (duração da amamentação, número de filhos sobreviventes e IMC mais elevado). Conseqüentemente, o sacrifício pessoal, a amamentação e os cuidados infantis - mesmo que a má saúde seja uma consequência – pareceram cruciais para um maior sucesso reprodutivo, ou seja, deixando mais descendentes. Por outro lado, não houve evidências sobre custos a longo prazo, ou seja, se as mulheres ciganas que fizeram um maior investimento (aquelas com quatro ou mais

filhos) tiveram mais filhos sobreviventes.

No contexto brasileiro, COSTA e ROLIM (2014) descreveram as práticas culturais sobre matrimônio, criação de filhos e tipos de profissões exercidas por mulheres ciganas de etnia calon:

Com frequência ainda exercem as profissões de venda ambulante, leitura de mão, leitura de cartas. Ter filhos e criá-los continua sendo a principal função da mulher. Suas obrigações com o andamento e a organização da casa e a ajuda nos negócios do marido – esse o verdadeiro mantenedor da família existe a crescente participação das mulheres com renda fixa nas famílias ciganas, uma das situações é a venda de panos de prato ambulante. A oralidade das tradições é responsabilidade de todas as mulheres dentro da família. O casamento de meninas de 13 anos de idade (essa idade vem mudando) dependendo da etnia – o cigano tradicional não reconhece o casamento civil no Brasil, assim sendo, reconhecem-se da não violação dessa tradição. A mãe não deixa seu filho para ir ao trabalho, a criança vai junto, assim sendo essas crianças não se encontram vinculadas as condições de abuso e trabalhos forçados ou de mendicância, mais uma vez ocorre o conflito entre tradição e as leis de proteção à infância e a juventude. Portanto o Conselho Tutelar deve conhecer as tradições para evitar equívocos e más interpretações. (COSTA e ROLIM, 2014, p. 31).

Em relação aos artigos relacionados à saúde da criança, STANKOVIĆ et al. (2016) apontaram o baixo peso ao nascer dos bebês ciganos em relação aos bebês não ciganos, no país da Sérvia. No entanto, a referida pesquisa sugeriu a necessidade de mais investigações, pois não se sabe se isso se deve à etnia, a fatores socioeconômicos ou a piores condições de saúde do povo cigano.

Nessa linha, JANEVIC et al. (2017) mostraram que a discriminação interpessoal e residir em um bairro com baixo status socioeconômico são fatores associados ao baixo peso ao nascer dos bebês de etnia cigana. Esse estudo realizado na Sérvia e Macedônia recomendou intervenções para melhorar a saúde do povo cigano com uma abordagem de direitos humanos.

Outrossim, foram apontados índices de desnutrição em crianças ciganas por STANKOVIĆ et al. (2016), recomendando-se a instituição de políticas/programas sensíveis a questões étnicas e regionais, no intuito de resolver esses problemas de desnutrição.

Sobre doenças renais, KOLVEK et al. (2014) buscaram explorá-las em crianças ciganas na Eslováquia. Verificou-se que as crianças de etnia cigana pouco acessam o atendimento especializado em nefrologia e diálise. Contudo, a proporção de crianças ciganas com doença renal em fase terminal foi alta, comparada com as crianças não ciganas. Uma explicação seria de que os pacientes ciganos não procuram os serviços de saúde até que a

doença renal progredida para a fase terminal. Outra explicação tem a ver com o pouco acesso a cuidados especializados de nefrologia, por motivos de problemas com transporte, discriminação, atitude dos ciganos em relação a sua própria saúde ou desconhecimento sobre a doença, levando os ciganos a não responder aos sinais precoces da doença renal. A maior limitação do referido estudo foi a informação sobre a proporção de ciganos na população baseada em estimativas.

VAŽAN et al. (2011) realizaram um estudo na República Tcheca que apontou uma maior incidência de influenza, infecções do ouvido (otite média), infecções intestinais e doenças virais entre as crianças ciganas (em relação as não ciganas) na idade de 0-2 anos. No entanto, não houve aumento na morbidade de crianças ciganas comparadas as não ciganas com a idade de 2 a 6 anos. A prevalência de alergias em crianças ciganas foi extremamente baixa. Uma das limitações do estudo foi que, além da educação, não foi possível utilizar outro indicador socioeconômico (renda e emprego) para a análise da associação do status socioeconômico das famílias com os resultados de saúde das crianças.

No que tange à saúde do homem cigano, sabe-se que “os hábitos alimentares, o tabagismo, o alcoolismo e o estresse com que o homem cigano passa pela vida são fatores que trazem à tona uma série de atitudes e nuances próprias da etnia. Os homens são responsáveis pelo bem-estar e sustentabilidade do acampamento, de suas famílias e de suas comunidades. São literalmente os provedores, aqueles que transmitem o sangue cigano, a continuidade de sua linhagem e a preservação da família”. (COSTA e ROLIM, 2014, p. 33).

Com relação à saúde de jovens e adolescentes ciganos, COSTA e ROLIM (2014) relataram ações de *bullying* por conta do pertencimento étnico; jovens ciganos usam do próprio estereótipo para se defenderem e intimidarem os agressores e há um desestímulo de ir à escola tendo em vista o medo e o sofrimento da discriminação.

Por último, BOBAKOVA et al. (2012) exploraram as diferenças nos níveis de influência dos pares e dos pais sobre o efeito da embriaguez entre adolescentes ciganos e não-ciganos na Eslováquia. Foi encontrada uma forte associação entre o uso de substâncias e o uso pelo melhor amigo adolescente. Um fator importante que diminui o contato com o uso do álcool é o monitoramento dos pais, ou seja, a consciência dos pais sobre as atividades e o paradeiro dos filhos. A etnia cigana pareceu funcionar como um fator de proteção em relação ao uso de substâncias. Nesse estudo, adolescentes ciganos relataram ser significativamente mais monitorados por seus pais e serem menos influenciados por seus melhores amigos do que seus colegas não-ciganos. Em resumo, o monitoramento dos pais e a influência dos pares explicaram algumas das menores prevalências de embriaguez entre os

adolescentes ciganos na Eslováquia. O ponto forte desse estudo foi uma amostra considerável de adolescentes ciganos com alta taxa de resposta.

5.5 GENÉTICA

Os estudos sobre genética foram excluídos de uma investigação minuciosa deste trabalho, haja vista o seu conteúdo extremamente técnico, trazendo limitações de análise para a autora. Todavia, observou-se um número expressivo de artigos sobre a temática ao realizar a busca sobre saúde do povo cigano na base de dados LILACS (n=15), de forma que a autora optou pela sua inclusão enquanto dimensão de análise sob a ótica geral.

O número expressivo de artigos se deve ao fato de que muitos ciganos formam grupos geneticamente isolados com alta taxa de endogamia. Devido a estas características, são propícios a doenças hereditárias específicas causadas principalmente por mutações recessivas específicas (ŠAFKA BROŽKOVÁ, et al., 2016).

Dessa forma, existe um campo da literatura que investiga as mutações genéticas nas comunidades de etnia cigana, bem como seus agravos prevalentes. Outro ramo da literatura explora a origem do povo cigano dentro do subcontinente indiano, de modo a inferir as rotas migratórias percorridas pela diáspora, fundamentadas por indícios da genética (MENDIZABAL et al., 2011). Os artigos encontrados nesta revisão de literatura apontaram a região norte ou noroeste da Índia (Punjab) como suposta pátria ancestral dos ciganos europeus, consoante com os estudos prévios linguísticos e antropológicos (LAAYOUNI et al., 2014) (MENDIZABAL et al., 2011) (STANKOVIĆ et al., 2016).

5.6 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

O levantamento dos artigos sobre saúde do povo cigano trouxe estudos que abordaram os determinantes sociais de saúde, nos vários níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), referenciado no início deste trabalho.

Nesta dimensão de análise, foram apresentados estudos que investigaram como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de agravos e de fatores de riscos à saúde da população cigana.

Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008) categorizaram esses fatores em idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Para PARRA-CASADO et al. (2018), considerar os determinantes sociais da saúde (educação, trabalho, discriminação, habitação) é necessário para reduzir as desigualdades que afetam a saúde do povo cigana.

Nessa perspectiva, ANDREASSEN et al. (2018) concluíram que o emprego, a moradia e a educação devem ser estratégias prioritárias que propiciam melhorias à saúde, bem como compreender o papel das tradições e da cultura cigana enquanto determinantes sociais da saúde.

A maioria dos ciganos brasileiros procura empregos em que possam ter condições de sobrevivência adequadas a sua realidade em relação à liberdade de locomoção e de pensamento:

O comércio informal ocupa a ponta, a música vem em segundo lugar. São comerciantes natos. A troca, rolo ou escambo é usado corriqueiramente dentro das comunidades. A música é outro fator forte na vida dessas comunidades, tanto profissional quanto para diversão. Os povos ciganos acreditam na música como forma de expressão. No Brasil, vários ciganos ocupam profissões liberais, atuando em diversas áreas, como administradores, professores e advogados, Juizes, médicos, músicos, enfermeiros, artistas plásticos dentre outras. As profissões ligadas ao circo e aos ofícios tradicionais estão desaparecendo. Os palhaços, eternos poetas e o teatro, onde a arte imita a vida, são cada vez mais raros. Outras profissões que são cada vez mais raras são as de domadores de cavalo, ferreiros, tacheiros, guias/mateiros, domadores de animais e ourives, dentre outras. Cabe-nos ressaltar que a família sempre está envolvida com a ocupação principal geradora de renda, sendo a mulher uma constante. As crianças acompanham e aprendem uma profissão desde cedo. A Drab (leitura da sorte) também entra na linha das atividades que geram renda para as famílias; mas que contém o maior vínculo com a discriminação. Constantemente comparada com estelionato, essa prática vem diminuindo consideravelmente em todo o mundo. Tais costumes rendem impressões errôneas nos meios de divulgação e mídia, onde constantemente são chamados de bando ou quadrilha. Na verdade, são famílias inteiras que preservam suas profissões em grupos, mecanismo este que lhes resguardam contra a violência e a perseguição. Os Conselhos Tutelares também possuem uma falsa ideia do que seja essa coletividade, o que constantemente são confundidos com trabalho impróprio para crianças. (COSTA e ROLIM, 2014, p. 8-9).

No que diz respeito às condições socioeconômicas, VOKÓ et al. (2009) afirmaram que o status socioeconômico foi um forte determinante social de saúde para os ciganos que vivem em assentamentos na Hungria. As diferenças do estado de saúde do povo cigano em relação aos não ciganos são explicadas por fatores socioeconômicos como renda, educação e emprego. No entanto, as diferenças de comportamento de saúde (tabagismo e hábitos alimentares) foram explicadas parcialmente por aspectos socioeconômico e culturais da etnia

cigana.

Três artigos investigaram os indicadores socioeconômicos e a etnia como determinantes das taxas regionais de mortalidade na Eslováquia. As limitações encontradas eram relativas a informações insuficientes como renda e proporção da população cigana. Por consequência, foram utilizados dados sobre assentamentos ciganos, o que não inclui os ciganos que vivem nos grandes centros urbanos. O primeiro estudo não encontrou evidências significativas com o recorte para a etnia cigana (ROSICOVA et al., 2009). O segundo concluiu que as proporções de ciganos e de moradores de baixa escolaridade estavam associadas à mortalidade precoce nos bairros das cidades de Bratislava e Košice (ROSICOVA et al., 2015). O terceiro estudo demonstrou que todos os indicadores socioeconômicos explorados com recorte étnico contribuíram para maiores taxas de mortalidade perinatal e infantil. Nesse caso, inferiu-se que viver em assentamentos ciganos indica um acúmulo de desvantagem socioeconômica. A alfabetização em saúde, o comportamento relacionado à saúde e outros fatores podem contribuir para a explicação das diferenças na mortalidade infantil e um melhor entendimento desses processos pode ajudar na implementação de intervenções de saúde pública (ROSICOVA et al., 2011).

Sabe-se que a mortalidade de uma determinada população é o resultado da interação multifatorial de condições físicas, genéticas, psicossociais e ambientais. Esses fatores têm intensidades diferentes em diversas sociedades e regiões, de modo a afetar diretamente a mortalidade (por exemplo, idade, sexo, alterações genéticas, tabagismo, alimentos, radiação) ou indiretamente (fatores socioeconômicos, padrão de vida, emprego, educação) (ROSICOVA et al., 2009).

NIKOLAIDIS et al. (2015) coletaram dados do Registro do Município de Alexandrópolis (Grécia) - entre 1999 e 2008 - e compararam taxas de mortalidade entre os nativos gregos, gregos repatriados pela URSS e os ciganos. A maior taxa de mortalidade foi da população cigana, sendo que mais de 70% dessas mortes foram atribuídas a infecções respiratórias, associadas a crianças de até 5 anos de idade. Notavelmente, esse tipo de morbidade/mortalidade pode ser prevenido com intervenções médicas apropriadas (por exemplo, imunização ou medicina preventiva) e deve, portanto, ser considerado completamente evitável.

No que tange ao estilo de vida do povo cigano, PAULIK et al. (2011) revelaram que as comunidades ciganas da Hungria possuem elevadas taxas de consumo de tabaco. Também indicaram que os ciganos se mostraram resistentes aos esforços para limitar o tabagismo. A

cultura parece desempenhar um papel importante, pois pessoas ciganas veem o tabagismo como parte da sua identidade étnica e individual. Além disso, devido a visões culturalmente apoiadas sobre o destino e o fatalismo, os ciganos não consideram o tabagismo como um risco à saúde. Essa resistência tem implicações práticas importantes, porque o apoio público às políticas do tabaco é amplamente reconhecido como uma pré-condição necessária para a promulgação da mudança. Mudar essas atitudes exigirá intervenções direcionadas de saúde pública que levem em conta não apenas os níveis educacionais dos ciganos, mas também suas crenças culturais sobre o tabaco. As limitações do referido estudo foi o pequeno número de participantes, a amostra retirada de uma determinada região da Hungria e a utilização de diferentes métodos para coleta de dados dos ciganos.

Sobre os hábitos alimentares, OLÍŠAROVÁ et al. (2018) e SEDOVA et al. (2018) focaram em fatores que podem propiciar o sobrepeso e a obesidade nos ciganos. Sabe-se que a nutrição é considerada um determinante social de saúde e que o excesso de peso constitui um problema relacionado com a qualidade e a quantidade da ingestão de alimentos. Além disso, o status social pode ser um fator adicional que contribui para o excesso de peso. Desigualdades socioeconômicas e incidência de obesidade podem estar relacionadas com 13% da obesidade masculina e 45% da obesidade feminina (SEDOVA et al., 2018).

OLÍŠAROVÁ et al. (2018) relataram que os ciganos da Região da Boêmia do Sul (República Tcheca) tinham um consumo com alto teor de açúcar nas bebidas e alimentos, em comparação com o consumo de frutas e vegetais. Foram identificados fatores no estilo de vida que aumentam o risco de excesso de peso como moradia, isolamento social, pobreza, tabagismo, desemprego e ganho de peso das mulheres no pós-parto. É importante destacar que a maioria dos ciganos vivem em localidades socialmente excluídas, em residências longes do centro da cidade. O mau acesso ao transporte influencia seus hábitos alimentares, principalmente em relação aos mantimentos, utilizando-se de produtos mais processados de fácil acesso e estoque.

No Brasil, COSTA e ROLIM (2014) mencionaram que a etnia cigana, como um todo, segue um parâmetro visual:

Os ciganos são visuais e assim sendo, se prendem a novidades, a colorido e aos cheiros, isso inclui as comidas e seus corantes – é claro; no dia a dia, a alimentação básica é comum, com exceção das crianças). O uso das carnes nas refeições é grande e é, muitas vezes, a fonte principal de proteína. Não há consciência alimentar. Comunidades acampadas não possuem acesso à água de qualidade e nem a sistema de esgoto. Muito da saúde é vista como um processo distante. As mulheres são as mais prejudicadas, pois, sem informação, vivem de forma aleatória as condições atuais de ajuda. (COSTA e ROLIM, 2014, p. 34-35).

O uso de substâncias entorpecente também traz cada vez mais problemas para dentro dos acampamentos ciganos. Essa problemática atinge, em sua grande maioria, homens de 15 a 30 anos e vem alcançando as mulheres, porém com menos relatos de uso de drogas (COSTA e ROLIM, 2014).

O artigo de VAŽAN et al. (2011) é sobre o uso indevido de substâncias voláteis como o tolueno. O estudo é um dos primeiros relatórios publicados a documentar que várias comunidades ciganas no Leste da Eslováquia são afetadas pelo uso indevido do tolueno e que muitos usuários crônicos são bem jovens. O uso indevido de tolueno está associado a sérios efeitos adversos à saúde, incluindo comprometimentos neurológicos, assim como distúrbios comportamentais (por exemplo agressividade). Uma das principais limitações encontradas da pesquisa foi a coleta de dados extraída de um pequeno número de comunidades ciganas. Portanto, os achados ressaltaram a necessidade de um estudo epidemiológico completo sobre a prevalência do uso indevido do tolueno entre os ciganos no Leste da Eslováquia.

Quanto ao uso de medicamento, MARTÍN-PÉREZ et al. (2015) encontraram resultados que indicam uma alta porcentagem dos ciganos espanhóis que usam medicação e uma proporção significativa que se automedica. O uso de medicamentos tem sido associado a condições ruins de saúde do povo cigano, tendo em vista os seguintes fatores: presença de doenças crônicas e percepção negativa da saúde. Intervenções para melhorar a saúde pública e reduzir as desigualdades vivenciadas pelas comunidades ciganas devem incluir uma abordagem de autocuidado, assim como campanhas de educação para promover hábitos saudáveis e o uso racional de medicamentos.

6 DISCUSSÃO

O pleno acesso à saúde pública de qualidade é um direito garantido na Constituição Federal de 1988 e um aspecto fundamental do exercício pleno da cidadania. Apesar disso, para segmentos específicos da população brasileira, o direito à saúde segue sendo um desafio. Esta é a realidade para muitas comunidades romani (ciganas) do Brasil. Invisibilizadas, desconhecidas e, muitas vezes, discriminadas, as comunidades romanis (ciganas) enfrentam grandes obstáculos para concretizarem seu direito à saúde. (COSTA e ROLIM, 2014, prefácio).

A literatura internacional sobre saúde do povo cigano tem se expandindo, especialmente nos países da Eslováquia, Sérvia, Espanha e Hungria, o que corrobora com os achados desta revisão de literatura. Mais da metade dos estudos foram publicados a partir de 2012, o que pode ser atribuído, em parte, à Década de Inclusão dos Ciganos (DIC). Essa iniciativa tem por finalidade melhorar a saúde do povo cigano que reside na Europa, por meio de estratégias implementadas no período de 2005-2015 (COOK et al., 2013).

Em relação à literatura nacional, foram encontrados poucos artigos brasileiros sobre saúde do povo cigano. Sugere-se que a falta de dados oficiais e as limitadas informações nos sistemas de informação dos órgãos públicos dificultam estudos mais abrangentes sobre a situação de saúde do povo cigano no Brasil.

Todavia, com a recente publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, esperam-se que estratégias para incluir o quesito etnia cigana nos sistemas de informação do SUS sejam efetivadas.

Uma proporção significativa dos artigos teve limitações na sua amostragem, pois foi baseada em estimativas e não abrangeu a população cigana total. Alguns estudos tiveram recortes diferentes para diversas regiões e variações na faixa etária, o que pode ter dificultado a comparação e a validação das informações.

No que se refere à pergunta norteadora do início desta dissertação “O que revela o conjunto de estudos sobre a saúde do povo cigano?”, percebe-se que, em suma, os ciganos do mundo todo, vivenciam problemas similares quando se trata de saúde. Em sua grande maioria, as comunidades ciganas que dependem dos serviços públicos de saúde possuem pouca condição financeira e dificuldades de seguir as regras normalmente impostas pelas instituições de saúde.

Muitos estudos enfatizaram a importância do vínculo e da confiança nos atendimentos em saúde, especialmente na Atenção Primária (VIVES-CASES et al. 2017). Também foi recorrente a necessidade de considerar as questões culturais para um

atendimento que seja, de fato, mais efetivo para essa população.

Os estudos relacionados aos determinantes sociais de saúde contribuíram para compreender como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais e comportamentais influenciam a ocorrência de agravos e de fatores de riscos à saúde da população cigana. Faz-se necessária essa compreensão na construção de políticas públicas que atuem na redução das desigualdades em saúde.

Inclusive, foram demonstradas pesquisas que exploraram os fatores socioeconômicos e sua relação com a etnicidade, trazendo informações que podem subsidiar a elaboração de medidas de políticas públicas intersetoriais (ROSICOVA et al., 2009) (ROSICOVA et al., 2011) (ROSICOVA et al., 2015).

Destaca-se que os vínculos familiares são reconhecidos como valor social e as relações de gênero são bem marcadas. O cuidado mútuo das famílias pode ser considerado um fator de proteção em relação ao uso de substâncias por adolescentes ciganos e contra o suicídio letal (BOBAKOVA et al., 2012) (TÓTH et al., 2018).

COSTA e ROLIM (2014) descreveram as relações familiares como centrais na organização do modo de vida dos ciganos:

Para os homens e mulheres de etnia cigana é forte a concepção de que se nasce junto e que se permanece assim por toda a sua vida. As famílias, independente das etnias e sua diversidade linguística ou condição financeira, passam pela vida juntos e é nessa condição que se juntam nas festas de comemoração, batizados, enterros, nas viagens para o comércio de mercadorias e nas dificuldades, como o enfrentamento a morte e as doenças. Essa é uma das características mais fortes das comunidades e/ou famílias ciganas em todo o mundo. Os ciganos de etnia calom, de comunidades mais tradicionais e que preservam as tradições, seguem a queima total dos bens do ente que faleceu, perdem tudo e assim, começam tudo novamente. (COSTA e ROLIM, 2014, p. 33-34).

Ademais, foram mencionados problemas que precisam da atenção à saúde no que tange à promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção ao tabagismo e controle da hipertensão. Da mesma forma, deve-se ampliar e qualificar a rede de saúde mental para atuar com os casos de depressão, o uso de substâncias entorpecentes, as situações de violências e de discriminações.

Sobre IST/AIDS, não existe tanto acesso à informação entre as comunidades ciganas. O desconhecimento propicia as potencialidades de contágio, uma vez que não há práticas de prevenção, tornando-se uma problemática preocupante, pois os ciganos procuram manter, de modo preferencial, a sua rede de relacionamentos dentro das comunidade étnicas, o que pode ocasionar um impacto do agravo em larga escala na população cigana (COSTA e ROLIM,

2014).

No campo das políticas públicas brasileiras, recomendam-se estratégias de visibilidade às normativas, no intuito de que possam chegar até a ponta, de forma a alcançar a população nos estados e nos municípios. Garantir o direito à saúde do povo cigano, implica em reconhecer e atender esse cidadão ou cidadã nas suas localidades, considerando que muitos possuem dificuldade de acesso por conta das moradias longínquas ou são itinerantes. Além disso, é importante não condicionar o cuidado e a atenção com a apresentação de documentação e endereço, já que muitos ciganos não têm registro civil, nem endereço fixo.

Outra recomendação é a instituição de Grupo Interministerial de Saúde do Povo Cigano/Romani, coordenado pelo Ministério da Saúde, com representantes das áreas técnicas do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Propõe-se que esse grupo realize um trabalho junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde do povo cigano por meio do acompanhamento e da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

A despeito das informações citadas, ainda são necessárias outras pesquisas demográficas que melhor retratem o quantitativo do povo cigano no contexto brasileiro. É importante incluir os ciganos na próxima pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e no próximo Censo Demográfico de 2020, de forma a atender as recomendações do Ministério Público Federal (MPF).

Outrossim, o Ministério da Saúde deve priorizar a inserção do quesito etnia nos sistemas de informação para obtenção de dados oficiais. Faz-necessária a produção de mais pesquisas com dados primários e secundários no Brasil, que possam aprofundar a análise da situação de saúde do povo cigano, “contribuindo para a desmistificação de estereótipos que sustentam práticas discriminatórias direcionadas aos grupos ciganos. Destacamos a relevância de se investigar as relações de gênero vinculadas ao processo de socialização, focalizando o conjunto de regras e valores que dão corpo à lei cigana e, conseqüentemente, orienta o modo de vida cigano, dentro da comunidade e nas relações que estabelecem com o mundo gadjé” (BONOMO et al., 2010, p. 169).

Os principais desafios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani incluem a continuidade da pauta nas próximas gestões do MS, a articulação intra e intersetorial para implementação da política e a pactuação do I Plano Operativo da

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, que constitui instrumento norteador aos gestores federais, estaduais e municipais, com objetivo de estabelecer estratégias de aplicação da política.

7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Existem limitações para esta revisão de literatura, tendo em vista que a busca se limitou a apenas uma base de dados (LILACS) e há outras reconhecidas internacionalmente que podem somar forças para as evidências em saúde sobre a temática estudada.

Também não foram considerados os artigos de periódicos estratificados no nível de qualidade C, pois ampliar o universo dos estudos selecionados implicaria numa análise mais extensa e demorada, o que não foi possível em razão do prazo para entrega deste trabalho, optando-se por sua exclusão. Todavia, recomenda-se a inclusão dessa categoria para pesquisas futuras, tendo em vista o reconhecimento desses estudos que abarcam um bom quantitativo de produção nacional com valorosas contribuições.

Uma proporção significativa dos estudos teve limitações na sua amostragem, pois foi baseada em estimativas e não abrangeu a população cigana total. Alguns estudos tiveram recortes diferentes para diversas regiões e variações na faixa etária, o que pode ter dificultado a comparação e a validação das informações.

Por último, foram encontrados poucos achados a nível nacional sobre saúde do povo cigano, demonstrando a carência de produção científica no Brasil, mesmo com avanços recentes da normativas que propiciam a visibilização da pauta para as políticas públicas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da produção científica sobre a saúde do povo cigano com base em artigos selecionados dos anos de 2009 a 2018, este estudo pretendeu contribuir para a discussão e o fortalecimento do conhecimento sobre as especificidades do povo cigano e, desta forma, para o aprimoramento do atendimento no SUS.

Ressalta-se que o debate para construção de estratégias de saúde para comunidades tradicionais ainda necessita de aperfeiçoamento para garantia do direito à saúde no que tange à promoção, proteção e recuperação, no âmbito do Brasil.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. G.; SILVA, T. M. G. V.; PEDROSA, J. I. S. Saúde de povos ciganos no Brasil: uma revisão integrativa. In: Anais do I Congresso Virtual Brasileiro de Gestão, Educação e Promoção da Saúde. 2012.

AMIRKHANIAN, Yuri A., et al. High-risk sexual behavior, HIV/STD prevalence, and risk predictors in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria. *Journal of immigrant and minority health*, 2013, 15.1: 172-181.

ANDREASSEN, Trude, et al. Attendance to cervical cancer screening among Roma and non-Roma women living in North-Western region of Romania. *International journal of public health*, 2018, 63.5: 609-619.

BABINSKA, Ingrid, et al. Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia? *International journal of public health*, 2013, 58.3: 417-425.

BLAXTER, M. Inequalities in Health-the Black Report-Townsend, P, Davidson, N. 1983.

BOBAKOVA, Daniela, et al. Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. *International journal for equity in health*, 2015, 14.1: 37.

BOBAKOVA, Daniela, et al. Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Ethnicity & health*, 2012, 17.5: 531-541.

BONOMO, M. et al. Gadjés em Tendas Calons: um Estudo Exploratório com Grupos Ciganos Seminômades em Território Capixaba. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 4, n. 2, São João Del-Rei, p. 160-171, jul. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 106, de 10 de outubro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

BRASIL, Ministério da Saúde. Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano. Brasília, 2016.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Decreto de 25 de maio de 2006. Institui o Dia Nacional do Cigano.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção no 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.

BRCANSKI, Jelena, et al. Social determinants of malnutrition among Serbian children aged < 5 years: ethnic and regional disparities. *International journal of public health*, 2014, 59.5: 697-706.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 2007, 17: 77-93.

CASALS, Martí, et al. Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*, 2011, 22.2: 262-266.

CAVALCANTE, Lucimara et al. A importância da geração de dados sobre os Povos Romani (Ciganos). Brasília: AMSK/Brasil, 2016.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COOK, Benjamin, et al. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International journal of public health*, 2013, 58.6: 885-911.

CORADINI, Lisabete; SOUZA, Virgínia de Araújo. Os ciganos do Rio Grande do Norte: caminhos e trânsitos. *Sociologia*, 2014, TEMATICO4: 205-229.

COSTA, ELISA; ROLIM, JOSÉ DANIEL JUAREZ. Redução das Desigualdades em Saúde nas Comunidades Ciganas no Brasil: subsídios para discussão. Brasília: AMSK, 2014.

ČVOROVIĆ, Jelena; COE, Kathryn. Reproductive investment and health costs in Roma women. *International journal of environmental research and public health*, 2017, 14.11: 1337.

DAR, Osman, et al. Mapping the Gypsy Traveller community in England: what we know about their health service provision and childhood immunization uptake. *Journal of public health*, 2013, 35.3: 404-412.

DORKOVA, Zuzana; SOPKOVA, Zuzana; TKACOVA, Ruzena. “CEM” risk factors and severity of obstructive sleep apnoea in central European Roma and non-Roma patients referred for a diagnostic polysomnography. *International journal of public health*, 2010, 55.5: 429-434.

DUVAL, Laetitia, et al. The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe. *Vaccine*, 2016, 34.46: 5524-5530.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2015, 24: 335-342.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2014, 23: 183-184.

GUALDI-RUSSO, Emanuela, et al. Anthropometric parameters in relation to glycaemic status and lipid profile in a multi-ethnic sample in Italy. *Public health nutrition*, 2015, 18.3: 438-445.

JACKSON, Cath, et al. Needles, Jabs and Jags: a qualitative exploration of barriers and facilitators to child and adult immunisation uptake among Gypsies, Travellers and Roma. *BMC public health*, 2017, 17.1: 254.

JANEVIC, Teresa, et al. Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma. *The European Journal of Public Health*, 2017, 27.3: 410-415.

KALUSKI, Dorit Nitzan, et al. Health insurance and accessibility to health services among Roma in settlements in Belgrade, Serbia—the journey from data to policy making. *Health policy and planning*, 2014, 30.8: 976-984.

KOLARCIK, Peter, et al. Delinquent and aggressive behavior and social desirability among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia: a cross-sectional study. *Journal of interpersonal violence*, 2016, 31.4: 677-693.

KOLVEK, Gabriel, et al. Health Differences between Roma and Non-Roma in the Slovak Dialyzed Population. *International journal of environmental research and public health*, 2018, 15.2: 360.

KOLVEK, Gabriel, et al. Kidney diseases in Roma and non-Roma children from eastern Slovakia: are Roma children more at risk?. *International journal of public health*, 2014, 59.6:

1023-1026.

KÓSA, Zs, et al. Prevalence of metabolic syndrome among Roma living in segregated colonies: a comparative health examination survey in Hungary. *Roza Ádány. European Journal of Public Health*, 2013, 23. suppl_1.

LA PARRA CASADO, Daniel; GIL GONZÁLEZ, Diana; DE LA TORRE ESTEVE, María. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethnicity & health*, 2016, 21.5: 468-479.

LAAYOUNI, Hafid, et al. Convergent evolution in European and Roma populations reveals pressure exerted by plague on Toll-like receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2014, 111.7: 2668-2673.

LATORRE-ARTEAGA, Sergio, et al. Vision and hearing health inequities in the Roma population: A national cross-sectional study in Spain. *Journal of immigrant and minority health*, 2017, 19.6: 1304-1314.

MADUMA-BUTSHE, Anne; MCCARTHY, Noel. The burden and impact of measles among the Gypsy–Traveller communities, Thames Valley, 2006–09. *Journal of Public Health*, 2012, 35.1: 27-31.

MARTÍN-PÉREZ, M., et al. Predictors of medication use in the Roma population in Spain: A population-based national study. *Public health*, 2015, 129.5: 453-459.

MENDIZABAL, Isabel, et al. Reconstructing the Indian origin and dispersal of the European Roma: a maternal genetic perspective. *PloS one*, 2011, 6.1: e15988.

NIKOLAIDIS, Christos, et al. Differences in survival and cause-specific mortality in a culturally diverse Greek population, 1999–2008. *Journal of Public Health*, 2015, 38.1: 71-75.

OLIŠAROVÁ, Věra, et al. Cultural Features Influencing Eating, Overweight, and Obesity in the Roma People of South Bohemia. *Nutrients*, 2018, 10.7: 838.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução nº 47/135 da Assembleia Geral da ONU, de 18 de dezembro de 1992. Declaração sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes ou étnicas, religiosas e linguísticas Minorias Nacionais.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 nov 2019.

PARRA-CASADO, La, et al. Socioeconomic inequalities in the use of healthcare services: Comparison between the Roma and general populations in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 2018, 15.1: 121.

PAULIK, Edit, et al. Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. *International journal of public health*, 2011,

56.5: 485-491.

POVEDA, Alaitz; IBÁÑEZ, María Eugenia; REBATO, Esther. Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. *Annals of human biology*, 2014, 41.5: 428-435.

ROSICOVA, Katarina, et al. Inequalities in mortality by socioeconomic factors and Roma ethnicity in the two biggest cities in Slovakia: a multilevel analysis. *International journal for equity in health*, 2015, 14.1: 123.

ROSICOVA, Katarina, et al. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia. *International journal of public health*, 2011, 56.5: 523-531.

ROSICOVA, Katarina, et al. Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. *International Journal of Public Health*, 2009, 54.4: 274-282.

ŠAFKA BROŽKOVÁ, D., et al. HSMNR belongs to the most frequent types of hereditary neuropathy in the Czech Republic and is twice more frequent than HMSNL. *Clinical genetics*, 2016, 90.2: 161-165.

SÁNDOR, János, et al. Delivery of cardio-metabolic preventive services to Hungarian Roma of different socio-economic strata. *Family practice*, 2016, 34.1: 83-89.

SÁNDOR, János, et al. The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services?. *International journal of public health*, 2017, 62.7: 803-815.

SEDOVA, Lenka, et al. Qualification of Food Intake by the Roma Population in the Region of South Bohemia. *International journal of environmental research and public health*, 2018, 15.2: 386.

SILAROVA, Barbora, et al. Anxiety and sense of coherence in Roma and non-Roma coronary heart disease patients. *Ethnicity & health*, 2014, 19.5: 500-511.

SORIA, Ana Paula Castelo B. Entre a dor de ser “cigano” e o orgulho de ser romà: aproximação à literatura romani e a auto-representação dos romà em duas obras de Jorge Nedich. 2008.

STANKOVIĆ, Sandra, et al. Comparison of weight and length at birth of non-Roma and Roma newborn in Serbia. *International journal of public health*, 2016, 61.1: 69-73.

STOJANOVSKI, Kristefer, et al. An assessment of Romani women’s autonomy and timing of pregnancy in Serbia and Macedonia. *Maternal and child health journal*, 2017, 21.9: 1814-1820.

SUDZINOVA, Adriana, et al. Roma coronary heart disease patients have more medical risk factors and greater severity of coronary heart disease than non-Roma. *International journal of public health*, 2013, 58.3: 409-415.

TÓTH, Mónika Ditta, et al. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcultural psychiatry*, 2018, 55.1: 55-72.

VAŽAN, Peter, et al. Chronic toluene misuse among Roma youth in Eastern Slovakia. *Substance Use & Misuse*, 2011, 46.sup1: 57-61.

VAŽAN, Peter, et al. Chronic toluene misuse among Roma youth in Eastern Slovakia. *Substance Use & Misuse*, 2011, 46.sup1: 57-61

VIVES-CASES, Carmen, et al. Priorities and strategies for improving Roma women's access to primary health care services in cases on intimate partner violence: a concept mapping study. *International journal for equity in health*, 2017, 16.1: 96.

VOKÓ, Zoltán, et al. Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009, 63.6: 455-460.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHEO (<i>OUTCOME</i>)
1	Cultural Features Influencing Eating, Overweight, and Obesity in the Roma People of South Bohemia.	2018	Olisarová, Vera; Tóthová, Valérie; Bártlová, Sylva; Dolák, Frantisek; Kajanová, Alena; Nováková, Dita; Prokesová, Radka; Sedová, Lenka.	Região Boêmia do Sul (República Tcheca)	Ciganos com sobrepeso ou obesidade	Obesidade	Ciganos	Os ciganos que participaram do estudo relataram consumo com alto teor de açúcar em bebidas e alimentos, em comparação com o consumo de frutas e vegetais. Também foram identificados fatores no estilo de vida que aumentam o risco de excesso de peso como o desemprego, isolamento social de moradia, pobreza, inatividade, tabagismo e ganho de peso nas mulheres no pós-parto.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
2	Attendance to cervical cancer screening among Roma and non-Roma women living in North-Western region of Romania.	2018	Andreassen, Trude; Melnic, Adriana; Figueiredo, Rejane; Moen, Kåre; Suteu, Ofelia; Nicula, Florian; Ursin, Giske; Weiderpass, Elisabete.	Região Noroeste da Romênia	Mulheres ciganas	Rastreamento para câncer de colo uterino	Mulheres não ciganas	O estudo revelou que as mulheres ciganas (46%) são frequentemente menos atendidas do que as mulheres não ciganas (63%). Etnicidade por si só não foi associada com atendimento de rastreamento para câncer de colo de útero.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECCHO (<i>OUTCOME</i>)
3	Health Differences between Roma and Non-Roma in the Slovak Dialyzed Population.	2018	Kolvek, Gabriel; Straussova, Zuzana; Majernikova, Maria; Rosenberger, Jaroslav; Dijk, Jitse P van.	Eslováquia	Ciganos dialisados	Diálise; estado de saúde	Não ciganos dialisados	O estado de saúde dos ciganos dialisados não difere transversalmente dos não ciganos dialisados, quando é ajustado para idade e gênero. No entanto, jovens ciganos têm menor permanência na diálise, o que sugere maior mortalidade entre os ciganos dialisados.
4	Qualification of Food Intake by the Roma Population in the Region of South Bohemia.	2018	Sedova, Lenka; Tothova, Valerie; Novakova, Dita; Olisarova, Vera; Bartlova, Sylva; Dolak, Frantisek; Kajanova, Alena;	Região Boêmia do Sul (República Tcheca)	Ciganos	Nutrição; sobrepeso e obesidade.	Não ciganos	A obesidade do povo cigano pode ser causada por alimentação desequilibrada e falta de atividades físicas

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
5	Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain.	2018	Prokesova, Radka; Adamkova, Vera. La Parra-Casado, Daniel; Mosquera, Paola A; Vives-Cases, Carmen; San Sebastian, Miguel.	Espanha	Ciganos	Acesso aos serviços de saúde	Não ciganos	Os resultados sugerem a existência de iniquidades em saúde na utilização de serviços de GP (mulheres ciganas), visitas a departamento de emergência (ciganos e população em geral).

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
6	Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary.	2018	Tóth, Mónika Ditta; Ádám, Szilvia; Zonda, Tamás; Birkás, Emma; Purebl, György.	Hungria	Ciganos	Suicídio	População em geral	Etnia cigana foi encontrada como um forte preditor para múltiplas tentativas de suicídio. Tabagismo, histórico familiar de suicídio e desemprego de longa duração são fatores de risco adicionais entre os pacientes ciganos.
7	Reproductive Investment and Health Costs in Roma Women.	2017	Cvorovic, Jelena; Coe, Kathryn.	Sérvia	Mulheres ciganas	Reprodução	Mulheres não ciganas	Foram encontradas evidências referentes aos custos de investimento a curto prazo após o nascimento dos filhos das mulheres ciganas (duração da amamentação, número de filhos sobreviventes e IMC mais elevado). Consequentemente, sacrifício pessoal - amamentação e cuidados infantis, mesmo que a má saúde seja uma consequência - parece crucial para um maior sucesso reprodutivo, ou seja, deixando mais descendentes. Por

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESEFECHO (<i>OUTCOME</i>)
8	Priorities and strategies for improving Roma women's access to primary health care services in cases on intimate partner violence: a	2017	Vives-Cases, Carmen; Goicolea, Isabel; Hernández, Alison; Sanz-Barbero, Belen; Davó-Blanes, MCarmen; La Parra-	Espanha	Mulheres ciganas	Violência por parceiros íntimos/ Acesso à Atenção Primária em Saúde	População em geral	<p>outro lado, não há evidência de custos a longo prazo: as mulheres ciganas que fizeram um maior investimento (aqueles com quatro ou mais filhos com uma idade posterior ao último nascimento e amamentação) tiveram mais filhos sobreviventes. Ao longo prazo, os benefícios recebidos podem ter ajudado aumentar a capacidade das mães ciganas de resistir ao estresse dos investimentos reprodutivos.</p> <p>Os resultados indicaram que os esforços para enfrentar este desafio devem adotar uma abordagem integrada que reforce a resposta primária à violência por parceiros íntimos (VPI), promovendo também ações mais específicas para abordar as barreiras de acesso que afetam todas as mulheres ciganas e aquelas que experimentam VPI em particular.</p>

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
	concept mapping study.		Casado, Daniel.					
9	The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services?	2017	Sándor, János; Kósa, Zsigmond; Boruzs, Klára; Boros, Julianna; Tokaji, Ildikó; McKee, Martin; Ádány, Róza.	Hungria	Povo Cigano	Status socioeconômico, acesso à saúde e serviços de saúde	População geral da Hungria	Com a Década da Inclusão dos Ciganos em 2005, ciganos reportaram uma diminuição da discriminação e uma melhora geral na utilização dos serviços de saúde. Mudanças positivas em relação aos dados de tabagismo e nutrição, porém negativas para o consumo de álcool e excesso de peso.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECCHO (<i>OUTCOME</i>)
10	Needles, Jabs and Jags: a qualitative exploration of barriers and facilitators to child and adult immunisation uptake among Gypsies, Travellers and Roma.	2017	Jackson, Cath; Bedford, Helen; Cheater, Francine M; Condon, Louise; Emslie, Carol; Ireland, Lana; Kemsley, Philippa; Kerr, Susan; Lewis, Helen J; Mytton, Julie; Overend, Karen; Redsell, Sarah; Richardson,	Reino Unido	Viajantes do Reino Unido	Imunização	Não viajantes	Todas as comunidades ciganas sofreram barreiras adicionais de linguagem e de estar em um novo país. Houve ampla aceitação da imunização em criança e adultos dentro das comunidades. Preocupações culturais sobre vacinas pré-natais e vacinação contra o HPV foram mais evidentes na comunidade Bristol English Gypsy / Irish Traveller. Linguagem, alfabetização, discriminação, atendimento, pobreza e moradia foram identificadas como barreiras entre as diferentes comunidades. Relacionamentos confiáveis com os profissionais de saúde foram importantes.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
			Zoe; Shepherd, Christine; Smith, Lesley; Dyson, Lisa.					
11	An Assessment of Romani Women's Autonomy and Timing of Pregnancy in Serbia and Macedonia.	2017	Stojanovski, Kristefer; Janovic, Teresa; Kasapinovic, Blasko; Stamenkovic, Zeljka; Jankovic, Janko.	Sérvia e Macedônia	Mulheres ciganas	Autonomia e Gravidez	Mulheres não ciganas	As mulheres ciganas da Macedônia e Sérvia foram excluídas do mercado de trabalho, com mais de 80% desempregadas, 30% sem escolaridade e 17% não incluídas nas decisões de saúde. Mulheres ciganas que eram as tomadoras de decisão em relação à sua saúde eram 1,4 vezes mais

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
12	Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma.	2017	Janevic, Teresa; Osypuk, Theresa; Stojanovski, Kristefer; Janakovic, Janko; Gundersen, Daniel; Rogers, Maggie.	Sérvia e Macedônia	Ciganos	Discriminação racial, tabagismo na gravidez e baixo peso ao nascer.	Não ciganos	propensas a desejar o momento da gravidez mais recente. Discriminação interpessoal e residir em um bairro com baixo status socioeconômico são fatores associados ao baixo peso ao nascer entre os ciganos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
13	Delivery of cardio-metabolic preventive services to Hungarian Roma of different socio-economic strata.	2017	Sándor, János; Nagy, Attila; Földvári, Anett; Szabó, Edit; Csenteri, Orsolya; Vincze, Ferenc; Sipos, Valéria; Kovács, Nóra; Pálinkás, Anita; Papp, Magor; Fürjes, Gergely; Ádány, Róza.	Hungria	Adultos entre 21 e 64 anos	Acesso à Atenção Primária à Saúde.	Adultos entre 21 e 64 anos.	A atenção primária à saúde húngara subutiliza serviços para prevenir doenças cardiometabólicas (que contribuem para uma mortalidade evitável), contribuindo para piores condições de saúde entre os ciganos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECCHO (<i>OUTCOME</i>)
14	Vision and Hearing Health Inequities in the Roma population: A National Cross-Sectional Study in Spain.	2017	Latorre-Arteaga, Sergio; Gil-González, Diana; Vives-Cases, Carmen; La Parra Casado, Daniel.	Espanha	Ciganos	Problemas de visão e audição	População geral da Espanha	Ciganos são mais afetados por problemas de audição e visão comparados com a população em geral. E mesmo com essa condição, são menos propensos a usar aparelhos auditivos do que a população geral.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHEO (<i>OUTCOME</i>)
15	The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe.	2016	Duval, Laetitia; Wolff, François-Charles; McKee, Martin; Roberts, Bayard.	12 países da Europa Central e do Sudeste Europeu	Crianças ciganas	Imunização	Crianças não ciganas	Descobrimos que as crianças ciganas têm menor probabilidade de serem vacinadas em comparação com Roma (<i>odds ratio</i> = 0,325). As probabilidades de ser vacinado para uma criança de etnia cigana é de 33,9% da de uma criança para DPT, 34,4% para pólio, 38,6% para MMR e 45,7% para BCG. Estas diferenças não parecem ser explicadas inteiramente por seu pior status socioeconômico.
16	Delinquent and Aggressive Behavior and Social Desirability Among Roma and Non-Roma	2016	Kolarcik, Peter; Madarasova Geckova, Andrea; Reijneveld, Sijmen A;	Eslováquia	Ciganos adolescentes	Delinquência, comportamento agressivo e deseabilidade social	Ciganos não adolescentes	Comportamentos de delinquência e agressão física parecem ser relatados com menor frequência pelos adolescentes ciganos, mas isso pode ser principalmente devido à deseabilidade social. Nesse sentido, os resultados

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
	Adolescents in Slovakia: A Cross-Sectional Study.		van Dijk, Jitse P.					indicam que os jovens ciganos não são tão diferentes dos não ciganos em termos de comportamento antissocial.
17	Differences in survival and cause-specific mortality in a culturally diverse Greek population, 1999-2008.	2016	Nikolaidis, Christos; Nena, Evangelia; Agorastakis, Michalis; Constantinidis, Theodore C.	Município de Alexandrópolis (Grécia)	Ciganos	Mortalidade	Gregos nativos e gregos repatriados pela URSS	Diferenças estatisticamente significativas na sobrevida mediana foram observadas entre os três grupos sociais (P <0,001). A mortalidade relativa de doenças infecciosas foi maior na população cigana em comparação com gregos nascidos nativamente, <i>odds ratio</i> (OR) ¼ 8,31 [intervalo de confiança (CI) 95% 3,19-21,61]. Mais de 70% dessas mortes foram atribuídas a infecções do trato respiratório e foram associadas a crianças até idade de 5 anos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
18	Comparison of weight and length at birth of non-Roma and Roma newborn in Serbia	2016	Stankovic, Sandra; Zivic, Sasa; Ignjatovic, Aleksandra; Stojanovic, Mariola; Bogdanovic, Dragan; Novak, Sonja; Vucic, Jelena; Stankovic, Miodrag; Saranac, Ljiljana; Vesna, Cvetkovic; Miljkovic, Predrag; Vorgucin, Ivana.	Sérvia	Bebês de etnia cigana	Peso ao nascer e comprimento	Bebês não ciganos	Os bebês ciganos eram até 12% mais leves e até 4% menores em relação ao tamanho dos não-ciganos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHEO (<i>OUTCOME</i>)
19	The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma	2016	La Parra Casado, Daniel; Gil González, Diana; de la Torre Esteve, María.	Espanha	Ciganos	Indicadores de saúde	População em geral da Espanha	De acordo com os indicadores investigados, a saúde dos ciganos é pior do que a da classe social IV-V (trabalhadores manuais). Alguns indicadores mostram diferença marcantes entre ciganos e classe social IV-V: vivenciando três ou mais problemas de saúde, problemas de visão e cárie (ambos os sexos), bem como problemas de audição e obesidade em mulheres. O estudo mostrou que os ciganos da Espanha são colocados em situação de extrema desigualdade em saúde.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
20	Inequalities in mortality by socioeconomic factors and Roma ethnicity in the two biggest cities in Slovakia: a multilevel analysis.	2015	Rosicova, Katarina; Reijneveld, Sijmen A; Madarasova Geckova, Andrea; Stewart, Roy E; Rosic, Martin; Groothoff, Johan W; van Dijk, Jitse P.	Bratislava e Košice (Eslováquia)	Ciganos	Mortalidade	Não ciganos	A proporção de ciganos está associada à mortalidade precoce nas duas maiores cidades da Eslováquia.
21	Discrimination and Romani health: a validation study of discrimination scales among Romani women in Macedonia and	2015	Janevic, T; Gundersen, D; Stojanovski, K; Jankovic, J; Nikolic, Z; Kasapinov, B.	Macedônia e Sérvia	Mulheres ciganas	Discriminação	Mulheres não ciganas	Escalas usadas para avaliar discriminação podem ser adaptadas para aplicação em mulheres ciganas e são associadas com o tabagismo e sofrimento psíquico.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
	Serbia.							
22	Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions.	2015	Pappa, Evelina; Chatzikonstantinidou, Simela; Chalkiopoulos, George; Papadopoulos, Angelos; Niakas, Dimitris.	Grécia	Ciganos	Indicadores de saúde	Não há	Os ciganos constituem o grupo étnico mais vulnerável, afetados por desigualdades nas diversas áreas. O estudo apontou o não acesso a serviços básicos, especialmente em relação à educação, bem como a prevalência de doenças crônicas em saúde.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
23	Seven years' mortality in Roma and non-Roma patients after coronary angiography	2015	Sudzinova, Adriana; Nagyova, Iveta; Rosenberger, Jaroslav; Studencan, Martin; Vargova, Helena; Middel, Berrie; van Dijk, Jitse P; Reijneveld, Sijmen A.	Eslováquia	Pacientes ciganos	Mortalidade por complicações de doença arterial coronariana	Pacientes não ciganos	A mortalidade por complicações da doença arterial coronariana é maior entre os ciganos, e isso não se deve a diferenças idade, sexo ou educação.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
24	Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems	2015	Bobakova, Daniela; Dankulincova Veselska, Zuzana; Babinska, Ingrid; Klein, Daniel; Madarasova Geckova, Andrea; Cislakova, Lydia.	Eslováquia	População que vive separada e segregada em assentamentos ciganos	Acessibilidade nos cuidados em saúde e apoio social	População em geral	O suporte social da família e dos amigos tem um efeito protetivo/positivo para superar os problemas de acessibilidade em saúde. Os resultados mostraram que ciganos têm 3 vezes mais chances de relatar problemas de acessibilidade nos serviços de saúde que os não ciganos. Nessa perspectiva, infere-se que os ciganos não utilizam de forma eficaz o potencial das redes sociais de apoio para além dos laços familiares, o que sugere a necessidade de outros recursos para facilitar a acessibilidade dos ciganos.
25	Predictors of medication use in the Roma population in Spain: a population-	2015	Martín-Pérez, M; Hernández Barrera, V; López de Andrés, A;	Espanha	Ciganos que usam medicamentos/Ciganos por características sociodemográficas	Uso de medicamentos	Ciganos espanhóis	Uma alta porcentagem da população cigana espanhola usa medicação e uma proporção significativa se automedica. O uso de medicação tem sido associado a condições ruins de saúde do povo

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHEO (<i>OUTCOME</i>)
	based national study		Jiménez-Trujillo, I; Jiménez-García, R; Carrasco-Garrido, P.		as, estilo de vida e variáveis de saúde			cigano, tendo em vista os seguintes fatores: presença de doenças crônicas; percepção negativa da saúde; e consultas médicas dentro de 4 semanas antes da pesquisa.
26	Prevalence of metabolic syndrome among Roma: a comparative health examination survey in Hungary	2015	Kósa, Zsigmond; Moravcsik-Kornyicki, Ágota; Diószegi, Judit; Roberts, Bayard; Szabó, Zoltán; Sándor, János; Ádány, Róza.	Hungria	Ciganos	Status de saúde	População geral da Hungria	Os riscos para obesidade central, hipertensão e aumento do nível de triglicérides entre os adultos ciganos não foram diferentes da população em geral da Hungria. No entanto, o estudo mostrou que a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 e nível baixo de colesterol HDL entre os ciganos húngaros.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
27	Health insurance and accessibility to health services among Roma in settlements in Belgrade, Serbia--the journey from data to policy making	2015	Kaluski, Dorit Nitzan; Stojanovski, Kristefer; McWeeney, Gerry; Paunovic, Elizabet; Ostlin, Piroska; Licari, Lucianne; Jakab, Zsuzsanna.	Belgrado (Sérvia)	Ciganos dos assentamentos de Belgrado	Seguro de saúde e acesso aos serviços de saúde	Não ciganos de Belgrado	Os dados indicaram que os grupos socialmente excluídos, ciganos não-cidadãos, tinham acesso limitado ao seguro de saúde e serviços de saúde.
28	Anthropometric parameters in relation to glycaemic status and lipid profile in a multi-ethnic sample in Italy	2015	Gualdi-Russo, Emanuela; Zaccagni, Luciana; Dallari, Giovanna V; Toselli, Stefania.	Bolonha (Itália)	Povo Cigano	Parâmetros antropométricos e sanguíneos	Imigrantes de outras minorias étnicas	Estudo realizado na Itália indica que o estado de saúde das minorias étnicas é ruim, especialmente do povo cigano. Os homens ciganos tinham maiores valores para glicose, colesterol total e triglicérides (TAG) em comparação com as outras minorias.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
29	Kidney diseases in Roma and non-Roma children from eastern Slovakia: are Roma children more at risk?	2014	Kolvek, Gabriel; Podracka, Ludmila; Rosenberger, Jaroslav; Stewart, Roy E; van Dijk, Jitse P; Reijneveld, Sijmen A.	Leste da Eslováquia	Crianças ciganas	Doenças renais	Crianças não ciganas	As crianças de etnia cigana pouco acessam o atendimento especializado em nefrologia e diálise. Contudo, a proporção de crianças ciganas com doença renal em fase terminal é alta comparada com as crianças não ciganas.
30	Social determinants of malnutrition among Serbian children aged <5 years: ethnic and regional disparities.	2014	Brcanski, Jelena; Jovic-Vranes, Aleksandra; Marinkovic, Jelena; Favre, Dragana.	Sérvia	Crianças ciganas até 5 anos	Crescimento	Crianças não ciganas até 5 anos	Crianças ciganas tinham três vezes mais probabilidade de apresentar baixa estatura e/ou crescimento atrofiado do que as crianças não ciganas.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
31	Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population	2014	Poveda, Alaitz; Ibáñez, María Eugenia; Rebato, Esther.	Grande Bilbao (Espanha)	Ciganos com obesidade ou sobrepeso	Obesidade e sobrepeso	Ciganos	O estudo mostrou a alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre os ciganos na Região do Grande Bilbao: adultos, 81,3% dos homens e 74,8% das mulheres; crianças, 41,6% dos meninos e 56,1% das meninas.
32	Anxiety and sense of coherence in Roma and non-Roma coronary heart disease patients	2014	Silarova, Barbora; Nagyova, Iveta; Van Dijk, Jitse P; Rosenberger, Jaroslav; Reijneveld, Sijmen A.	Eslováquia	Ciganos com doença arterial coronariana	Ansiedade e senso de coerência	Pacientes não ciganos com doença arterial coronariana.	Ciganos estão associados com mais sintomas de ansiedade e menor senso de coerência entre os pacientes com doença cardíaca coronária.
33	Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a	2013	Cook, Benjamin; Wayne, Geoffrey Ferris; Valentine, Anne;	Vários países da Europa	Ciganos	Revisão Sistemática de Literatura sobre o povo cigano	Não ciganos	Estilo de vida cigano com pouca atividade física, alta prevalência de obesidade, risco para pressão alta e doenças cardíacas. Além disso, verificou-se a ocorrência do uso e abuso de álcool e drogas, além de altas taxas de doenças

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHEO (<i>OUTCOME</i>)
	systematic review 2003-2012.		Lessios, Anna; Yeh, Ethan.					transmissíveis como IST, AIDS, hepatites virais e tuberculose
34	Mapping the Gypsy Traveller community in England: what we know about their health service provision and childhood immunization uptake.	2013	Dar, Osman; Gobin, Maya; Hogarth, Sue; Lane, Chris; Ramsay, Mary.	Inglaterra	Ciganos	Imunização	Não Ciganos	Apesar das melhorias na prestação de serviços especializados para as comunidades ciganas itinerantes da Inglaterra, ainda existe um número considerável de áreas onde o conhecimento do número da população é escasso, a prestação de serviços não é baseada na necessidade e a imunização é baixa ou desconhecida.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
35	Roma coronary heart disease patients have more medical risk factors and greater severity of coronary heart disease than non-Roma	2013	Sudzinova, A; Nagyova, I; Studencan, M; Rosenberger, J; Skodova, Z; Vargova, H; Middel, B; Reijneveld, S A; van Dijk, J P.	Eslováquia	Ciganos	Doença arterial coronariana	Não ciganos	Um estudo na Eslováquia mostrou que os ciganos têm significativamente mais fatores de risco e tipos mais graves de doença arterial coronariana (DAC) em relação aos não ciganos. Além disso, são menos assistidos para DAC em comparação aos pacientes não ciganos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
36	Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia?	2013	Babinska, Ingrid; Veselska, Zuzana Dankulincova; Bobakova, Daniela; Pella, Daniel; Panico, Salvatore; Reijneveld, Sijmen A; Jarcuska, Peter; Jarcuska, Pavol; Zezula, Ivan; Geckova, Andrea Madarasova	Eslováquia	Ciganos	Riscos cardiovascular	Não ciganos	O estudo confirmou que o povo cigano possui taxas mais altas para fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV) em comparação à população não cigana. Dessa forma, ciganos eram mais propensos a ter obesidade, baixo colesterol HDL e tabagismo. Não foram encontradas diferenças significativas por etnia em relação à hipertrigliceridemia, hiperglicemia e hipertensão.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
37	Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma?	2013	Jarcuska, Pavol; Bobakova, Daniela; Uhrin, Jan; Bobak, Ladislav; Babinska, Ingrid; Kolarcik, Peter; Veselska, Zuzana; Madarasova Geckova, Andrea.	Eslováquia	Ciganos	Acesso à Saúde	Não ciganos	Foi encontrada associação significativa para autoavaliação de saúde negativa entre os ciganos. Parte da associação pode ser explicada por meio de barreiras de acesso à saúde percebidas pelos ciganos.
38	High-risk sexual behavior, HIV/STD prevalence, and risk predictors in	2013	Amirkhanian, Yuri A; Kelly, Jeffrey A; Kabakchieva, Elena; Antonova, Radostina;	Bulgária	Ciganos com HIV/AIDS	HIV/AIDS	Ciganos	O estudo mostrou que os comportamentos sexuais de alto risco foram comuns. Mais de 57% dos homens ciganos tiveram múltiplas parcerias sexuais no últimos 3 mês. O uso de preservativo foi baixo. No entanto,

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
	the social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria.		Vassileva, Sylvia; Difranceisco, Wayne J; McAuliffe, Timothy L; Vassilev, Boyan; Petrova, Elena; Khoursine, Roman A.					a prevalência de HIV/AIDS foi baixa entre os ciganos.
39	The burden and impact of measles among the Gypsy-Traveller communities, Thames Valley, 2006-09.	2013	Maduma-Butshe, Anne; McCarthy, Noel.	Thames Valley (Inglaterra)	Ciganos itinerantes	Sarampo	População em geral	Os resultados mostraram incidência de sarampo nas comunidades ciganas itinerantes 100 vezes maior em relação ao resto da população.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECCHO (<i>OUTCOME</i>)
40	Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?	2012	Bobakova, Daniela; Kolarcik, Peter; Geckova, Andrea Madarasova; Klein, Daniel; Reijneveld, Sijmen A; van Dijk, Jitse P.	Eslováquia	Ciganos adolescentes	Embriaguez	Não ciganos adolescentes	Monitoramento parental e influência dos pares explicam em parte a baixa prevalência de embriaguez entre os adolescentes ciganos, mas esses efeitos não variam em relação aos não ciganos.
41	Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study	2012	Casals, Martí; Pila, Pilar; Langohr, Klaus; Millet, Juan-Pablo; Caylà, Joan A.	Barcelona (Espanha)	Ciganos doentes	Doenças infecciosas (TB, AIDS)	Ciganos	Foram observados uma alta incidência de doenças infecciosas, como AIDS e tuberculose. Além disso, foram encontradas evidências de histórico familiar e uso de drogas injetáveis entre os ciganos.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
42	Chronic toluene misuse among Roma youth in Eastern Slovakia	2011	Vazan, Peter; Khan, Maria R; Poduska, Ondrej; Stastná, Lenka; Miovský, Michal.	Eslováquia	Comunidades ciganas que fazem uso indevido de substâncias voláteis	Uso indevido de substâncias voláteis (Tolueno)	Comunidades ciganas	Dos 17.050 ciganos entrevistados, foram identificados 340 usuários crônicos de tolueno, a maioria do sexo masculino (90%, n = 306). 15% (n = 52) eram crianças com menos de 10 anos de idade e a maioria dos usuários (75%, n = 255) tinham entre 10 e 25 anos de idade.
43	Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies	2011	Paulik, Edit; Nagymajtényi, László; Easterling, Douglas; Rogers, Todd.	Hungria	Ciganos	Tabagismo	Não ciganos	A prevalência de tabagismo foi significativamente maior na população cigana.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
44	Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia	2011	Rosicova, Katarina; Madarasova Geckova, Andrea; van Dijk, Jitse P; Kollarova, Jana; Rosic, Martin; Groothoff, Johan W.	Eslováquia	Ciganos	Mortalidade perinatal e infantil	Não ciganos	Todos os indicadores socioeconômicos explorados com recorte étnico contribuíram significativamente para a mortalidade perinatal e infantil, com exceção de renda. O efeito da proporção da população cigana permaneceu significativo para as mortalidades perinatal e infantil.
45	Risk factors and severity of obstructive sleep apnoea in central European Roma and non-Roma patients referred for a diagnostic polysomnography	2010	Dorkova, Zuzana; Sopkova, Zuzana; Tkacova, Ruzena.	Eslováquia	Ciganos	Apneia obstrutiva do sono (SAOS)	Não Ciganos	A etnia cigana está associada com maior risco de SAOS grave. Conhecimento sobre SAOS em pacientes ciganos pode ajudar a identificar o alto risco em indivíduos e orientar cuidados para essa doença.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
	[corrected].							
46	Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice	2010	Dostal, Miroslav; Topinka, Jan; Sram, Radim J.	República Tcheca	Crianças ciganas (até 6 anos de idade)	Doenças da infância (influenza, infecções intestinais, doenças virais)	Crianças não ciganas (até 6 anos de idade)	Na idade de 0-2 anos, a incidência de influenza, otite média, doenças infecciosas intestinais e de doenças virais foi significativamente maior entre as crianças ciganas (em relação as não ciganas) e não foi associada à educação das mães. Não houve aumento na morbidade das crianças ciganas em relação às crianças não ciganas com a idade de 2 a 6 anos. A prevalência de alergias em crianças ciganas foi extremamente baixa.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

(continua)

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
47	Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia	2009	Rosicova, Katarina; Geckova, Andrea Madarasova; van Dijk, Jitse P; Rosic, Martin; Zezula, Ivan.	Eslováquia	Ciganos	Mortalidade, indicadores socioeconômicos e etnicidade.	Não ciganos	Não foram encontradas evidências com o recorte para a etnia cigana.

Tabela 1 - Síntese da Revisão de Literatura sobre Saúde do Povo Cigano

								(conclusão)
Nº	TÍTULO	ANO	AUTORIA	PAÍS(ES)	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO OU EXPOSIÇÃO	CONTROLE OU COMPARAÇÃO	DESFECHO (<i>OUTCOME</i>)
49	Gadjés em tendas Calons: um estudo exploratório com grupos ciganos semi-nômades em território capixaba	2010	Bonomo, Mariana; Souza, Lídio de; Brasil, Julia Alves; Livramento, André Mota do; Canal, Fabiana Davel.	Brasil	Grupo de Etnia Calon	Estilo de vida	Não ciganos	Verificou-se que a identidade cigana se sustenta nas estratégias de resistência criadas pelo grupo para que seus membros se reconheçam como parte da cultura cigana em constante confronto com as culturas não-ciganas.

Fonte: Elaborada pela autora com base na busca LILACS, 2019.

