

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE**

DAYSE BATISTA SANTOS

FILHOS DO VENTO

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PCATool BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS
ADULTOS – EXTENSA – POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA CULTURALMENTE
COMPETENTE**

PORTO SEGURO

2023

DAYSE BATISTA SANTOS

FILHOS DO VENTO

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PCATool BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS
ADULTOS – EXTENSA – POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA CULTURALMENTE
COMPETENTE

Tese apresentada como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Doutora, no curso de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia - PPGES/UFSB, Linha de Pesquisa 02- Políticas públicas, educação e participação social, sob a orientação da Professora Dra. Sandra Adriana Neves Nunes.

**PORTO SEGURO
2023**

Catálogo na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Sistema de Bibliotecas (SIBI)

S237f Santos, Dayse Batista, 1974 -
Filhos do vento: adaptação e validação do PCATOOL Brasil versão povos
ciganos adultos – extensa – por uma atenção primária culturalmente
competente. / Dayse Batista Santos. – Porto Seguro, 2023.
229 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de
Formação em Ciências Humanas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em
Estado e Sociedade. Campus Sosígenes Costa.

1. Povos Ciganos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atributos. 4. PCATOOL-
Brasil. I. Nunes, Sandra Adriana Neves. II. Título.

CDD – 613.91497

Ata de Defesa Pública de Doutorado

Aos 13 dias do mês de novembro do ano de 2023, às 08h00min, via webconferência através da sala virtual com link de transmissão <https://meet.google.com/cww-gsyc-nco>, reuniram-se as/os membras/os da banca examinadora composta pelas/os docentes Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes (presidente da banca), Prof. Dr. Álamo Pimentel Gonçalves da Silva (membro interno ao Programa), Profa. Dra. Francismary Alves da Silva (membra externa ao Programa), Profa. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães (membra externa ao Programa), Prof. Dr. Emerson Antônio Rocha Melo de Lucena (membro externo à Instituição) e Profa. Dra. Pollyana Alves Dias Costa (membra Externa à Instituição) a fim de argüirem a doutoranda Dayse Batista Santos, na defesa de sua tese, cujo trabalho de pesquisa intitula-se "FILHOS DO VENTO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PCATool BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS ADULTOS – EXTENSA – POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA CULTURALMENTE COMPETENTE". Aberta a sessão pela presidente da banca, coube à candidata, na forma regimental, expor o tema de sua tese, dentro do tempo regulamentar, sendo em seguida questionada pelos/as membros/as da banca examinadora, tendo dado as explicações que foram necessárias.

As/Os membras/os da banca consideraram a tese:

- Aprovada () Aprovada com modificações
() Não aprovada, devendo ser realizada nova defesa no prazo de _meses.

Recomendações da Banca: Ver abaixo

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Sandra Adriana Neves Nunes
(UFSB / PPGES) *Presidente da banca*



Álamo Pimentel Gonçalves da Silva
(UFSB / PPGES) *Membro interno ao Programa*



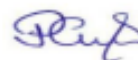
Profa. Dra. Francismary Alves da Silva
(UFSB / PPGES) *Membra externa ao Programa*

Documento assinado digitalmente
 JANE MARY DE MEDEIROS GUIMARÃES
Data: 16/11/2023 10:14:30-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães
UFSB / PROFSAUDE) *Membra externa ao programa*



Prof. Dr. Emerson Antônio Rocha Melo de Lucena
(UESC) *Membro externa à Instituição*



Profa. Dra. Pollyana Alves Dias Costa
(UESC / PPGENF) *Membro externa à Instituição*

Documento assinado digitalmente
 DAYSE BATISTA SANTOS
Data: 21/11/2023 09:47:08-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Dayse Batista Santos
Candidata

Webconferência, 13 de novembro de 2023.

Epigrama nº 7

*A tua raça de aventura
quis ter a terra, o céu, o mar.*

*Na minha, há uma delícia obscura
em não querer, em não ganhar...*

*A tua raça quer partir,
guerrear, sofrer, vencer, voltar.*

*A minha, não quer ir nem vir.
A minha raça quer passar.*

(CECÍLIA MEIRELES, 1972)¹

¹ Cecília Meireles/IN “FLOR DE POEMAS” – 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1972, p. 67).
Poetisa cigana.

Dedicatória

*Às famílias ciganas Fortuna Rebouças e Dantas da Cruz,
pelo acolhimento, incentivo e apoio durante toda a caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Ao Pai, por nos permitir a caminhada, os recomeços, os (re)encontros e os aprendizados na roda da vida;

Aos Filhos do Vento pela inspiração e por todas as coisas lindas que vi, vivi e aprendo diariamente com vocês;

A todas as ciganas e a todos os ciganos com os quais ive e/ou tenho tido a alegria de caminhar. Especialmente a Aderino Dourado da Mota; Cosme Fortuna Rebouças; Gerisnal Fortuna Rebouças; Gilmar Dantas da Cruz; Gilson Dantas da Cruz; Ione Fortuna Rebouças; Jacelho Dantas da Cruz; Jaconílio Dantas da Cruz; José Roque Soares Alves; Jucelho Dantas da Cruz, Luciara Fortuna Rebouças; Maitana Vaz Dourado; Marcelo Vacite; Mário Alves dos Santos; Selma Dantas da Cruz, Tássio Mota Dórea e demais lideranças dos municípios envolvidos nesta pesquisa, pela acolhida, pela confiança, pelo apoio e porque sem vocês nada disso teria sido possível;

À professora Dra. Sandra Adriana Neves Nunes, orientadora dessa pesquisa, pelo pronunciar e pelo silêncio nos momentos certos; por me incentivar a advogar em defesa da ciganidade – saúde – SUS, com muito respeito, mas também com a coragem necessária para propor “novos caminhos”; e pelo apoio em todos os momentos da pesquisa;

Aos revisores, amigos queridos, Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso (UFSB) e Prof. Dr. Jucelho Dantas da Cruz (UEFS), pela disponibilidade, sensibilidade e contribuições;

Aos membros do Comitê de Juízes, tão parceiros, presentes e imprescindíveis durante todo o processo;

À equipe de pesquisadoras/es auxiliares, ciganas/os e não ciganas/os, Cosme Fortuna Rebouças, Jucelho Dantas da Cruz, Luciara Fortuna Rebouças, Maitana Vaz Dourado, Maria Domingas Mateus de Jesus, Tássio Mota Dórea, Thaynah Halika Leite Pereira e Viviane Bomfim Santos, pela disponibilidade, pelas caminhadas (rsrs), pelas dúvidas compartilhadas e sanadas, pela paciência, pela escuta, pela presença...

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas orientações e pelo incentivo a seguir em frente;

À Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC/SESAB) e à Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA, pelo incentivo e apoio, tão fundamentais para a realização dessa pesquisa;

Aos professores e colegas do Programa de Pós- Graduação em Estado e Sociedade (PPGES/UFSB), pelos aprendizados compartilhados em um doutorado iniciado no curso da pandemia COVID 19. Em especial à Prof^ª Dra. Janaína Losada, pelo apoio incondicional do início ao término dessa jornada;

A todos que contribuíram com a minha formação acadêmica, por todas as lições que hoje alicerçam a minha caminhada (Escola Alice Monteiro, Ação Fraternal de Itabuna (AFI), UESC, ISC/UFBA, HSL/PROADIS-SUS, FIOCRUZ, ESP-BA, PPGER/UFSB, PPGES/UFSB e tantos outros);

Aos colegas do serviço e da gestão, porque do nosso lugar de fala aprendi a lutar pela justiça social e a acreditar em um SUS resolutivo, universal, integral e equânime;

Às usuárias/os/es do SUS (todas, todos e todes brasileiras/os/es), por nunca me deixarem esquecer que sou uma servidora do público;

Às amigas, amigos e amigues que acompanharam diretamente essa jornada, com respeito, colaboração e incentivo a cada passo. Especialmente Antônio Purificação (DGC/SESAB); Cirurgião-dentista da Saúde Indígena e Mestre Matheus Ribeiro; Enf^a Mestra Ilana Menezes Reis (APS/SUS); Prof^a Dra. Dejeane de Oliveira Silva (UESC); Prof. Dr. João Luís Almeida da Silva (UESC); Prof^a Dra. Jane Mary Guimarães (UFSB); Prof^a Dra. Lina Rodrigues de Farias (UFSB); Psicóloga Mestra Maria Domingas Mateus de Jesus (Conselho de Igualdade Racial de Itabuna/BA); e Psicóloga residente Thaynah Halika Leite Pereira (PRMSF/UESC);

Com imensa gratidão à professora Prof^a Dra. Francismary Alves da Silva (UFSB), por acompanhar direta e/ou indiretamente a minha caminhada com os povos ciganos; por ter sido a primeira a vislumbrar e a incentivar a minha jornada rumo ao doutorado; e por um dia ter me questionado “isso importa para as comunidades ciganas?”;

À arte, especialmente à dança, por ser o meu eterno refúgio, inspiração e fortaleza;

E, de modo especial, à minha família, pelo apoio e por acompanhar, com respeito e alegria, a minha alegria por poder caminhar com os povos ciganos. Sobretudo, aos meus pais, pois sem eles eu não teria chegado até aqui, a Emily, pela amorosidade e cumplicidade e a Assis, pela paciência e incentivo.

Gratidão!

RESUMO

De provável origem indiana, pouco se conhece acerca de dados demográficos oficiais referentes aos povos ciganos, e essa invisibilidade tem retirado as etnias do público prioritário das políticas e programas do SUS. Por conseguinte, embora os seus princípios doutrinários objetivem garantir acesso e atenção à saúde sem qualquer forma de discriminação, o SUS ainda permanece frágil no que se refere às ações dirigidas às comunidades ciganas. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo adaptar e validar o PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos (VPCA) - extensa, a partir da adaptação do PCATool-Brasil versão adulto extensa, considerando que, embora seja este o instrumento adotado pelo Ministério da Saúde para avaliar a efetividade da APS, não se sabe se atende às especificidades étnicas ciganas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal, que visou à adaptação e validação de um instrumento, portanto, que incorporou técnicas de avaliação de propriedades psicométricas envolvendo cinco etapas: etapa de tradução e retrotradução da dimensão “competência cultural”, etapa de adaptação do instrumento, etapa de validação do conteúdo, etapa de validação de constructo (ou fatorial), validação de conteúdo e avaliação da confiabilidade. A pesquisa também envolveu um estudo descritivo, pois procedeu com a avaliação da qualidade da atenção primária no contexto das comunidades ciganas, por meio do uso PCATool-Brasil VPCA- extensa. A versão aqui preliminarmente validada do PCATool-BRASIL VPCA - extensa ficou composta de 77 itens, distribuídos em quatro atributos essenciais e três atributos derivados (incluindo “competência cultural”) da Atenção Primária, além das quatro primeiras questões de Afiliação que não entraram na análise Fatorial Exploratória e foi aplicado em 274 pessoas das comunidades ciganas de 28 municípios baianos. Essa solução apresentou 52,45% da variância explicada. No que se refere à confiabilidade do instrumento, com exceção do atributo “Sistema de Informação”, que obteve um alfa de Cronbach de 0,52 e Confiabilidade Composta (CC) de 0,45, todos as escalas que medem os atributos obtiveram valores de confiabilidade iguais ou superiores a 0,70, o que indica que as subescalas são confiáveis, de acordo esse estudo. No que diz respeito a validade convergente, apenas três atributos [PRIMEIRO CONTATO (Utilização); COORDENAÇÃO DO CUIDADO (Sistema de Informação) e ORIENTAÇÃO FAMILIAR)], dos 10 componentes analisados precisam ser considerados com alguma cautela. Finalmente, no que diz respeito à qualidade da atenção primária, de acordo com as comunidades ciganas investigadas, os escores médios e os Intervalos de Confiança (IC) de todos os atributos estão abaixo do ponto médio da escala (2,5). Portanto, de acordo com os participantes, a presença dos atributos essenciais e derivados é bastante tímida no serviço de saúde oferecido a eles. Além disso, todos os atributos, com exceção da afiliação, apresentaram escores transformados baixos (escore < 6,6). O ponto de corte do escore em 6,6 indica que as respostas aos itens do instrumento foram colocadas na opção ‘provavelmente sim’, o que, por sua vez, significa que os participantes consideram que estão minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS. Espera-se que esta pesquisa seja capaz de minimizar a ciganofobia, oportunizar o maior acesso e a melhor atenção direcionada às comunidades ciganas nos serviços de saúde pública brasileiros, especialmente nos que compõem a sua porta de entrada preferencial, e estimular a maior participação dos povos ciganos nos coletivos em defesa da equidade, da saúde e da vida.

Palavras-chave: povos ciganos; Atenção Primária à Saúde; atributos; PCATool-Brasil.

ABSTRACT

Of probable Indian origin, little is known about official demographic data regarding gypsy people, and the invisibility of the children of the wind has removed ethnicity from the priority public of SUS policies and programs. Therefore, although its doctrinal principles aim to guarantee access and health care without any form of prejudice and/or discrimination, the SUS still remains fragile with regard to actions directed at the gypsy community. Thus, this research aims to develop and validate the PCATool-Brasil VPA Cigana extensive version, based on the adaptation of the PCATool-Brasil extensive adult version, considering that, although this is the instrument adopted by the Ministry of Health to assess the effectiveness of the APS, it is not known if it meets the Gypsy ethnic specificities. This is quantitative and cross-sectional research aimed at adapting and validating an instrument, therefore, which incorporated techniques for evaluating psychometric properties involving five stages: the stage of translation and back-translation of the “cultural competence” dimension, stage of adaptation of the instrument, stage of content validation, construct (or factorial) validation and stage of reliability assessment. The research also involved a descriptive study, as it proceeded with the assessment of the quality of primary care in the context of the Gypsy community, using PCATool-Brasil Gypsy Version. The version here preliminarily validated of the PCAToL-BRASIL Gypsy Version was composed of 77 items, divided into seven essential attributes and three derived attributes (including “cultural competence”) of the Primary Care, in addition to the first four questions of Affiliation that were not included in the Exploratory Factor Analysis and it was applied to 274 people from gypsy communities in 28 municipalities from Bahia. This solution presented 52.45% of the explained variance. With regard to the reliability of the instrument, with the exception of the attribute “Information System”, which obtained a Cronbach's alpha (α) of 0.52, all scales that measure the attributes obtained Cronbach's alphas (α) equal to or greater than 0, 70. Among the other attributes, the one with the lowest α was the derived attribute “Family Orientation” (0.64), but still considered acceptable. The other attributes had Cronbach's alphas that ranged from 0.70 to 0.93, which indicates that the subscales are reliable, according to this study. Finally, with regard to the quality of primary care, according to the Gypsy population investigated, the average scores of all attributes are below the midpoint of the scale (2.5). Therefore, according to the participants, the presence of essential and derived attributes is quite shy in the health service offered to them. Furthermore, all attributes, with the exception of affiliation, had low transformed scores (score < 6.6). The score cutoff point of 6.6 indicates that the answers to the instrument's items were placed in the 'probably yes' option, which, in turn, means that the participants consider that the characteristics of services recognized as oriented are minimally present to APS. The worst evaluated attributes were "Community Orientation", "First Contact - Accessibility", "Comprehensiveness - Services Provided (Male and Female)" and "Care Coordination - Care Integration", with average scores ranging from 2.12 to 2.61, therefore very low. "Longitudinality" and "Cultural Competence" were the best evaluated, but are still well below the cutoff point for the attribute to be considered satisfactory. It is hoped that this research will be able to minimize gyganophobia, provide opportunities for greater access and better care directed to Gypsy population in Brazilian public health services, especially in those that make up their preferred gateway, and encourage greater participation of gypsy communities in collectives in defense of equity, health and life.

Keywords: Gypsy ethnicity; Primary Health Care; attributes; PCATool-Brazil.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marcos legais para os povos ciganos no Brasil	40
Quadro 2 – Modelos teóricos de competência cultural	60
Quadro 3 – Modelos metodológicos de competência cultural	61
Quadro 4 – Planos Estaduais de Saúde – Bahia	81
Quadro 5 – Distribuição de municípios por macrorregiões de saúde	96
Quadro 6 – Distribuição de municípios por microrregiões de saúde	97
Quadro 7 – Sistematização PCATool-Brasil pacientes adultos versão extensa	102
Quadro 8 - Questões Originais da Dimensão Competência Cultural	108
Quadro 9 - Questões da Dimensão Competência Cultural, após tradução e retrotradução	108
Quadro 10 - Itens e atributos PCATool-Brasil VPCA extensa, após passar por processo de adaptação e de validação de conteúdo	121
Quadro 11- Sistematização PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos extensa	160
Quadro 12 - Síntese das Versões PCATool Validadas no Brasil	161

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atributos da APS, medidos pelo conjunto de instrumentos do PCATool	33
Figura 2 – Mapa das macrorregiões de saúde do estado da Bahia	97
Figura 3 – Mapa das microrregiões de saúde do estado da Bahia	98
Figura 4 – Distribuição geográfica dos acampamentos ciganos no Brasil	100
Figura 5 – Cartografia das comunidades ciganas de Itabuna/2019	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Etapa de Validação de Conteúdo - Avaliação 1	111
Tabela 2 - Etapa de Validação de Conteúdo - Avaliação 2	116
Tabela 3 – Pertinência dos itens do atributo “competência cultural”	120
Tabela 4 – Abrangência dos itens do atributo “competência cultural”	120
Tabela 5. Distribuição dos itens do PCATool Versão Cigana e variação explicada nos fatores provenientes da Análise Fatorial (n = 274)	131
Tabela 6 – Fatores extraídos e seus respectivos itens, Variância Explicada e Variância Explicada Acumulada (n = 274)	136
Tabela 7 - Ordem dos Fatores Extraídos por meio da Rotação VARIMAX nos respectivos itens (n = 274)	137
Tabela 8- Alfas de <i>Cronbach</i> , correlações item-total, cargas fatoriais e escores médios de cada item (n = 274)	144
Tabela 9 - Número de itens e alfa de <i>Cronbach</i> PCATool-Brasil Versão Adultos e PCATool-Brasil Versão Cigana.	152
Tabela 10 – Lambda (λ), Variância de Erro (ϵ) de cada item e Variância Extraída Média e Confiabilidade Composta de cada Fator (n = 747)	153
Tabela 11 – Média, Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (n = 274)	157
Tabela 12 - Escores Transformados (com notas de 0 a 10), Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (n = 274)	158

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACP	Análise de Componentes Principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AMSK	Associação Internacional Maylê Sara Kalí
ANEC	Associação Nacional das Etnias Ciganas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASIS	Análise de Situação de Saúde
CC	Confiabilidade Composta
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPS	Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGE	Coordenação de Garantia de Equidade
CONAPIR	Conferência Nacional de Igualdade Racial
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
DESF	Departamento de Saúde da Família
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IVC	Índice de Validade de Conteúdo

KMO	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NPS	Escala de Satisfação do Usuário (Net Promoter Score)
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PARTICIPA-SUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PCAT	Primary Care Assessment
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCATool-Brasil	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PCATool-Brasil VPCA	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária Versão Povos Ciganos Adultos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRQ-9	Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente (Patient-Doctor Relationship Questionnaire)
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde do Sistema Único de Saúde
PNH-SUS	Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde
PNPIC-SUS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGER	Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAPS	Secretaria de Atenção Primária em Saúde
SESAB	Secretaria Estadual da Saúde da Bahia
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
VME	Variância Média Extraída

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 Afinal, justiça social é premissa do SUS	27
1.2 Atenção Primária à Saúde: dos atributos à proposição do PCATool Brasil Versão Povos Ciganos Adultos – extensa (VPCA – extensa)	29
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1 Brasil cigano: “lungo drom”, a narrativa da longa estrada	37
2.2 Uma breve análise epistemológica acerca do conceito de saúde e sua influência no cotidiano dos serviços do SUS	45
2.3 Racismo: uma enfermidade silenciada no SUS	49
2.4 Da interculturalidade à competência cultural: referenciais para se combaterem as iniquidades étnico-raciais no SUS	53
2.4.1 Mas, afinal, o que é competência cultural?	58
2.4.2 A competência cultural enquanto referencial para a tessitura de um SUS por muitas vozes e muitas mãos.....	62
2.5 Hegemonia – orientalismo – ciganidade: reflexos da tríade no serviço de saúde brasileiro	65
2.5.1 Estado – hegemonia – saúde: pela necessidade de um movimento de contracultura para romper com a lógica da APS enquanto território sem “competência cultural”	66
2.5.2 Orientalismo – ciganidade – saúde: pela superação do pensamento único que coloca os povos orientais ciganos na condição de subalternidade.....	69
2.5.3 Intelectuais orgânicos – contracultura – saúde: por um novo modelo de ocidentalismo que reconheça, respeite e valorize a ciganidade.....	73
2.5.4 Atenção primária à saúde: reflexos do orientalismo na atenção aos povos ciganos no território onde o fazer saúde exige “competência cultural”	77
2.6 Processo de adaptação cultural e validação de instrumentos: uma breve inserção no campo da Psicometria	84
3 METODOLOGIA	91
3.1 Tipo de estudo	91
3.2 Estudo de adaptação e validação do instrumento	92
3.2.1 Etapa de adaptação do instrumento.....	92
3.2.2 Etapa de validação de conteúdo	93

3.3	Etapa de validação do constructo	95
3.3.1	Participantes	95
3.3.2	Cenário de estudo	96
3.3.3	Instrumento	101
3.3.4	Procedimentos de coleta dos dados	102
3.4	Procedimento de análise dos dados	103
3.4.1	Etapa de Validade de Constructo.....	103
3.4.2	Validade Convergente.....	105
3.4.3	Avaliação da confiabilidade.....	105
3.5	Estudo descritivo	106
3.5.1	Participantes	106
3.5.2	Cenário do estudo.....	106
3.5.3	Instrumentos de coleta de dados	106
3.5.4	Procedimento de coleta dos dados	106
3.5.5	Análise dos dados.....	107
3.6	Considerações éticas	107
4	RESULTADOS	107
4.1	Tradução do Atributo “Competência Cultural”.....	107
4.2	Adaptação e Validação do Conteúdo.....	109
4.3	Etapa de aplicação do instrumento.....	127
4.4	Validade de Constructo.....	128
4.5	Análise dos Componentes Principais.....	129
4.6	Análise Fatorial Exploratória.....	135
4.7	Confiabilidade (Consistência Interna via Alfa de <i>Cronbach</i>)	151
4.8	Variância Média Extraída (VME) e Confiabilidade Composta (CC)	152
4.9	Qualidade da Atenção Primária a Partir do Cumprimento dos Seus Atributos, Com Base no PCATool Brasil VPCA – extensa	156
5	DISCUSSÃO	161
5.1	“ Não se pode ir reto quando a estrada é curva”, por isso é preciso pensar em economia da saúde quando se almeja a equidade na saúde	168
5.2	A Educação Popular em Saúde a indicar caminhos para a consolidação do “atributo competência cultural” no SUS, afinal, “a mais bela fogueira começa com pequenos ramos”	172

5.3	Clínica Peripatética: recordando que a saúde está aonde o povo está, pois, “a vida é uma grande estrada, a alma é uma pequena carroça e a Divindade o Carroceiro”	174
6	CONCLUSÃO	176
	REFERÊNCIAS.....	178
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PRESENCIAL	195
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VIRTUAL	198
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMITÊ DE JUÍZES.....	201
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO EXTENSA	203
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PCATool-BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS ADULTO EXTENSA.....	215
	APÊNDICE F – QUESTÕES ORIGINAIS DA DIMENSÃO COMPETÊNCIA CULTURAL – STARFIELD (1997).....	226
	APÊNDICE G – QUADRO – MODELO DE INSTRUÇÕES PARA A SEGUNDA ANÁLISE DA VALIDADE DO CONTEÚDO.....	227
	APÊNDICE H – CARTA-CONVITE PARA POSSÍVEIS MEMBROS DO COMITÊ DE JUÍZES.....	229

APRESENTAÇÃO

Os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), referentes à universalidade e integralidade, alinhados à equidade, remetem à responsabilidade de gestores e trabalhadores da saúde em atender a todos sem qualquer forma de preconceito e/ou discriminação, respeitando as necessidades individuais e coletivas e com ações baseadas em critérios que alcancem os sujeitos nos seus múltiplos aspectos biopsicossocial (e espiritual), com respeito às dimensões étnico-raciais, culturais, de gênero, históricas e de classes.

A despeito do avanço que o SUS representa para a saúde dos brasileiros, é incontestável que ele ainda enfrenta muitos problemas que comprometem a consecução de seus princípios doutrinários. Certamente, o despreparo de gestores e de trabalhadores do SUS para lidar com as questões culturais de determinados grupos étnicos, especialmente ciganos, é um desses problemas que reforça as iniquidades. Assim, como os valores estéticos dos povos ciganos não são trabalhados nas unidades de saúde da APS, também os valores éticos e os *habitus* étnicos, estes que determinam os códigos e condutas ciganas, inclusive na relação com o mundo dos *juron*'s², não integram os processos de trabalho das equipes.

A presença das comunidades ciganas no território exige garantia de acesso e de atenção em todos os níveis de complexidade do SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, é fundamental que essa APS cumpra efetivamente as suas funções e concretize os seus atributos.

No Brasil, o *PCATool-Primary Care Assessment Tool-Brasil* foi estabelecido pelo Ministério da Saúde como instrumento de avaliação da APS e dos seus atributos. Adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como instrumento de avaliação da APS, o *PCATool-Primary Care Assessment Tool* foi validado no Brasil, além de traduzido e adaptado em vários outros países, como Espanha, Canadá, Coreia do Sul, China (Hong Kong), Argentina, Porto Rico e Uruguai (Guimarães, 2021).

Produzido e publicado diretamente pelo Ministério da Saúde em 2010, o *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil* teve uma nova versão publicada em 2020. Ademais, o *PCATool-Brasil*, versão reduzida, é um instrumento adotado, também, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

² Termo usado pelos povos ciganos calons em referência aos povos não ciganos.

Embora validado no Brasil em diferentes versões (PCATool-Brasil versão extensa e reduzida para responsáveis por crianças; versão extensa e reduzida adulto; versão extensa para profissionais médicos e enfermeiros; e versão extensa voltada para avaliação de serviços de saúde bucal, tanto na perspectiva de usuários adultos quanto de profissionais cirurgiões-dentistas), a versão adulto validada para a realidade brasileira foi baseada em uma amostra de majoritariamente brancos da região Sul e não incorpora o atributo “competência cultural”, o que pode comprometer a qualidade da avaliação, tendo em vista a diversidade étnico-cultural que define a nossa brasilidade.

Não obstante, um instrumento que visa avaliar o grau de efetividade do serviço de primeiro contato (porta de entrada preferencial) do SUS, precisa estar preparado para escutar, sem discriminações, toda a diversidade étnico-racial e cultural brasileira, sob o risco de, contrariamente, permanecer sustentando a falácia da “história única”.

Noutras palavras, o emprego de instrumento que mede a qualidade da APS, mas que não contempla a dimensão “competência cultural”, pode trazer prejuízos para grupos culturais vulnerabilizados, como é o caso dos povos ciganos.

Assim, este estudo propôs-se a realizar a adaptação e validação do **PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos – extensa (VPCA-extensa)**, incluindo a dimensão “competência cultural” da versão original em inglês. De posse da versão adaptada e validada, investigou-se como as comunidades ciganas avaliam a qualidade da APS (considerando o cumprimento dos seus atributos essenciais e derivados).

O presente trabalho faz parte de uma longa caminhada dessa pesquisadora com os povos ciganos. No aprender a dialogar com o outro, onde “a palavra é o território comum do locutor e do interlocutor” (Bakhtin, 1999, p. 113) e da mescla de colaboração e respeito às fronteiras, memórias, costumes e tradições dos pares, estabeleceu-se um recíproco movimento de confiança entre pesquisadora e comunidade cigana de Itabuna, na região Sul da Bahia. E, como primeiro fruto desse encontro, a implantação da Lei nº 2.422/2018 2018, que instituiu, no município de Itabuna, o Dia Municipal da Etnia Cigana – 24 de maio.

Resumindo, essa pesquisa é apenas mais um capítulo de uma longa jornada que vem sendo trilhada e escrita com os povos ciganos, sendo, possivelmente, uma das pesquisas brasileiras que envolveu o maior número de ciganas e de ciganos e que reuniu, em um Comitê de Juízes, lideranças calon, rom e sinti. Trazendo sempre como tema central “Filhos do Vento”, inicialmente como uma pesquisa de especialização centrada no conhecimento da ciganidade ou identidade cigana e, na sequência, enquanto estudo centrado na análise da efetividade das políticas públicas para com os povos ciganos, em nível de mestrado, ora no

doutorado, o estudo centra-se na avaliação do cuidado dispensado pela rede de Atenção Primária à Saúde às etnias ciganas, a partir da adaptação e validação do instrumento PCATool - Brasil Versão Povos Ciganos Adultos (VPCA) – extensa, partindo do Primary Care Assessment Tool - PCATool adulto versão extensa, conforme apresentado acima.

Trata-se de um estudo inédito, pertinente à área de Saúde Coletiva com interface com a linha de pesquisa 02 – Políticas Públicas, Educação e Participação Social do Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia (PPGES/UFSB). O estudo busca cumprir a missão do PPGES de desenvolver pesquisas voltadas para a análise e compreensão de questões sobre as mediações entre Estado e Sociedade, buscando, neste caso, contribuir com ações para melhorar as condições de saúde na região sul da Bahia, assim como em nível estadual e nacional.

Organizado em seis capítulos, o capítulo 1, de introdução, faz uma breve contextualização da origem dos povos ciganos; da condição, ainda persistente, de sujeitos inumeráveis; e da invisibilidade das comunidades ciganas perante as políticas públicas, inclusive de saúde. Além disso, o capítulo apresenta uma reflexão acerca da justiça social enquanto premissa do SUS e discorre a respeito da Atenção Primária à Saúde, indo dos seus atributos à proposição do PCATool Brasil Versão Povos Ciganos Adultos (VPCA) - extensa. Nesse capítulo também se apresenta a justificativa do estudo, ou seja, a sua relevância científica e social, bem como objetivo geral deste estudo, qual seja adaptar e validar o instrumento PCATool-Brasil versão povos ciganos adultos - extensa (VPCA – extensa) e, em posse do instrumento validado, avaliar a qualidade da APS a partir da perspectiva das comunidades ciganas, além de seus objetivos específicos.

Buscando apresentar evidências, embasamentos, reflexões e proposições, o capítulo 2, de fundamentação teórica, divide-se em 5 seções: 2.1 Brasil cigano: “lungo drom”, a narrativa da longa estrada; 2.2 Uma breve análise epistemológica acerca do conceito de saúde e sua influência no cotidiano dos serviços do SUS; 2.3 Racismo: uma enfermidade silenciada no SUS; 2.4 Da interculturalidade à competência cultural: referenciais para se combaterem as iniquidades étnico-raciais no SUS; 2.5 Hegemonia – orientalismo – ciganidade: reflexos da tríade no serviço de saúde brasileiro; e 2.6 Processo de adaptação cultural e validação de instrumentos: uma breve inserção no campo da Psicoterapia.

Já no capítulo 3 são descritos, em 6 seções, os passos metodológicos desta pesquisa: o tipo de estudo; as etapas de adaptação do instrumento e de validação de conteúdo; a etapa de validação do constructo (momento em que se descreve os participantes, o cenário de estudo, o instrumento; e os procedimentos de coleta de dados); os procedimentos de análise dos dados

(validade de constructo, validade convergente e etapa da avaliação da confiabilidade); a metodologia do estudo descritivo (participantes, cenário do estudo, instrumentos de coleta de dados, procedimento de coleta dos dados e análise dos dados) e as considerações éticas. Na sequência, o capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa em nove seções: tradução do atributo “Competência Cultural”; adaptação e validação do conteúdo; etapa de aplicação do instrumento; validade de Constructo; análise dos Componentes Principais; Análise Fatorial Exploratória; Confiabilidade (Consistência Interna via Alfa de *Cronbach*); Variância Média Extraída (VME) e Confiabilidade Composta (CC); e Qualidade da Atenção Primária a Partir do Cumprimento dos Seus Atributos.

O capítulo 5, da discussão, além de refletir acerca dos resultados e da pesquisa, apresenta algumas proposições: 5.1. “Não se pode ir reto quando a estrada é curva”, por isso é preciso pensar em economia da saúde quando se almeja a equidade na saúde; 5.2. A Educação Popular em Saúde a indicar caminhos para a consolidação do “atributo competência cultural” no SUS, afinal, “a mais bela fogueira começa com pequenos ramos”; e 5.3. Clínica Peripatética: recordando que a saúde está aonde o povo está, pois, “a vida é uma grande estrada, a alma é uma pequena carroça e a Divindade o Carroceiro”.

Por fim, na conclusão, capítulo 6, encontra-se um resumo dos resultados alcançados com sugestão para pesquisa futura e a reafirmação da aspiração deste estudo de contribuir para a redução da ciganofobia no SUS e, conseqüentemente, para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção direcionada aos povos ciganos. Afinal, o SUS nasceu da luta de um coletivo e somente a partir da atenção direcionada às necessidades e demandas do coletivo poderá se estabelecer enquanto política democrática, resolutiva, solidária e humanizada, modelo de justiça social.

Resumindo, espera-se que os resultados encontrados neste estudo forneçam evidências de validade de conteúdo, de constructo, convergente e de confiabilidade do instrumento adaptado às etnias ciganas e que contribuam para o entendimento de como os povos ciganos avaliam os serviços da APS. Além disso, espera-se que esses resultados sejam capazes de ampliar o debate acerca da relevância do respeito à diversidade, do respeito às diferenças e do respeito aos códigos de conduta, memórias, tradições, crenças e valores individuais e coletivos no SUS, a partir de uma APS culturalmente competente.

1. INTRODUÇÃO

Conta uma antiga lenda que, após criar o homem, Deus reuniu todos os povos do mundo em um lindo jardim e deu a cada um o direito de escolher o que desejasse. Alguns pediram casas, outras escolheram a riqueza, enquanto os ciganos nada pediram. Então, como recompensa, Deus lhes deu o mundo e, assim, eles se tornaram os “filhos do vento” (Lenda Cigana, 2011).

A história que envolve a ciganidade sempre foi repleta de incertezas. De provável origem indiana, pouco se conhece acerca do quantitativo de ciganas e de ciganos espalhados pelo mundo. Considerando questões relacionadas à linguística e à genética, a maioria dos pesquisadores defende serem os povos ciganos originários da Índia. Os que defendem a origem indiana inicialmente o faziam baseados na chamada evidência linguística, defendida por pesquisadores como Christian Büttner (1771), Johann Rüdiger (1782) e Heinrich Grellmann (1783).

Grellmann criticou primeiro as teorias linguísticas até então existentes sobre a origem das línguas ciganas, principalmente aquelas que falavam da origem egípcia. Depois fez uma análise de quase quatrocentas palavras e constatou que de cada trinta palavras ciganas, doze a treze eram de origem hindí, uma língua derivada do sânscrito. Apesar de reconhecer que ainda existiam falhas em seu trabalho, acreditou que a origem indiana tinha sido suficientemente comprovada. Na segunda edição de seu livro, Grellmann cita também outros cientistas que na mesma época tinham chegado a conclusões idênticas (Moonen, 2012, p. 8).

Mais recentemente, além da evidência linguística, tais pesquisadores baseiam-se também em estudos genéticos que afirmam a origem indiana e a diversidade entre os grupos ciganos (Bakker, 2012). Todavia, ainda não há um consenso sobre o tema.

Divididos em três grandes grupos (calon, rom e sinti), por muito tempo os povos ciganos foram marcados, entre outras características, pelo nomadismo. O viver nômade, fruto do amor intrínseco pela liberdade e/ou resultante de perseguições, colocou ciganas e ciganos no lugar de caminantes inumeráveis. E, como tais, sempre tiveram pouca (ou nenhuma) atenção das políticas públicas e mesmo dos estudos acadêmicos.

A respeito do nomadismo cigano, o Guia de Cadastramento de Grupos Populacionais, Tradicionais e Específicos (2012) explica que uma das características mais difundidas pelos não ciganos é a de que o cigano é nômade. Todavia, atualmente, a maioria das comunidades ciganas apresenta fixação seminômade ou sedentária. Nômades seriam aqueles que se mudam frequentemente e vivem normalmente em tendas de lonas, muitas vezes sem acesso a energia e a água potável; seminômades, aqueles que se deslocam com alguma regularidade, mas possuem uma moradia fixa; e sedentários, aqueles que não se deslocam com frequência e têm residência fixa.

Assumindo moradia fixa, provavelmente muitas comunidades ciganas passaram a residir em áreas de cobertura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), necessitando receber deste setor (diga-se, enquanto direito), o mesmo nível de acesso, atenção, vínculo e continuidade do atendimento destinado aos demais usuários. Da mesma forma, ressalta-se, os que permanecem vivendo na condição de povos itinerantes também precisam ter seu acesso garantido nos serviços de saúde.

Embora o decreto publicado pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva em 25 de maio de 2006, que instituiu o Dia Nacional do Cigano no Brasil – 24 de maio – tenha sido um importante marco na história das relações entre o Estado brasileiro e os povos ciganos, conforme o Relatório Executivo Brasil Cigano (Brasil, 2013b), nos espaços de gestão e de serviços da saúde, essas relações ainda são tímidas e pouco divulgadas.

Considerando tal contexto, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil), publicou, no ano de 2016, a cartilha Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano, tendo como objetivo geral fortalecer a capacidade dos trabalhadores da saúde para cuidar dos povos ciganos. Em relação a tal documento, é possível afirmar que

É fruto da necessidade de gerar conhecimento para o conjunto dos trabalhadores de saúde, gestores de políticas públicas, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e demais profissionais que atuam no atendimento nos serviços de saúde, sobre a história dos povos ciganos, as dinâmicas de discriminação, preconceito e racismo institucional que criam obstáculos ao acesso deste segmento da população aos serviços de saúde, as situações de riscos ambientais que assolam a saúde dessa parcela da população brasileira, as necessidades das mulheres e dos homens de etnia cigana para o atendimento nos hospitais e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a importância da promoção à atenção básica de saúde da família nessas comunidades, e os marcos legais nacionais (BrasiL, 2016a).

Ainda com referência à saúde dos povos ciganos, a II CONAPIR – 2ª Conferência Nacional de Igualdade Racial, realizada em 25 e 28 junho de 2009, definiu como objetivos:

- *38. Articular capacitação dos agentes comunitários de saúde, assegurando que estes possam identificar e trabalhar as medidas preventivas para a redução do agravo das diversas patologias que mais incidem nas populações negras, indígenas e ciganas;
- *44. Buscar garantir nas redes públicas estaduais e municipais equipes multidisciplinares, contemplando todas as especialidades profissionais da saúde de nível médio ao superior, especializadas em saúde da população negra, indígenas e cigana;.
- *45. Buscar mecanismos para garantir o atendimento integral e imediato de saúde dos grupos de ciganos acampados e de passagem, oferecendo saneamento básico e atendimento de saúde através de ações emergenciais dos órgãos públicos;
- *71. Difundir, em todos os órgãos públicos e junto à sociedade civil, informações sobre os direitos do cidadão das comunidades tradicionais;
- *98. Fomentar a construção de postos de saúde nas comunidades tradicionais priorizando a alocação de profissionais da comunidade;

*106. Articular a criação de condições adequadas nas unidades de saúde instaladas em comunidades tradicionais, garantindo que as políticas de saúde específicas sejam implementadas em sua totalidade (Brasil, 2009, p. 10).

Já no ano de 2018, o MS, através da Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, alterou a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Esta política tem como objetivo geral “promover a saúde integral dos povos ciganos, com respeito às suas práticas, saberes e medicinas tradicionais”. Um ponto importante do documento é a priorização da redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. Destacam-se ainda os seus objetivos de monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde dos povos ciganos; reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais; e de fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde das comunidades ciganas no âmbito nacional e internacional (Brasil, 2018a).

Mais recentemente, o MS lançou o Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano, direcionado especialmente a gestores e profissionais de saúde, objetivando orientá-los sobre as especificidades e particularidades em saúde dos povos ciganos, a fim de promover a equidade (Brasil, 2022).

Não obstante tais avanços, o SUS ainda enfrenta muitos problemas que comprometem a consecução de seus princípios básicos. Estudos³ já realizados com foco na relação saúde dos povos ciganos *versus* sistema de saúde brasileiro trazem em comum a denúncia das fragilidades das ações públicas em prol do cuidado direcionado às ciganas e aos ciganos; da ausência de dados demográficos, sanitários e epidemiológicos referentes às comunidades ciganas; e/ou do despreparo de trabalhadores e gestores, sobretudo na APS para acolher as especificidades ciganas.

Essas fragilidades, diga-se, abrangem desde um processo de territorialização que não incorpora na cartografia das Equipes de Saúde da Família (eSF) os ranchos, comunidades e/ou acampamentos ciganos, com a sua identidade territorial nuclear e familiar; que não (re)conhece os fatores determinantes e condicionantes das inter-relações causais saúde-doença

³ Por exemplo: Produção Social dos Sentidos em Processos Interculturais de Comunicação e Saúde: A Apropriação das Políticas Públicas de Saúde para Ciganos no Brasil e em Portugal (SILVA JÚNIOR, 2018); SUS e Povos Ciganos: Desafios na construção de uma política brasileira para equidade (MEDEIROS; SOARES, 2018); Fatores Associados à Utilização de Serviços de Saúde por Ciganos na Bahia, Brasil (SILVA, 2016); Competência Cultural nos Profissionais de Saúde. Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana (BRITO, 2016); Cultura Cigana e a sua Relação com a Saúde (CORREIA, 2011); Uma Análise da Cultura Cigana e sua Influência no Processo de Saúde e Adoecimento: Contribuições para a Estratégia Saúde da Família (MEDEIROS, 2011); Ciganos: Fronteiras Culturais e Sistema de Saúde (SILVA, 2006); dentre outros.

dos/para os povos ciganos; e que exclui dos seus cadastros a identidade étnico-racial cigana, até o despreparo de gestores e trabalhadores, conforme já mencionado acima, para ofertar aos povos ciganos um modelo de atenção e cuidado que reflita o cumprimento dos atributos da APS. “Essa lacuna dificulta o desvelamento da situação de saúde de grupos populacionais específicos, em especial o povo cigano, cujo quesito etnia pode contribuir para determinar agravos à saúde, assim como restrição ao acesso a serviços de saúde” (Silva, 2016, p. 26).

A esse respeito, Almeida (2013, p. 1125) afirma que

Não só a minoria cigana, mas todos os grupos étnicos não hegemônicos no Brasil não são, em geral, abarcados em suas diferenças, mas limitados pelo que é comum a todos, o corpo. E o corpo cigano, como todos os corpos, é produto da construção coletiva de sua etnia. Desconsiderar esses aspectos na construção das políticas públicas implica em agravar a iniquidade em saúde e justificar politicamente o despreparo dos serviços de saúde e profissionais em legitimarem as práticas em saúde desses grupos e incorporá-las como parte de seu território em saúde.

Em suma, o enfrentamento das demandas em saúde das comunidades ciganas perpassa questões que vão desde a ausência de dados até a falta de mecanismos capazes de tornar o sistema de saúde mais preparado para atender as comunidades (Medeiros, 2018). A ausência de informações referentes às taxas de natalidade, de morbidade, mortalidade materno-infantil, expectativa de vida e outros das etnias ciganas, por exemplo, impossibilita a realização de diagnóstico da situação de saúde das comunidades ciganas, o que compromete a construção de plano de ações para garantir a efetivação dos princípios doutrinários do SUS e dos atributos da APS.

Nesse sentido, e em conformidade com a “Teoria do Cuidado Transcultural” (1978), ressalta-se que “competência cultural” é um conceito importante para se “conhecer, compreender e prever o cuidado terapêutico popular” (Braga, 1997, p. 500), tão necessário para atender às necessidades de saúde.

1.1 Afinal, justiça social é premissa do SUS

Considerando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e tendo o SUS a responsabilidade social de assegurar, a partir dos princípios doutrinários e organizativos que o embasam, a garantia de tais direitos para todos os brasileiros, destaca-se dentre os seus maiores compromissos, fomentar políticas e programas voltados para o (re)conhecimento das realidades territoriais e sócio-culturais brasileiras, o que inclui as necessidades sociais de saúde, também, das etnias ciganas. Nesse sentido, os princípios doutrinários do SUS assumem um papel fundamental, posto que são bases para a justiça social mediante a garantia de acesso

e atenção em saúde indistintamente para todos.

Concomitantemente, enquanto a universalidade vem assegurar o papel do Estado de garantir o direito à saúde para todos (independente de sexo, etnia, crença e/ou qualquer condição social), o princípio de integralidade, ao tempo que resguarda a condição de todo indivíduo enquanto ser biopsicossocial (e espiritual), versa garantir o acesso de todas as pessoas a todos os níveis de complexidade do SUS, a partir de ações que vão desde a prevenção até a cura/reabilitação por meio, inclusive, de ações intersetoriais.

Nesta mesma direção a equidade, associando igualdade à justiça, assume o papel de princípio doutrinário do SUS. Embora posterior à Constituição Federal de 1988 e à Lei 8080/90, “o princípio da equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania” (Escorel, 2008, p. 204).

Assim sendo, ou se reconhece a ciganidade ou se corre o risco de negar às ciganas e aos ciganos o direito universal de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, de comprometer a equidade enquanto princípio doutrinário para as ações do SUS e maior responsável pela distribuição equitativa de bens e serviços e pela redução das iniquidades. Estas que, no campo da saúde coletiva, definem as condições de desigualdades persistentes, embora sujeitas a mudança (Brasil, 2013a).

O guia Políticas de Promoção da Equidade em Saúde do Ministério da Saúde, publicado no ano de 2013, é um exemplo de produção que denota a relevância de se pensarem as relações étnicas, de raça e de gênero enquanto dimensões da equidade na saúde. Conforme o guia, buscando combater as iniquidades e reduzir a vulnerabilidade à qual alguns grupos estão expostos, o Ministério da Saúde, estados e municípios têm buscado fortalecer as políticas de equidade. Ainda segundo o mesmo documento, tais vulnerabilidades resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos como o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (Brasil, 2013a).

Especificamente a respeito dos povos ciganos, o guia traz a assertiva de que o desconhecimento sobre as comunidades ciganas é uma das causas da sua invisibilidade, uma vez que estudos e relatos não conseguem confirmar as variadas estimativas demográficas sobre as ciganas e os ciganos brasileiras/os.

Apesar de terem chegado ao Brasil como degredados de Portugal no ano de 1574, e o Relatório Brasil Cigano definir que, em 2011, havia no Brasil um total de 291 acampamentos ciganos distribuídos em 21 estados (Brasil, 2013b), nenhum dado oficial define o quantitativo

de ciganas e de ciganos existentes no país. Consequentemente, pouquíssimas vezes os povos ciganos têm sido lembrados e/ou citados nos estudos a respeito da formação da brasilidade e seguem vivendo às margens das ações e políticas públicas.

No entanto, é difícil promover justiça social, equidade e cuidado humanizado excluindo os povos ciganos do grupo das ditas minorias. O que seria, nesse caso, excluí-los duplamente, não somente da história de formação da identidade brasileira, mas dos princípios que regem o SUS, comprometendo além da equidade, a garantia da universalidade e da integralidade. Aqui cabe refletir a respeito, inclusive, do papel do Estado de fomentar, monitorar e servir de modelo para os entes federativos. E foi nessa perspectiva e em defesa do pleno direito à saúde individual e coletiva por parte dos brasileiros de etnias ciganas que se consolidou este estudo.

Do lugar de fala de enfermeira, trabalhadora e pesquisadora da APS/SUS, é impossível não salientar o quanto a ciganofobia está incrustada e silenciosa neste setor. Em se tratando da Atenção Primária à Saúde (nível de complexidade do SUS que, pela maior aproximação com o território, com o sujeito, com o seu núcleo familiar e com a conjuntura sociocultural da comunidade promove o encontro com as identidades, memórias, necessidades e interesses dos sujeitos sociais), assentir a invisibilidade e/ou a ciganofobia (sem esquecer dos demais grupos étnico-raciais e de gênero) fere ainda mais os preceitos e princípios da política pública de saúde brasileira.

Reconhecer a competência cultural e a inter/transculturalidade enquanto requisitos necessários para o quadrilátero sujeito-saúde-doença-morte é desafio que precisa ser enfrentado.

1.2 Atenção Primária à Saúde: dos Atributos à proposição do PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos (VPCA) - extensa

Principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária (ou, conforme termo equivalente utilizado no Brasil, Atenção Básica), embora corresponda ao nível do sistema de saúde com menor densidade tecnológica, demanda alta complexidade no seu processo de gestão e de cuidado. Centro de comunicação e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS é responsável pela coordenação do cuidado ofertado gratuita e integralmente a todos os sujeitos, com respeito as suas identidades, singularidades e necessidades (Brasil, 2017).

Em respeito e em consonância com os princípios doutrinários do SUS, a Atenção Primária visa garantir acesso e atenção a todos os sujeitos, sem qualquer forma de exclusão, seja “baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras” (Brasil, 2017, p. 2). Com esse intuito, cabe à APS adotar estratégias que permitam minimizar as iniquidades, de modo a evitar a exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (Brasil, 2017).

Para Starfield (2002, p. 28):

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Partindo desse conceito, a professora Starfield (2002) sistematizou quatro atributos considerados essenciais para as ações e serviços de atenção primária. Somando-se aos componentes essenciais, Shi, Starfield e Xu (2001) definiram outros três atributos (ou dimensões), denominados atributos derivados. Dessa forma, o cumprimento dos sete atributos da APS passou a ser condição primordial para a qualificação das ações e dos serviços de APS. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os essenciais e os três últimos (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) os derivados (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; Brasil, 2019).

De acordo com Starfield (2002, p. 61),

A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção e saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).

A respeito da “longitudinalidade”, Starfield (2002, p. 62) vem dizer que

Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população - que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

No que concerne aos atributos “integralidade e coordenação”, também nomenclaturado integração, a professora Starfield (2002) esclarece que

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas (Starfield, 2002, p.62).

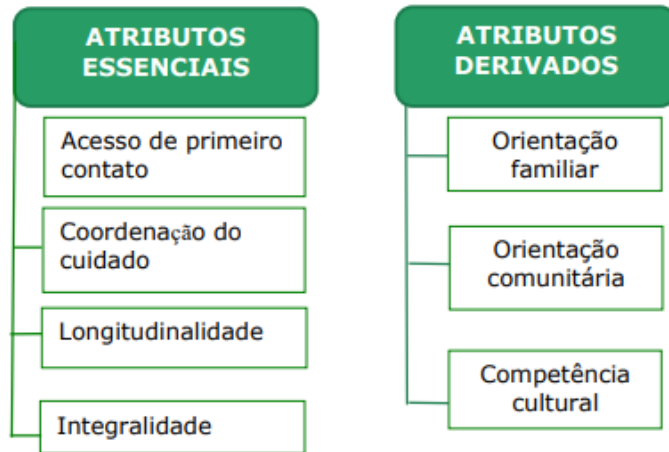
A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual) (Starfield, 2002, p.63).

O primeiro atributo derivado, “orientação comunitária” (atenção à saúde centrada na família), referencia que “na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar” (Brasil, 2020, p. 9).

Dando seguimento, a “orientação comunitária” apresenta-se como o atributo que suscita o “reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços” (Brasil, 2020, p. 9). E, nessa mesma direção, o terceiro atributo derivado, “competência cultural”, preconiza a “necessidade de adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação” (Brasil, 2020a, p. 9).

Consoante Shi, Starfield e Xu (2001), um serviço de saúde pública que é projetado para atender às necessidades de toda a população só poderá ser considerado um bom prestador de cuidados primários quando possuir os quatro atributos essenciais e tiver aumentado o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade, na medida em que apresente também os atributos derivados. Assim, objetivando mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados na APS e assim avaliar a qualidade dos serviços prestados, Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* (1997) elaboraram o instrumento *PCATool-Primary Care Assessment Tool* (PCATool). A Figura 1 sintetiza os atributos da APS, normalmente medidos pelo instrumento *PCATool*.

Figura 1 – Atributos da APS, medidos pelo conjunto de instrumentos do PCATool



Fonte: Desenvolvido por Brasil (2020), a partir dos atributos da APS definidos por Starfield (2002).

No estudo de validação brasileira do PCATool Adulto versão extensa, foram “realizados processos de tradução e tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de construto, consistência interna e análise de confiabilidade a partir da versão original do instrumento” (Guimarães, 2021, p. 15). Infelizmente, o atributo “competência cultural” não obteve as propriedades psicométricas minimamente aceitáveis nesse estudo, o que determinou sua exclusão (Harzheim *et al.*, 2013).

Vale destacar que o procedimento de adaptação e validação do instrumento realizado por Harzheim *et al.* (2013) contou com a participação de 2.404 brasileiros, sendo que quase 70% deles se autodeclararam brancos e viviam na região sul do Brasil, em Porto Alegre (RS). Ao que tudo indica, não envolveu pessoas das etnias ciganas, que notadamente apresentam características culturais e necessidades de saúde distintas dos não ciganos.

Talvez as características sociodemográficas do estudo de Harzheim *et al.* (2013) expliquem, em parte, o porquê de a dimensão “competência cultural” não ter atingido as propriedades psicométricas satisfatórias para ser mantida na versão adaptada e validada para o Brasil. Como já foi dito, o atributo derivado “competência cultural” preconiza a necessidade de “adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação” (Brasil, 2020, p. 9).

Tendo isso em mente, a proposição do **PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos – extensa (VPCA-extensa)** partiu da versão já validada de Harzheim *et al.* (2013), com a inclusão da dimensão “competência cultural”. A manutenção dessa dimensão no

presente processo de adaptação e validação deu-se a partir de múltiplas justificativas, incluindo as descritas acima e as apresentadas nos parágrafos que seguem.

Conforme Starfield (2002, p. 487), sistematizadora dos sete atributos e do seu instrumento de avaliação, “a competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”. Segundo definição da autora, a sua “avaliação requer a determinação de que estes são arranjos para identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão na qual populações especiais percebem suas necessidades especiais como sendo atendidas”.

Do mesmo modo, é relevante considerar que “as análises psicométricas de dados de questionários do consumidor indicam que tanto a centralização na família quanto a competência cultural estão relacionadas à integralidade” (Starfield, 2002, p. 88).

Nesta mesma direção, e em conformidade com D’Avila (2017, p. 863), ressalta-se que o “PCAT tem sido utilizado em todo o mundo a partir de diferentes versões validadas para contextos locais que permitem a comparabilidade dos achados”. Ainda conforme o mesmo autor “o PCAT permite a avaliação de serviços de saúde a partir da perspectiva do usuário, observando a extensão dos atributos da APS nos serviços avaliados” (D’Avila, 2017, p. 863). Assim sendo, importa assegurar que as suas questões alcancem as especificidades étnico-identitárias dos sujeitos que respondem (e que sejam todos convidados a responder).

Em vista disso, o presente estudo mostrou-se relevante social e cientificamente na medida em que é pioneiro ao adaptar e validar um instrumento de avaliação da qualidade da APS no Brasil direcionado a uma população historicamente marginalizada e excluída das políticas públicas de saúde. É também inédito por ter permitido, pela primeira vez, conhecer como os ciganos e ciganas avaliam a qualidade da APS no Brasil (e mesmo no mundo) e por estimular a reflexão acerca da relevância da “competência cultural” no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde/SUS.

A escolha por esse instrumento deu-se ao fato de ele ter sido adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como instrumento de avaliação da atenção primária, sendo utilizado em diversos países. A exemplo, conforme citado anteriormente, o Ministério da Saúde já produziu e publicou o *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool–Brasil* em duas versões (2010 e 2020).

No ano de 2019 o MS, por meio da Portaria nº 3.222, ao dispor sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil e estabelecer os

indicadores globais de avaliação da qualidade, reforçou o PCATool-Brasil enquanto o instrumento de avaliação da APS (Brasil, 2020).

A respeito do que traz o Programa Previne Brasil,

Foram estabelecidos indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente, utilizando o instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool-Brasil), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico- Paciente) (Wollmann, 2017), e o Net Promoter Score (NPS – Escala de Satisfação do Usuário) (Endeavour, 2020) (Brasil, 2020, p. 12).

Ainda conforme o MS (Brasil, 2020, p. 12),

O PCAT-Brasil pode seguir suprindo a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências significativas sobre a definição das políticas públicas. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil e até nos serviços privados.

Além disso, como já foi dito, o do PCATool-Brasil, versão reduzida, também é empregado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Ao longo de mais de três décadas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem desenvolvido um conjunto de módulos de perguntas que formam os Suplementos Especiais da Saúde em sua principal pesquisa de base domiciliar, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). A partir de 2013, esse suplemento deu origem a um novo inquérito, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que ampliou o escopo de módulos de perguntas anteriormente existentes [...] Na Atenção Primária à Saúde, o Módulo B da PNS-2013 passou a ser utilizado para medir a cobertura de domicílios cadastrados pelas equipes de Saúde da Família, criando a possibilidade de novas análises domiciliares [...] Em 2019, o IBGE, com Módulo H do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019) (IBGE, 2020), inovou, e, pela primeira vez no mundo, um Instituto Nacional de Estatística, responsável por levantamentos censitários de um país, incluiu, em um módulo de perguntas de sua principal pesquisa de base domiciliar na área da saúde, o conjunto de 26 questões da versão adulto reduzida do PCAT-Brasil, validada no país por Oliveira *et al.* (2013) [...] Diante da divulgação dos resultados, o país passará a ter uma linha de base para futuros estudos de base populacional, com amostras estatísticas e validade externa, além da possibilidade de comparação das estimativas dos escores gerais do PCAT-Brasil adulto com respectivos coeficientes de variação (Brasil, 2020, p. 23).

Não obstante essa seja uma iniciativa louvável, não se pode esquecer que os povos ciganos nunca fizeram parte do perfil demográfico brasileiro, tendo sido historicamente

invisibilizados e/ou esquecidos também pelas pesquisas e estimativas do instituto⁴. Ademais, enquanto as ciganas e os ciganos não forem vistos como cidadãos brasileiros, jamais poderão ser vistos como usuários do SUS.

Tendo enquanto objetivo geral adaptar e validar o instrumento PCATool-Brasil versão povos ciganos adultos - extensa (VPCA – extensa) a partir do PCATool-Brasil versão adulto extensa, especificamente a presente pesquisa versou ainda adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão adulto extensa incluindo a dimensão “competência cultural” da versão original em inglês, de modo a atender às necessidades, particularidades e especificidades dos povos ciganos adultos; proceder com validação de conteúdo com base na avaliação de um Comitê de Juízes formado por especialistas técnicos (trabalhadores da APS) e especialistas doutores em saúde coletiva, APS ou áreas afins, por uma mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais e por representantes dos povos ciganos; aplicar o instrumento adaptado a uma amostra de, no mínimo, 250 ciganos e ciganas em municípios da Bahia para avaliar suas propriedades psicométricas (validade de constructo, validade convergente e confiabilidade); e avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir do cumprimento dos seus atributos, com base no resultado da mensuração obtida através da aplicabilidade do PCATool-Brasil VPCA - extensa, ou seja, avaliar a qualidade da atenção primária em saúde na perspectiva dos povos ciganos.

Dessarte, este estudo de adaptação e validação do PCATool-Brasil VPCA- extensa, manteve a dimensão “competência cultural” da versão original em inglês e avaliou se o instrumento atingiu as propriedades psicométricas aceitáveis com essa dimensão, partindo das questões: A estrutura fatorial do instrumento **PCATool-Brasil VPCA - extensa**, adaptado do *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil versão adulto extensa*, permanece a mesma do instrumento original? Na versão adaptada, a dimensão “competência cultural” alcança boas propriedades psicométricas ou será eliminada como no instrumento original?

A relevância científica e social de se propor uma versão do instrumento que preencha essa lacuna, isto é, que dê conta de avaliar os serviços prestados pela Rede de Atenção Primária por meio de uma versão do PCATool-Brasil versão adulto adaptado à cultura cigana, reside na importância de se garantir que a etnias ciganas disponham de um instrumento que

⁴ Embora as recomendações do Ministério Público Federal (MPF) ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente à inclusão dos povos ciganos na pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e no censo demográfico, as comunidades ciganas permaneceram ausentes no Censo 2022-2023. Fonte: Agência Senado. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/05/29/dados-sobre-a-populacao-cigana-precisam-ser-atualizados-dizem-debatedores>

avaliar a qualidade da APS, de modo que possam ser, continuamente, escutadas e fortalecidas em seu sentido democrático, possibilitando melhorar, em contrapartida, as políticas públicas voltadas às especificidades dos povos ciganos. Mesmo porque, “não basta apenas entender a etnia cigana como um grupo particular que merece atenção especial, mas criar dispositivos efetivos capazes de modificar a lógica da atenção em saúde no território” (Almeida, 2013, p. 1127).

Essa pode ser considerada uma das formas de estimular que ciganas e ciganos se reconheçam ainda mais enquanto cidadãos brasileiros e que busquem, conscientemente e politicamente, o acesso e a atenção nos serviços de saúde, bem como a participação nas instâncias de controle social do SUS, enquanto direito fundamental que lhes assiste.

Visando contribuir com a efetivação de uma APS culturalmente competente e preparada para atender as necessidades e especificidades ciganas, optou-se por acrescentar também a questão: Como as comunidades ciganas avaliam a qualidade da APS (considerando o cumprimento dos seus atributos essenciais e derivados) medida pelo **PCATool-Brasil VPCA - extensa**? Ademais, a pesquisadora responsável tem na gestão e no serviço de APS o seu universo de atuação, o que torna legítimo buscar respostas que possam favorecer tomadas de decisões capazes de ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Parafraseando os povos ciganos, não basta acender a vela, é preciso saber conservar a chama.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Brasil cigano: “lungo drom”, a narrativa da longa estrada

De acordo com a maioria dos pesquisadores, a chegada dos povos ciganos ao Brasil remete ao ano de 1574, quando o cigano João Torres, sua esposa Angelina e seus filhos foram degredados de Portugal. No entanto, a ausência do registro da chegada da família ao Brasil, associada à existência de outras possíveis datas e contextos, tornam impossível precisar quando os povos ciganos aportaram em território brasileiro. Conforme Vasconcelos e Costa (2015), por exemplo, o ano de 1562 data o primeiro registro oficial da chegada das comunidades ciganas ao Brasil. Ainda de acordo com o mesmo pesquisador, “é importante destacar que a primeira menção sobre a presença de ciganos em terras brasileiras ocorre anos antes, em 1549, segundo carta do Padre Manoel da Nóbrega à Companhia de Jesus” (Vasconcelos; Costa, 2015, p. 36).

Em relação às etnias ciganas existentes no Brasil, sabe-se que

As pesquisas até agora realizadas no Brasil provam a existência de ciganos de pelo menos dois grupos diferentes: os Calon que migraram para o país, voluntária ou compulsoriamente, já a partir do Século XVI, e os Rom que, ao que tudo indica, migraram para o Brasil somente a partir de meados do Século XIX (Teixeira, 2008, p. 12).

Já a respeito da etnia cigana Sinti,

Nenhuma publicação trata de ciganos Sinti, mas que com certeza também devem ter migrado para o Brasil, junto com os colonos alemães e italianos, a partir do final do Século XIX. Segundo dados oficiais, de 1819 a 1959 migraram para o Brasil 5,3 milhões de europeus, dos quais 1,7 milhão portugueses, 1,6 milhão italianos, 694 mil espanhóis, 257 mil alemães e 125 mil russos. No desembarque registrava-se apenas a nacionalidade do imigrante, e não a sua identidade étnica. É mais do que provável que no meio dos quase dois milhões de imigrantes italianos e alemães também tenham vindo ciganos Sinti, principalmente durante e após a II Guerra Mundial (Teixeira, 2008, p. 12).

Versando manter os povos ciganos distantes de Salvador e do Rio de Janeiro (principais portos à época) e das regiões de crescimento e exploração da agricultura e mineração e, simultaneamente, estimular o povoamento das regiões do sertão, a Coroa Portuguesa, em 1686, iniciou a deportação de ciganas e de ciganos para o Maranhão. Somente em 1718 foram registradas as primeiras deportações para os estados de Pernambuco e Bahia, respectivamente (Teixeira, 2008).

Especificamente no que se refere ao degredo para a Bahia, as orientações passadas pelo reino português para a colônia denunciam que a proposta de aniquilação da cultura

cigana e de exclusão da ciganidade do projeto de brasilidade remete a tempos anteriores. Eis: “e, tendo eu proibido, por lei recente, o uso de sua língua habitual, ordeno a V. Mercê que cumpra essa lei sob ameaça de penalidades, não permitindo que ensinem dita língua a seus filhos, de maneira que daqui por diante o seu uso desapareça” (Kidder, 1980, p. 39).

Todavia, apesar das tentativas de distanciamento das comunidades ciganas da capital baiana, foi em Salvador (primeira capital da colônia brasileira), especialmente nos bairros da Mouraria e Santo Antônio d’Além do Carmo, que os povos ciganos apresentaram o maior crescimento demográfico e econômico no período (China, 1936).

Por seu turno, no Rio de Janeiro, os povos ciganos viveram entre a hostil relação com grande parte da sociedade local e uma relação de cordialidade de alguns ciganos e ciganas com a família real. Em 1810, a atual Praça Tiradentes, à época conhecida como Campo dos Ciganos, oficialmente Campo de Sant’Ana, tornou-se um bairro boêmio e festivo carioca (Teixeira, 2008). “Durante a permanência da Corte portuguesa no Brasil, parece ter sido o momento de maior aceitação e de valorização romântica das comunidades ciganas, ao menos no Rio de Janeiro, durante o oitocentos” (Moraes Filho, 1982, p. 27).

Embora os estigmas de ladrões, perigosos e afins, no referido período, muitos ciganos trabalharam como meeiros e/ou em outras funções e viveram em pleno florescimento econômico e artístico (Moraes Filho, 1982). Salienta-se que essa foi uma realidade vivenciada na cidade do Rio de Janeiro e pela proximidade com a Família Real, não sendo descrita por nenhum outro pesquisador, de forma semelhante, em nenhuma outra localidade.

Com introdução do discurso centrado nas questões raciais para descrever nacionalmente o povo brasileiro, os ciganos tornaram-se mormente invisibilizados nos discursos nacionalistas. Relegadas ao esquecimento e à invisibilidade e negada a contribuição da ciganidade para a formação da brasilidade, as etnias ciganas tornaram-se ainda mais fortemente subalternizadas e vítimas da ciganofobia em solo brasileiro. O lema “cigano bom é cigano longe” tornou-se a justificativa ideal para as constantes expulsões e banimentos do grupo (Andrade Júnior, 2013).

Ou seja, trata-se da velha política de “mantenho-os em movimento”: Minas Gerais expulsa seus ciganos para São Paulo, que os expulsa para o Rio de Janeiro, que os expulsa para o Espírito Santo, que os expulsa para a Bahia, de onde são expulsos para Minas Gerais, etc. Ou seja, o melhor lugar para os ciganos sempre é no bairro, no município ou no Estado vizinho; ou então no país vizinho ou num país bem distante (Teixeira, 2008, p. 19).

Exemplificando, marco do anticiganismo no Brasil e instituído no primeiro período após a Proclamação da República, o movimento denominado “Correria de Ciganos” foi

marcado pela violência e pela prisão de muitos ciganos, cujo “dito crime” era ser cigano e, em tempo, reforçou a assertiva de que muitas vezes o nomadismo não passou de uma ação forçada ou necessária à sobrevivência dos grupos ciganos (Santos, D., 2019). Conforme Lourival Andrade Júnior (2013, p. 102), “esses atos foram registrados pelos jornais e relatórios policiais até 1903, quando as “Correrias” não mais ocorreram ou foram noticiadas”.

Ainda acerca do anticiganismo no Brasil, cabe citar:

- Na cidade de Salvador, em cumprimento à ordem da Coroa Portuguesa, quando do degredo dos primeiros ciganos para o território baiano, proibiu-se o uso e a transmissão entre gerações da língua cigana (Andrade Júnior, 2013);
- Em Minas Gerais, um documento com data de 1723 determinou o banimento dos ciganos do território com transferência imediata destes para o Rio de Janeiro e de lá para Angola (Teixeira, 2008). No mesmo Estado, em Sabará e outras cidades mineiras, foi instituído o Código de Postura, com vistas a moldar e conseqüentemente dificultar a conduta e relação entre os ciganos, moradores e autoridades locais (Andrade Júnior, 2013);
- Já em São Paulo, nos anos de 1726 e 1760, sob alegações de perturbações causadas pelos ciganos, vereadores exigiram a saída do grupo da cidade em um prazo de 24 horas, sob ameaça de prisão (Teixeira, 2008).

Reforçando a ciganofobia, em 20 de agosto de 1938, o então presidente Getúlio Vargas, por meio do Decreto nº 3.010, que dispunha sobre a entrada de estrangeiros no território nacional, definiu no Art. 113 o impedimento de desembarcar, mesmo com o visto consular em ordem, os estrangeiros: indigentes, vagabundos, ciganos e congêneres (Brasil, 1938).

Denunciando a força e a constância do racismo para com os povos ciganos no pensamento brasileiro, cabe ressaltar que, como já fora dito, apesar de o decreto que instituiu o Dia Nacional do Cigano no Brasil – 24 de maio, publicado pelo presidente Lula no ano de 2006, ter sido um marco relevante na história das relações entre o Estado brasileiro e os povos ciganos (Brasil, 2013b), no SUS essas relações ainda são tímidas e/ou pouco divulgadas, tal-qualmente nas demais políticas públicas brasileiras.

Prova disso é a ausência de dados que possam definir com precisão o número de ciganos existentes hoje no Brasil (Santos, D., 2019). Conquanto o Relatório Executivo Brasil Cigano (Brasil, 2013b) afirme que, em 2011, foram identificados 291 acampamentos ciganos em 21 estados brasileiros e apresente os estados de Minas Gerais (58), Bahia (53) e Goiás (38)

como os que contabilizam o maior número de acampamentos, de acordo com Teixeira (2008), nem o IBGE, nem qualquer outra instituição de pesquisa demográfica, organização não governamental (ONG) e/ou cientista, apresentou, até o momento, um levantamento sistemático a respeito de tais dados.

Atualmente, lideranças ciganas, pesquisadores, associações, representantes políticos e o ministério público têm se manifestado em defesa da inclusão de dados demográficos dos povos ciganos nas pesquisas de fontes oficiais, como o IBGE.

Recomenda-se ao IBGE que: 1. Volte a incluir a temática dos ciganos na MUNIC, a partir do ano de 2018, mantendo ou ampliando as questões apresentadas nas edições anteriores que trataram do tema: 2. Que inclua o tema dos povos Ciganos no próximo censo demográfico, a ser realizado no ano de 2020, adotando como parâmetro o levantamento realizado para os povos indígenas e quilombolas (Brasil, 2018b, P. 02).

Cabe salientar que a inclusão de dados oficiais referentes aos povos ciganos poderá instigar o Estado a elaborar e/ou incluir (e acompanhar) ações e políticas que atendam às necessidades e especificidades das comunidades ciganas. Demanda essa até então silenciada por, entre outros fatores, as ciganas e os ciganos ainda permanecerem na condição de seres inumeráveis. Por outro lado, a maior visibilidade das etnias ciganas possivelmente impulsionará o próprio movimento cigano.

Destaca-se que, no campo da saúde, essa inclusão de dados deve garantir a obrigatoriedade também nos seus registros oficiais próprios, como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Pois, além de garantir o (re)conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e sanitário dos grupos ciganos e assim oportunizar a inclusão de diretrizes nos instrumentos de gestão do SUS que atendam às necessidades de saúde ciganas, a estratégia favorecerá a efetivação dos atributos da APS.

Não obstante a segregação à qual sempre foi submetida, os povos ciganos acumulam conquistas que cabem serem registradas, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Marcos legais para os povos ciganos no Brasil

MARCO LEGAL	DESCRIÇÃO
LEI COMPLEMENTAR 75 DE 1993	Definiu o Ministério Público como o receptor das demandas da sociedade e responsável pela proteção dos interesses dos grupos étnicos sendo criado em 1994 a Câmara de Coordenação e Revisão dos Direitos das Comunidades Indígenas e Minorias, inclusas as comunidades ciganas.
DECRETO PRESIDENCIAL 4.886 DE 2003	Instituiu a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, com itens relativos à saúde.
I CONAPIR – CONFERÊNCIA	Dentre as 87 propostas aprovadas no campo da “Saúde”, uma relacionada à saúde cigana: “Garantir a presença de

NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL - 2005	ginecologista mulher nas unidades móveis, para que as mulheres ciganas possam realizar seus exames preventivos e de pré-natal sem constrangimentos”.
DECRETO Nº 25, DE MAIO DE 2006	Instituído pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi o grande marco do movimento cigano no Brasil. Ao definir 24 DE MAIO como o DIA NACIONAL DO CIGANO, além de dar visibilidade aos povos ciganos, o ato fortaleceu a compreensão quanto à importância das etnias na formação histórica e cultural da identidade brasileira. A data marca ainda o dia de Santa Sara Kali, considerada por muitos a protetora dos povos ciganos.
CARTILHA – POVO CIGANO: O DIREITO EM SUAS MÃOS, 2007	Lançada impressa e em áudio para facilitar acesso aos povos ciganos sem acesso a leitura, com o objetivo de estimular a luta das comunidades ciganas contra qualquer forma de discriminação e de negação de direitos.
DECRETO Nº 6.040, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2007	Instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades tradicionais com representação cigana na Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (CNPCT).
II CONAPIR/2009	2ª Conferência Nacional de Igualdade Racial, cujo relatório final reconheceu a omissão do Estado para com os povos ciganos e propôs reparações a partir de ações políticas.
DECRETO PRESIDENCIAL Nº 6.872 DE 2009	Cria o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, este que traz no eixo 3, da saúde, referência aos povos ciganos.
DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.037 DE 2009	Institui o III Programa Nacional de Direitos Humanos – III PNDH, o qual traz dentre as ações programáticas do objetivos estratégico 3: “garantir as condições para a realização de acampamentos ciganos em todo o território nacional, visando à preservação de suas tradições, práticas e patrimônio cultural”.
PORTARIA Nº 1.820/2009, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)	Garantiu a saúde como direito de todos, sem nenhuma forma de discriminação.
LEI Nº 12.288, DE 20 DE JULHO 2010	Instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, com inclusão dos povos ciganos.

Quadro 1 - Marcos legais para os povos ciganos no Brasil (continuação)

PORTARIA Nº 940/2011 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Garantiu a acesso ao Cartão SUS sem comprovação de endereço fixo.
PARECER CNE/CEB Nº 14/2011 E RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 03 DE 16 DE MAIO DE 2012	Definiram as diretrizes para o atendimento escolar para populações em situação de itinerância.
DOCUMENTO INFORMATIVO DA SECRETARIA DE IGUALDADE RACIAL/2013	Publicação da SEPPIR Brasil Cigano – Guia de Políticas Públicas para Povos Ciganos, apresnta os temas relacionados à saúde: "Direito à Saúde e Programa Saúde da Família – PSF" e "Programa Saúde Bucal – PSB/Brasil Sorridente".
RESOLUÇÕES DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (CONAPIR)/2013	Aprovadas resoluções que incluem os povos ciganos nas áreas de educação, saúde, ações afirmativas, pesquisa e geração de conhecimento, participação social, capacitação para apresentação de projeto, formação profissional, acesso ao crédito, acesso à terra, coleta de dados e informações e mídia
RELATÓRIO EXECUTIVO BRASIL CIGANO I SEMANA NACIONAL DOS POVOS CIGANOS – 20 A 24 DE MAIO DE 2013	O relatório apresenta os resultados de duas oficinas de saúde (uma para mulheres e outra para homens) realizadas com representantes de associações das comunidades ciganas durante a I Semana Nacional dos Povos Ciganos (23 e 24 de maio de 2013), realizado em Brasília e traz uma lista com sugestões e demandas referentes à saúde pública para os povos romani.
RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL Nº 81/2013	Trata da questão da inviolabilidade dos domicílios das comunidades ciganas, especialmente suas tendas.
CadÚNICO/2014	Garantiu o cadastro e benefícios para famílias ciganas de baixa renda.
PORTARIA Nº 2.446 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 2014	Redefine a Política Nacional da Saúde (PNPS) que estabelece no Artigo 3º, Inciso IV o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas de diferenças que interferem nas condições e determinações da saúde.
PROJETO DE LEI Nº 248/2015 CRIA O ESTATUTO CIGANO	Aprovado pelo Senado em 02 de junho de 2022. Em análise na Câmara dos Deputados. Aatoria do Deputado Paulo Paim, em parceria com a Associação Nacional de Etnias Ciganas (ANEC).

Quadro 1 - Marcos legais para os povos ciganos no Brasil (continuação)

RESOLUÇÃO Nº 181 DO CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE/2016	Dispõe sobre os parâmetros para interpretação dos direitos e adequação dos serviços relacionados ao atendimento da Crianças e dos Adolescentes pertencentes a Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil.
PORTARIA Nº 181, DE 2016	Instituiu grupo de trabalho específico para os povos ciganos no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos.
CARTILHA SUBSÍDIOS PARA A SAÚDE DO POVO CIGANO/2016	Material orientador para equipes de saúde elaborado em uma parceria do MS com a AMSK/BRASIL.
PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR/2017	Estabelece enquanto ação 1.2 (do desafio 6.1) – Identificar quais as localidades e/ou municípios prioritários, urbanos e rurais, por meio de parcerias com a sociedade civil organizada, para as ações de busca ativa para inclusão no Cadastro Único de famílias da população negra, dos povos ciganos e dos povos de terreiro/ povos e comunidades de matriz africana e demais GPTEs.
INFORMATIVO – CARTILHA PUBLICADA PELO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM PARCERIA COM A AMSK/2017	Documento elaborado com o objetivo de subsidiar os profissionais do Sistema Único de Assistência Social no atendimento adequado aos povos ciganos, respeitando suas tradições e cultura.
PORTARIA Nº 4.384, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2018	Alterou 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.
RECOMENDAÇÃO Nº 035 DE 11 DE MAIO DE 2020	O Conselho Nacional de Saúde recomenda ações relativas à saúde dos povos ciganos no contexto da pandemia COVID 19.
GUIA ORIENTADOR PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/2022	Material direcionado aos gestores e trabalhadores da saúde, cujo maior objetivo é promover a equidade.
CARAVANA BRASIL CIGANO	Instituído no ano de 2023, pelo Ministério da Igualdade Racial através da Secretaria de Políticas para Quilombolas, Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana, Povos de Terreiros e Ciganos (SQPT), com o objetivo de estimular a construção de políticas para acesso à direitos dos povos ciganos.
PRÊMIO CULTURA	O programa realizou três edições e buscou incentivar os Pontos

CIGANA/MINISTÉRIO DA CULTURA	de Cultura Cigana. A última edição aconteceu em 2014.
-------------------------------------	---

Fonte: Adaptação de Santos (2019).

Ressalta-se que a maioria dos instrumentos legais acima apresentados segue sem conhecimento público, sendo muitas vezes desconhecida, inclusive, para a maioria dos povos ciganos. Ou seja, o Estado propõe, mas não divulga e, assim, não “se compromete”. Por outro lado, a não divulgação facilita os desmontes silenciosos.

Em âmbito do SUS, para exemplificar, até o ano de 2019, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (PARTICIPA-SUS) era gerida pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP) da então Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). À época, a DAGEP, por meio de Comitês de Saúde ou Grupos de Trabalho (GT), era responsável por mediar o diálogo com os grupos historicamente subalternizados, como os povos ciganos, para fins de elaboração de políticas de saúde. Nesse cenário, a política nacional de saúde cigana foi proposta e aprovada (diga-se a última) em 28 de dezembro de 2018 (Silva Júnior, 2020). No entanto,

A SGEP foi extinta pelo atual governo, juntamente com os comitês ou grupos de trabalho compostos por integrantes dos movimentos sociais. Atualmente, a instância que está cuidando da saúde cigana e de todas as outras diversidades étnicas e minorias ficou concentrada na Coordenação de Garantia de Equidade (COGE), do Departamento de Saúde da Família (DESF), da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) (Silva Júnior, 2020, p. 52).

Esse, como tantos outros desmontes, permaneceu nos “bastidores” do governo Bolsonaro. Enquanto isso, os povos ciganos atravessaram a crise sanitária que assolou o mundo através da pandemia de COVID-19, na condição de sujeitos inumeráveis, esquecidos, isto é, no clássico lugar que ocupam no decorrer da história.

No que lhe concerne, no ápice da pandemia, o Ministério da Saúde, em publicação de nota informativa (não divulgada nos canais oficiais do próprio ministério), transferiu a responsabilidade para com a atenção à saúde dos povos ciganos no curso da COVID 19 exclusivamente para os Estados, que transferiram para os municípios, que transferiram para as equipes (especialmente da APS), que responsabilizaram os próprios povos ciganos. Afinal, como já outrora dizia o lema “cigano bom é cigano longe”.

Em suma, esta é apenas uma breve narrativa da longa estrada (*lungo drom*) do Brasil cigano. Nas estrelinhas, a denúncia de como as políticas colonialistas e capitalistas excluíram os povos ciganos da brasilidade. “A presença das comunidades ciganas no Brasil se deve à

política de degredo portuguesa. Implementada durante o período colonial, que condenou milhares de ciganos (portugueses e espanhóis) ao exílio” (Silva Júnior, 2020, p. 52).

E, nesse movimento de segregação e sedentarização, ainda hoje as etnias ciganas vêm sendo vítimas de políticas persecutórias e anticiganas expressas por diversas formas de violência física e simbólica (Silva Júnior, 2020). A exemplo,

As proibições de falar a língua (linguicídio), praticar costumes e viver em bando (identidadecídio), o apagamento de saberes (epistemicídios) ou a padronização cultural via estereotipação e estigmatização, inferiorização, dominação, racismo e desigualdades (Silva Júnior, 2020, p. 48).

A insuficiência de movimentos acadêmicos (pesquisas, publicações, extensões) voltadas para o diálogo com os povos ciganos também retrata a institucionalização do racismo, demarcado pelo esquecimento e/ou valorização do tema.

No campo da saúde, surpreende o despreparo acadêmico e de profissionais do serviço para a interação com ciganas e ciganos. As condições precárias de habitação, a falta de acesso a serviços básicos de saneamento e infraestrutura, o baixo nível de escolaridade, a estrutura familiar e outras situações às quais estão expostas as comunidades ciganas, embora sejam potencializadoras das iniquidades em saúde, são comumente negligenciadas pelos serviços e pelos profissionais e pesquisadores. Possivelmente a influência do pensamento eurocêntrico na formação e a supervalorização do conhecimento científico, muito têm limitado a competência cultural enquanto habilidade pessoal e profissional desses atores.

Igualmente, apesar do protagonismo do movimento cigano no Brasil, ainda é muito frágil o envolvimento de grande parte das comunidades ciganas na luta pelo reconhecimento da cidadania e dos direitos dos povos ciganos, esse que denota o quanto a competência cultural precisa ser uma habilidade desenvolvida transculturalmente. Como diriam os povos ciganos, “não basta acender a vela, é preciso conservar a chama” (Santos, 2019, p. 109).

2.2 Uma breve análise epistemológica acerca do conceito de saúde e sua influência no cotidiano dos serviços do SUS

O conceito de saúde tem estreito diálogo com os aspectos éticos, estéticos e culturais de cada época e de cada povo, assim como com a conjuntura política, econômica, histórica e social e com os pensamentos religiosos, filosóficos e científicos de cada período. Conseqüentemente, essa constante dinâmica referente à definição de saúde tem impacto direto sobre a compreensão dos fatores determinantes e condicionantes de saúde e sobre as políticas (e serviços) de saúde.

Etimologicamente, conforme Luz (2008, p.353), no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, “saúde, em português, deriva de *salute*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar”. Sem incluir em seu escopo o universo da doença, o conceito de saúde está relacionado ao viver harmônico e positivo (Luz, 2008).

Para diversos povos e em diversos tempos, a relação saúde-doença está relacionada com a natureza e/ou com questões espirituais. Para o xamanismo pré-histórico (Scliar, 2007, p. 31), “era o xamã, o feiticeiro tribal, quem se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença”. Essa assertiva remete, imediatamente, à percepção da indissociabilidade do ser, para além da condição biológica.

Mais à frente, embora “a antiga Mesopotâmia e o Egito tivessem tradições e textos médicos anteriores à Grécia, sem falar na Índia, Pérsia, China e outros povos orientais que também clamam por primazia” (Gottschall, 2007, p. 17), a Grécia tornou-se a grande referência da medicina ocidental. Assim, por sua influência e por seus estudos à época, o médico grego Hipócrates foi intitulado o pai da medicina.

Após identificar quatro humores corporais – sangue, bile negra, bile amarela e flegma ou catarro –, os hipocráticos, associando-os às qualidades dos quatro elementos, sejam: *secura*, *umidade*, *calor* e *frio*, compreenderam que, a partir da alteração em tais fluidos, dava-se a quebra da harmonia corporal (Gottschall, 2007) e, sendo assim, passaram a definir saúde como o completo estado de equilíbrio.

Foi ainda o estudo hipocrático quem primeiro defendeu o conceito ecológico da relação saúde-doença, a partir do texto *Ares, Águas, Lugares*, emergindo daí o conceito de *miasma*, palavra latina que significa “maus ares” (Scliar, 2007).

O pensamento platônico, por seu turno, permitiu a confluência entre as teorias filosóficas e as teorias médicas e, nesse sentido, o filósofo defendeu a necessidade de uma harmônica interação entre o corpo e a alma, alcançando grande influência à época. Dessa forma, “em várias obras platônicas há referências à constituição humana [...] como em *A República* e no *Timeu*, diálogos nos quais são apresentadas ideias sobre o corpo e a alma, enfatizando seus estados de saúde, doença e a própria morte e seu processo” (Batista, 2004, p. 620).

Considerando a enfermidade um sinal de desobediência ao divino, para os antigos Hebreus, “a doença não era necessariamente devido à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”

(Scliar, 2007, p. 30). Ou seja, para os Hebreus, a saúde era definida como a vivência obediente à divindade.

Os judeus antigos, por sua vez, seguindo os preceitos do judaísmo, obedeciam a leis dietéticas que acabavam sendo mecanismos de prevenção a certas patologias, não obstante tivessem apenas a intenção de garantir a coesão do grupo (Scliar, 2007). Para o antigo povo judeu, o médico era um “mensageiro de Deus, intermediário no processo da cura e do restabelecimento da saúde humana” (Santana Júnior, 2012, p. 6). A igreja cristã, durante a Idade Média, sustentou a ideia da relação doença-saúde diretamente condicionada à analogia pecado-fé. Em tal período, submetido aos ideais religiosos, o cuidado com os enfermos pobres esteve sob a responsabilidade da ordem religiosa.

Transcorrido o tempo, a influência de fatores externos à causalidade do adoecimento, conforme defendido por Paracelso, bem como a força do pensamento mecanicista inaugurado por Descartes, aliados às novas descobertas, inclusive da anatomia corporal, deram um novo direcionamento à concepção da relação saúde-doença. Mormente o método apresentado pelo filósofo e matemático René Descartes (1960) trouxe grandes influências para o pensamento em saúde.

Os quatro princípios do método de Descartes ainda hoje são considerados regras fundamentais para o modelo biomédico hegemônico. O racionalismo, trazido pelo pensamento cartesiano, redimensionou as práticas em saúde e foi responsável por introduzir “a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo mui ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens” (Barros, 2002, p. 74).

Doravante, o avanço das ciências, com as suas pesquisas e descobertas, inaugurou um padrão de especialidades em saúde e a fragmentação na compreensão do ser. Instaurada a ênfase na questão biológica, a relação saúde-doença passou a desconsiderar todas as formas de saber não provenientes do paradigma científico, enquanto a necessidade da harmônica “interconexão de tudo com tudo” (Giannella, 2015, p. 352) perdeu sentido e relevância.

O desenvolvimento da microbiologia e da estatística, a exemplo, embora importantes avanços, reforçaram o modelo biomédico (meanicista-matemático). Do mesmo modo, o pensamento científico excluiu as questões históricas e culturais do conjunto de fatores considerados determinantes e condicionantes em saúde.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando universalizar o conceito, definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como

a ausência de enfermidade. Com base em tal conceito, o Sistema Único de Saúde elaborou os seus princípios e diretrizes (OMS, 2022).

Conquanto, a definição apresentada pela OMS tem provocado constantes debates, tendo em vista provocar a transferência da compreensão da saúde enquanto “um assunto ligado às próprias pessoas” (Dejours, 1986, p. 8) e “alheia a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida” (Caponi, 1997, p. 2), para a compreensão da saúde enquanto uma meta desejável (e institucionalizada) a ser alcançada, tal-quamente acontece no SUS.

Simultaneamente, muitos questionamentos e reflexões têm sido suscitados a respeito do que realmente significa “estado de completo bem-estar” (Dejours, 1986) e acerca de que até que ponto pode ser possível estabelecer um padrão de saúde igual para sujeitos diferentes.

Se a subjetividade, a condição e o vivido do sujeito, sua história e o seu modo de viver são fundamentais, será possível determinar externamente ao sujeito o que é ou não é o seu próprio estado de bem-estar? Será que o que considero e reconheço como bem-estar será o mesmo bem-estar percebido por outras pessoas que vivem em contextos, situações sociais, extremamente diferentes das minhas? É possível determinar, externamente aos sujeitos, o que é o seu estado de bem-estar? (Lunardi, 1999, p. 28).

No SUS, esse é um debate que precisa estar mais fortemente em pauta.

Em referência à historicidade dos povos ciganos, por exemplo, Silva Júnior (2018, p. 494) afirma que “as comunidades ciganas também possuem práticas tradicionais em saúde, como a utilização de ervas e raízes, processos ritualísticos e mágicos, que podem entrar em contradição com as práticas da medicina convencional”. No entanto, essas são condições normalmente invisibilizadas em todos os níveis de complexidade do SUS. Assim como acontece com outros povos, ainda são muitas as especificidades que precisam ser (re)conhecidas e respeitadas na atenção à saúde dos povos ciganos no SUS, como as questões culturais, os tabus referentes ao corpo e a grande intensidade com que as comunidades sentem a enfermidade que acomete um membro do grupo (Silva Júnior, 2018).

Resumindo, se os povos ciganos têm uma visão diferente do processo de saúde-doença, vida-morte (Silva Júnior, 2018), é um crasso erro estabelecer o alcance de um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2022), pré-estabelecido e condizente com um padrão comumente “colonizador”, enquanto condição para definir se o sujeito e/ou a comunidade é ou não saudável.

Infelizmente, a maioria dos gestores e trabalhadores do SUS foi preparada para transferir o seu saber profissional (dito superior) para o outro, a fim de que “este outro” possa

alcançar o desejado “estado de completo bem-estar”. E essa prática vem sendo habitualmente reproduzida em todas as esferas do sistema de saúde brasileiro.

Embora o SUS venha estimulando a efetivação de políticas como a PNH-SUS (Brasil, 2013c), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS); a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS); as políticas de equidade (por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do povo Cigano/Romani); e outras, ainda reproduzem (em distintos graus) um fazer baseado na concepção de saúde proposta pela OMS.

Destarte, é imprescindível um resgate por parte de pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários do SUS que, ao permitir o (re)conhecimento temporal do conceito de saúde, favoreça a análise das lacunas derivadas da hegemonia do pensamento científico e da negação da sabedoria popular, inclusive dos povos ágrafos.

Exemplificando, enquanto as práticas tradicionais em saúde das comunidades ciganas e os seus “modos de olhar e agir perante o processo de adoecimento, saúde, nascimento e morte” (Silva Júnior, 2018, p. 494). permanecerem invisibilizadas nos planejamentos do SUS, “podem gerar conflitos junto aos protocolos dos sistemas nacionais de saúde” (Silva Júnior, 2018, p. 494).

Em conclusão, sendo a incompletude humana condição *sine que non* para o perene e dinâmico movimento de transformação do ser, o “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2022) é uma premissa utópica que aponta para a urgente necessidade de se enxergar os sujeitos em todas as suas dimensões, contextos, interconexão e interinfluências, para fins de se ofertar um serviço de saúde integral, equânime e humanizado, indistintamente, para todos os brasileiros. Sejamos o SUS que queremos ter. *Optchá!*

2.3 Racismo: uma enfermidade silenciada no SUS

O impacto do racismo nos serviços de saúde exige um estudo inteiramente dedicado à questão. A pretensão, por ora, não é aprofundar-se no tema, e sim, apenas suscitar reflexões acerca do quanto o racismo influencia na qualidade dos serviços ofertados e/ou muitas vezes não ofertados.

Conforme já discutido em seções anteriores, a influência do pensamento cartesiano eurocêntrico muito direcionou (e segue direcionando em muitos casos) a formação dos profissionais da saúde. E o percurso formativo dos profissionais, por sua vez, comumente determina o seu fazer enquanto trabalhador, gestor e pesquisador em saúde. Aliados à

formação acadêmica, as crenças e valores de cada sujeito, estabelecidos a partir de conjunturas sociais, culturais e econômicas, são fatores que contribuem com a sustentação e, tantas vezes, com a ampliação do racismo no SUS, em uma clara demonstração da intrínseca relação cultura e racismo. “Se a cultura é o conjunto dos comportamentos motores e mentais nascido do encontro do homem com a natureza e com seu semelhante, deve-se dizer que o racismo é de fato um elemento cultural” (Fanon, 2021, p. 70). Prova de que, sendo o racismo um elemento cultural, não se pode “vencê-lo” senão por uma contracultura alicerçada, também, na “competência cultural” dos sujeitos.

Infelizmente, prática comum nos serviços de saúde, a subalternização das diferenças e dos diferentes, menosprezando os seus saberes, memórias e tradições, é fruto de uma enfermidade silenciada no SUS, o racismo. Enfermidade estabelecida com tal sutileza, que os seus sinais, rotina legitimada entre os profissionais, comprometem a efetivação da equidade na saúde. “Em primeiro lugar afirma-se a existência de grupos humanos sem cultura; depois, a existência de culturas hierarquizadas; por fim, a noção de relatividade cultural” (Fanon, 2018, p. 78). Relatividade cultural, logo, insuficiência de saberes e necessidade de profissionais “aptos” a determinar o certo e o errado.

Reforçando os estigmas culturalmente determinados, Frantz Fanon vem lembrar que “como as Escrituras se revelaram insuficientes, o racismo vulgar, primitivo, simplista, pretendia encontrar no biológico a base material da doutrina” (2018, p. 78) e assim o fez, em um biologismo influente na formação acadêmica nas áreas da saúde. Para fins de exemplo, “a labilidade emocional do Negro”, “a integração subcortical do Árabe”, “a culpabilidade quase genérica do Judeu”, são dados que se encontram em alguns escritores contemporâneos” (2018, p. 78). E aqui se destaca a interrelação entre a dita “integração subcortical do Árabe” com o perfil dos sujeitos orientais descritos em capítulo anterior. Da mesma forma o exotismo, tão associado aos povos ciganos, é uma das formas de simplificação (Fanon, 2018), normalmente verificada a partir da folclorização da ciganidade.

Somando-se às assertivas apresentadas por Fanon, o pesquisador Silvio de Almeida vem trazer três concepções de racismo (individualista, institucional e estrutural) que, sem dúvidas, necessitam ser apresentadas, ainda que brevemente, neste escrito.

De acordo Almeida (2019, p. 24), para a concepção individualista “não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo”.

O racismo, segundo esta concepção, é concebido como uma espécie de “patologia” ou anormalidade. Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou

coletivo, atribuído a grupos isolados; ou, ainda, seria o racismo uma “irracionalidade” a ser combatida no campo jurídico por meio da aplicação de sanções civis – indenizações, por exemplo – ou penais. Por isso, a concepção individualista pode não admitir a existência de “racismo”, mas somente de “preconceito”, a fim de ressaltar a natureza psicológica do fenômeno em detrimento de sua natureza política (Almeida, 2019, p. 24).

Ou seja, trazendo para o contexto da saúde, bastaria potencializar as ações de educação na saúde, sensibilizando os trabalhadores e gestores acerca da necessidade de evitar comportamentos racistas, como a ciganofobia, ou, quando necessário, direcionar o profissional para responder a um processo administrativo e disciplinar para que, prontamente, estivesse garantido o cumprimento do princípio da equidade no SUS. Situação não condizente com a realidade e melhor compreendida através da concepção do racismo institucional.

Sob esta perspectiva o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça (Almeida, 2019, p. 24).

Pode-se perceber que esse é o retrato do que se verifica em um modelo de atenção à saúde institucional que deveria garantir acesso e atenção sem nenhuma forma de discriminação, mas que, na prática, habitualmente, amplia a invisibilidade dos sujeitos a partir de questões étnico-raciais, de gênero e outras. Sujeitos esquecidos nos planejamentos e ações; excluídos em uma instituição que deveria primar pela saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. A ausência de registros dos óbitos ciganos durante a pandemia nos boletins epidemiológicos, retrata bem as “desvantagens” vivenciadas pelos povos ciganos no SUS.

Ainda a respeito do racismo institucional, “a principal tese dos que afirmam a existência de racismo institucional é que os conflitos raciais também são parte das instituições” (Almeida, 2019, p. 27). Neste sentido, no SUS, senão conflitos raciais, as desigualdades raciais demarcam o racismo institucional a partir de parâmetros que privilegiam alguns em detrimento de tantos outros.

A desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2019, p. 27).

No caso do racismo institucional, o domínio se dá com o estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, os padrões estéticos e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se o horizonte civilizatório do conjunto da sociedade (Almeida, 2019, p. 28).

Um pouco aí do que se identifica na lógica do “saber de quem sabe” a determinar os padrões e condutas do “saber de que não sabe”, onde o sujeito que supostamente sabe é, normalmente, oriundo de um modelo de formação brancocêntrico: “Com efeito, o racismo é dominação (Almeida, 2019, p. 27) e, por que os povos ciganos nunca permitiram ser dominados, talvez aqui justifique-se, em parte, a invisibilidade das comunidades ciganas para as instituições da saúde e por conseguinte, a insuficiente garantia de acesso e de atenção direcionada aos povos ciganos por parte dos sistemas de saúde (inclusos as pesquisa e extensões acadêmicas). Afinal, “detêm o poder os grupos que exercem o domínio sobre a organização política e econômica da sociedade” (Almeida, 2019, p. 28) tal-qualmente, sobre as organizações da saúde.

Para Almeida “a manutenção desse poder adquirido depende da capacidade do grupo dominante de institucionalizar seus interesses, impondo a toda sociedade regras, padrões de condutas e modos de racionalidade que tornem “normal” e “natural” o seu domínio” (2019, p. 27), o que pouquíssimo aconteceu com os povos ciganos.

Em resposta à não aceitação da dominação por parte dos povos ciganos, os detentores do poder legitimaram a ciganofobia através da invisibilidade e da condição de seres inumeráveis imposta aos ciganos e às ciganas, reforçando o racismo institucional no SUS. É comum escutar dos trabalhadores da APS frases como: “os ciganos querem tudo do seu jeito” ou “os ciganos não querem respeitar as regras” quando verdadeiramente deveriam dizer: “os ciganos não querem do nosso jeito” ou “os ciganos não querem respeitar as nossas regras”. Como resultado, sustenta-se a máxima de que “cigano bom é cigano longe”.

Entretanto, é necessário atentar-se para o fato de que “se é possível falar de um racismo institucional, significa que a imposição de regras e padrões racistas por parte da instituição é de alguma maneira vinculada à ordem social que ela visa resguardar” (Almeida, 2019, p. 31). Ou seja, a ciganofobia é reproduzida no SUS, mas a sua base é histórica e social. “As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos” (Almeida, 2019, p. 31). Em resumo: “as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (Almeida, 2019, p. 31).

Inquieta, no entanto, aceitar que uma instituição como o SUS, sustentada por princípios como a universalidade e a integralidade e, ainda, pela a equidade, mantenha-se na condição de *fac-símile* de um padrão social. Antes, na condição de maior política pública brasileira, é dever do SUS não reproduzir estigmas excludentes e discriminatórios, bem como

estimular a “competência cultural” enquanto atributo estruturante em todos os seus níveis de complexidade, reforçando que, “não se deve andar sozinho”.

Nesta direção, Silvio de Almeida (2019, p. 32) vem afirmar que,

É dever de uma instituição que realmente se preocupe com a questão racial investir na adoção de políticas internas que visem: a) promover a igualdade e a diversidade em suas relações internas e com o público externo – por exemplo, na publicidade; b) remover obstáculos para a ascensão de minorias em posições de direção e de prestígio na instituição; c) manter espaços permanentes para debates e eventual revisão de práticas institucionais; d) promover o acolhimento e possível composição de conflitos raciais e de gênero.

Indiscutivelmente, equacionar os deveres acima apontados com a cultura brancocêntrica dominante nos serviços de saúde é um grande desafio. Quando se propõe neste estudo adaptar e validar um instrumento com vistas a garantir a escuta dos povos ciganos acerca da qualidade dos serviços ofertados pela APS está se propondo a adoção de políticas internas preocupadas com a questão racial. Conquanto este seja um estudo de conclusão de doutoramento, ele nasceu da demanda verificada no serviço e no território e sustenta-se, sobretudo, na expectativa de contribuir com a redução da ciganofobia e de todas as formas de preconceitos presentes no SUS.

Parafraseando Silvio de Almeida (2020)⁵, não se pode aceitar que existam exceções para direitos fundamentais. Se o racismo é uma enfermidade silenciada no SUS, já não se pode permitir que avance silenciosa. Eis uma premissa imprescindível para as políticas de equidade em saúde.

2.4 Da interculturalidade à competência cultural: referenciais para se combaterem as iniquidades étnico-raciais no SUS

A despeito dos seus princípios doutrinários, universalidade e integralidade, somados à equidade, o Sistema Único de Saúde ainda não dá conta das persistentes iniquidades étnico-raciais na saúde. Por exemplo, conforme já mencionado, conquanto seja missão da APS garantir acesso e atenção a todos os sujeitos sem qualquer forma de exclusão, a principal porta de entrada para o SUS, tendenciosamente ou não, muitas vezes, acaba por potencializar as iniquidades na saúde à medida em que invisibiliza grupos étnicos e/ou outras especificidades identitárias. Isso posto, aprofundar o debate acerca de questões como interculturalidade,

⁵ NÃO EXISTE exceção para direitos fundamentais. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (1:06:45). Publicado pelo canal Drauzio Varella. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CfDkpXMZQjM&t=332s>.

multiculturalidade e transculturalidade é um caminho necessário, especialmente quando se pretende alcançar a competência cultural no SUS.

Especificamente a respeito da interculturalidade (ou interculturalismo), é possível afirmar que se trata de uma tarefa social e política que interpela o conjunto da sociedade, pois parte de práticas e ações sociais concretas e conscientes, buscando criar modos de responsabilidade e solidariedade (Walsh, 2001), capazes de fomentar um modelo dialógico e emancipatório de produzir saúde.

Nessa perspectiva, o projeto de interculturalidade não representa apenas uma crítica radical a uma ordem dominante em uma sociedade capitalista e colonial, construída a partir de relações de dominação e identidades subalternas, mas provoca reflexões e apresenta argumentos que, por definição, entendemos como uma luta contra-hegemônica (Araújo; Costa; Tavares, 2018, p. 31).

Além disso, para que o movimento contra-hegemônico seja uma bandeira para gestores, trabalhadores e usuários do SUS, verdadeiramente implicados com um projeto de saúde redutor das iniquidades e produtor de equidade e democracia, é primordial o reconhecimento do valor intrínseco de cada cultura, o respeito mútuo entre os diversos grupos identitários e a reciprocidade entre os diversos grupos (Sá; Silva, 2019).

Na prática, a construção recíproca e o respeito aos diversos grupos identitários ainda se constituem como um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde. Igualmente, (re)conhecer o que aproxima e o que distancia os sujeitos sociais é imperativo para os trabalhadores e gestores do SUS, pois o que comumente se vê é que falta-lhes competência cultural no encontro com os diferentes. No que se refere à relação com as etnias ciganas, esse desafio apresenta-se ainda maior, pois, historicamente invisibilizados, esse “outro” cigano/a nunca foi verdadeiramente (re)conhecido pelos profissionais da saúde, (sobre)vivendo às margens do processo de trabalho estabelecido nos territórios de APS, assim como nos serviços especializados e hospitalares.

Incorporar a interculturalidade na rotina das unidades de saúde passa pela necessidade da construção de relações novas, verdadeiramente igualitárias, entre os diferentes grupos socioculturais, buscando estreitar o diálogo com aqueles que foram historicamente inferiorizados (Candau, 2019), a exemplo dos povos ciganos. Essa é uma grande missão para o sistema de saúde, uma vez que exige linearidade e desconstrução do padrão “saber de quem sabe” pronto a conduzir o “saber de quem não sabe”.

Convenhamos, “o projeto de interculturalidade procura superar a definição primária de “diálogos entre culturas diferentes”, para caracterizar-se como um espaço de sentimentos e

atitudes que se venha a contrapor a uma ordem hegemônica dominante” (Araújo; Costa; Tavares, 2018, p. 41).

Interpretamos que a interculturalidade refere-se a um campo complexo em que se entrecruzam múltiplos sujeitos sociais, diferentes perspectivas epistemológicas e políticas, diversas práticas e variados contextos sociais. Enfatizar o caráter relacional e contextual dos processos sociais permite reconhecer a complexidade, a polissemia, a fluidez e a racionalidade dos fenômenos humanos e culturais (Araújo; Costa; Tavares, 2018, p. 41).

O prefixo “inter” da palavra interculturalidade remete a “reciprocidade, interação, interpondo uma forma de estabelecer uma ponte, uma intermediação, um encontro, para formar uma rede na interculturalidade” (Weissmann, 2018, p. 26). Exatamente, e a partir daí, o interculturalismo se estabelece enquanto “uma alternativa radical, um projeto utópico, crítico e desorganizador da ordem dominante, colonialista e capitalista” (Araújo; Costa; Tavares, 2018, p. 40). Ordem essa que teima em manter vigente (e hegemônico) o modelo médico privatista, oriundo de um pensamento multiculturalista que, ao tempo em que reconhece a heterogeneidade cultural, normatiza o saber e o fazer em saúde a partir uma cultura colonizadora e eurocêntrica, sustentando a dita superioridade de uma categoria profissional da saúde.

Enquanto no multiculturalismo “as diferenças ficam estanques e separadas em cada cultura, possibilitando pensar no que os antropólogos chamam a lógica do Um, que só tem uma verdade a seguir e uma forma de pensar o mundo” (Weissmann, 2018, p. 24), o interculturalismo, remete ao que Cancline (2004) define como relações de negociação, conflito, empréstimo recíproco e respeito às disparidades oriundas das diferenças nos relacionamentos e intercâmbios culturais.

Na mesma direção, a assertiva apresentada por Weissmann (2018, p. 24), ao afirmar que o multiculturalismo “baseia-se em uma lógica binária, na qual uma ideia é correta e outra é diferente e incorreta, só se complementando ideias similares e tentando se afastar aqueles conceitos que contrariam o pensamento predominante”, reflete a sua clara influência (também expressa na multidisciplinaridade) na formação e, conseqüentemente, no cotidiano dos serviços de saúde. Simultaneamente, a asserção descreve (e em certo grau explica) a praxe dos profissionais da saúde de conduzir e sobrevalorar o seu saber em detrimento dos demais. No caso da ciganidade, o saber é quase sempre ignorado.

Em contraponto, Méndez e Puget (2013)⁶ nos conduz a pensar que a interculturalidade exige sair da lógica do Um para adentrar na lógica multívoca. E esse deslocamento, conforme

⁶ Comunicação oral

a pesquisadora, além de inferir multiplicidade, se conforma dentro da heterogeneidade e das suas combinações imprevisíveis. O interculturalismo remete a “um diálogo frutífero e crítico entre as diferentes tradições culturais e paradigmas civilizatórios” (Estermann, 2013, p. 207 *apud* Tavares, 2014, p.185), tão necessários quando se trata da ciganidade.

No entanto, embora o reconhecimento da interculturalidade enquanto uma alternativa radical de enfrentamento à ordem colonialista dominante, no que se refere à APS, defende-se a transculturalidade, como, possivelmente, o caminho mais apropriado para tornar exequível uma contracultura capaz de modificar o pensar e o fazer em saúde e estimular a competência cultural nos profissionais do campo da saúde coletiva.

Senão vejamos.

Uma crítica à concepção tradicional de uma cultura única, bem como dos conceitos mais recentes de interculturalidade e multiculturalidade pode ser resumido da seguinte forma: se as culturas fossem mesmo de fato – como esses conceitos sugerem – constituídas à maneira de ilhas ou esferas, então não se poderia nem resolver e nem se livrar do problema da convivência e cooperação. No entanto, a descrição das culturas de hoje como ilhas ou esferas é factualmente incorreta e normativamente enganosa. As culturas de facto já não têm a insinuada forma de homogeneidade e separatividade. Elas, ao invés, assumiram uma nova forma, que deve ser chamada transcultural, na medida em que ela transpassa as clássicas fronteiras culturais. As condições culturais hoje são em grande parte caracterizadas pela mistura e permeações (Welsch, 2009, p. 10).

Ou seja, se a cultura atual ultrapassa as fronteiras e promove uma hibridização, que é nacional, das práticas e dos sujeitos, manter a compreensão de coletivos étnico-culturais enquanto esferas fechadas ou ilhas autônomas (Herder, 1996) é um equívoco que não cabe sustentar e que, provavelmente, além de comprometer a efetivação dos atributos da APS, compromete as diretrizes básicas da PNAB. Nesse sentido é que se questiona se o interculturalismo, de fato, traz elementos suficientes para avivar a competência cultural na APS/SUS.

O conceito de interculturalidade procura modos pelos quais tais culturas, no entanto, poderiam compreender, reconhecer e conviver com as outras. Mas a deficiência desse conceito tem origem na medida em que traz em si, inalterada, a premissa da concepção tradicional de cultura. Ele ainda procede de uma concepção de cultura como ilhas ou esferas. Exatamente por esse motivo, é incapaz de chegar a qualquer solução, uma vez que os problemas interculturais desenvolvem-se a partir da premissa– ilha (Welsch, 2009, p.11).

Antes, a “necessidade de adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação” (Brasil, 2020, p. 9), tal qual proposto pelo atributo competência cultural, perpassa pela necessidade de implementação de um “projeto cultural de APS” onde a real vinculação vença

o modelo de “ilhas”, até então demarcado pela heterogeneidade e subalternizações de culturas e de saberes. Quiçá, o desafio imperativo para a APS seja ressignificar-se a partir da “autoressignificação” dos atores (gestores – trabalhadores – usuários) que a compõem. Em resumo, a APS precisa (re)construir sua própria identidade cultural, ou melhor, transcultural.

O conceito de transculturalidade visa um entendimento multicultural e inclusivo, não separatista e exclusivo de cultura. Ele pretende uma cultura e uma sociedade cujos feitos pragmáticos não existem na delimitação, mas na capacidade de vincular e realizar a transição. Ao se encontrar com outras formas de vida, sempre há não apenas divergências, mas oportunidades de vinculação, e elas podem ser desenvolvidas e ampliadas para que uma forma de vida comum seja formada, incluindo reservas que ainda não pareciam capazes de vincular. Extensões deste tipo representam uma tarefa premente hoje (Welsch, 2009, p. 11),

Uma vez institucionalizada, a transculturalidade poderá promover o cumprimento não apenas do atributo competência cultural, mas estimular o cumprimento de todas as demais faculdades inerentes à APS. Orientação familiar, orientação comunitária, além de competência cultural, são exemplos de habilidades que exigem vinculação e transição, em um processo de mesmidade e outridade que permita “transformar as ausências em presenças” (Santos, 2002, P. 9). Que estimule a dialogicidade entre a “cultura primeira” e a “cultura elaborada” e, do encontro destas, promova o nascimento da “cultura do sentido”, promotora de pertencimentos e significados próprios e, ao mesmo tempo, comuns a todos.

[...] como evitar a dicotomia entre esses saberes, o popular e o erudito ou o de como compreender e experimentar a dialética entre o que Snyders chama ‘cultura primeira’ e ‘cultura elaborada’” e que “o respeito a esses saberes” se insere no horizonte maior em que eles se geram – o horizonte do contexto cultural, que não pode ser entendido fora do seu corte de classe [...] O respeito, então, ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural (Freire, 1977, p. 86).

Assim sendo, não basta reconhecer a existência do outro em um “campo complexo em que se entretecem múltiplos sujeitos sociais, diferentes perspectivas epistemológicas e políticas, diversas práticas e variados contextos sociais” (Araújo; Costa; Tavares, 2018, P. 41). Contrariamente, faz-se necessário que o profissional da saúde e o usuário do serviço se (re)conheçam enquanto sujeitos híbridos, transculturais.

E como podemos descrever esse sujeito transcultural? Ele está em uma contínua relação de trocas culturais, envolvendo duas ou mais culturas, sempre ativamente, ou seja, da mesma forma em que sua identidade é reconstruída, continuamente, através das trocas culturais estabelecidas, o outro também entra em um processo de identificação, pois, devido ao compartilhamento de ideias e informações, uma nova realidade é construída (Santos, 2012, p. 79).

A Atenção Primária à Saúde é território de diversidade cultural, onde as relações de troca exigem reciprocidade. Logo, competência cultural para atuar na APS demanda sujeitos

culturalmente híbridos, capazes de se interconectar com os diversos culturais (Santos, 2012). Quanto aos profissionais da APS que conseguem desenvolver a “competência cultural”

Essas pessoas híbridas não são, logicamente, as mesmas pessoas após as trocas culturais verificadas. Elas não pertencem mais ao seu local de origem e nem se encaixam totalmente no novo local cultural no qual estão imersos, ficando, dessa forma, flutuando no “entre-lugar” (Santos, 2012, p. 80).

Enquanto fomentadora desse “entre-lugar”, a APS tem condições de fazer emergir seus atributos, especialmente os três derivados. Tarefa árdua, especificamente quando se trata do encontro entre grupos subalternizados e historicamente excluído da formação da brasilidade, quais sejam os povos ciganos, e um grupo formado a partir de um pensamento hegemônico e eurocêntrico, supostamente detentor da “civilidade” e do saber (e poder).

Porquanto, para além do multi e do interculturalismo e considerando que o conceito do “termo transculturalidade prevê o inter-relacionamento de culturas distintas, que cruzam tempo e espaço e se adaptam a novos contextos, fazendo com que as culturas sejam híbridas e que as pessoas não se vejam mais como pertencentes a uma única cultura” (Santos, 2012, p. 78), o transculturalismo pode apontar um caminho para a efetivação da competência cultural na APS/SUS.

2.4.1 Mas, afinal, o que é competência cultural?

Sistematizado por Shi, Starfield e Xu (2001) enquanto o sétimo atributo (ou dimensão) da Atenção Primária à Saúde, sendo o terceiro atributo derivado, a “competência cultural” ainda é um assunto amplamente desconhecido (e pouco praticado) pelos profissionais da saúde.

Definida enquanto um processo dinâmico, contínuo e perene a partir do qual o profissional da saúde (trabalhador e/ou gestor) busca desenvolver a capacidade de oferecer um cuidado que alcance o contexto cultural do cliente, entendido como a pessoa, a família ou a comunidade (Campinha-Bacote, 1999), a competência cultural “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (Damasceno, 2018, p. 5), como no caso dos povos ciganos.

Ainda pouco discutida na literatura, os autores que descrevem a competência cultural correntemente lhe conferem seis atributos. Quais sejam: a consciência cultural, o conhecimento cultural, a compreensão cultural, a sensibilidade cultural, a interação cultural e a habilidade cultural e, somado a esses, um constructo adicional que remete ao compromisso

para mudar, a proficiência cultural (Burchum, 2002). Faculdades essas, condigamos, distantes da realidade da maioria dos serviços de APS/SUS, ao menos quando o assunto é atenção à saúde dos povos ciganos.

De acordo com Rodrigues, Martins e Pereira (2013, p. 8), algumas habilidades são essenciais para que os profissionais da saúde desenvolvam a competência cultural. São estas: as de caráter pessoal, definidas a partir de

Características individuais de base ético-humanística como: empatia, respeito, confiança, vínculo, flexibilidade, franqueza, humildade e compaixão. A consciência cultural também se incorpora nestas características individuais. Este atributo é determinado pela orientação cultural de cada indivíduo, ou seja, a capacidade em desenvolver a sua autenticidade: no exercício da própria identidade cultural (autoconsciência) e pela disponibilidade para entender outras culturas. Essa característica contribui para diminuir as dissonâncias culturais e a imposição de uma cultura, pois reconhecem os preconceitos, os estereótipos e as suposições sobre indivíduos diferentes, numa atitude respeitosa para com pontos de vista diversos.

A habilidade cultural, que

Permeia a habilidade de comunicação através de terminologia, de linguagem adequada a cada cultura e de ênfase no idioma. Os indivíduos devem ser capazes de transmitir as informações de forma precisa, discutir os assuntos culturais abertamente e sugerir respostas baseadas na cultura e avaliar etnicamente o significado que a cultura tem para as pessoas. Ressalto, para esta categoria, a aprendizagem de idiomas novos e técnicas para romper as barreiras de comunicação (Rodrigues; Martins; Pereira, p. 8).

E, por fim, as que produzem o conhecimento cultural e que

Inclui os atributos intraculturais, ou seja, conhecimento cultural específico marcado dentro de diferentes culturas que afetam vários aspectos da vida de cada pessoa. Destaco como características, o conhecimento da compreensão da existência de diversas crenças (religião), relações de gênero e de papéis sociais, impacto da classe sócio-econômica, etnicidade, acessibilidade à educação, tradições, estrutura familiar, concepção de estado de saúde-doença, modos de comportamento, estilos de comunicação, impacto de reunião social e as políticas de saúde (Rodrigues; Martins; Pereira, p. 8).

Ou seja, possivelmente o descumprimento do atributo “competência cultural” na realidade da maioria dos serviços de APS/SUS esteja associado à ausência, em muitos profissionais da saúde, de habilidades consideradas essenciais, e, sobremaneira, à ausência da compreensão da competência cultural enquanto uma habilidade que perpassa os diversos coletivos e sujeitos. Mesmo porque, visto que a corresponsabilidade é um processo que deve caracterizar o pensar e o agir na rede de atenção primária, a competência cultural necessita se constituir como uma habilidade comum (e mútua) entre os atores que a constituem.

Especificamente no que se refere aos modelos teóricos (que definem a competência cultural enquanto um processo contínuo) e os modelos metodológicos (centrados nos métodos usados pelos profissionais para se tornarem competentes culturalmente), propostos por Shen (2014), é possível assim sistematizá-los.

Quadro 2 - Modelos teóricos de competência cultural (continua)

AUTOR, (ANO)	NOME DO MODELO	ORIGEM
Campinha-Bacote (2002)	Modelo de cuidado culturalmente competente	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger (1991); Teoria de desenvolvimento multicultural de Pedersen (1988)
Papadopoulos <i>et al.</i> (1998)	Modelo para o desenvolvimento de profissionais de saúde culturalmente competentes	
Kim-Godwin <i>et al.</i> (2001)	Modelo de cuidado comunitário culturalmente competente	Análise de conceito
Jeffreys (2010)	Modelo de competência e confiança cultural	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger; Teoria da autoeficácia em psicologia de Bandura (1986)
Schim e Doorenbos (2010); Schim, Doorenbos, Benkert e Miller (2007); Schim, Doorenbos, Miller e Benkert (2003)	Modelo 3-D de cuidado culturalmente congruente	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger
Campinha-Bacote (2005)	Modelo de competência cultural baseado na Bíblia	
Papadopoulos e Lees (2001)	Modelo para o desenvolvimento de investigadores culturalmente competentes	
Willis (1999)	Quadro de referência de competência cultural	
Wells (2000)	Modelo de desenvolvimento cultural (para o desenvolvimento da competência cultural individual e institucional)	Cross <i>et al.</i> (1989); Orlandi (1992)
Burchum (2002)	Modelo de competência cultural	Análise de conceito
Pacquiao (2012)	Modelo de competência cultural	Teoria de enfermagem

	de decisões éticas	transcultural de Leininger e princípios de cuidado de saúde culturalmente congruente como um direito humano básico
Suh (2004)	Modelo de competência cultural	Análise de conceito

Fonte: Moita, Silva, (2016, p. 76).

Quadro 3 - Modelos metodológicos de competência cultural (continua)

AUTOR (ANO)	NOME DO MODELO	ORIGEM
Giger e Davidhizar (2004, 2008)	Modelo de avaliação cultural	Leininger (1991); Spector (1996); Orque, Bloch e Monrroy (1983)
Spector (2004, 2009)	Modelo de tradições de saúde	Modelo de Giger e Davidhizar (1999, 2002, 2004, 2008); Teoria de Ester e Zitzow
Orque (1983)	Quadro de referência étnico-cultural	Enfermagem, Sociologia
Leininger (1991)	Modelo Sunrise	Enfermagem, Antropologia
Purnell (2003, 2008)	Modelo Purnell de competência cultural	Teoria organizacional, administrativa, de comunicação e de desenvolvimento familiar
Andrews e Boyle (2008)	Guia de avaliação de enfermagem transcultural para indivíduos e famílias	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger

Fonte: Moita; Silva (2016, p. 77).

A despeito de (ao menos por ora) não se pretender aprofundar o debate acerca dos modelos acima apresentados, não se pode deixar de citar a influência da enfermeira Madeleine Leininger (1991), com a Teoria do Cuidado Transcultural, sobre a construção teórico-prática da competência cultural. É possível que, a partir da influência de Leininger, a enfermagem tenha se constituído enquanto o núcleo de cuidado que compõe a APS, normalmente, com o maior grau de aproximação com o território e com os sujeitos, conforme denota o cotidiano dos serviços de saúde. Embora, ressalte-se, a competência cultural seja uma temática ainda pouco debatida, também, entre os profissionais da enfermagem.

Mesmo quando as discussões acerca da qualidade da APS são trazidas para a “roda”, o atributo “competência cultural” é, quando muito, meramente citado. A própria ausência de novas pesquisas com vistas a tentar alcançar propriedades psicométricas minimamente

aceitáveis com a inclusão da dimensão “competência cultural” no PCATool-Brasil já remete ao pouco valor que lhe é atribuído.

O difícil é compreender como é possível mensurar a qualidade da APS em um país com diversas características culturais, como o Brasil, sem considerar exatamente o seu sétimo atributo. Talvez aqui uma das respostas para as perenes filas nas unidades de saúde e para a sustentação do modelo biomédico centrado na relação queixa-conduta. A horizontalidade no encontro com o outro, a amorosidade e a reciprocidade, tão necessárias aos processos de vínculos e afetos produtores de saúde, requisitam competência cultural.

O fato é que, apesar de ser “uma importante estratégia para reduzir as disparidades culturais no cenário da saúde, faltam instrumentos validados e padronizados para avaliação” (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019, p. 87) da competência cultural. Focados normalmente nas habilidades culturais, no autoconhecimento e no conhecimento sobre outras culturas, em geral, “a maioria dos instrumentos são autorreferidos, norte-americanos e desenvolvidos pela enfermagem, conselhos e sistemas de saúde” (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019, p.87).

Para o desenvolvimento da competência cultural, a literatura sugere utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não devendo ser apenas uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma postura institucional (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019, p. 86).

Igualmente, essa postura institucional precisa permear o cotidiano de gestores, trabalhadores e usuários da APS/SUS. Não se duvida que “no fim esteja o começo” e o nó górdio da rede de atenção primária, ainda tão pouco resolutiva e humanizada, seja exatamente a parca relevância dada à competência cultural.

Quiçá o cumprimento desse atributo possa potencializar o cumprimento dos demais. Afinal, ao que esperamos, “estamos no fim de um ciclo de hegemonia de uma certa ordem científica. As condições epistêmicas das nossas perguntas estão inscritas no avesso dos conceitos que utilizamos para lhes dar resposta” (Santos, 2008, p. 19).

2.4.2 A competência cultural enquanto referencial para a tessitura de um SUS por muitas vozes e muitas mãos

A primeira coisa que se precisa compreender neste momento é que as iniquidades em saúde são desigualdades (injustas e desnecessárias) evitáveis em saúde. Simultaneamente, cabe destacar que raça, etnia e racismo, além de fazerem parte do grupo de Determinantes

Sociais de Saúde (DSS), constituem determinantes estruturais das iniquidades em saúde (Borde, 2014) que, frequentemente, atingem os grupos historicamente subalternizados.

Compreender a dimensão étnico-racial nos processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde nessa perspectiva não significa necessariamente entendê-lo como uma questão binária, pois os sistemas de classificação e hierarquização que regem a construção do “outro” variam [...] é necessário encarar os traços históricos da formação social nos respectivos contextos e, além de reconhecer os “múltiplos inferiorizados”, abordar os privilegiados (Borde, 2014, p. 123).

Não por acaso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil, 2018a) prioriza, no seu objetivo geral, a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia, bem como versa promover a saúde integral dos povos ciganos, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais. O desafio é descobrir como institucionalizar, no cotidiano dos serviços, um fazer que não perpassa, tampouco dialoga, com as concepções dos profissionais da saúde.

Outrossim, a influência do pensamento eurocêntrico, especialmente no que se refere à visão acerca dos povos ciganos a partir de um “orientalismo inventado” (conforme discutiremos mais à frente), aliado à formação cartesiana e multiculturalista e à pouca atenção direcionada a questões como competência cultural na APS/SUS, são fatores que potencializam as iniquidades em saúde.

Nesse contexto, trabalhar efetivamente a competência cultural na APS pode contribuir com a redução das iniquidades no SUS, especialmente aquelas oriundas de fatores relacionados às questões de raça, etnia e racismo. Nesse sentido, potencializar a interculturalidade (interculturalismo, interdisciplinaridade e interprofissionalidade) e estimular a transculturalidade (transculturalismo, transdisciplinaridade e transprofissionalidade) nas unidades de saúde da família da APS despontam enquanto caminhos para a efetivação da equidade no SUS.

Para tanto, considerando o dinâmico e perene movimento de hibridização dos sujeitos e das culturas, é relevante que as teorias e modelos de competência cultural (estas que, na sua maioria, sustentam uma visão essencialista da cultura) sejam constantemente revisitados, a fim de que novas concepções possam surgir.

Dentre as principais fragilidades das teorias e modelos de competência cultural, destacam-se:

O foco da competência cultural na aprendizagem cognitiva dos diferentes aspectos da cultura de um grupo, para assim poder ser aplicado na prática. Este posicionamento leva, conseqüentemente, a uma separação nítida entre as pessoas

que são culturalmente diferentes – “as outras”, e as que pertencem à sociedade dominante e ao grupo de quem cuida – “as não-outras” (Albarran et al., 2011). [...] Para além da limitação relacionada com a visão essencialista da cultura, os modelos de competência cultural revelaram outros constrangimentos, os quais se prendem com o facto da maioria deles avaliar apenas a competência cultural de profissionais de saúde, não considerando os resultados obtidos com as pessoas cuidadas e na saúde (Shen, 2014) [...] os modelos de competência cultural teóricos quer os metodológicos, foram considerados muito abstratos, dificultando a aplicação na prática (Moita; Silva, 2016, p. 80).

Como se pode ver, as limitações acima apresentadas reforçam a premissa anteriormente defendida no que diz respeito à necessidade da implementação de um modelo transcultural de APS, apto a transmutar o modelo de esfera (composto por culturas, saberes e sujeitos) ainda hegemônico, para um modelo de trabalho “vivo em ato” que seja capaz de conduzir os profissionais e usuários do serviço para o lugar de sujeitos culturalmente competentes no território.

Reportando-se à Teoria de Leininger, Albarran et al. (2011) salientaram que a visão essencialista da cultura é evidente na separação existente entre as práticas culturais “aceitáveis”, as quais devem ser preservadas e mantidas, por oposição às práticas culturais “inaceitáveis”, as quais precisam ser adaptadas, negociadas, repadronizadas ou reestruturadas. Estes autores consideraram que, apesar de todas as teorias transculturais enfatizarem a compreensão cultural e a aceitação, as práticas culturais “aceitáveis/ inaceitáveis” evidenciaram a supremacia de uma forma de cultura, de conhecimento e de comportamento sobre a outra pessoa (Moita; Silva, 2016, p. 80).

De forma sucinta, a “competência cultural” é um atributo da APS cuja efetividade pode ser um forte referencial para se combater as iniquidades étnico-raciais na saúde, conquanto, para isto, faz-se necessário que os seus princípios não reforcem a dicotomia “saber de quem sabe” *versus* “saber de quem não sabe”. Competência cultural não pode ser a habilidade de conhecer a cultura do outro para mais facilmente “corrigir” as crenças e práticas populares, substituindo-as por informações/conhecimentos científicos (Moita; Silva, 2016). Contrariamente, a competência cultural deve trabalhar as conexões. Mesmo porque, indubitavelmente, “para instaurar um diálogo, precisam-se de pontos de vista diferentes, porém, para entrar verdadeiramente em diálogo, precisamos poder sair de nosso ponto de vista e ser o suficientemente permeáveis como para escutar o outro e permitir se modificar” (Weissmann, 2018, p. 25).

Cabe ressaltar que a utilização do conceito raça para a análise das desigualdades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outros fatores também importantes na produção de diferenciais e injustiças neste campo. Entre eles, é preciso destacar os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, fatores ambientais, entre outros, que agem concomitantemente com a raça e vão determinar a ampliação ou redução dos diferenciais apresentados. No entanto, vale também assinalar que em vários estudos, de diversas áreas do conhecimento, o controle das variáveis

demonstrou a persistência da raça – ou do racismo – como fator importante na produção de desigualdades (Brasil, 2011, p. 8).

Dessarte, a competência cultural perpassa também pela capacidade de análise crítica e reflexiva acerca dos fatores determinantes e condicionantes da saúde dos sujeitos e os territórios. O sujeito culturalmente competente é ainda um sujeito social e com autonomia suficiente para questionar e propor. “O trabalhador social, como homem, tem que fazer sua opção. Ou adere à mudança que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem, de seu ser mais, ou fica a favor da permanência” (Freire, 1977, p. 49). Em suma, é um equívoco propor um modelo de APS equânime e culturalmente competente e, no entanto, sustentar uma práxis colonizadora e segregadora. A “competência cultural”, enquanto atributo da atenção primária, conclama a tessitura de um SUS a partir de muitas vozes e de muitas mãos. Assim, reconhecer-se enquanto sujeito histórico e cultural é condição *sine qua non* para que gestores, trabalhadores e usuários estejam aptos a promover, no território da APS/SUS, uma práxis culturalmente competente e, portanto, híbrida, emancipadora, libertadora, solidária, democrática.

Para tal, dentre tantas outras dimensões, urge refletir acerca do pensamento único que historicamente tem colocado os povos ciganos na condição de sulbaternidade.

2.5 Hegemonia – orientalismo – ciganidade: reflexos da tríade no serviço de saúde brasileiro

Se a essência do orientalismo é a distinção inextirpável entre a superioridade ocidental e a inferioridade oriental, temos então de estar preparados para notar de que maneira, no seu desenvolvimento e subseqüente história, o orientalismo aprofundou e até endureceu a distinção (Said, 1996, p. 52).

Nascido do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o Sistema Único de Saúde – SUS, embasado nos princípios doutrinários tem como missão garantir o exercício da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado, tal qual dispõe a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 196.

O princípio da universalidade no SUS supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, independentemente de sua condição econômica, física ou cultural. A integralidade reforça as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas e a equidade, por sua vez, possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria mais carente (Paim; Silva, 2010).

Todavia, aquilo que expressam as suas políticas e diretrizes muitas vezes encontram-se distantes das suas práticas e do cotidiano da gestão e dos serviços de saúde. A (des)atenção à saúde dos povos ciganos tem sido um forte marcador de tal fragilidade. E, dentre as inúmeras possíveis causas, o orientalismo inventado pelo ocidente é, sem dúvida, uma das que mais reflexos produzem no olhar e no cuidado (ou na ausência de cuidado) direcionado às comunidades ciganas pelos trabalhadores da saúde.

Seja pela condição de povos ágrafos e que nunca se deixaram dominar, seja pelo medo ou pelo fascínio que as lendas e os estigmas que os rondam tendem a provocar ou, simplesmente, porque os profissionais da saúde nunca foram preparados para dialogar com as questões culturais, o fato é que os serviços de saúde brasileiros, tendenciosamente ou não, sempre reproduziram, inclusive pelo silenciamento, a sua incapacidade, disfarçada de falta de interesse, para lidar com as diferentes tradições e costumes de povos, cujo retrato foi falaciosamente influenciado pelo pré-conceito ocidental em relação àqueles de origem oriental, descritos como subalternos, exóticos e romanescos (Said, 1996).

No caso das etnias ciganas, associa-se o padrão definido por tal conceito àquele determinado pelos escritos iniciais da ciganologia, que definiam os povos ciganos como o mais vil e degenerado sobre a terra (Moonen, 2012). Nesse contexto, demonstrando como as ideologias geram coesão de pensamentos e valores, e como os padrões culturais e os estereótipos determinam comportamentos e condutas coletivas, o *déficit* de cobertura e a deficiente qualidade da atenção direcionada às comunidades ciganas pela rede de APS têm desvelado inúmeras fragilidades na produção do cuidado em um sistema de saúde que, embora universal e orientado pela equidade, não foi ainda capaz de garantir atenção integral aos diferentes grupos étnicos.

É urgente a necessidade de trazer para a discussão na saúde, e especialmente para a APS, as etnicidades ciganas. Enquanto os profissionais da saúde não estiverem aptos e disponíveis para dialogar inter/transculturalmente, crescentes serão as iatrogenias, inclusive culturais, bem como vã permanecerá a premissa de um sistema de saúde verdadeiramente democrático, humanizado e resolutivo.

2.5.1 Estado – hegemonia – saúde: pela necessidade de um movimento de contracultura para romper com a lógica da APS enquanto território sem “competência cultural”

O SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), enquanto política de Estado que visa atender ao Art. 196 da Constituição Federal de 1988 e garantir o pleno direito

à saúde a todos os brasileiros, é fruto de um movimento contra-hegemônico da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB.

A partir de um processo articulado por “intelectuais orgânicos” e “intelectuais tradicionais”, conforme definição de Antonio Gramsci (1982), o MRSB, ao tempo que propôs uma contracultura alicerçada em uma ideologia defensora da saúde como um direito de todos, tal qual proposto pelo *Welfare State* e pela Conferência de Alma-Ata, deu origem a um projeto e a um processo em direção inversa à tendência hegemônica neoliberal vigente, defendendo um modelo de desenvolvimento inclusivo para o País (Souto, 2016).

Conforme Paim e Silva (2010, p. 110), “as noções de universalidade, equidade e integralidade não podem ser compreendidas sem considerar a sua historicidade.” Ainda de acordo com os pesquisadores “diante das articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social, cada sociedade engendra o seu sistema de proteção social e intervenções sanitárias, ainda que influenciada pelas relações internacionais” (Paim; Silva, 2010, p. 110), E, nessa perspectiva, não é possível pensar a trajetória da saúde no Estado brasileiro sem pensar no MRSB enquanto um fenômeno sócio-histórico e sem refletir sobre o lugar atribuído aos povos ciganos em tal período.

Vítimas de movimentos e leis persecutórias, durante muito tempo (e de certa forma, ainda hoje) no Brasil, ser cigano era requisito suficiente para ser preso. A proibição do uso da língua própria, a imposição de um Código de Condutas para ciganos e os episódios de banimento são alguns dos processos que marcaram a trajetória do Brasil cigano até pouco tempo (Andrade Júnior, 2013).

Embora o Decreto nº 10.841/2006 (BRASIL, 2006) tenha instituído o Dia Nacional do Povo Cigano – 24 de maio e dado força e visibilidade ao movimento cigano brasileiro, antes da Constituição Federal de 1988 seguia em vigência o Decreto nº 3.010 de 20 de agosto de 1938 (Brasil, 1938) sobre a entrada de estrangeiros no território nacional, que definia, no seu Art. 113, o impedimento de desembarcar, mesmo com o visto consular em ordem, os estrangeiros: indigentes, vagabundos, ciganos e congêneres.

Assim sendo, “compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, há que se observar como se apresenta o processo político em saúde em uma dada conjuntura” (Paim, 2008, p. 44), bem como compreender a forma como as relações sociais se estabelecem ou não se estabelecem e se enfrentam. Problematizamos: ao propor a ampliação do conceito, da estrutura do cuidado, da atenção e da produção em saúde, o MRSB considerou os grupos historicamente

subalternizados pela superestrutura vigente, a fim de verdadeiramente garantir a saúde enquanto direito comum a todos?

Rejeitando a possibilidade de uma visão determinista e mecanicista nesta relação (estrutura *versus* superestrutura), o pensamento de Gramsci aponta para o fato de que “não existe uma estrutura que mova de modo unilateral o mundo superestrutural das ideias” (Zangheri, 2020, p. 1). Para o filósofo italiano, não existe uma simples conexão de causa e efeito, mas “um conjunto de relações e reações recíprocas, que devem ser estudadas em seu concreto desenvolvimento histórico” (Zangheri, 2020, p. 1).

E, aqui, a dicotomia modelo hegemônico biomédico centrado no indivíduo e na doença em oposição às propostas de modelos alternativos que primam por uma atenção direcionada à família, grupos e comunidade, em que o indivíduo é visto como um ser integral, histórico e social, já aponta para a necessária análise dos antecedentes (e interesses) históricos das políticas de saúde no Brasil. A persistente hegemonia do modelo biomédico mecanicista é um sinalizador da visão de mundo que ainda determina as produções de saúde no Brasil. E esse distanciamento do SUS em relação aos sujeitos e suas identidades termina por provocar uma fragmentação na relação usuário-serviços de saúde.

Como já foi dito, a inconsistência (e muitas vezes ausência) de dados demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos das comunidades ciganas nos cadastros populacionais da APS no SUS invisibiliza o acesso de ciganas e ciganos aos serviços de saúde. Concomitantemente, o despreparo para dialogar inter/transculturalmente por parte da maioria dos profissionais da saúde e o pensamento dominante e conservador, que caracteriza os povos ciganos como exóticos, trapaceiros, perigosos e afins, têm criado barreiras e lacunas, verdadeiros vazios assistenciais no SUS e o comprometimento da qualidade da APS, uma vez que sinalizam o descumprimento dos seus atributos.

Destarte, um movimento de contracultura precisa ser disparado no SUS, a fim de romper engessamentos ideológicos que ainda mantêm a universalidade, a equidade e a integralidade enquanto princípios meramente teóricos e que transformam a APS em um território com insuficiente competência cultural para instituir na sua rotina a dialogicidade com os sujeitos, processos e identidades que a compõem. Para além da implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil, 2018a), de um Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano (Brasil, 2022) e/ou da recomendação de ações relativas à saúde dos povos ciganos pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS (Brasil, 2020), faz-se necessário um realinhamento cultural a respeito do que se sabe, do que se diz e do que se pensa sobre ciganas e ciganos.

Enquanto o saber de quem (supostamente) sabe continuar conduzindo o fazer de quem (supostamente) não sabe, permanecerá a hegemonia do “saber” dos profissionais de saúde sobre os demais. Do mesmo modo, somente quando todos os sujeitos sociais, respeitadas as suas especificidades étnico-culturais, forem escutados nas pesquisas que versam avaliar a qualidade dos serviços de saúde, tais pesquisas efetivamente revelarão resultados fidedignos.

Os discursos de que os povos ciganos são resistentes a comparecer aos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde e os sentimentos de uma suposta inferioridade dos povos ciganos, comumente vivenciados pela maioria dos trabalhadores do SUS, são questões a serem confrontadas e analisados. Enquanto existir exclusão, não existirá democracia.

2.5.2 Orientalismo – ciganidade – saúde: pela superação do pensamento único que coloca os povos orientais ciganos na condição de subalternidade

Do retrato pintado pelo Ocidente, surge o orientalismo. Este que busca, no contraste, demarcar fronteiras entre o dito civilizado e o dito inferior. Definindo o orientalismo como o seu reflexo espelhar reverso, o Ocidente busca fortalecer a sua hegemonia e demonstrar a sua civilidade oposta aos costumes exóticos dos povos do Oriente (Said, 1996). E já aqui, as pistas para a compreensão da origem dos sentimentos vivenciados pela maioria dos trabalhadores do SUS em relação às etnias ciganas.

Descrito a partir da imaginação ocidental, o Oriente é historicamente caracterizado como um lugar exótico e cheio de mistérios. Edward Said, a partir da obra *Orientalismo – O Oriente Como Invenção do Ocidente* (1990), define três tipos de orientalismo. O primeiro é produzido pelos estudos orientalistas; o segundo está embasado na clássica diferenciação entre o Ocidente e o Oriente, fundamentando o discurso sobre o que é Oriental; e o terceiro é idealizado pelo pensamento hegemônico Ocidental sobre a imagem do Oriente.

Apresentados como uma raça submetida, os orientais, conforme afirma Said (1996), foram definidos pelos ocidentais como indivíduos incapazes de saber reconhecer o que era bom para eles. No mesmo texto, Said (1990) recorda uma narrativa onde o *Sir Alfred Lyall* lhe afirmou que a “carência de precisão, que degenera em insinceridade, é na verdade a principal característica da mente oriental” (Said, 1996, p. 48). “O oriental é irracional, depravado (caído), infantil, "diferente"; desse modo, o europeu é racional, virtuoso, maduro, "normal"” (Said, 1996, p. 50). É a partir de assertivas como essas que se advoga que o orientalismo inventado pelo Ocidente corroborou para o preconceito contra as etnias ciganas.

Enquanto povos ágrafos, com suas histórias transmitidas a partir da memórias, costumes e tradições, as comunidades ciganas sempre viveram envoltas em mistérios. Para muitos ciganólogos, com base no que consideram uma evidência linguística, os povos ciganos são originária da Índia. Após analisar quase quatrocentas palavras ciganas e verificar que um grande número delas era de origem *hindi*, derivada do sânscrito, Grellmann (1783) concluiu que, embora o trabalho apresente algumas falhas, era o suficiente para provar a origem indiana dos povos ciganos (Moonen, 2012). Para Moonen (2012), no entanto, tal semelhança linguística pode demonstrar apenas que os povos ciganos viveram na Índia ou que tiveram o contato com o *hindi* fora da Índia, sendo oriunda daí a assimilação, o que não comprova uma origem indiana.

Ainda a respeito de questionamentos acerca da origem indiana dos povos ciganos, Solange Lima Guimarães (2018), considerando a crença cigana em um único deus criador e as diversas divindades cultuadas pelo povo indiano, defende que o monoteísmo aproxima muito mais os ciganos dos povos semitas. Em algumas lendas ciganas, referências bíblicas direcionam a uma possível origem na Caldéia (região atualmente pertencente ao Iraque) e não à Índia (Guimarães, 2018).

O Egito é outro local que, segundo alguns pesquisadores, pode ter sido o berço cigano. “Não faltam autores que apresentam supostas provas culturais, citando semelhanças entre costumes ciganos e indianos, da mesma forma como outros autores, adeptos da origem egípcia, descobriram semelhanças com a antiga cultura egípcia da época dos faraós” (Moonen, 2011, p. 11).

A respeito da possível origem egípcia, Moonen traz importante contribuição:

No início do Século 15 estes “ciganos” migraram também para a Europa Ocidental, onde quase sempre afirmavam que sua terra de origem era o “Pequeno Egito”. Hoje sabemos que esta era então a denominação de uma região da Grécia, mas que pelos europeus da época foi confundida com o Egito, na África. Por causa desta suposta origem egípcia passaram a ser chamados “egípcios” ou “egitanos”, ou *gypsy* (inglês), *egyptier* (holandês antigo), *gitan* (francês), *gitano* (espanhol), etc. Mas sabemos que alguns grupos se apresentaram também como gregos e atsinganos, pelo que também ficaram conhecidos como *grecianos* (espanhol antigo), *tsiganes* (francês), *ciganos* (português), *zingaros* (italiano) (Moonen, 2013, p. 9).

Recentemente, alguns estudos genéticos vêm fortalecendo a assertiva da origem indiana (Bakker, 2012).

Em suma, embora não se possa afirmar a origem dos povos ciganos, sendo esse um fato desconhecido também para os ciganos, essa origem remete sempre ao Oriente. E aqui seguimos defendendo a estreita relação entre o orientalismo, tal qual apresentado por Said

(1996), com o racismo estrutural e institucional que gerou um silêncio histórico no que se refere às comunidades ciganas no território brasileiro. Índia e Egito (territórios mais comumente citados como berço da cultura cigana) são os locais a partir dos quais construímos o ideal de terras estranhas e exóticas (Medeiros; Batista, 2015), o que sinaliza a inter-relação ciganidade-orientalismo.

Outrossim, o estudo sobre os povos ciganos, conhecido como ciganologia (uma das linhas mais recentes de pesquisa da antropologia e desenvolvido na Inglaterra com a criação da *Gypsy Lore Society*, em 1888), embora pretendesse aprofundar os estudos acerca da ciganidade, ou seja, da identidade e cultura cigana, acabou por estimular o preconceito. Estudos publicados por alguns ciganólogos resultaram na ampliação de mitos e no fortalecimento do anticiganismo (Santos, 2019).

O primeiro livro de Grellmann sobre os ciganos, escrito em 1783, “Die Zigeuner. Ein historischer Versuch uber die Lebensart und Verfassung, Sitten und Schicksale dieses Volks in Europa, nebst ihre Ursprunge” (Os Ciganos. Um ensaio histórico do modo de vida, situação, costumes e destino destes povos na Europa, juntamente suas origens), era literatura anticigana e serviu de referência para vários autores e pesquisadores (Andrade Júnior, 2013, p. 99).

Não por acaso, as descrições a respeito dos povos ciganos, apresentadas pela ciganologia, se assemelham àquelas que Said (1996) traz acerca dos orientais. Conforme Said (1996, p. 48-49),

A mente do oriental, por outro lado, assim como suas pitorescas ruas, é eminentemente carente de simetria. Embora os antigos árabes tenham adquirido em um grau um tanto mais alto a ciência da dialética, seus descendentes são singularmente deficientes de faculdades lógicas. São muitas vezes incapazes de tirar as conclusões mais óbvias de qualquer simples premissa cuja verdade possam admitir. Tente-se arrancar uma declaração de fato direta de qualquer egípcio normal. Sua explicação será em geral longa e carente de lucidez. Ele provavelmente entrará em contradição consigo mesmo uma dúzia de vezes antes de acabar sua história. Com frequência sucumbirá ao mais brando método de interrogatório. Depois disso demonstra-se que os orientais ou árabes são simplórios, "desprovidos de energia e de iniciativa" e muito dados a "adulações de mau gosto", intriga, simulação e maus tratos aos animais; os orientais são incapazes de andar em uma estrada ou calçamento (suas mentes desordenadas não conseguem entender aquilo que o sagaz europeu apreende imediatamente, que estradas e calçamentos são feitos para andar); os orientais são mentirosos inveterados, são "letárgicos e desconfiados", e em tudo se opõem à clareza, integridade e nobreza da raça anglo-saxônica.

Alimentando o anticiganismo com a associação a termos como boêmio, ladrão, agiota, perigoso, erradio, malandro, astuto, trapaceador, preguiçoso e sem inteligência para descrever ciganas e ciganos, os ciganólogos reforçaram a exclusão e os estigmas da ciganidade enquanto marca de inferioridade e subalternidade racial, tal qual o Ocidente fizera com o Oriente.

George Borrow esteve em contato com alguns grupos de ciganos quando viajou para vários países do mundo traduzindo a Bíblia em diversas línguas. O próprio Borrow se autoprotomava “romany rye” (amigo dos ciganos). Em seu livro publicado em 1841, descreve os ciganos, em sua maioria os da Espanha, como “o mais vil, degenerado e miserável povo da Terra”, e as ciganas como “bruxas diabólicas” (Borrow, 1996, Part I, Cap. X). Em 1874 descobriu-se que Borrow havia plagiado um livro de viagem de Richard Bright, pouco conhecido na época. Mesmo assim, os escritos de Borrow influenciaram a produção de vários outros pesquisadores da temática cigana (Andrade Júnior, 2013, p. 99).

Em referência à mulher cigana, a clássica descrição de Jean Baptiste Debret (1989) é um forte marcador da visão que se tem das comunidades ciganas e se assemelha àquela que se refere à sensualidade exótica oriental.

Abandonam por completo a educação de seus filhos... são entregues aos caprichos sem nenhum preceito de moral ... desde crianças se encontram de cigarro na boca e caixa de rapé na mão ... Somente o filho mais velho tem alguns privilégios; é sempre o ídolo de sua mãe, cuja imoralidade muitas vezes põe uma nódoa nessa excessiva ternura ... A educação das filhas é também muito abandonada. Desde pequenas tocam violão e, sempre à janela, empregam em trabalhos de agulha o tempo exclusivamente necessário a seus adornos; por outro lado, preguiçosas e faceiras bárbaras para com os escravos, só pensam em agradar aos homens (Debret, 1989, p. 107-108).

Defende-se, assim, a tese de que o pensamento hegemônico eurocêntrico que definiu os sujeitos orientais como exóticos e inferiores influenciou diretamente na formação do pensamento brasileiro acerca dos povos ciganos a partir da relação entre colonizador e colonizado. Tal influência, associada às características do modelo biomédico ainda em supremacia nos serviços de saúde brasileiros, provavelmente, tem sido um fator com reflexos na produção do olhar e do cuidado (ou ausência de cuidado) direcionado às comunidades ciganas no SUS.

Conforme mencionado anteriormente, não se pode negar que a implantação da Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018 (Brasil, 2018a), que alterou 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 tenha sido uma grande conquista para os povos ciganos e para o SUS. No entanto, o grande desafio é fomentar uma contracultura capaz, inclusive, de efetivar os objetivos expressos em tal política. Dentre estes: promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, com respeito às suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafofia.

Enquanto permanecer a massificação alienante e produtora de um pensamento único que coloca os povos orientais ciganos na condição de subalternidade, não será possível o

combate, tampouco a redução da ciganofobia. A efetivação de uma contracultura exige dos sujeitos novas formas de pronunciar o mundo, e este é outro desafio que urge.

2.5.3 Intelectuais orgânicos – contracultura – saúde: por um novo modelo de ocidentalismo que reconheça, respeite e valorize a ciganidade

A emancipação dos indivíduos é, indubitavelmente, um fator essencial para a desconstrução de um pensamento único a partir da proposição de novas ideologias e da efetivação de uma contracultura. A contracultura, por sua vez, é promotora e fruto do surgimento e da formação dos intelectuais orgânicos.

Uma das mais marcantes características de todo grupo social que se desenvolve no sentido do domínio é sua luta pela assimilação e pela conquista "ideológica" dos intelectuais tradicionais, assimilação e conquista que são tão mais rápidas e eficazes quanto mais o grupo em questão elaborar simultaneamente seus próprios intelectuais orgânicos (Gramsci, 1982, p. 9).

A supremacia do dito “saber de quem”, dos detentores das normas e diretrizes protocolares da saúde, essa que sempre colocou os povos ciganos em um lugar de invisibilidade, precisa ser substituída por iniciativas embasadas e respaldadas nos círculos de cultura, na escuta de intelectuais que emergem da vivência e da experiência do real.

E aqui este texto refere-se não apenas às ciganas e aos ciganos, mas também aos trabalhadores da saúde verdadeiramente dispostos a promover ações respaldadas em uma problematização capaz de fomentar sentimentos de pertencimentos, bem como o fortalecimento da inter/transculturalidade, da amorosidade e da gestão compartilhada. “O meu argumento afirma que a realidade orientalista é tão desumana como persistente. O seu campo de ação, tanto quanto as suas instituições e sua onipresente influência, chegam até o presente” (Said, 1996, p. 54). E sobre isso importam a reflexão, a conscientização e os projetos de transformação.

Enquanto os intelectuais tradicionais, oriundos, na maioria das vezes, de instituições e cátedras preocupadas apenas com a hegemonia de um saber constituído em trilhas de titulações e no pouco contato com a vida que acontece nos territórios e nos sujeitos, estiverem isoladamente a pensar as ações da saúde, o SUS não alcançará a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, tampouco a Atenção Primária à Saúde será capaz de alcançar o grau de resolutividade que lhe compete enquanto primeiro contato do sujeito para com o sistema de saúde.

A necessidade de um equilíbrio não é dada pelo fato de que seja necessário fundir os intelectuais orgânicos com os tradicionais, que não existem como categoria cristalizada e misoneísta, mas pelo fato de que seja necessário fundir, num único cadinho nacional de cultura unitária, diversos tipos de cultura trazidos pelos imigrantes de origens nacionais variadas (Gramsci, 1982, p. 20).

Não se pode perder de vista que, se por um lado o MRSB buscou institucionalizar um modelo de saúde que atendesse indistintamente a todos os brasileiros, legitimado pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS, por outro, a influência da hegemonia do pensamento eurocêntrico na formação do sistema de saúde no Brasil vem, cotidianamente, reforçando práticas biomédicas e excludentes.

No discurso da instituição médica sobre a relação dos ciganos à saúde está patente a ingenuidade etnocêntrica da identificação acrítica com o sistema de valores dominantes como se ele fosse neutro face ao conflito que a inserção representa para aquele de quem se exige o movimento no sentido da adequação dos comportamentos e atitudes [...] Mas se esse é um processo sem retorno e ao qual as comunidades ciganas dão provas de aspirar, não deixa de ser um processo sulcado de contradições dolorosas aliadas à perda da tradição e do sentimento de identidade a elas ligado. Esse é o processo que a sociedade dominante qualifica de inserção e que os ciganos vivenciam, simbolicamente, como de contaminação. Essa a dor que, por vezes com o custo da saúde, procuram evitar fugindo ao hospital e à medicina (Silva *et al.*, 2000, p. 8).

Como consequência, dentre os diversos resultados oriundos de tal contexto, resultam o fortalecimento das iniquidades em saúde e o enfraquecimento do SUS. Vale lembrar que esses são motivos suficientes para gerar indignação, pois “enquanto a diferença apresenta-se aceitável na perspectiva biológica ou cultural, a desigualdade e a iniquidade são produzidas socialmente e remetem para uma reflexão sobre a justiça” (Paim; Silva 2010, p. 6). Ainda a esse respeito, Almeida-Filho (2009, p. 368) apresenta uma assertiva que merece reflexão:

No atual debate conceitual sobre determinantes em saúde, no Brasil e no mundo, a quase unanimidade retórica em prol da equidade impede averiguar a sinceridade política dos que formulam discursos politicamente referenciados e que, ao mesmo tempo, até com a desculpa do interesse científico, muitas vezes apenas contemplam a persistência das iniquidades sociais no mundo.

Enquanto os trabalhadores da saúde, comprometidos com uma equidade que preceda e presida as ações do SUS, não assumirem o lugar de intelectuais orgânicos e, conseqüentemente, de responsáveis pela institucionalização de uma contracultura, em que as relações étnico-raciais, incluindo a ciganidade, sejam uma prioridade, permanecerá a hegemonia da intelectualidade tradicional (e cartesiana) a conduzir os processos e segregar os sujeitos e vã permanecerá a tentativa de legitimar a APS enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado no SUS.

O início da elaboração crítica é a consciência daquilo que é realmente, isto é, um “conhece-te a ti mesmo” como produto do processo histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços acolhidos sem análise crítica. Deve-se fazer, inicialmente, essa análise (Gramsci, 1999, p. 94).

Da mesma forma, compete aos povos ciganos estimularem o surgimento de novos intelectuais orgânicos com autoridade e legitimidade para falar e defender o lugar e interesses do coletivo, a partir do próprio grupo. Afinal, “é a hegemonia, ou melhor, o resultado da hegemonia em ação, que confere ao orientalismo a durabilidade e a força sobre as quais estive falando até agora” (Said, 1996, p. 19). E esse orientalismo, aliado aos preconceitos e estigmas disparados pela ciganologia, permanecem a sustentar o anticiganismo.

O reflexo do anticiganismo nos serviços de saúde é fruto de uma construção sócio-histórica e política, através da qual “a cultura, é claro, será vista operando nos marcos da sociedade civil, onde a influência das ideias, instituições e outras pessoas não atuam por meio da dominação, mas por aquilo que Gramsci chama de consenso” (Said, 1996, p. 18).

O pensamento único, consensual, que inferioriza os povos ciganos e nega o seu saber, precisa ser desconstruído e reconstruído, a fim de que possamos consolidar coletivamente uma saúde universal, equânime e integral, e essa desconstrução necessita emergir também (e prioritariamente) pela fala direta cigana.

Exemplificando: ao tempo em que a pandemia demonstrou o claro despreparo do sistema de saúde para (re)conhecer, identificar e atender às necessidades de saúde das comunidades ciganas, a desatenção para com ciganas e ciganos e o elevado índice de óbitos pela COVID-19 entre os povos ciganos fortaleceram o movimento cigano no Brasil e sua disposição para fomentar uma contracultura em favor da desmistificação da imagem dos povos ciganos, criada a partir de pensamentos hegemônicos fomentados, por exemplo, pelo orientalismo, pela ciganologia e pelo anticiganismo.

A luta pela sobrevivência no curso da pandemia estimulou a força e voz da lideranças ciganas, as quais, a partir do coletivo que representam, assumiram a luta em defesa dos direitos das/os brasileiras(os) das etnias ciganas. Como exemplo disso, a iniciativa da comunidade cigana de Camaçari/Bahia de elaborar documento em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil) e encaminhar à Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES/BA) denota a disposição dos povos ciganos para ocupar o seu lugar e fazer os seus próprios pronunciamentos.

Como até a presente data, nenhum protocolo de saúde foi criado para atender as especificidades sugeridas em ofícios anteriores a essa casa e demais organismos federais e Ministérios, encaminhamos um modelo de protocolo inicial, na esperança de que de forma simples se tenha um norte a seguir, em se tratando dos Povos

Ciganos. Redobramos o nosso apreço a todas as equipes de saúde que hoje se encontram na linha de frente, no Brasil, no estado da Bahia e municípios, compreendemos que o receio e o cuidado devam ser pontuais nessa luta, mas, não podemos nos esquecer que hoje, a Bahia é o estado com o maior número de ciganos no Brasil e que existe um forte vínculo histórico ligado ao preconceito e à discriminação, acentuados pela Pandemia. Outros relatos já se desenham nesse sentido no estado [...] Desta feita, solicitamos o acompanhamento e as devidas providências, relativas a essa questão, nos órgãos, organismos e secretarias nos âmbitos municipais, estaduais e federais, que se fizerem necessárias (AMSK/Brasil, 2020, p. 3)

Para Gramsci, “a consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, a consciência política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam” (Gramsci, 1999, p. 103).

O fortalecimento de intelectuais orgânicos ciganos remete a pensar que, possivelmente, o Ocidente precisará (re)aprender muito sobre o Oriente, assim como os profissionais da saúde necessitarão (re)significar suas condutas mecanicistas em favor da efetividade de um SUS que garanta, de fato, a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Compromisso esse que precisa percorrer os espaços da formação ao serviço.

A respeito dos profissionais da saúde, também estes não podem ser “estranhos” à situação vivenciada por diferentes grupos étnicos, especialmente as etnias ciganas, para que, combatendo o mal que atua silenciosa e “poderosamente na história” busquem o bem comum a todos, sem distinção (Gramsci, 1917).

Odeio os indiferentes também, porque me provocam tédio as suas lamúrias de eternos inocentes. Peço contas a todos eles pela maneira como cumpriram a tarefa que a vida lhes impôs e impõe, quotidianamente, do que fizeram e, sobretudo, do que não fizeram (Gramsci, 1917, p. 3).

Enfim, ciente de que apenas uma contracultura é capaz de redefinir os valores e preceitos de uma sociedade, espera-se estimular a produção de afetos que sejam capazes de fomentar iniciativas e mudanças, especialmente entre os profissionais da saúde, tornando-os aptos para, inclusive, dialogar inter/transculturalmente. Afinal, muito mais do que normativas a serem seguidas, os princípios doutrinários do SUS precisam conduzir o fazer nos serviços públicos de saúde brasileiros.

No mais, se o “orientalismo é um conhecimento do Oriente que põe as coisas orientais na aula, no tribunal, prisão ou manual para ser examinado, estudado, julgado, disciplinado ou governado” (Said, 1996, p. 50), talvez o momento agora seja de inventar, não o Oriente, mas um novo Ocidente. Quiçá este novo modelo de ocidentalismo traga uma metodologia dialética apta a repensar a interlocução estrutura-superestrutura e a propor transformações que reflitam a e na realidade, a partir do alinhamento teórico-prático.

2.5.4 Atenção Primária à Saúde: reflexos do orientalismo na atenção aos povos ciganos no território onde o fazer saúde exige competência cultural

Como já fora dito anteriormente, tendo enquanto princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade e enquanto princípios organizativos a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o comando único e a participação popular, o SUS, por meio de ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação, busca atender, gratuitamente, as necessidades sociais de saúde dos brasileiros e contribuir com a redução das iniquidades. Para tanto, organiza-se em três níveis de atenção. São estas: atenção primária (ou básica), atenção secundária (ou média complexidade) e atenção terciária (ou alta complexidade).

Compreender os níveis de complexidade do SUS, especialmente a APS, exige reconhecer alguns dos seus antecedentes históricos, que agora serão sinteticamente apresentados.

De acordo com Mendes (2012), diversos acontecimentos registrados no período compreendido entre o início dos anos vinte e o final dos anos setenta contribuíram com a estruturação da APS. Exemplificando:

A criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista (LAKHANI, 2007, n. p.); o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas, a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros (Sakellarides, 2001, p. 101,108 *apud* Mendes, 2012, p. 56).

Ainda conforme Mendes (2012, p. 56), “tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária”.

Mais à frente, em Alma-Ata, no ano 1978, o Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde define que

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos

indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Brasil, 2002, p. 1)

Por seu turno, a professora Bárbara Starfield (2002) definiu a Atenção Primária enquanto “nível de um sistema de serviços de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo” (Starfield, 2002, p. 28). Conforme Starfield (2002, p. 28), a APS é o nível do sistema de saúde que “fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”.

A partir da definição estabelecida e buscando estratégias capazes de mensurar a qualidade das ações e dos serviços de APS, a professora Starfield (2002), como já foi dito, estabeleceu quatro atributos considerados essenciais para as ações e serviços da atenção primária. São estes: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Somando-se aos componentes essenciais, Shi, Starfield e Xu (2001) definiram outros três atributos (ou dimensões), denominados atributos derivados. Quais sejam: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Sociedade Beneficente Israelita Albert Winstein, 2019). Esses sete atributos já foram descritos na parte introdutória do presente estudo.

Além dos sete atributos, a APS orienta-se a partir de três funções fundamentais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutive, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (Mendes, 2012, p. 60).

Para a PNAB, esta que rege as diretrizes no serviço brasileiro, a atenção primária ou atenção básica necessita cumprir quatro funções para contribuir com a efetividade da RAS são elas: ser base; ser resolutive; coordenar o cuidado; e ordenar as redes (Brasil, 2017).

No ano de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) elaboraram o documento Renovação da Atenção em Saúde nas Américas. A APS renovada, conforme apresentam a OPAS e a OMS, "deve constituir a base

dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população” (BRASIL, 2020, p. 6).

Defendendo que uma abordagem renovada da APS é condição essencial para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o documento afirma que

Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e um crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p. 1).

Alinhando as principais definições e objetivos da atenção primária em nível histórico e mundial, em âmbito nacional, as diretrizes para a APS são orientadas a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

Com três edições publicadas (2006, 2011 e 2017), a PNAB apresentou recentes modificações, a exemplo, em 2019 foram instituídas as equipes de Atenção Primária (eAP) em substituição às equipes de atenção básica (eAB) e, em 2020, foi oficialmente instituída a criação das Unidades de Saúde da Família (USF) e incluídas as ações de teleconsulta. Cabe citar que, ainda em 2019, a Portaria de nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, denominado Programa Previne Brasil.

Conforme a PNAB (Brasil, 2017, p. 2), a atenção primária deve ser compreendida como o

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Tendo a Saúde da Família como a sua estratégia prioritária para expansão e consolidação, a PNAB (Brasil, 2017) tem, dentre outros, o objetivo de operacionalizar os princípios: universalidade, equidade e integralidade; e as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Tais princípios e diretrizes, como se vê, mantêm diálogo direto com os atributos e funções da APS (embora, importa ressaltar, o texto da PNAB apenas cita a existência dos atributos, mas não os descreve). O grande obstáculo, no entanto, tem sido efetivar tais normativas no cotidiano das relações e dos serviços na rede de atenção primária do SUS. E, nessa perspectiva, um dos grandes desafios vivenciados pelo sistema de saúde tem sido “enxergar” o sujeito para além da dimensão física e incorporar à “cosmovisão” dos gestores e dos trabalhadores da saúde as “características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação” (Brasil, 2020, p. 9).

Caracterizada pelo uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, e enquanto ordenadora da rede de atenção à saúde (RAS) e coordenadora do cuidado, a APS ainda demonstra imensa fragilidade no que se refere a dialogar com as diferenças e com a diversidade presente no território. Assim, mesmo quando o seu território área comporta os diversos grupos étnicos, comumente o seu território processo não reconhece tais atores sociais na sua dinâmica. São áreas adscritas com identidades socioculturais invisibilizadas e/ou silenciadas a comprometer a equidade, a integralidade e, de certa forma, a universalidade enquanto princípios do SUS. Ou seja, a APS precisa se tornar culturalmente competente para tornar exequível a sua missão.

Notadamente no Brasil, a equidade somente poderá efetivar-se mediante reconhecimento e respeito a todas as identidades étnico-raciais, de gênero e de crença que compõem a brasilidade. De outra forma, permanecerá vã a tentativa da consolidação de um modelo de saúde integral, quando na rotina esse mesmo modelo ainda sustenta e reproduz iatrogenias culturais e sociais.

Mais uma vez problematizando: o que dizer da qualidade das ações e serviços de uma APS mensurada através de um instrumento que não avalia o atributo competência cultural em um território demarcado historicamente pela diversidade étnico-cultural e de gênero? A não inclusão do sétimo atributo no PCATool-Brasil versão adulto não pode ter sido resultado, em última instância, da influência do pensamento eurocêntrico na produção de pesquisa e no SUS, a exemplo do orientalismo?

Conforme defendido anteriormente, o orientalismo inventado pelo ocidente (Said, 1996) muito influenciou (e tem influenciado) o pensamento brasileiro, especialmente relacionado aos povos ciganos. No sistema de saúde, os impactos desse orientalismo inventado podem ser comumente verificados, inclusive na APS.

A omissão e/ou a negligência do Estado (ora representado por gestores, trabalhadores e pesquisadores da saúde) frente às necessidades de saúde específicas das comunidades

ciganas refletem bem essa influência. Igualmente, a não inclusão ou a inclusão meramente formal de ações a serem direcionadas à saúde dos povos ciganos nos instrumentos de gestão do SUS expressam a pouca relevância direcionada a mulheres e homens (crianças, adultos e idosos) de origem oriental, descritos como subalternos, exóticos e romanescos (Said, 1996). A exemplo, a ausência de eixos ou programas direcionados à atenção à saúde dos povos ciganos no programa institucional da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), segundo Estado brasileiro com o maior número de acampamentos ciganos.

No Quadro 4 são apresentadas informações concernentes aos Planos Estaduais de Saúde da Bahia relativas ao eixo que contempla os povos ciganos, os itens que fazem referência específica ao grupo e às fontes onde foram publicados os referidos Planos.

Quadro 4- Planos Estaduais de Saúde - Bahia

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE BAHIA	EIXO QUE CONTEMPLA OS POVOS CIGANOS	REFERÊNCIA AOS POVOS CIGANOS	FONTE
2020-2023	Eixo 1: saúde como direito Eixo 2: consolidação do SUS	1.Garantir estratégias de acesso à saúde pública (SUS) para os povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos), respeitando as suas especificidades e necessidades de saúde, independente do espaço geográfico em que estejam inseridos. 2.Garantir/ampliar políticas públicas voltadas para população negra e povos quilombolas, indígenas, ciganos e comunidades tradicionais, bem como população em situação de rua, aprimorando ações de atenção básica e saneamento e respeitando suas práticas de saúde.	Revista Baiana de Saúde Pública Plano Estadual de Saúde 2020-2023/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 44, supl.1, jan./mar. 2020.
2016-2019	Compromisso 5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas,	Meta: Apoiar os 417 municípios no desenvolvimento de ações para o cuidado à saúde das populações: negra, indígenas, quilombolas,	Revista Baiana de Saúde Pública Plano Estadual de Saúde 2016-2019/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 40, supl. 3, out./dez. 2016,

	discriminadas e/ou estigmatizadas.	pescadores artesanais, situação de rua, privada de liberdade, LGBT, cigana e assentado, pessoa com albinismo e com doença falciforme.	Salvador, 2016.
2012-2015	COMPROMISSO 5 – Promover no SUS a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.	- Equipes da rede de serviços de saúde qualificadas para cuidado das populações com doença falciforme, albinos, indígenas, quilombolas, do campo, cigana, assentados/acampados, privada de liberdade, LGBT, em situação de rua e pessoas com deficiência; - Atenção Básica estruturada para as populações do campo, ribeirinhas, quilombolas, assentados e acampados, indígenas e ciganos e organização de fluxo para outros níveis de complexidade;	Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 36, supl. 1, dez. 2012 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012.
2008-2011	-----	-----	Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v.33, supl. 1, nov. 2009 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009.

Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/plano-estadual-de-saude-da-bahia-pes/> Acesso em: 14 abr. 2022.

Não foi possível identificar, até o momento, entre as atividades realizadas pela coordenação estadual de atenção primária à saúde da Bahia nenhuma ação direcionada à saúde das comunidades ciganas, embora previstas nos Planos Estaduais de Saúde, competências 2012-2016, 2016-2019 e 2020-2023 (Bahia, 2022).

Da mesma forma, a ausência de ações a partir do Telessaúde-BA, especialmente de Tele-educação (direcionadas a gestores e trabalhadores do Estado com maior índice de óbitos entre ciganos brasileiros pela COVID-19), denota, mais uma vez, a condição de povos invisibilizados e esquecidos pelo sistema de saúde. Novamente, enfatiza-se que não parece ser viável promover equidade e cuidado humanizado, quando se exclui as comunidades ciganas do grupo de populações historicamente excluídas, pois trata-se de excluir os já excluídos.

No que diz respeito à APS, a atenção à saúde das comunidades ciganas exige vencer a ciganofobia para tornar-se efetiva. Salienta-se que, o que se defende aqui é a imprescindibilidade de a APS repensar o uso das tecnologias leves e leves-duras no e para o encontro com os sujeitos.

Ordenar a rede e coordenar o cuidado exige da APS o cumprimento de suas funções e atributos essenciais, com ênfase na atenção centrada na família (orientação familiar); no (re)conhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem (orientação comunitária); e, sobremaneira, exige uma “relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias” (Mendes, 2012 p. 59-60), tal qual proposto pelo atributo competência cultural. Em suma, gestores e trabalhadores da APS necessitam desenvolver competência cultural que os habilite para, vencendo influências como a do orientalismo inventado, produzirem saúde com os povos ciganos (e com todas/os/es demais sujeitos).

Vencer os estigmas produzidos pelo orientalismo acerca de ciganas e ciganos passa primordialmente por vencer os estigmas oriundos do pensamento biologista e do modelo de formação bancária que corroboram com condutas e comportamentos mecanicistas dos profissionais da saúde. Plano conjunto de cuidado, genograma, ecomapa, usuário-guia, círculos de cultura, clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares, atendimentos domiciliares, são alguns exemplos de tecnologias que podem contribuir com a inter/transculturalidade no campo da saúde, mas que, infelizmente, ainda são desconhecidas e/ou pouco usadas pelas equipes de APS. Sair do lugar de “detentor do saber” para escutar o outro com amorosidade e fomento à autonomia dos sujeitos pode ser um primeiro e grande passo.

Nessa direção, e buscando fortalecer a ciranda e compreender os desalinhos (estes que demarcam os movimentos que, ao tempo em que fazem da atenção primária o espaço com maior potencialidade para a efetivação de um modelo de saúde democrático, solidário, próximo dos sujeitos e das suas realidades e necessidades de saúde, ainda permitem a invisibilidade das questões e dos grupos étnicos, especialmente ciganos, no cotidiano dos serviços), deveras importa analisar os mecanismos utilizados para avaliar e, conseqüentemente, para fomentar e embasar os processos de gestão e de cuidado nos serviços de APS/SUS, a exemplo do PCATool-Brasil.

A esta altura, pede-se licença para repetir assertiva já defendida anteriormente, agora direcionando-a especialmente para gestores e trabalhadores da APS. Ei-la: enquanto os

trabalhadores da rede de APS, comprometidos com uma equidade que preceda e presida as ações do SUS, não assumirem o lugar de intelectuais orgânicos e, conseqüentemente, de responsáveis pela institucionalização de uma contracultura em que as relações étnico-raciais, incluindo a ciganidade, sejam uma prioridade, permanecerá a hegemonia da intelectualidade tradicional (e cartesiana) a conduzir os processos e segregar os sujeitos e, tal-qualmente, seguirá a precarização da APS em detrimento da sustentação do modelo médico-hospitalocêntrico.

Em síntese, apesar do racismo estrutural e institucional que sempre vivenciou, os povos ciganos têm sido exemplo de resistência e, se há um delito pelos quais os *gadjés* muito demorarão a perdoar os ciganos e as ciganas, é o de nunca ter permitido serem dominados e de terem “vivido o melhor que pode, fora da história” (Fonseca, 1996, p. 17).

É possível que o grande erro da APS/SUS até aqui tenha sido tentar subestimar e conduzir aqueles que, no fundo, sempre tiveram muito mais a ensinar do que a aprender. Mas, como diz o provérbio cigano, “se o caminho é longo não se deve andar sozinho” (Brasil, 2014, p. 5). Aprendamos com os povos orientais-ciganos e caminhemos juntos. Ainda há tempo.

2.6 Processo de adaptação cultural e validação de instrumentos: uma breve inserção no campo da Psicometria

Frequentemente, na área da saúde, das ciências humanas e sociais, para se coletar dados em pesquisas quantitativas, são empregados instrumentos de pesquisa no formato de questionários e/ou escalas. Essa prática depende de um bom grau de planejamento e de cuidado metodológico para que os instrumentos adotados produzam resultados válidos e confiáveis. Portanto, os instrumentos escolhidos para coletar dados em qualquer estudo de natureza quantitativa devem ser adequados e precisos (Alexandre; Coluci, 2011). Isso significa que não se pode criar um instrumento da “própria cabeça”, nem tampouco se pode meramente traduzir um instrumento estrangeiro e aplicá-lo em uma pesquisa nacional. Também é inadequado empregar um instrumento desenvolvido em nossa cultura que não tenha passado por um rigoroso procedimento de validação. A Psicometria é uma área da Psicologia que se ocupa em desenvolver e validar instrumentos, sobretudo para mensuração de constructos e variáveis de ordem psicológica, mas suas técnicas podem servir para desenvolver e validar instrumentos em outras áreas, como é o caso da qualidade da atenção primária à saúde.

O processo de construção de um novo instrumento é extremamente complexo e demorado, e mesmo torna-se desnecessário, no caso de haver instrumentos já desenvolvidos originalmente em culturas estrangeiras. Nesses casos, o recomendado é que se proceda com a adaptação cultural e validação desses instrumentos. Há também casos em que existam instrumentos validados para o português do Brasil, mas em amostras representativas de grupos específicos (por exemplo, só para adultos), o que revela a necessidade de o instrumento ser validado também para outros grupos etários (por exemplo, crianças, adolescentes, idosos). Essa lógica de raciocínio permite inferir que instrumentos validados por uma amostra preponderantemente formada de pessoas brancas, não sejam tão adequados para serem aplicados às minorias étnicas que apresentam características culturais muito particulares, como por exemplo a cultura cigana.

Tradicionalmente, no campo da Psicometria, o processo de adaptação de um instrumento para outra cultura se inicia pela tradução/retrotradução do instrumento do idioma original para o idioma da cultura que pretende validá-lo. Esse procedimento de tradução e retrotradução (tradução inicial; síntese; tradução de volta para a língua original; revisão por um comitê e realização de um pré-teste, para ser mais detalhado) (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993) do *Primary Care Assessment Tool-PCATool Brasil* foi realizado por Harzheim *et al.* (2013) e teve como objetivos traduzir e adaptar o PCATool versão usuários adultos ao contexto brasileiro e avaliar sua validade e fidedignidade.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), a adaptação de um instrumento para outra língua é um processo complexo, que vai além da simples tradução. Para os autores, nesse processo, precisa ser considerado não apenas o idioma, mas também o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo. Essa afirmação teve implicações importantes para o presente estudo.

Como já foi dito, o procedimento de adaptação e validação do instrumento realizado por Harzheim *et al.* (2013) contou com a participação de 2.404 brasileiros, sendo que quase 70% deles se autodeclararam brancos, residentes na região Sul do Brasil, em Porto Alegre (RS). Como também já fora dito, possivelmente esse seja um dos fatores capazes de explicar a exclusão da dimensão “competência cultural” dessa primeira versão adaptada e validada para o Brasil. Por isso, no presente estudo, partiu-se do instrumento já validado para o Brasil (PCATool-Brasil versão usuários adultos), mas se optou por manter, na versão **PCATool-Brasil VPCA - extensa**, a dimensão “competência cultural” do original em inglês. Para tanto, foi realizada a tradução e a retrotradução das três questões que compõem a referida dimensão

a partir do documento original de Starfield (2002), apresentadas no Apêndice E, foram mantidas as respostas dos itens em escalas do tipo *Likert*.

A retrotradução (ou tradução reversa) corresponde a uma etapa que visa verter o questionário para o original a partir da tradução conciliada, garantida a qualidade do controle da tradução, sem que haja perda de significado no processo (Wild, 2005). Para a realização desta etapa, contou-se com o apoio voluntário de quatro tradutoras bilíngues qualificadas e independentes.

Para fins específicos deste estudo, optou-se por considerar a abordagem universalista para o processo de Adaptação Transcultural (ATC), por se entender que, para que o objetivo original do questionário fosse igualmente alcançado quando aplicado no idioma em que foi adaptado, seria necessário considerar a combinação entre a tradução literal das palavras de um idioma para o outro e a adaptação cabível em relação ao idioma; ao contexto cultural; e ao estilo de vida da cultura-alvo (Beaton, 2000; Guillemin, 1993; Berry *et al.*, 1992).

Ainda que a adaptação de um instrumento seja um passo fundamental no seu processo de validação, ela não é suficiente. A esse respeito, Borsa, Damásio e Bandeira (2012, p. 428), afirmam,

Os processos de adaptação descritos têm por objetivo produzir instrumentos que sejam equivalentes em diferentes culturas. Para alguns autores (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1997; Hui & Triandis, 1985), a equivalência conceitual e idiomática é o primeiro aspecto a ser alcançado através do processo de adaptação. Entretanto, ainda que os métodos qualitativos sejam imprescindíveis para assegurar a adequação do processo de adaptação, eles não fornecem qualquer informação sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento (Eremenco, Cella, & Arnold, 2005). Nesse sentido, complementarmente às etapas de adaptação do instrumento, devem ser realizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi adaptado. Adaptar e validar um instrumento são, portanto, passos distintos, porém complementares

A despeito de não existir consenso na literatura sobre quais e quantas evidências de validade um instrumento deva possuir, os autores sugerem que quanto mais evidências, melhor. No presente foram investigadas três tipos de validade: de conteúdo, de constructo e convergente. Diz-se que um instrumento é válido quando ele mede de fato o que se propõe a medir. A validade é uma das propriedades fundamentais de um instrumento de medida, juntamente com a sua confiabilidade (Cook; Beckman, 2006; Pittman; Bakas, 2010), que também fez parte do processo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento que foi avaliado no presente estudo.

Com relação à validade de conteúdo, ela é um passo essencial no processo de validação, porque envolve procedimentos que permitem associar conceitos abstratos à indicadores observáveis e mensuráveis (Wynd; Schmidt; Schaefer, 2003). Para se entender melhor no que consiste a validação de conteúdo, parece necessário ter em mente como e por que se constrói um instrumento de pesquisa. Em linhas gerais, se constrói um instrumento para medir um constructo, que pode ser psicológico ou social por exemplo. Os constructos medidos pelas ciências humana e sociais são por natureza multifacetados, ou seja, nele confluem aspectos individuais (como por exemplo, gênero, idade, classe social), psicológicos, sociais, culturais, econômicos, políticos, dentre outros. Eles também podem incorporar múltiplas dimensões ou fatores, ou seja, são multidimensionais ou multifatoriais. Por exemplo, o constructo de bem-estar subjetivo acomoda as dimensões afetos positivos e afeto negativos. Já o constructo bem-estar espiritual acomoda quatro dimensões: relação consigo mesmo, relação com o outro, relação com a natureza e relação com Deus ou com algo transcendental. Isso significa que medimos esses constructos por meio de itens que se agrupam nessas dimensões, ou seja, os constructos são conceitos latentes, que não são observados ou medidos diretamente. Para acessá-los, usamos variáveis observáveis, que são os itens dos instrumentos.

Antes de construir os itens, o/a pesquisador/a deve definir o constructo de interesse e bem como suas dimensões. Esse processo envolve aprofundamento teórico por meio de pesquisa bibliográfica e consulta a especialistas da área e a representantes da população de interesse (Devon *et al.*, 2007).

A validade de conteúdo serve para julgarmos se os itens usados para medir um constructo teórico, através de suas dimensões, representam bem todas as dimensões ou fatores do conceito a ser medido. Ela permite constatar se os itens que se agrupam em torno de uma dimensão são relativos ao mesmo conteúdo (Rubio; Berg-Weger; Tebb; Lee; Rauch, 2003), ou seja, se são pertinentes e representativos daquela dada dimensão ou fator. Para fazer a avaliação da validade de conteúdo de uma medida é indicada a formação de um Comitê de Juízes, composto por doutores e outros atores pertinentes à área de interesse da pesquisa.

No que diz respeito à validade de constructo, também chamada de validade fatorial, para obtê-la deve-se proceder com a avaliação da estrutura fatorial do instrumento (Borsa; Damásio; Bandeira, 2012). Para ajudar o/a pesquisador/a a encontrar a estrutura fatorial mais adequada numa determinada amostra, são empregadas técnicas estatísticas multivariadas, que se dividem em dois grandes grupos: as Análises Fatoriais Exploratórias (AFE) e as Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC). Dito de outra forma, as técnicas fatoriais podem atender

seus objetivos de uma perspectiva tanto exploratória, como confirmatória. Quando se considera o que os dados oferecem, isto é, quando se deixa os dados falarem por si mesmos e, portanto, não existe uma intervenção do/a pesquisador/a predeterminando uma estrutura (não são estabelecidas restrições *a priori* sobre o número de itens a serem extraídos), o uso da Análise Fatorial Exploratória é adequado. Por outro lado, algumas vezes o/a pesquisador/a tem uma boa ideia sobre a real estrutura dos dados (como cada item carrega em cada fator), baseado no referencial teórico ou em estudos de validação anteriores. Assim, ele estabelece *a priori* quais itens devem ser agrupadas em qual fator, antecipando também o número exato de fatores. Neste caso, espera-se que a análise fatorial desempenhe um papel confirmatório - ou seja, avalie o grau em que o conjunto de dados satisfaz a estrutura esperada (Matos; Rodrigues, 2019).

Assim, a AFC é uma técnica estatística mais recentemente empregada e mais avançada do ponto de vista estatístico (Matos; Rodrigues, 2019), que permite ao/a pesquisador/a testar e “confirmar teorias a respeito de fatores presumidamente existentes” (Urbina, 2007, p. 176). Por outro lado, a AFE “geralmente é usada nas fases mais embrionárias da pesquisa, para literalmente explorar os dados. Nessa etapa, o/a pesquisador/a explora a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação” (Matos; Rodrigues, 2019, p. 11)

Além da AFE e da AFC, também existe uma técnica fatorial mais simples que visa à redução de itens de um instrumento, denominada Análise de Componentes Principais (ACP). Nesse estudo, optou-se por realizar dois tipos de Análises Fatoriais: a Análise de Componentes Principais (ACP) e a Análise Fatorial Exploratória (AFE). A primeira foi empregada para permitir comparabilidade com os resultados encontrados no estudo de validação brasileira do Pcatool-BRASIL Versão Adultos (Harzheim et al., 2013), que também empregou esse método de extração e a segunda, por permitir que se chegasse numa solução teórica não contaminada por variabilidade de erro (Tabachnick; Fidell, 2007).

Tecnicamente falando, a diferença entre ACP e AFE é que na ACP toda a variância é utilizada (1- variância comum: variância compartilhada com outras variáveis na AF; 2- variância específica: variância de cada variável, que é única e que não está associada a outras variáveis na AF; e 3: variância do erro: variância de uma variável devido a erros na coleta de dados ou na medida. Já na AFE apenas a variância compartilhada é usada (Hair et al., 2005; Dancey; Reidy, 2006).

A ACP é mais comumente usada quando se está interessado em reduzir o número de itens aos seus componentes, e este é o método padrão em muitos softwares estatísticos, incluindo o SPSS, empregado neste estudo. Há sugestões de que esse método de extração seja

usado quando não existe nenhuma base teórica ou modelo prévio que oriente o pesquisador (Gorsuch, 1983). Além disso, Pett, Lackey *et al.* (2003) recomendam o uso de ACP para estabelecer soluções preliminares em AFE. Em outras palavras, opta-se por usar a Análise de Componentes Principais quando se está interessado apenas no resumo empírico do conjunto de dados (Tabachnick; Fidell, 2007). De acordo com Varella (2008), o objetivo desta técnica (a ACP) é encontrar um meio de condensar a informação contida em vários itens originais de um instrumento em um conjunto menor de componentes, não relacionados, com uma perda mínima de informação. Entre estudiosos da psicometria (Costello; Osborne, 2005; Damásio, 2012; Matos; Rodrigues, 2019), a AFE é preferível à ACP porque a ACP é apenas uma abordagem de redução de dados e somente a AFE pode estimar os fatores subjacentes.

Em linhas gerais, a Análise Fatorial Exploratória (AFE) é um procedimento estatístico que reúne um conjunto de técnicas multivariadas visando avaliar uma matriz de dados e deve ser utilizada quando o pesquisador quer investigar a estrutura fatorial de determinado instrumento (Brown; Moore, 2012). Assim, a AFE analisa relações entre variáveis (ou itens de um instrumento) para identificar grupos de variáveis que formam dimensões latentes (fatores) (Brown; Moore, 2012). Esses fatores são definidos pela AFE a partir da análise das inter-relações desse conjunto de variáveis ou itens, e são escolhidos os que melhor explicam a covariância dessas inter-relações (Hair *et al.*, 2005). Um fator ou dimensão reúne itens que partilham de uma variância em comum, o que significa que eles são influenciados pelo mesmo construto subjacente ou dimensão (Brown; Moore, 2012). Dando um exemplo de um instrumento psicométrico que apresenta um fator que mede autoestima, a AFE permite afirmar, por exemplo, que o fator “autoestima” influencia mais de uma variável observada (ou item), como por exemplo “estou satisfeito comigo”, “tenho boas qualidades”, “sou uma pessoa de valor”. Cada fator agrupa, na AFE, os itens que covariam (Damásio, 2012). Portanto, neste estudo, a estrutura fatorial, que reunirá evidências para a etapa da validade de constructo, será avaliada por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE).

Assim, a partir na AFE realizada na amostra desse estudo, foi possível comparar se os mesmos itens agrupam nos mesmos fatores observados no estudo de validação do PCATool-Brasil versão usuários adultos (Harzheim *et al.*, 2013), ou seja, se o instrumento objeto de validação para povos ciganos apresentaria a mesma estrutura fatorial do instrumento original. Como se optou por manter a dimensão “competência cultural”, também foi possível avaliar se ela precisaria ser retirada, assim como na versão validada por Harzheim *et al.* (2013) ou deveria ser mantida no instrumento.

Quando se aplica uma Análise Fatorial Exploratória, as perguntas que se buscam responder são: quais e quantos são os fatores extraídos pela análise? Que itens originais fazem parte de cada fator extraído pela análise? Entende-se, portanto, que apenas a AFE é capaz de produzir evidências de validade de constructo ou validade fatorial de um instrumento, ainda que de forma preliminar ou exploratória apenas, já que esta técnica fatorial não é capaz de desempenhar uma função confirmatória, como já foi dito.

No que diz respeito à validade convergente, tradicionalmente, na Psicometria, esse tipo de validade foi definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos teoricamente relacionados (Pasquali, 2003). Assim, durante muitas décadas, a forma de se obter evidências de validade convergente envolvia o emprego de duas medidas ou instrumentos que investigassem o mesmo constructo ou constructos distintos que mantinham alguma relação entre si (por exemplo, para validar um instrumento de autoestima aplicavam-se dois instrumentos que medissem autoestima, ou então, correlacionava-se esse instrumento com outro que medisse autoconceito) e esperava-se que as correlações fossem altas e significativas.

Nos últimos trinta anos, no entanto, Fornell e Larcker (1981) construíram uma forte argumentação no sentido de defender que a validade convergente de um constructo pode ser investigada por meio de técnica estatística, com o emprego apenas de um instrumento. Esses autores propuseram que o índice obtido no cômputo da Variância Média Extraída (VME) seja suficiente para determinar a evidência de validade convergente, sendo que índices superiores a 0,50 são considerados aceitáveis (Fornell; Larcker, 1981). Por outro lado, também têm havido sugestões que para se admitir uma convergência adequada, recomenda-se uma VME de pelo menos 0,40, no caso de pesquisas exploratórias (Nunnally; Bernstein, 1994).

Finalmente, no que se refere à confiabilidade, essa pode ser avaliada por meio de dois procedimentos estatísticos: Alfa de *Cronbach* e Confiabilidade Composta (CC). O Alfa de *Cronbach*, que é uma medida de consistência interna, indica se todos os itens de um instrumento medem a mesma característica (Streiner, 2003a). Essa medida é a mais usada para a avaliação da confiabilidade desde a década de 50 (*Cronbach*, 1951). Os valores do Alfa de *Cronbach* podem variar de 0 a 1. Um valor de consistência interna baixo pode significar que os itens medem construtos diferentes ou, alternativamente, que as respostas às questões do instrumento são inconsistentes (Keszei; Novak; Streiner, 2010). Segundo Hair et al. (2005), o Alfa de *Conbrach* deve ter um valor superior a 0,70 para ser considerado aceitável, mas valores até 0,60 também têm sido considerados aceitáveis (Streiner, 2003b).

Optou-se também por realizar a CC, porque, de acordo com Valentini e Damásio (2016), ela é vista como um indicador de precisão mais robusto do que o Alfa de *Cronbach*. Isto ocorre, de acordo com esses autores, porque no cálculo da CC, as cargas fatoriais dos itens podem variar, enquanto que no Alfa de *Cronbach*, as cargas dos itens são fixadas para serem iguais, seguindo o postulado da *tau*-equivalência, que é raramente observado em pesquisas empíricas.

De uma forma ou de outra, a confiabilidade mede a estabilidade, consistência ou precisão de um instrumento (Polit; Beck, 2009). Ela depende da função do instrumento e da população em que é administrado, ou seja, do contexto de aplicação. Assim, o mesmo instrumento pode ser considerado confiável numa amostra e não confiável em outra (Keszei; Novak; Streiner, 2010).

No que diz respeito à CC, os valores também podem variar de 0 a 1, sendo recomendado o valor acima de 0,70. No entanto, em pesquisas exploratórias são aceitáveis valores de confiabilidade composta entre 0,60 a 0,70 (Hair; Hult; Ringle; Sarstedt, 2014). Um valor superior a 0,90 não é desejável e o valor superior a 0,95 é definitivamente indesejável (Nunnally; Bernstein, 1994).

3.METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal, para adaptação e validação de um instrumento, que incorporou técnicas de avaliação de propriedades psicométricas (validação de conteúdo, de constructo, convergente e confiabilidade), desenvolvida em cinco etapas: etapa de tradução e retrotradução da dimensão “competência cultural”, etapa de adaptação do instrumento, etapa de validação do conteúdo, etapa de validação de constructo (ou fatorial), etapa de validação convergente e etapa de avaliação da confiabilidade (por meio do alfa de *Cronbach* e da técnica de Confiabilidade Composta - CC). A presente pesquisa também incorporou um estudo descritivo, a partir da realização da avaliação da qualidade da atenção primária à saúde no contexto das comunidades ciganas, por meio do **PCATool-Brasil VPCA – extensa**. Todo o processo metodológico foi realizado no período de junho de 2022 à junho de 2023.

3.2 Estudo de adaptação e validação do instrumento

3.2.1 Etapa de adaptação do instrumento

Para essa etapa, por aproximação com a pesquisadora responsável, foi formado um Comitê de Juízes, composto por cinco doutores especialistas em Saúde Coletiva ou áreas afins, quatro técnicos trabalhadores ou gestores da APS com especialização em Atenção Primária e/ou Saúde da Família/Comunidade e uma mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais, todos com experiência na temática, e por dez lideranças ciganas (representantes das etnias calon, rom e sinti), perfazendo um total inicial de 20 juízes. Ainda que não haja consenso sobre o assunto (Alexandre; Coluci, 2011), Haynes, Richard e Kubany (1995) sugerem que o Comitê seja formado por um número entre 6 e 20 sujeitos.

Nessa primeira etapa de adaptação do instrumento, seguiu-se o mesmo procedimento empregado por Guimarães (2021) em sua tese de doutoramento, na qual a autora adaptou e validou o PCATool-VPA Idoso. Assim sendo, o processo se iniciou com o envio de carta-convite (APÊNDICE G) aos prováveis membros do Comitê, constando o motivo do convite; a relevância dos conceitos envolvidos (Salmond, 2008), no caso deste estudo, explicitando os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e a importância de existir um instrumento que avalia a qualidade dos serviços da APS dirigido especificamente aos povos ciganos; e sinalizando a data da primeira reunião do Comitê.

Durante reunião inicial realizada entre os membros do Comitê e a pesquisadora responsável, foram apresentadas informações sobre as comunidades a serem estudadas, os objetivos pretendidos na adaptação, que era o de contemplar, de modo consensual, as particularidades e necessidades de saúde (Guimarães, 2021) dos povos ciganos no contexto da APS, bem como sanadas as dúvidas existentes.

Uma vez formado o Comitê, as análises do instrumento original, acrescido do atributo “competência cultural” traduzido da versão original, foram realizadas de forma independente por cada um dos membros que puderam propor modificações iniciais das dimensões (neste caso, dos atributos) e de seus itens. As adaptações que puderam ser realizadas foram de três tipos (Guimarães, 2021): alterações sintáticas adequando a pergunta à situação mais próxima do usuário cigano (por exemplo: na questão J2. “O(A) médico(a)/enfermeiro(a) conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?”, alterar o termo “vizinhança” por “comunidade”); alterações semânticas, adaptando o sentido da pergunta, como por exemplo,

contemplando a situação de “ser nômade ou seminômade” e, finalmente, acréscimo de itens que continham as particularidades do cuidado aos usuários ciganos.

Nesse momento, os juízes puderam sugerir a inclusão ou a eliminação de itens (Rubio *et al.*, 2003). De fato, para Alexandre e Coluci (2011, p. 3065), “o comitê pode modificar as orientações iniciais e o formato do instrumento, alterar ou rejeitar itens inadequados e até desenvolver novos itens”. As sugestões foram incluídas no próprio instrumento, com o uso da ferramenta controle de alterações do *Word*, e encaminhadas para a pesquisadora responsável, que realizou a compilação, reavaliação e análise crítica das alterações sugeridas e prosseguiu para a etapa de validação de conteúdo.

3.2.2 Etapa de validação de conteúdo

A etapa de validação de conteúdo realizada pelo Comitê de Juízes e envolveu procedimentos qualitativos e quantitativos (Alexandre; Coluci, 2011; Coluci; Alexandre; Milani, 2015). O procedimento que os juízes adotaram para fazer o julgamento da validade de conteúdo estava claramente descrito nas orientações que foram dadas no formulário destinado à avaliação da validade de conteúdo. Cada juiz realizou uma avaliação inicial independente (conforme descrito acima), normalmente quantitativa, antes de se reunir com os demais membros para discussão, com vistas a alcançar um consenso (parte qualitativa) (Berk, 1990; Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

Para essa etapa, o Comitê direcionou inicialmente o foco para os itens que compõem cada uma das dimensões. Para quantificar o grau de concordância durante o processo de avaliação da validade de conteúdo, alguns autores sugerem o uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por ser o mais empregado na área da saúde (Wynd; Schmidt; Schaefer, 2003; Alexandre; Coluci, 2011). O IVC mede a proporção de concordância entre os juízes sobre determinados aspectos do instrumento, especialmente de seus itens. Conforme com Alexandre e Coluci (2011, p. 3065), o IVC

permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

De acordo com o que fora descrito acima, nesse momento, foi solicitado que os membros do Comitê dessem sugestões, no próprio formulário, para melhorar o item ou que

fizessem comentários a seu respeito, caso achassem necessário (Rubio *et al.*, 2003; Tilden *et al.*, 1990). Para obter o escore final do índice, somou-se os itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos membros (Coluci; Alexandre; Milani, 2015). Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados.

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, Polit e Beck (2004) recomendam que o IVC Total seja calculado pela média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes. O número de juízes deve ser levado em conta na hora de fazer o cálculo. Se cinco ou menos sujeitos participarem do Comitê, deve haver a concordância de todos para ser representativo, mas, caso haja seis ou mais, recomenda-se que o coeficiente não seja inferior a 0,78 (Polit; Beck, 2004; Lynn, 1986). Valores aceitáveis devem ser de no mínimo 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC. Mais uma vez, a pesquisadora responsável realizou a compilação das sugestões e alterações e deu forma à versão atualizada do instrumento, que foi apresentada em reunião conjunta com o Comitê, para que se chegasse a outro consenso quanto aos itens que deveriam permanecer em cada uma das dimensões.

Já a segunda fase de validação de conteúdo objetivou a realização da avaliação, por parte do Comitê de Juízes, em relação ao instrumento como um todo: ao formato, ao título, às instruções e aos domínios, considerando a clareza de cada aspecto a ser avaliado (Coluci; Alexandre; Milani, 2015). Assim, o Comitê avaliou o instrumento na sua totalidade, com o objetivo de determinar se o formato, o título e as instruções estavam claras e apropriadas. Em relação ao atributo “competência cultural”, ausente no instrumento anteriormente validado no Brasil, foram avaliadas também a pertinência ou representatividade e a abrangência, com o objetivo de verificar se existe relação dos itens com o atributo proposto (pertinência ou representatividade) e se o atributo foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens (abrangência) (Tilden; Nelson; May, 1990).

Para isso, foram adotadas as orientações constantes no Quadro “Modelo de instruções para a segunda análise da validade do conteúdo” propostas por Coluci, Alexandre e Milani (2015, p. 932), disponível no Apêndice G com as devidas adaptações para o presente estudo. O formulário de avaliação também foi disponibilizado no *Google Forms*. Nessa fase final, foi efetuado novamente cálculo do IVC com base na escala ordinal de 4 pontos, que variará de 1-

“não claro/as”, a 4- “muito claro/as” para clareza; 1/4-“não tem relação/tem muita relação” para pertinência; e 1/4-“não abrangente/abrangete” para abrangência.

Assim, com base nas avaliações feitas pelos juízes, a pesquisadora responsável fez a última compilação das sugestões e apresentou a versão final do instrumento que foi discutida coletivamente, em reuniões, até que se chegou a um consenso quanto à forma e conteúdo. Dando seguimento, foi realizado o Estudo Piloto e, logo após, a apresentação dos resultados ao Comitê. Atingido um nível de concordância final satisfatório o PCATool-Brasil VPCA - extensa seguiu para a validação de constructo.

3.3 Etapa de validação do constructo

Uma vez atingido o consenso entre membros do Comitê e pesquisadora responsável, procedeu-se com a colocação do instrumento **PCATool-Brasil VPCA- extensa** no *Google Forms* para a sua aplicação com vistas à avaliação de suas propriedades psicométricas, especificamente a estrutura fatorial, validade convergente e a confiabilidade.

3.3.1 Participantes

O instrumento foi aplicado em 274 sujeitos das comunidades ciganas de 13 Microregiões de Saúde da Bahia (Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Salvador e Vitória da Conquista) nos municípios⁷ de Buerareama, Camaçari, Dias D'Ávila, Eunapolis, Feira de Santana, Ibiquera, Ilhéus, Itabuna, Itaetê, Itambé, Itapé, Itapetinga, Jacobina, Jequié, João Dourado, Lapão, Mairi, Marcionílio Souza, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Monte Gordo, Ruy Barbosa, Salvador, Tapiramutá, Teixeira de Freitas, Utinga, Várzea Nova e Vitória da Conquista. A escolha desses município se deu pelo prévio contato de membros do Comitê e/ou da pesquisadora responsável com os povos ciganos residentes nas referidas cidades.

Como critérios de inclusão, os sujeitos deveriam ser ciganas (os) calon, rom ou sinti e ter maioria. Foram excluídos os sujeitos que demonstraram muito desconforto, insegurança, apreensão e/ou constrangimento em responder o instrumento, no início ou durante o processo de pesquisa, e aqueles que tivessem 60 anos de idade ou mais. A amostra

⁷ Dos 28 municípios baianos onde foram aplicadas a pesquisa, apenas 8 municípios encontram-se presentes no documento “Pesquisa de Informações Básicas Municipais” (MUNIC), realizada pelo IBGE no ano de 2011 com indicação da existência de acampamentos ciganos nos municípios da Bahia.

foi selecionada por conveniência, dependendo da disponibilidade do participante. O convite para participar da pesquisa foi feito aos membros de cada comunidade diretamente pela liderança cigana que acompanhou a equipe de pesquisadores ou pela pesquisadora responsável.

3.3.2 Cenário de estudo

Localizada na região Nordeste do Brasil, a Bahia é o quinto estado em extensão territorial, com 564.760.427 km², ocupando 6,6% da área geográfica do país. Sua população representa a quarta maior do país, com uma estimativa de 14.136.417 habitantes conforme o censo demográfico de 2022 (IBGE, 2023). Contando com um total de 417 municípios e tendo como capital a cidade de Salvador, o território baiano é dividido em 28 regiões de saúde, que se aglutinam em 9 macrorregiões, conformando o desenho territorial do Plano Diretor de Regionalização-PDR (Bahia, 2007).

Cabe ressaltar que, conforme o Decreto nº 7.508/2011, as regiões de saúde foram definidas como

espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, p. 04).

Quadro 5 – Distribuição de municípios por macrorregiões de saúde/BA

MACRORREGIÃO (Núcleo Regional de Saúde – NRS)*	SEDE	TOTAL DE MUNICÍPIOS
Centro Leste	Feira de Santana	72
Centro Norte	Jacobina	38
Extremo Sul	Teixeira de Freitas	21
Leste	Salvador	48
Nordeste	Alagoinhas	33
Norte	Juazeiro	28
Oeste	Barreiras	37
Sudeste	Vitória da Conquista	73
Sul	Ilhéus	67

Fonte: Bahia, (2019-2022).

Figura 2 - Mapa das macrorregiões de saúde do estado da Bahia



Fonte: Bahia, 2014.

Quadro 6 – Distribuição de municípios por microrregiões de saúde/BA (continua)

MICRORREGIÃO DE SAÚDE	TOTAL DE MUNICÍPIOS
Alagoinhas	18
Barreiras	15
Brumado	21
Camaçari	06
Cruz das Almas	09
Feira de Santana	28
Guanambi	22
Ibotirama	09
Ilhéus	08
Irecê	19
Itaberaba	14
Itabuna	22
Itapetinga	12
Jacobina	19
Jequié	26
Juazeiro	10
Paulo Afonso	09
Porto Seguro	08
Ribeira do Pombal	15
Salvador	10
Santa Maria da Vitória	12
Santo Antônio de Jesus	22
Seabra	11
Senhor do Bonfim	09
Serrinha	19
Teixeira de Freitas	13
Valença	12
Vitória da Conquista	19

Fonte: Bahia (2019-2022).

Figura 3 – Mapa das microrregiões de saúde do estado da Bahia



Fonte: Bahia, 2019-2022.

A respeito da divisão territorial do estado da Bahia, é coerente com esse estudo elucidar que, em paralelo à regionalização da saúde, apresentada no Plano Diretor de Regionalização-PDR, o território baiano, através da Lei Nº 13.214 de 2014 estrutura-se em 27 Território de Identidade. A Política de Desenvolvimento Territorial do Estado da Bahia traz como objetivo “a promoção do desenvolvimento territorial, democrático, sustentável e solidário, através da participação social, da articulação e integração das políticas públicas e ações governamentais visando à melhoria da qualidade de vida da população” (Bahia, SEPLAN, 2014).

Estruturado a partir de princípios, diretrizes e objetivos declarados, “o Território de Identidade passou a ser a unidade de planejamento de políticas públicas do Estado” (Bahia, SEPLAN, 2014).

O Território de Identidade é a unidade de planejamento de políticas públicas, constituído por agrupamentos identitários municipais, geralmente contíguos, formado de acordo com critérios sociais, culturais, econômicos e geográficos, reconhecido pela sua população como o espaço historicamente construído ao qual pertencem, com identidade que amplia as possibilidades de coesão social e territorial, conforme disposto no Plano Plurianual (Bahia, SEPLAN, 2014, p. 02).

A jogar pela ausência de integração entre a regionalização da saúde e a divisão territorial de identidade na Bahia, (e considerando especialmente o conceito de território de identidade enquanto espaço de pertencimento historicamente reconhecido pela população de acordo com critérios culturais e outros), verifica-se quão ainda são frágeis são as relações intersetoriais, mesmo quando o objetivo comum é promover a melhoria da qualidade de vida da população. É possível que este seja, também, um fator dificultador da dialogicidade entre

“provedor” (equipe e profissionais de saúde) e a população com as suas características culturais, ou seja, mais um fator a comprometer a “competência cultural” no SUS. Os territórios não dialogam, irão os sujeitos dialogar?

Aparentemente esta é uma situação que, pelo menos em curto prazo, não indica mudanças. Durante Seminário de Regionalização do SUS, ocorrido na cidade de Salvador/BA - 2023, embora as brilhantes explicações por representantes estaduais, do governo federal e de IES convidada, em nenhum momento foi suscitada a possibilidade de alinhamento entre os territórios de identidade e as regiões de saúde da Bahia. Contrariamente, na oportunidade em que se questionou a respeito da interrelação entre os territórios de identidade e as regiões de saúde, obteve-se como resposta “não existe relação”.

Em resumo, durante o seminário defendeu-se, com muita relevância, a assertiva de que a regionalização do SUS Bahia, até então focada na assistência, precisa urgentemente avançar para a integralidade. No entanto, pouco se considerou que a integralidade se manifesta a partir de dois vieses. Por um lado, vislumbra garantir atendimento a todos os sujeitos em todos os níveis de complexidade do SUS (sendo este o viés que claramente norteou todo o seminário. Interesse legítimo da gestão, no intuito de garantir a assistência.). Por outro lado, a integralidade compreende o sujeito enquanto ser bio-psicossocial e espiritual, (sendo este o viés que diretamente ou indiretamente irá refletir no grau de suficiência ou não da rede de saúde. Fator comumente desconsiderado pela gestão).

Ou seja, ao analisar o processo de regionalização a partir do que aqui chama-se “Dois S’s”, compreende-se que à medida em que o S- serviço não dialoga com as reais demandas e necessidades do S-sujeito, as regiões de saúde não conseguem atender de forma suficiente os territórios envolvidos. Afinal, o território é dinâmico porque a vida pulsa a partir do movimento dos seus atores culturais, sociais, históricos. Logo, desconsiderar o S-sujeitos, é uma grande barreira para a garantia da suficiência da rede regionalizada de saúde, bem como para a efetivação da própria integralidade.

Tal-qualmente, é comum se verificar que muitas vezes os processos de territorialização na APS limitam-se às questões políticas e administrativas (especialmente focadas no alcance de metas de cadastros), negligenciando os processos sociais e culturais que se estabelecem no cotidiano do território vivo. Por conseguinte, as questões étnico-raciais, culturais e de gênero, entre outras, seguem invisilizadas. O que mantém os povos ciganos, e tantos outros, na condição de inumeráveis. Embora esse seja um capítulo direcionado às questões metodológicas, essas são reflexões que não se pode perder a oportunidade de suscitar.

A respeito da distribuição espacial dos povos ciganos, conforme o Relatório Executivo Brasil Cigano (Brasil, 2013b), a Bahia é o segundo Estado com o maior número de acampamentos ciganos (53), estando atrás apenas de Minas Gerais (58).

Figura 4 – Distribuição geográfica dos acampamentos ciganos no Brasil



Fonte: http://www.embaixadacigana.org.br/etnicidades_ciganas_no_brasil.html. Acesso em: 14 abr. 2022.

De acordo com informações apresentadas no documento Dados Oficiais sobre os Povos Romani (Ciganos), publicado no ano de 2013 pela Associação Internacional Mailê Sara Kalí (Vasconcelos, 2013), a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), realizada pelo IBGE em 2011 demonstrou a existência de acampamentos ciganos nos municípios baianos de Acajutiba, Alagoinhas, Amargosa, Biritanga, Buerarema, Cabaceiras do Paraguaçu, Camacan, Camaçari, Canavieiras, Candeias, Conceição da Feira, Cotegipe, Cruz das Almas, Entre Rios, Eunápolis, Filadélfia, Governador Mangabeira, Guaratinga, Heliópolis, Ilhéus, Ipiaú, Itabela, Itabuna, Itagibá, Itaparica, Itapitanga, Jequié, Jeremoabo, Jitaúna, Laje, Lauro de Freitas, Maracás, Marcionílio Souza, Medeiros Neto, Mucuri, Muritiba, Piraí do Norte, Planalto, Porto Seguro, Presidente Tancredo Neves, Ribeira do Amparo, Santa Bárbara, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Santo Estêvão, São Francisco do Conde, Sapeaçu, Simões Filho, Sítio do Quinto, Ubatã, Valença, Vera Cruz e Wenceslau Guimarães.

Após 2011, nenhum outro levantamento, em nível federal e/ou estadual, foi realizado.

Figura 5 – Cartografia das comunidades ciganas de Itabuna/2019



Fonte: <https://docplayer.com.br/194000464-Filhos-do-vento-da-invisibilidade-ao-reconhecimento-do-dia-municipal-da-etnia-cigana-lei-no-2-422-2018-itabuna-bahia.html>. Acesso em: 14 abr. 2022.

No município de Itabuna, a cartografia das comunidades ciganas locais (Figura 5) foi realizada através de trabalho de conclusão de curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia (PPGER/UFSB). Durante o curso da pandemia, o referido documento foi utilizado como base em reuniões entre lideranças ciganas da Bahia, representantes da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB), trabalhadores da APS do Estado e pesquisadores/professores.

3.3.3 Instrumento

O PCATool-Brasil VPCA - extensa é um questionário “espelho” (D’Avila *et al.*, 2017) do instrumento PCATool Adulto versão extensa, que é constituído por 87 itens distribuídos entre os atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e comunitária) e afiliação. O PCATool-Brasil VPCA - extensa que passou pelo processo de validação de conteúdo neste estudo ficou composto de 92 itens, distribuídos nesses mesmos atributos, acrescido o atributo “competência cultural”

Como já foi dito, o PCATool Adulto versão extensa foi validado para o Brasil por Harzheim *et al.* (2013), por meio de validação de conteúdo e de constructo e também através de avaliação da confiabilidade. Assim, o instrumento foi considerado confiável e válido para avaliar a qualidade da APS através da verificação da presença e a extensão dos atributos

(exceto “competência cultural”) nos serviços de saúde para a população brasileira, mas excluiu representantes dos povos ciganos em sua amostra.

As respostas dos seus itens são apresentadas em escalas do tipo *Likert*, com valores que variam de 1 = “com certeza não” a 4 = “com certeza sim”, com a opção adicional 9 = “não sei/não lembro”. Com base nas respostas, é possível calcular um escore para cada atributo da APS e também um escore essencial e um escore geral. O escore essencial é obtido pela média dos escores dos atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação). O escore geral, por sua vez, inclui também os atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e, no caso deste estudo, a competência cultural). Os valores dos escores são padronizados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo considerado alto o escore com valor igual ou superior a 6,6.

O Quadro 7 apresenta como os itens estão organizados no PCATool-Brasil versão adulto extensa.

Quadro 7 – Sistematização PCATool-Brasil versão adulto versão extensa

Atributo da APS	Componente da APS	Itens*
Afiliação	Afiliação	A1, A2, A3
Acesso primeiro contato	Utilização	B1, B2, B3
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12
Longitudinalidade	Longitudinalidade	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14
Coordenação	Integração de cuidados	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9
Coordenação	Sistemas de Informações	F1, F2, F3
Integralidade	Serviços disponíveis	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22
Integralidade	Serviços prestados	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13
Orientação Familiar	Orientação Familiar	I1, I2, I3
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	J1, J2, J3, J4, J5, J6

Fonte: Brasil, 2020.

3.3.4 Procedimentos de coleta dos dados

Inicialmente foi feito o primeiro contato com algumas lideranças ciganas da Bahia para manifestação do interesse de realização da pesquisa e, em seguida, conforme orientado pelas próprias lideranças, foi realizado o contato com o representante dos povos ciganos da Bahia na Comissão Estadual para a Sustentabilidade dos Povos e Comunidades Tradicionais

(CESPECT), Secretaria Estadual de Promoção da Igualdade Racial (SEPROMI/BA), para solicitação de autorização da pesquisa e assinatura de termo de anuência.

A respeito da obtenção do Consentimento e do Assentimento, destaca-se o que diz a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, ao afirmar, em seu artigo 13:

Em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, como é o caso de algumas comunidades tradicionais, indígenas ou religiosas, por exemplo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável (Brasil, 2016b).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), e seguindo os passos metodológicos, foi feita a apresentação da pesquisa para as comunidades elencadas. Elucidadas todas as dúvidas, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os que concordaram em participar da pesquisa.

O instrumento foi preenchido de forma presencial ou remota, com o uso de *tablets*, auxiliados pela pesquisadora responsável ou pelos pesquisadores auxiliares, aos quais coube o compartilhamento direto do TCLE e do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária.

3.4 Procedimento de análise dos dados

3.4.1 Etapa da Validade de Constructo

Como já foi referido anteriormente, neste estudo, optou-se por realizar dois tipos de Análises Fatoriais: a Análise de Componentes Principais (ACP) e a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Realizou-se a ACP para que se pudesse comparar os resultados aqui encontrados com aqueles achados do estudo de validação brasileira do PCATool-BRASIL versão adultos (Harzheim *et al.*, 2013), que também empregou esse método de extração. Mas, adicionalmente, buscou-se conhecer a estrutura fatorial do instrumento, por meio da AFE, porque essa técnica permite uma solução final não contaminada por variabilidade de erro (Tabachnick; Fidell, 2007).

O método de estimativa empregado na AFE, no presente estudo, foi o da probabilidade máxima, uma vez que os dados estiveram relativamente normalmente distribuídos⁸ (Fabrigo;

⁸ Para verificar a assimetria da distribuição das médias foram utilizados os coeficientes assimetria (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*), sendo que os valores entre -2 e +2 são considerados aceitáveis para comprovar distribuição univariada normal para George e Mallery (2010). Entretanto, Hair, Black, Babin e Anderson (2010)

Wegener *et al.* 1999; Costello; Osborne, 2005). Adicionalmente, se usou como método de rotação o VARIMAX. Os métodos ortogonais, como o VARIMAX, exigem que os fatores não sejam correlacionados (Damásio, 2012). Assume-se, portanto, que no instrumento PCATool-BRASIL Versão Povos Ciganos Adultos - extensa, cada atributo meça coisas distintas e não correlacionadas entre si. De acordo com Pallant (2007), esse método consegue minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator ou componente e é o mais comumente utilizado nas Análises Fatoriais Exploratórias.

Antes de proceder às análises propriamente ditas, foram analisados os critérios de adequação da base de dados. Foram levadas em consideração as seguintes etapas (Matos; Rodrigues, 2019): a) Tamanho da amostra, b) Nível de mensuração das variáveis, c) Matriz de correlação, d) O teste de esfericidade de Bartlett e e) o *Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e) Matriz de correlação anti-imagem.

Com relação ao tamanho da amostra recomendado para se realizar uma AFE, observar-se-á que o tamanho deve atender ao critério mínimo de 250 participantes (Cattel, 1966). Além disso, as variáveis devem ser medidas de forma quantitativa e são contínuas, conforme recomendado (Matos; Rodrigues, 2019). O teste de esfericidade de Bartlett mede se a análise fatorial é adequada ao problema. Portanto, permite verificar se existe correlação suficientemente forte para que a análise fatorial possa ser aplicada. Há a assumpção das seguintes hipóteses: H0: a matriz de correlação é uma matriz identidade, não há correlação suficiente entre as variáveis. Análise não é adequada; H1: a análise é adequada, existe correlação.

Com relação ao teste *Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*, trata-se de uma medida que pode variar entre 0 e 1. Ela representa a proporção da variância das variáveis que pode ser explicada pelos fatores latentes. Quanto mais próximo esse valor estiver de 1, mais adequados os dados estão para se ajustar uma Análise Fatorial. Field, Miles e Field (2012) recomendam utilizar os critérios acima de 0,5 como aceitáveis, sendo bom acima de 0,70 e ótimo acima de 0,8.

Finalmente, a Matriz de correlação anti-imagem permite descobrir se há algum item que pode estar atrapalhando a análise, portanto, mede a adequação dos itens à amostra. Na matriz anti-imagem nenhum item que é sobrescrito com a letra “a” pode possuir correlação inferior à 0,5.

e Byrne (2010) defendem que os dados são considerados normais se a assimetria estiver entre -2 a +2 e *kurtosis* entre -7 a +7. Neste estudo nenhuma variável obteve *skewness* superior a -2 a +2 e *kurtosis* superior a -7 a +7.

3.4.2 Validade Convergente

De acordo com Fornell e Larcker (1981), a validade convergente de um constructo pode ser investigada por meio do índice obtido no cômputo da Variância Média Extraída (VME). Como regra geral, para se admitir uma convergência adequada, recomenda-se uma VME de pelo menos 0,40, no caso de pesquisas exploratórias (Nunnally; Bernstein, 1994).

A seguinte fórmula foi empregada para o cálculo da VME, com o uso do programa Excel.

$$VME = \frac{\sum (\lambda_p^2)}{k}$$

Onde:

\sum é a soma

λ^2 é o lambda (cargas fatoriais padronizadas) ao quadrado

k é o número de itens do fator

3.4.3 Avaliação da confiabilidade

Por último, uma vez em posse do banco de dados com as respostas da amostra dos povos ciganos e uma vez tendo identificado que itens partilham da variância em comum e compõem cada um dos fatores, foi realizado o procedimento de análise da confiabilidade, por meio de duas técnicas: o cálculo do Alfa de *Cronbach* e a Confiabilidade Composta (CC).

A seguinte fórmula para o cálculo da CC foi usada no programa Excel:

$$CC_2 = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + \sum \varepsilon + 2\sum Cov}$$

Onde:

\sum é a soma

λ é o lambda (cargas fatoriais padronizadas)

$\sum \varepsilon$ é a soma dos erros de mensuração

$\sum Cov$ é a soma das covariâncias residuais

Foram considerados aceitáveis, tanto para o Alfa de *Cronbach* quanto para a CC valores iguais ou superiores a 0,60 (Hair; Hult; Ringle; Sarstedt, 2014).

3.5 Estudo descritivo

Com base na aplicação do **PCATool-Brasil VPCA - extensa** na amostra composta por ciganos e ciganas, foi avaliado o serviço de APS a partir da perspectiva do usuário cigano, observando a presença e a extensão dos atributos da APS nos serviços avaliados.

3.5.1 Participantes

As características dos participantes, bem como critérios de exclusão e inclusão, já foram descritas no item 4.3.1 da etapa de validação de constructo.

3.5.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo já foi descrito no item 4.3.2 da etapa de validação de constructo.

3.5.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida através uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil VPCA - extensa. Os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde utilizam a seguinte escala Likert: 4 – com certeza sim; 3- provavelmente sim; 2 – provavelmente não; 1- com certeza não; 9 – não sei/não lembro.

O instrumento adaptado seguiu o mesmo padrão de estrutura e cálculo de escores do *PCATool- Brasil* versão adulto - extensa. O questionário foi respondido de forma anônima, presencial ou virtualmente, por meio do acesso ao *link* do *Google Forms*, com o auxílio da pesquisadora responsável e de seus auxiliares de pesquisa.

Cabe ressaltar que

O PCATool-Brasil pode ser utilizado em investigações científicas pertencentes tanto ao contexto acadêmico da construção de conhecimento quanto ao contexto cotidiano da prática e da gestão da APS. Em ambos os cenários, preceitos éticos comuns devem ser seguidos para sua aplicação. Entretanto, tais preceitos serão mais rigorosos quando o PCAT-Brasil for aplicado com base em um projeto de pesquisa (Brasil, 2020, p. 24).

3.5.4 Procedimentos de coleta dos dados

Os procedimentos de coleta dos dados já foram descritos no item 4.3.4 da etapa de validação de constructo.

3.5.5 Análise dos dados

A análise descritiva dos dados foi realizada conforme orientações constantes no Manual de Aplicação do PCATool-Brasil (Brasil, 2020). De acordo com Brasil (2020, p. 108), a respeito do cálculo dos escores do PCATool-Brasil,

Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Além disso, se pode obter o Escore Essencial da APS por meio da média dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais e o Escore Geral da APS pela média de todos os componentes que caracterizam os atributos essenciais e os atributos derivados da APS. Esses escores mostram valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços com maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado. Igualmente se pode revelar para o Escore Essencial da APS, em que valores mais altos dos escores sugerem maior presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços, e para o Escore Geral da APS, no qual os maiores escores refletem serviços mais orientados à APS. Tanto os escores dos componentes ou atributos quanto o Escore Essencial e o Escore Geral podem ser transformados para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta 'provavelmente sim', atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS.

3.6 Considerações éticas

A presente pesquisa foi realizada observando as normas éticas constantes nas Resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), sob o parecer de número 5.335.226 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), protocolo de número 53732521.1.0000.8467.

4. RESULTADOS

4.1 Tradução do Atributo “Competência Cultural”

Consonante o que já fora dito anteriormente, o processo de tradução do atributo “competência cultural” da versão original em inglês foi realizado em duas etapas: tradução do inglês para o português e retrotradução para o inglês. Para tanto, contou-se com a colaboração de quatro doutoras em Saúde ou áreas afins ou em línguas, bilíngues, fluentes em inglês e independentes.

Durante o processo, duas doutoras fizeram a tradução do inglês para o português e, em seguida, as outras duas realizaram a tradução reversa. Ressalta-se que não existiu, em nenhum momento, qualquer tipo de interação entre as envolvidas e que as identidades e as produções não foram compartilhadas. Tal-qualmente, as duas retrotradutoras não tiveram acesso às questões originais da dimensão competência cultural.

A priori, na carta-convite enviada às tradutoras, discorreu-se brevemente a respeito do instrumento e dos objetivos da pesquisa. A referida estratégia oportunizou que a tradução do atributo competência cultural, para além da transposição literal das palavras do inglês para o português e adaptação cabível em relação ao idioma, levasse em conta o contexto cultural e estilo de vida da cultura-alvo (Beaton, 2000; Guillemin, 1993; Berry *et al.*, 1992), assim como a estruturação da rede de atenção primária à saúde no Brasil. Exemplificando, as tradutoras puderam compreender que a sigla PCP referia-se ao “médico de/da família” conforme presente nos demais atributos do instrumento anteriormente validado no Brasil.

O Quadro 8 apresenta os três itens do atributo competência cultural em sua versão original, na língua inglesa. No Quadro 9, as questões da dimensão Competência Cultural, após tradução e retrotradução.

Quadro 8. Questões Originais da Dimensão Competência Cultural

PCAT: Cultural Competence	
1.	Would you recommend your PCP to a friend or relative?
2.	Would you recommend your PCP to someone who does not speak English well?
3.	Would you recommend your PCP to someone who uses folk medicine, such as herbs or homemade medicines, or has special beliefs about health care?

FONTE: website: <https://studylib.net/doc/11249983/this-work-is-licensed-under-a--your-use-of-this>

Quadro 9. Questões da Dimensão Competência Cultural, após tradução e retrotradução

PCAT: COMPETÊNCIA CULTURAL	
Tradutora 1	1. Você recomendaria seu médico de família para um amigo ou parente?
	2. Você recomendaria seu médico de família para alguém que não fala bem inglês?
	3. Você recomendaria seu médico de família para alguém que usa medicina popular como ervas, remédios caseiros, ou que tem crenças especiais (ou específicas) sobre cuidados com a saúde?
Retrotradutora 1	1. Would you recommend your family doctor to a friend or relative?
	2. Would you recommend your GP to someone who doesn't speak English well?

	3. Would you recommend your GP to someone who uses folk medicine like herbs, home remedies, or who has special (or specific) beliefs about health care?
Tradutora 2	1. Você recomendaria seu médico da família (que atende no posto de saúde) para um amigo ou parente?
	2. Você recomendaria seu médico da família (o médico que atende no seu posto de saúde) para alguém que não fala português bem?
	3. Você recomendaria seu médico da família (o médico que atende no posto de saúde) para alguém que usa medicina popular, como ervas ou remédios caseiros, ou tem crenças especiais sobre cuidados com a saúde?
Retrotradutora 2	1. Would you recommend your family doctor (who works at the local public center) to friends and relatives?
	2. Would you recommend your family doctor (who works at the local public health center) to someone who doesn't speak Portuguese?
	3. Would you recommend your family doctor (who works at the local public health center) to someone who uses traditional medicine with herbs or homemade potions, or to people who have special beliefs on healthcare?

Findada a tradução e a retrotradução, as duas versões em português foram integradas ao instrumento PCATool Brasil versão adulto extensa, para fins de revisão pelo Comitê de Juízes durante as etapas de Adaptação e Validação de Conteúdo do PCATool-Brasil VPCA - extensa.

4.2 Adaptação e Validação de Conteúdo

Conforme apresentado na metodologia, nesta etapa trabalhamos com um Comitê de Juízes. Enviadas as cartas convites (descrevendo o motivo do convite, a relevância dos conceitos envolvidos (Salmond, 2008), os atributos da Atenção Primária à Saúde, a relevância do instrumento para a relação povos ciganos – APS/SUS e sinalizando a data da primeira reunião do Comitê) e os TCLEs, os sujeitos que aceitaram participar do Comitê estiveram presentes em reunião inicial. Na oportunidade, um cigano (membro do Comitê) discorreu sobre os povos ciganos e a pesquisadora responsável apresentou os objetivos pretendidos na adaptação, as atribuições do grupo e os prazos previstos para a realização da etapa de validação de conteúdo, bem como sanou as dúvidas existentes.

Inicialmente formado por vinte (20) membros, coube ao Comitê a análise do instrumento original (APÊNDICE D), acrescido do atributo “competência cultural” (duas versões traduzidas da versão original). Nesta etapa, a análise foi realizada de forma independente por cada um dos membros que puderam propor modificações iniciais das dimensões (atributos) e de seus itens e sugerir a inclusão ou a eliminação de itens (Rubio *et al.*, 2003) a partir de instrumento disponibilizado via *Google Forms*, utilizando escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, seja: *1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.*

Dando seguimento, a pesquisadora responsável realizou a compilação, reavaliação e análise crítica das alterações sugeridas e o cálculo do I-IVC e do S-IVC (o S-IVC foi definido a partir da média dos itens, com base no processo S-IVC/AVE). Como pode ser constatado na Tabela 1 - Avaliação 1, do total de oitenta e oito questões analisadas, apenas cinco não alcançaram um índice de validade de conteúdo (I-IVC) satisfatório, apresentando valor inferior a 0,78. Foram estas: C6, D8, H3, H9 e K2. Em contrapartida, praticamente para todas as questões o Comitê apresentou sugestões de alterações. Em relação a escala global (S-IVC) o instrumento alcançou um valor final de 0,78, sendo este um índice de validade de conteúdo não satisfatório, que demonstra que entre os Juízes não existiu um grau de concordância suficiente acerca do conteúdo do instrumento. Relembrando, valores aceitáveis devem ser de no mínimo 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC.

Tabela 1 – Etapa de Validação de Conteúdo - Avaliação 1

PERCENTUAL DE RESPOSTA DOS JUÍZES – AVALIAÇÃO 1										
QUESTÃO	NÃO RELEVANTE OU NÃO REPRESENTATIVO (1)		ITEM NECESSITA DE GRANDE REVISÃO PARA SER REPRESENTATIVO- (2)		ITEM NECESSITA DE PEQUENA REVISÃO PARA SER REPRESENTATIVO (3)		ITEM RELEVANTE OU REPRESENTATIVO (4)		SOMA 3+4	IVC
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
B1	0	0	3	15	13	65	4	20	17	0,85
B2	2	10	2	10	11	55	5	25	16	0,8
B3	0	0	0	0	10	50	10	50	20	1
C1	2	10	0	0	6	30	12	60	18	0,9
C2	1	5	0	0	8	40	11	55	19	0,95
C3	0	0	0	0	7	35	13	65	20	1
C4	0	0	0	0	8	40	12	60	20	1
C5	0	0	0	0	8	40	12	60	20	1
C6	4	20	1	5	8	40	7	35	15	0,75
C7	2	10	1	5	7	35	10	50	17	0,85
C8	0	0	1	5	6	30	13	65	19	0,95
C9	0	0	0	0	7	35	13	65	20	1
C10	0	0	1	5	5	25	14	70	19	0,95
C11	1	5	1	5	6	30	12	60	18	0,9
C12	2	10	0	0	5	25	13	65	18	0,9
D1	2	10	0	0	4	20	14	70	18	0,9

D2	1	5	0	0	5	25	14	70	19	0,95
D3	1	5	0	0	3	15	16	80	19	0,95
D4	2	10	0	0	5	25	13	65	18	0,9
D5	1	5	0	0	4	20	15	75	19	0,95
D6	2	10	0	0	2	10	16	80	18	0,9
D7	2	10	2	10	1	5	15	75	18	0,9
D8	5	25	1	5	3	15	11	55	14	0,7
D9	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
D10	2	10	1	5	2	10	15	75	17	0,85
D11	3	15	0	0	1	5	16	80	17	0,85
D12	2	10	0	0	5	25	13	65	18	0,9
D13	2	10	0	0	3	15	15	75	18	0,9
D14	1	5	1	5	8	40	10	50	18	0,9
E1	2	10	2	10	6	30	10	50	16	0,8
E2	2	10	1	5	3	15	14	70	17	0,85
E3	3	15	0	0	0	0	17	85	17	0,85
E4	3	15	1	5	1	5	15	75	16	0,8
E5	1	5	0	0	3	15	16	80	19	0,95
E6	2	10	0	0	3	15	15	75	18	0,9
E7	0	0	0	0	2	10	18	90	20	1
E8	2	10	0	0	1	5	17	85	18	0,9
E9	2	10	1	5	2	10	15	75	17	0,85
F1	1	5	1	5	4	20	14	70	18	0,9
F2	1	5	0	0	4	20	15	75	19	0,95
F3	4	20	0	0	3	15	13	65	16	0,8
G1	2	10	0	0	2	10	16	80	18	0,9
G2	2	10	0	0	2	10	16	80	18	0,9
G3	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
G4	1	5	0	0	0	0	19	95	19	0,95

G5	0	0	0	0	2	10	18	90	20	1
G6	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
G7	0	0	1	5	3	15	16	80	19	0,95
G8	1	5	0	0	3	15	16	80	19	0,95
G9	1	5	0	0	1	5	18	90	19	0,95
G10	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
G11	1	5	1	5	4	20	14	70	18	0,9
G12	1	5	0	0	1	5	18	90	19	0,95
G13	0	0	0	0	2	10	18	90	20	1
G14	4	20	0	0	3	15	13	65	16	0,8
G15	4	20	0	0	2	10	14	70	16	0,8
G16	0	0	0	0	3	15	17	85	20	1
G17	0	0	0	0	1	5	19	95	20	1
G18	0	0	0	0	2	10	18	90	20	1
G19	4	20	0	0	1	5	15	75	16	0,8
G20	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
G21	0	0	0	0	1	5	19	95	20	1
G22	2	10	0	0	0	0	18	90	18	0,9
H1	1	5	0	0	1	5	18	90	19	0,95
H2	3	15	0	0	0	0	17	85	17	0,85
H3	5	25	0	0	0	0	15	75	15	0,75
H4	4	20	0	0	1	5	15	75	16	0,8
H5	2	10	0	0	1	5	17	85	18	0,9
H6	1	5	0	0	2	10	17	85	19	0,95
H7	0	0	0	0	0	0	20	100	20	1
H8	3	15	1	5	1	5	15	75	16	0,8
H9	8	40	0	0	0	0	12	60	12	0,6
H10	4	20	0	0	0	0	16	80	16	0,8
H11	4	20	0	0	1	5	15	75	16	0,8

Realizada a compilação e a organização das mudanças sugeridas, os resultados foram apresentados ao Comitê em nova reunião. Durante o encontro, relatada a dificuldade de alguns membros com o instrumento, o Comitê optou por dar continuidade à análise de forma coletiva, em encontros virtuais. Dando seguimento ao novo processo de trabalho, o Comitê seguiu para as novas etapas com um total de treze (13) membros, sendo: seis (6) lideranças ciganas (4 calons, 1 rom e 1 sinti); dois (2) trabalhadores da APS com especialização e experiência prévia no serviço; uma (1) psicóloga, mestra em Relações Étnico-Raciais; e quatro (4) doutores em Saúde Coletiva ou áreas afins.

Em quatro encontro virtuais, com duração média de uma hora e quarenta e cinco minutos, o grupo de juízes, respeitando o lugar de fala dos povos ciganos, dos trabalhadores da APS/SUS e da ciência, debateram, uma a uma, as questões do instrumento; propuseram alterações sintáticas e semânticas, buscando aproximar as perguntas da ciganidade e do contexto da APS/SUS; e sugeriram o acréscimo de itens pertinentes ao objetivo da pesquisa. Das cinco questões que não alcançaram coeficiente satisfatório, conforme IVC inicial, o Comitê decidiu por manter excluídas apenas três (C6, D8 e K2). Todas as proposições foram acatadas pela pesquisadora responsável.

Findada mais essa etapa, a pesquisadora responsável fez uma nova compilação e enviou ao Comitê de Juízes a primeira versão do instrumento “PCATool-Brasil VPCA extensa” via formulário *Google Forms*. Nessa fase, a função do Comitê foi, através de novas análises independentes, avaliar a clareza de cada item dos sete atributos (escala tipo Likert com pontuação de um a quatro “1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = claro, 4 = muito claro), assim como a pertinência e a abrangência dos itens relacionados ao atributo “competência cultural”.

De acordo com os valores apresentados na Tabela 2, das noventa e três questões distribuídas entre os sete atributos, sete apresentaram IVC inferior a 0,78 (D1, E7, G7, G21, H12, K6 e K8). Apresentados tais resultados em novo encontro, o Comitê de Juízes, considerando que os sete itens apresentaram IVC = 0,77, não muito abaixo do limite aceitável (0,78), e considerando quem em todos os referidos itens os juízes que consideraram “não claro” ou “pouco claro”, sugeriram pequenas alterações (normalmente mudança e/ou inclusão de uma palavra), optaram por realizar a revisão e manter as questões. A nova avaliação da escala global apresentou o S-IVC de 0,90, o que representa um resultado positivo e indica que entre os Juízes existiu um grau de concordância suficiente acerca do conteúdo do PCATool VPCA extensa, uma vez que um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0,80 para S-IVC.

Tabela 2 - Etapa de Validação de Conteúdo - Avaliação 2

PERCENTUAL DE RESPOSTA DOS JUÍZES – AVALIAÇÃO 2										
QUESTÃO	NÃO CLARO (1)		POUCO CLARO (2)		CLARO (3)		MUITO CLARO (4)		SOMA 3+4	IVC
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
B1	0	0,00	2	15,38	5	38,46	6	46,15	11	0,85
B2	0	0,00	1	7,69	5	38,46	7	53,85	12	0,92
B3	1	7,69	1	7,69	8	61,54	3	23,08	11	0,85
C1	0	0,00	1	7,69	3	23,08	9	69,23	12	0,92
C2	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
C3	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
C4	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
C5	1	7,69	0	0,00	5	38,46	7	53,85	12	0,92
C6	EXCLUÍDA									
C7	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
C8	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
C9	0	0,00	1	7,69	7	53,85	5	38,46	12	0,92
C10	0	0,00	0	0,00	7	53,85	6	46,15	13	1
C11	0	0,00	0	0,00	4	30,77	9	69,23	13	1
C12	0	0,00	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	1
D1	2	15,38	1	7,69	4	30,77	6	46,15	10	0,77
D2	0	0,00	1	7,69	7	53,85	5	38,46	12	0,92
D3	0	0,00	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	1
D4	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
D5	0	0,00	1	7,69	6	46,15	6	46,15	12	0,92
D6	0	0,00	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	1
D7	1	7,69	0	0,00	6	46,15	6	46,15	12	0,92
D8	EXCLUÍDA									
D9	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85

D10	1	7,69	0	0,00	5	38,46	7	53,85	12	0,92
D11	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
D12	1	7,69	0	0,00	8	61,54	4	30,77	12	0,92
D13	0	0,00	1	7,69	4	30,77	8	61,54	12	0,92
D14	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
E1	0	0,00	2	15,38	7	53,85	4	30,77	11	0,85
E2	0	0,00	1	7,69	6	46,15	6	46,15	12	0,92
E3	1	7,69	1	7,69	6	46,15	5	38,46	11	0,85
E4	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
E5	0	0,00	1	7,69	5	38,46	7	53,85	12	0,92
E6	0	0,00	1	7,69	6	46,15	6	46,15	13	1
E7	1	7,69	2	15,38	4	30,77	6	46,15	10	0,77
E8	0	0,00	1	7,69	7	53,85	5	38,46	12	0,92
E9	0	0,00	1	7,69	8	61,54	4	30,77	12	0,92
F1	0	0,00	2	15,38	8	61,54	4	30,77	12	0,92
F2	0	0,00	0	0,00	7	53,85	6	46,15	13	1
F3	0	0,00	1	7,69	6	46,15	6	46,15	12	0,92
G1	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
G2	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
G3	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
G4	0	0,00	0	0,00	4	30,77	9	69,23	13	1
G5	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
G6	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
G7	2	15,38	1	7,69	4	30,77	6	46,15	10	0,77
G8	1	7,69	0	0,00	6	46,15	6	46,15	12	0,92
G9	1	7,69	1	7,69	3	23,08	8	61,54	11	0,85
G10	1	7,69	0	0,00	2	15,38	10	76,92	12	0,92
G11	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
G12	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92

G13	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
G14	1	7,69	0	0,00	5	38,46	7	53,85	12	0,92
G15	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
G16	0	0,00	0	0,00	4	30,77	9	69,23	13	1
G17	1	7,69	0	0,00	2	15,38	10	76,92	12	0,92
G18	0	0,00	2	15,38	3	23,08	8	61,54	11	0,85
G19	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
G20	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
G21	1	7,69	2	15,38	2	15,38	8	61,54	10	0,77
G22	1	7,69	1	7,69	6	46,15	5	38,46	11	0,85
H1	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
H2	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
H3	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
H4	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
H5	0	0,00	0	0,00	6	46,15	7	53,85	13	1
H6	0	0,00	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	1
H7	0	0,00	1	7,69	4	30,77	8	61,54	12	0,92
H8	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
H9	1	7,69	0	0,00	2	15,38	10	76,92	12	0,92
H10	1	7,69	0	0,00	2	15,38	10	76,92	12	0,92
H11	1	7,69	0	0,00	2	15,38	10	76,92	12	0,92
H12 P MUL	1	7,69	2	15,38	5	38,46	5	38,46	10	0,77
H13 P MUL	0	0,00	1	7,69	5	38,46	7	53,85	12	0,92
H13 P HOM	0	0,00	2	15,38	5	38,46	6	46,15	11	0,85
I1	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
I2	0	0,00	0	0,00	4	30,77	9	69,23	13	1

I3	0	0,00	0	0,00	5	38,46	8	61,54	13	1
J1	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
J2	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
J3	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
J4	1	7,69	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
J5	1	7,69	1	7,69	5	38,46	6	46,15	11	0,85
J6	1	7,69	1	7,69	5	38,46	6	46,15	12	0,92
J7	1	7,69	1	7,69	6	46,15	5	38,46	11	0,85
K1	0	0,00	0	0,00	4	30,77	9	69,23	13	1
K2	EXCLUÍDA									
K3	0	0,00	0	0,00	7	53,85	6	46,15	13	1
K4	1	7,69	0	0,00	4	30,77	8	61,54	12	0,92
K5	1	7,69	0	0,00	3	23,08	9	69,23	12	0,92
K6	1	7,69	2	15,38	4	30,77	6	46,15	10	0,77
K7	0	0,00	1	7,69	4	30,77	7	53,85	11	0,85
K8	1	7,69	2	15,38	5	38,46	5	38,46	10	0,77
K9	1	7,69	0	0,00	7	53,85	5	38,46	12	0,92
S-IVC										0,90

A respeito do atributo “competência cultural”, não presente na versão do instrumento anteriormente validado no Brasil, buscou-se também avaliar a pertinência ou representatividade e a abrangência dos itens presentes nesta dimensão. Ou seja, avaliar se existe relação dos itens com o atributo proposto (pertinência ou representatividade) e se o atributo foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens (abrangência).

Assim, em resposta ao questionamento “o conjunto de itens k1 à k9 têm relação com o atributo competência cultural? (Ou seja, os itens K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 e K9 falam de questões que estão relacionadas ao atributo competência cultural?)” foi alcançado o IVC = 0,85. Os resultados da avaliação da pertinência dos itens do atributo “competência cultural” são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Pertinência dos itens do atributo “competência cultural”

	NÃO TEM RELAÇÃO (1)	TEM POUCA RELAÇÃO (2)	TEM RELAÇÃO (3)	TEM MUITA RELAÇÃO (4)	Σ 3+4	IVC
PERTINÊNCIA	0/0%	2/15,38%	3/23,08%	8/61,54%	11	0,85

Em relação a avaliação da abrangência deste atributo, o IVC encontrado foi de 0,92, relacionado à questão “o atributo competência cultural foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens K1 à K9? (competência cultural pode ser medida a partir dos itens K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 e K9 ou necessita de novos itens para garantir a abrangência?)”. A Tabela 4 apresenta o resultado na avaliação da abrangência dos itens do atributo “competência cultural” de acordo com o Comitê de Juízes.

Tabela 4 – Abrangência dos itens do atributo “competência cultural”

	NÃO ABRAN GENTE (1)	NECESSITA DE GRANDE REVISÃO PARA SER ABRANGENTE (2)	NECESSITA DE POUCA REVISÃO PARA SER ABRANGENTE (3)	ABRAN GENTE (4)	Σ	ÍNDICE
ABRANGÊNCIA	0/0%	1/7,69%	1/7,69%	11/84,6 2%	1 2	0,92

Uma vez atingido um nível de concordância satisfatório entre os membros do Comitê e pesquisadora responsável, o PCATool-Brasil VPCA extensa, via *Google Forms* seguiu para o Estudo Piloto. O Estudo Piloto, aplicado de forma virtual pela pesquisadora responsável e por um cigano membro do Comitê de Juízes, foi realizado com 6 ciganas e 4 ciganos, entre

estes 6 calons, 2 rons e 2 sintis, e transcorreu sem nenhuma dificuldade. Na reunião final com o Comitê foram compartilhadas duas situações verificadas durante o Estudo Piloto: o tamanho de algumas questões (para estes casos o Comitê decidiu colocar os exemplos no enunciado do tópico de cada atributo, tornando desnecessária a repetição a cada item) e a utilização de algumas palavras pouco conhecidas pelos povos ciganos (estas prontamente substituídas pelo Comitê).

O instrumento final, que passou por esse processo de adaptação e validação de conteúdo, constituiu-se de 92 itens, distribuídos em seus sete atributos, conforme mostra o Quadro 10. Encerradas as etapas de adaptação e validação de conteúdo, o PCATool-Brasil VPCA extensa seguiu, via *Google Forms*, para etapa de aplicação do instrumento.

Quadro 10 – Itens e atributos PCATool-Brasil VPCA extensa, após passar por processo de adaptação e de validação de conteúdo

AFILIAÇÃO
A1. Há um serviço de saúde de saúde que você geralmente procura quando adoecer ou quando precisa de orientações sobre a sua saúde (Ex.: Posto de Saúde do Bairro (ou próximo do seu acampamento), UPA, Hospital, Clínica Especializada, Outros)?
A1.1. Se sim, qual destes serviços?
A2. Este serviço de saúde fica no seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
A3. No bairro onde você mora (ou próximo do seu acampamento) tem um posto de saúde?
A4. Você costuma ser atendido (a) ou já foi atendido (a) pela equipe do posto de saúde do seu bairro (próximo do seu acampamento)?
ATRIBUTO 1: PRIMEIRO CONTATO
UTILIZAÇÃO
B1. Quando você NÃO ESTÁ com um problema de saúde, mas precisa de um serviço de saúde para uma consulta ou atendimento de rotina, check-up e/ou outros, você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?
B2. Quando você tem um problema de saúde você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?
B3. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista (ex.: médico/a cardiologista, pneumologista; enfermeira/o obstetra, outros) algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), normalmente, faz o seu encaminhamento?
ACESSIBILIDADE
C1.O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto no sábado e/ou no domingo?
C2. O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto à noite alguns dias da semana?
C3. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está aberto e você adoecer, você é atendida (o) no mesmo dia?
C4. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está aberto você consegue orientação rápida por meio de algum telefone fixo, celular, WhatsApp, e-mail, etc., se precisar?

C5. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adoce, existe um número de telefone fixo, celular, WhatsApp, e-mail, etc., através do qual você consegue entrar em contato com algum profissional da equipe?
C6. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adoce durante a noite, algum profissional da equipe do posto atende você na mesma noite?
C7. É fácil marcar um atendimento de saúde (ex.: consulta, vacinação, preventivo, pré-natal, curativo, marcação de exames e outros) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
C8. Quando você chega ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), depois de passar pela triagem/acolhimento, você tem que esperar mais de 30 (trinta) minutos para passar pela consulta?
C9. Quando você precisa de um atendimento no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), você precisa esperar por muito tempo e/ou falar com muitas pessoas para conseguir?
C10. É difícil para você conseguir atendimento médico no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) quando você precisa?
C11. Quando você necessita ir ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), você precisa faltar ao trabalho ou à escola?
ATRIBUTO 2: LONGITUDINALIDADE
D1. Os profissionais que lhe atendem no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) costumam ser os mesmos ou a equipe muda com frequência?
D2. Você acha que os profissionais da equipe do posto do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) entendem o que você diz ou pergunta?
D3. Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respondem as suas perguntas de maneira que você entenda?
D4. Se você tiver uma dúvida sobre a sua saúde, você pode telefonar ou entrar em contato de forma virtual (ex.: WhatsApp, Telegram, e-mail) para falar com o profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) que melhor conhece você?
D5. Durante a consulta no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o profissional que lhe atende dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?
D6. Você se sente à vontade para contar as suas preocupações ou problemas para algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
D7. Você acha que a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece realmente você enquanto cigano(a)?
D8. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe quais problemas de saúde são mais importantes para você e sua família?
D9. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece todo o seu histórico de saúde (ex.: doenças que já teve; cirurgias que já fez; etc.)?
D10. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe sobre o seu trabalho ou emprego?
D11. De alguma forma, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) saberia se você tivesse problemas para conseguir os medicamentos que você precisa?
D12. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?
D13. Se fosse muito fácil, você mudaria do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do

seu acampamento) para outro posto de saúde?
ATRIBUTO 3: COORDENAÇÃO DO CUIDADO
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS
E1. Você ou alguém da sua família passou por consulta em um serviço especializado no período em que está sendo acompanhada (o) pela equipe do posto de saúde seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
E2. Quando você ou alguém da sua família necessita de consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) encaminha você(s) para o serviço especializado?
E3. Quando você ou alguém da sua família fez uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) foi informada?
E4. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) orientou você sobre os serviços especializados de saúde onde você pode ser atendida (o)?
E5. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) ajudou a marcar essa consulta no serviço especializado?
E6. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) enviou algum relatório explicando sobre o motivo do encaminhamento para a consulta no serviço especializado?
E7. Quando você ou alguém da sua família passa por uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica sabendo quais foram os resultados da sua consulta no serviço especializado?
E8. Depois que você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conversou com você/s sobre o que aconteceu durante essa consulta no serviço especializado?
E9. Quando você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você/s recebeu durante a consulta no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?
SISTEMA DE INFORMAÇÃO
F1. Quando você vai ao do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?
F2. Quando você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) está sempre disponível na consulta?
F3. Você foi informada (o) de que se quiser pode ter acesso ao seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
ATRIBUTO 4: INTEGRALIDADE
SERVIÇOS DISPONÍVEIS
G1. Orientação sobre alimentação, nutrição ou dieta

G2. Orientação quanto à possibilidade da sua família participar de algum programa de assistência social e/ou de benefícios sociais
G3. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex: ácido fólico, sulfato ferroso, vitaminas, leite, alimentos, outros)
G4. Vacinas (imunizações)
G5. Avaliação da saúde bucal
G6. Tratamento dentário
G7. Planejamento familiar (ex.: prevenção da gravidez, como planejar a chegada de um filho, outros)
G8. Aconselhamento, acompanhamento e/ou tratamento para casos de uso de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, cigarro, remédios para dormir, etc.)
G9. Acompanhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão, outros)
G10. Sutura (costura) de um corte que necessite de pontos
G11. Solicitação e/ou realização de teste para diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ex.: teste anti-HIV/AIDS, Sífilis, outros).
G12. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas auditivos (para escutar)
G13. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas de vista (para enxergar)
G14. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)
G15. Remoção de verrugas
G16. Exame preventivo para câncer de colo do útero (Citopatológico/Teste Papanicolau)
G17. Orientação e tratamento para parar de fumar
G18. Cuidados pré-natais
G19. Remoção de unha encravada
G20. Orientação sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex. aumento das doenças crônicas (pressão alta, diabetes), risco de queda, perda de memória e outros)
G21. Orientações sobre cuidados em casa (ou no acampamento) para você ou para alguém da sua família (ex.: curativos, banho na cama, outros)
G22. Orientações sobre os cuidados necessários que você deve ter com alguém de sua família que fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a própria saúde (ex.: em estado de coma)
SERVIÇOS PRESTADOS
H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)
H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada e fiação solta, outros).
H3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir algumas vezes.
H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você.
H6. Testes de sangue para avaliar a saúde de um modo geral (ex: colesterol, triglicérides, glicemia em jejum, outros).
H7. Verificação e orientação sobre os remédios que você está usando.
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na comunidade.
H9. Orientação a respeito de como guardar arma de fogo em segurança.
H10. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente velas, candeeiros, outras substâncias).
H11. Como prevenir quedas (ex. : crianças, idosos, outros).

H12. Como prevenir problemas de saúde que são comuns aos povos ciganos (ex.: lombalgia - dor na lombar; cialgia – dor no nervo ciático; estresse; outros).
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.
H13. Só para homens: disfunção erétil – causas, sintomas, tratamentos e outras dúvidas.
ATRIBUTO 5: ORIENTAÇÃO FAMILIAR
I1. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pergunta o que você pensa (as suas opiniões) ao planejar o seu tratamento ou de alguém da sua família?
I2. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) já perguntou para você sobre doenças ou problemas que ocorrem ou que já ocorreram em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão, tabagismo, pressão alta, outros)?
I3. Você acredita que os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) se reuniriam com membros de sua família e/ou comunidade se você achasse necessário?
ATRIBUTO 6: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
J1. Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fazem visitas domiciliares ou já visitaram a sua casa ou o seu acampamento?
J2. Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhecem os problemas de saúde importantes para a sua comunidade?
J3. Os profissionais da equipe de saúde levam em conta opiniões e ideias das comunidades ciganas sobre como melhorar os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
J4. Pesquisas de satisfação para ver se os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) estão atendendo as necessidades dos povos ciganos.
J5. Pesquisas nas comunidades ciganas para identificar problemas que devem ser conhecidos pela equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).
J6. Convite a você e à sua comunidade para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde.
J7. Realização de reuniões com a sua comunidade para levantamento das demandas antes de planejar as ações de saúde.
ATRIBUTO 7: COMPETÊNCIA CULTURAL
K1. Você recomendaria a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um amigo ou parente?
K2. Você indicaria o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um (a) cigano (a) que usa ervas e remédios caseiros ou que tem crenças tradicionais sobre os cuidados com a saúde?
K3. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?
K4. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respeita a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?
K5. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está preparada para cuidar das comunidades ciganas, uma vez que os povos ciganos possuem histórias, tradições e costumes que necessitam ser conhecidos por esses profissionais para

um cuidado mais efetivo?
K6. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) reconhece e respeita a sua preferência para ser atendido (a) por profissional do mesmo sexo?
K7. Você informa à equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) quando faz uso de alguma prática curativa tradicional (chás, ervas e remédios caseiros) aprendidos com a sua família ou com a sua comunidade?
K8. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) leva em consideração a cultura, saberes e práticas da sua comunidade quando define o seu tratamento e realiza a sua orientação?
ETNIA CIGANA/CIDADE
Você é Cigano / Cigana da Etnia:
Município de:

Em síntese, a partir da validação de conteúdo, o instrumento final ficou composto de 92 itens, distribuídos em seus quatro atributos essenciais [Primeiro contato (Utilização e Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado (Integração de cuidados e Sistema de Informação); Integralidade (Serviços disponíveis e Serviços prestados) e três atributos derivados (Orientação Familiar; Orientação Comunitária e Competência Cultural).

No estudo de validação da versão extensa para adultos (PCATool -Brasil Adultos), o processo de validação de conteúdo foi descrito apenas brevemente, mas contou com a participação da autora principal do instrumento original. Nesse estudo, o PCATool -Brasil Adultos (Harzheim *et al.*, 2013), ficou composto de 87 itens, distribuídos nos quatro atributos essenciais e nos dois derivados, foi considerado adequado, como uma medida que mede o componente a que se refere, utilizando a avaliação conceitual dos fatores.

As adaptações e inserção de itens são comuns na etapa de validação de conteúdo. Por exemplo, o instrumento PCATool-VPAIdoso ficou composto de 105 itens distribuídos ao longo dos atributos, sendo que o instrumento no qual ele se baseou foi a versão PCATool-Profissionais que contém 77 itens. Na versão destinada à população idosa, 64 itens foram adaptados sintática e/ou semanticamente e outros 28 itens foram acrescentados pelo Comitê de Juízes.

Assim, o instrumento PCATool-Brasil VPCA, dirigido à população cigana, passou por duas etapas de validação de conteúdo e, com a exceção do atributo Integralidade (serviços disponíveis), todos os demais itens foram adaptados sintática e/ou semanticamente e outros oito itens (referentes à Competência Cultural) foram acrescentados de acordo com a proposição do Comitê de Juízes. As alterações sintáticas e semânticas foram adaptações contextuais, ou seja, que serviram para adequar os itens à realidade cultural e de saúde dos

povos ciganos, buscando não comprometer o significado contido em cada item do instrumento PCATool -Brasil Adultos (Harzheim *et al.*, 2013).

4.3. Etapa de aplicação do instrumento

Conforme descrito em momento anterior, o instrumento foi aplicado em 274 pessoas das comunidades ciganas dos municípios de Buerareama, Camaçari, Dias D'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Ibiquera, Ilhéus, Itabuna, Itaetê, Itambé, Itapé, Itapetinga, Jacobina, Jequié, João Dourado, Lapão, Mairi, Marcionilio Souza, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Monte Gordo, Ruy Barbosa, Salvador, Tapiramutá, Teixeira de Freitas, Utinga, Várzea Nova e Vitória da Conquista, estes que compõem 13 Microrregiões de Saúde da Bahia (Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Salvador e Vitória da Conquista), no período de abril à junho de 2023.

No primeiro momento a pesquisadora responsável e três pesquisadoras auxiliares se deslocaram 417km, do município de Itabuna/BA até a cidade de Camaçari/BA, com o objetivo de aplicar o instrumento junto aos povos ciganos de municípios da Região Metropolitana de Salvador/BA. Conforme informações colhidas diretamente com lideranças ciganas baianas, na Região da Grande Salvador (ou Região Metropolitana de Salvador) encontra-se atualmente o maior quantitativo de ciganas e de ciganos do Estado. Orientadas e acompanhadas diretamente por um professor doutor e líder cigano de Feira de Santana/BA (detentor de amplo respeito e reconhecimento junto às comunidades ciganas), as pesquisadoras percorreram os municípios de Camaçari, Dia d'Ávila e Monte Gordo, em três dias de intensas atividades e aplicaram de forma direta (com apoio do líder cigano, este que disponibilizou o seu carro para o traslado entre os três municípios e que também atuou enquanto pesquisador auxiliar) um total de 163 questionários e, de forma indireta/autoaplicável (quando pesquisadores enviavam orientavam e enviavam o *link* via *WhatsApp*, mas o pesquisado respondia sozinho), um quantitativo de 10 questionários, perfazendo um total de 173 respostas. Vale destacar que nas três cidades (Camaçari, Dia d'Ávila e Monte Gordo) o grupo de pesquisadoras/es contou com grande apoio das lideranças ciganas locais, tendo sido muito bem acolhido por todas as famílias ciganas visitadas.

Já nesta etapa da pesquisa foi possível perceber a ausência de vínculo entre as comunidades ciganas e as equipes de atenção primária à saúde, haja vista, muitos serviços que fazem parte do cardápio de serviços da APS são completamente desconhecidos para os povos

ciganos que participaram da pesquisa. Cabe ressaltar, a estrutura do instrumento (especialmente o quantitativo de questões – que torna o instrumento longo - média de tempo de 30min para aplicação - e a aparente repetição de algumas questões – neste caso, destaca-se, alguns itens se repetem, mas com o objetivo de mensurar diferentes dimensões referentes a atributos específicos) também foi uma fragilidade já identificada nesta etapa.

Ademais, o grande número de ciganas e de ciganos com dificuldades relacionadas à leitura e à escrita, demonstrou a relevância de que o instrumento seja, preferencialmente, aplicado diretamente por um pesquisador e/ou profissional da saúde. Essa condição foi percebida nos encontros com famílias numerosas, vivendo em barracas e sem acesso a serviços básicos de saneamento e infraestrutura, assim como nos encontros com algumas famílias com alto poder aquisitivo, residindo em casas grandes e bem estruturadas.

Buscando alcançar o objetivo de aplicar o instrumento adaptado a uma amostra de pelo menos 250 ciganos e ciganas em municípios da Bahia para avaliar suas propriedades psicométrica, a pesquisadora responsável, agora com o apoio de lideranças ciganas dos municípios de Itabuna, Buerarema e Jacobina (e mais uma vez de Feira de Santana), que também atuaram como pesquisadores auxiliares, aplicou 101 questionários. Destes, 79 de forma direta (presencial), sendo 50 em Itabuna, 27 em Jacobina e 02 em Buerarema e 22 de forma indireta/autoaplicável, perfazendo ao final um total de 274 questionários aplicados.

A etapa de aplicação do instrumento, ao tempo que foi bastante exaustiva e custosa (inclusive financeiramente) constituiu um dos momentos mais ricos da pesquisa. Sem dúvidas, oportunizou uma grande imersão na cultura cigana com aprendizados não encontrados em nenhum livro, artigo e ou pesquisa.

4.4 Validade de constructo

Conforme já descrito no capítulo de Fundamentação Teórica e de Metodologia, neste estudo optou-se por realizar dois tipos de Análises Fatoriais: a Análise de Componentes Principais (ACP) e a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Enquanto a ACP foi empregada para permitir a comparabilidade com os resultados do estudo de validação brasileira do PCATool, a segunda permitiu fornecer evidência de validade de construto do Instrumento PCATool VPCA - extensa.

No que diz respeito ao tratamento dos casos faltantes (*missing cases*), foi empregado o procedimento descrito no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010). O Manual orienta que se a soma de respostas em branco (“*missing*”) for

inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” deve ser transformado em valor “2” (“provavelmente não”). De acordo com o Manual, essa imputação de valores contribui para minimizar a perda de dados e pode ser considerada conservadora, já que classifica negativamente as características do serviço de saúde que não são de conhecimento da pessoa entrevistada.

4.5 Análise dos Componentes Principais

Antes de proceder com a ACP propriamente dita, foram verificados os critérios de adequação da base de dados. Foram levadas em consideração, com já foi dito, as seguintes etapas de análise (Matos; Rodrigues, 2019): a) Tamanho da amostra, b) Nível de mensuração das variáveis), c) O teste de esfericidade de Bartlett, d) o Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e) Matriz de correlação anti-imagem.

Conforme apresentado anteriormente, participaram do estudo 274 ciganos e ciganas de 13 Microregiões de Saúde da Bahia (Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Irecê Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Salvador e Vitória da Conquista) residentes nos municípios baianos de Buerareama, Camaçari, Dias D’Ávila, Eunapolis, Feira de Santana, Ibiquera, Ilhéus, Itabuna, Itaetê, Itambé, Itapé, Itapetinga, Jacobina, Jequié, João Dourado, Lapão, Mairi, Marcionilio Souza, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Monte Gordo, Ruy Barbosa, Salvador, Tapiramutá, Teixeira de Freitas, Utinga, Várzea Nova e Vitória da Conquista, com idade média de 38,5 anos (DP = 7,23). A idade mínima foi de 18 anos e a máxima foi de 59 anos e a faixa etária predominante foi de 25 à 35 anos. Quanto ao gênero, 145 eram mulheres e 129 eram homens. Quase a totalidade (n = 273) era da etnia Calon, havendo apenas 1 participante da etnia Rom.

Com relação à primeira etapa, o tamanho da amostra (274 sujeitos) foi, portanto, superior à 250, conforme recomendado por Cattell (1966) e se aproximou muito do critério mínimo de três observações para cada item do instrumento (92 itens no total), que exigiria uma amostra de 276 sujeitos. Barrett e Kline (1981) demonstraram que soluções fatoriais estáveis foram encontradas com um número variando de 1, 2 a 3 respondentes por item. Resultados semelhantes foram encontrados por MacCallum et al. (1999). Por tanto, o critério de tamanho da amostra foi atendido.

Além disso, as variáveis foram medidas de forma quantitativas e foram contínuas, conforme recomendado por Matos e Rodrigues (2019). Portanto, esse critério também foi atendido.

Como o p-valor (sig) do teste de esfericidade de Bartlett neste estudo foi de 0,000, portanto, menor que o ponto de corte do nível de significância ($\alpha = 5$), pode-se admitir que a análise é adequada, isto é que a matriz é fatorável. Com relação ao teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*, no caso do presente estudo foi de 0,90, que indica também que a matriz seja fatorável. Por fim, na matriz anti-imagem obtida neste estudo, nenhum item possui correlação anti-imagem inferior à 0,50, portanto todos os itens foram mantidos para essa etapa de análise. Assim, todas os critérios foram atendidos, o que permite admitir a adequabilidade dos dados para se realizar Análise Fatorial.

No planejamento da ACP, foi empregada a regra bastante utilizada (critério de Kaiser) que sugere que devem ser extraídos somente os componentes com autovalor maior do que 1. Esse critério parte da premissa de que autovalores representam a quantidade de variação explicada por um componente e que um autovalor de 1 representa uma quantidade substancial de variação (Field, 2009).

Um conceito importante para a Análise Fatorial é a Comunalidade, que tem sido definida como a “quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise” (Hair *et al.*, 2005, p. 90). Para Matos e Rodrigues (2019), a Comunalidade é a proporção de variância comum que está presente em uma determinada variável ou item. Portanto, ela também indica se um item funciona bem numa AFE. A rigor, o valor da Comunalidade de cada item deve ser superior a 0,50 para a ser considerada satisfatória (Figueiredo Filho; Silva Júnior, 2010; Matos; Rodrigues, 2019).

Nessa análise inicial foram encontrados apenas 24 itens com Comunalidades inferiores a 0,50, dos 92 itens que compuseram o instrumento (não contando os quatro itens iniciais, de Afiliação, que não participam da Análise Fatorial Exploratória). A partir de uma perspectiva mais conservadora, sugere-se que se for encontrada alguma comunalidade abaixo desse valor, o item deve ser excluído e a análise fatorial deve ser realizada novamente. No entanto, cabe ao pesquisador decidir se elimina ou não tais itens do banco de dados, pois essa decisão deve ser tomada com base na importância conceitual dos itens para o estudo. Dada a relevância desses itens para o instrumento, atestada na etapa de validação de conteúdo, optou-se por manter os itens e analisar suas cargas fatoriais nas análises fatoriais subsequentes. Assim, decidiu-se que apenas itens que apresentassem cargas fatoriais abaixo de 0,30 seriam eliminados do instrumento nesta etapa da análise. As cargas fatoriais são consideradas significativas em análises fatoriais quando elas são maiores que 0,30, pois é um valor mínimo para a variável ser uma representante útil do fator (Laros, 2004).

Foram testados cinco modelos de ACP, com pré-definição de números de fatores que variaram de 7 a 11, uma vez que o instrumento poderia identificar 11 componentes de 7 atributos. Para redefinição de cada atributo, foram selecionados os fatores que continham mais de três itens e com carga fatorial igual ou superior à 0,30. Além disso, os itens não deveriam apresentar cargas fatoriais secundárias superiores à carga fatorial inicial.

Após análise cuidadosa dos cinco modelos testados, observou-se que a solução de nove componentes foi aquela que apresentou a maior homogeneidade na distribuição dos itens, e que reuniu os itens num menor número de componentes, como uma variância explicada de 54,07%. Seguiu-se a regra de que a solução ótima é aquela que permite identificar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada (Damásio, 2012). Vale lembrar ainda, que os primeiros componentes são os mais importantes pois são eles que explicam a maior parte da variação total contida nos dados.

A Tabela 5 apresenta a ordem dos fatores extraídos, os itens que carregaram em cada fator, a variância explicada e a variância explicada acumulada de cada fator e total.

Tabela 5. Distribuição dos itens do PCATool Versão Cigana e variação explicada nos fatores provenientes da Análise Fatorial (n = 274)

Ordem dos Fatores	Fatores e Itens	Variância Explicada (%)	Variância Explicada Acumulada (%)
1°	Integralidade - Serviços Prestados (H9, H3, H4, H10, H11, H13♀ e H13♂) Orientação Comunitária (J7, J5, J6, J4 e J3) Primeiro Contato - Acessibilidade (C4, C5, C6 e C3) Integralidade – Serviços disponíveis (G2 e G19) Orientação Familiar (I1) Sistema de Informações (F3)	28,64	28,64
2°	Integralidade - Serviços Disponíveis (G5, G6, G12, G8, G11, G7, G9, G13, G22, G17, G3, G20, G1 e G21)	6,21	34,85
3°	Competência Cultural (K4, K5, K1, K2, K3, K8 e K6) Primeiro Contato – Acessibilidade (C7, C1)	4,26	39,11

	e C2)		
4°	Longitudinalidade (D9, D8, D10, D12, D11) Coordenação do Cuidado – Integração de cuidados (E7, E8 e E9) Primeiro Contato – Utilização (B1) Orientação Comunitária (J2)	3,36	42,47
5°	Longitudinalidade (D2, D3, D5, D7, D6) Integralidade - Serviços Disponíveis (G4, G18 e G16) Sistema de Informação (F1 e F2)	2,79	45,26
6°	Coordenação do Cuidado - Integração de cuidados (E2, E5, E4, E6, E3, E1) Integralidade – Serviços Prestados (H6 e H7) Primeiro Contato – Utilização (B3)	2,47	47,73
7°	Integralidade - Serviços Disponíveis (G14, G15 e G10) Primeiro Contato – Acessibilidade (C2)	2,41	50,14
8°	Primeiro Contato - Acessibilidade (C9, C10, C8) Longitudinalidade (D13)	2,05	52,19
9°	Primeiro Contato – Acessibilidade (C11) Competência Cultural (K7) Orientação Comunitária (J1)	1,88	54,07

De acordo com Damásio (2012), a variância explicada deve ser interpretada como a porção de variância comum que um ou mais fatores conseguem extrair de um determinado conjunto de dados. Tinsley e Tinsley (1987) defendem que soluções fatoriais que encontrem uma variância explicada de apenas entre 30% a 40% sugerem uma ampla porcentagem de variância não-explicada, isto é, de resíduos. Numa meta-análise, Peterson (2000) avaliou os níveis de variância explicada nos estudos que utilizaram AFEs, e também investigou as relações entre variância explicada e aspectos referentes ao delineamento metodológico desses

estudos. Ele investigou 803 análises fatoriais, oriundas de 568 artigos, publicados entre 1964 e 1999.

Do total das AFEs executadas, 82% utilizaram o método de rotação *varimax* e 67% empregaram o método dos componentes principais. A média da variância explicada encontrada foi de 56,6%. Além disso, do total das AFEs avaliadas, apenas 10% apresentaram variância explicada maior que 76%, e outros 10% apresentaram variância explicada menor que 34%. Embora Hair et al. (2012) tenha definido que a variância explicada em uma Análise Fatorial Exploratória deva ser de no mínimo de 60% para ser aceitável, em algumas áreas como a da Psicologia, as soluções fatoriais explicam, em geral, menos de 50% da variância total (Damásio, 2012). Ainda, conforme Hair (2005), nas Ciências Sociais, campo em que as informações são menos exatas, não é raro considerar como satisfatória uma solução com valores inferiores a 60% da variância total (em alguns casos até menos). De fato, em qualquer área do conhecimento, apenas uma variância menor que 35% significaria que o conjunto de dados não seria útil, o que justificaria a necessidade de revisar a medida (instrumento) ou realizar uma nova coleta de dados (Hair *et al.*, 2012).

No caso do presente estudo, como mostra a Tabela 5, os nove componentes juntos apresentaram uma variância total explicada de 54,07%, como já foi dito. Portanto, o poder de explicação do modelo está muito próximo ao adequado (Matos; Rodrigues, 2019), que é de 60%. Vale lembrar que no estudo de validação brasileira do PCATool-BRASIL versão adultos, a variância explicada obtida foi de 50,16%, ou seja, muito parecida com a aqui encontrada. Durante essa etapa de análise nove itens foram excluídos por apresentarem carregamento inferior à 0,30.

No Modelo final escolhido (9 componentes), o primeiro Fator extraído foi o que reteve itens de cinco atributos distintos (“Integralidade - Serviços Prestados”, “Orientação Comunitária”, “Primeiro Contato – Acessibilidade”, “Orientação Familiar” e “Integralidade – Serviços disponíveis”). Esse componente explicou sozinho quase 30% da variância na amostra, o que sugere que para as etnias ciganas os itens desses cinco atributos da Atenção Primária estão bastante interrelacionados. Pode-se interpretar que, nesse primeiro fator, está subjacente a crença de que os serviços importantes devem ser prestados, devem ser de fácil acesso, e devem ser acompanhados de uma postura do profissional de saúde que leve em conta as opiniões e ideias das comunidades ciganas, bem como ter conhecimento das demandas e necessidades de saúde de toda a sua família.

O segundo componente mostrou-se o mais homogêneo de todos, reunindo apenas itens do atributo original “Integralidade - Serviços disponíveis”. De modo geral, os itens que mais

carregaram neste Fator dizem respeito aos serviços de saúde que são oferecidos aos usuários ciganos, como programa de suplementação nutricional, avaliação da saúde bucal e problemas dentários, planejamento familiar, aconselhamento, acompanhamento e/ou tratamento para casos de uso de drogas, álcool, cigarro e de problemas de saúde mental, realização de solicitação e/ou realização de teste para diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis, identificação de possíveis problemas de vista, dentre outros.

O terceiro componente carregou itens do atributo derivado “Competência Cultural” e do atributo essencial “Primeiro Contato – Acessibilidade”. Isso pode significar que para os povos ciganos, a “competência cultural” do(s) profissional(is) de saúde envolveria não apenas o reconhecimento e o respeito a sua cultura, saberes e práticas, mas também dependeria da facilidade de acesso para marcar consultas, inclusive nos fins de semana e a noite. Ou seja, a acessibilidade aos serviços de saúde durante esses períodos extraordinários poderia ser vista como um importante componente cultural para essas comunidades.

Esses três primeiros componentes denotam que a qualidade dos serviços prestados e dos serviços disponíveis, a orientação familiar e comunitária, além da competência cultural dos profissionais e da possibilidade de acesso aos serviços em horários especiais, são os elementos mais relevantes da atenção primária para as etnias ciganas, pois são eles que explicam a maior parte da variação total contida nos dados.

No estudo de validação brasileira do PCATool-BRASIL versão adultos (Harzheim *et al.*, 2013), o primeiro componente extraído foi o que reuniu itens dos atributos Acessibilidade (C3, C4, C8, C9, C10, C11, C12), Longitudinalidade (D14) e Sistema de Informações (F2). Longitudinalidade juntamente com outros itens do atributo Sistema de Informações formou o 2º componente extraído. O 3º componente carregou itens dos atributos “Integralidade – Serviços Prestados” e “Orientação Familiar”. A Orientação comunitária foi apenas o 7º componente extraído e a maior parte dos itens do atributo “Integralidade - Serviços Prestados” carregou no 9º Fator. Competência cultural nem entrou naquele procedimento de validação, porque em estudo anterior (Harzheim *et al.* 2006) ele foi excluído, por não se consolidar como uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo.

Assim, ao final desse processo de redução de dados aos seus componentes principais, observa-se que a melhor solução encontrada não foi capaz de discriminar, em fatores diferentes, os 7 atributos originais da atenção a primária e manteve apenas 83 dos 92 itens originais do instrumento que passou pelo processo de validação de conteúdo. Ao se comparar os resultados do presente estudo com o estudo de validação de Harzheim *et al.* (2013), observa-se que a composição dos componentes principais difere bastante entre si, ou seja,

cada componente carregou itens bastante diversos nos dois estudos, e os componentes mais relevantes para o estudo de validação brasileira não foram os mesmos para o presente estudo. Isso leva a deduzir que de fato existe a necessidade de um instrumento que meça a qualidade da Atenção Primária adaptado e validado para as etnias ciganas, e que o instrumento já validado para o Brasil (PCATool-BRASIL versão adultos) talvez não consiga cumprir esse papel, dadas as particularidades culturais dos povos ciganos.

4.6 Análise Fatorial Exploratória

Para prosseguir com o processo de validação de constructo, procedeu-se com a AFE, empregando a técnica da probabilidade máxima, e o método de extração VARIMAX. O critério de retenção dos fatores adotados também foi o do *eigenvalue* (autovalor) maior do que 1,0 ($\lambda_i > 1$). Tal critério permite avaliação rápida e objetiva do número de fatores a serem retidos e cada fator retido apresenta um autovalor que se refere ao total de variância explicada por este fator (Damásio, 2012).

Da mesma forma que na ACP, aqui na AFE também foi verificada a adequação dos dados para se realizar a análise fatorial. O Teste de esfericidade de Barlett apresentou um nível de significância bem menor que 0,5 e o KMO foi de 0,91. A Matriz de anti-imagem também não apresentou nenhum valor inferior a 0,50, portanto, concluiu-se que a matriz é passível de fatoração.

De início, também foram testados cinco modelos de ACP, com pré-definição de números de fatores que variaram de 7 a 11 (para tentar corresponder com a estrutura do instrumento). Para redefinição de cada atributo, foram selecionados os fatores que continham mais de três itens e com carga fatorial igual ou superior à 0,30, pois como já foi dito, esse é um valor mínimo para a variável ser uma representante útil do fator (Laros, 2004). Manteve-se, na medida do possível, o critério de que os itens não deveriam apresentar cargas fatoriais secundárias superiores à carga fatorial inicial, por que nos casos em que os itens carregaram em mais de um fator, a decisão por mantê-lo em um fator ou em outro, tomou como base o critério teórico (o que fazia mais sentido de acordo com a teoria dos atributos da atenção primária).

Após análise inicial dos cinco modelos testados, observou-se que a solução de 10 fatores foi aquela que apresentou a maior homogeneidade na distribuição dos itens. No entanto, esse modelo apresentava um número relativamente alto de Comunalidades inferiores

A 0,50 (39, No Total). Assim, procedeu-se com uma série de sucessivas análises testando modelos que retiravam itens com baixa Comunalidades, um a um. Chegou-se a um modelo satisfatório, com a eliminação de 19 itens (B1, C4, C5, C11, D1, D4, F1, F2, F3, G2, G3, G12, G17, G20, I1, I2, J1, J2 e K7), que explicou 52,45% da variância total, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Fatores extraídos e seus respectivos itens, Variância Explicada e Variância Explicada Acumulada (n = 274)

Ordem dos Fatores	Fatores e Itens	Variância Explicada (%)	Variância Explicada Acumulada (%)
1°	Integralidade - Serviços Prestados (H3, H9, H4, H11, H10, H12, H2, H8, H1, H5, H13♀, H13♂, H7 e H6) Orientação Comunitária (J7, J5, J6, J4 e J3)	28,60	28,60
2°	Competência Cultural (K4, K5, K3, K1, K8, K2 e K6) Primeiro Contato – Acessibilidade (C1, C7, C2, C3, C6,) Orientação Familiar (I3)	6,25	35,21
3°	Longitudinalidade (D9, D12, D10, D8, D11)	3,59	38,81
4°	Longitudinalidade (D2, D3, D5, D6, D7,) Integralidade - Serviços Disponíveis (G4, G18, G16,	3,01	41,56
5°	Coordenação do Cuidado - Integração de cuidados (E2, E5, E4, E6, E3, E1, E7, E8 e E9) Primeiro Contato – Utilização (B3 e B2)	2,75	44,57
6°	Integralidade - Serviços Disponíveis (G12, G22, G13, G8, G11, G7, G9, G21, G10 G1)	1,94	46,51
7°	Integralidade - Serviços Disponíveis (G5 e G6) Agregou apenas dois itens, que também carregaram no 6° Fator – Foi excluído	1,91	48,42
8°	Primeiro Contato - Acessibilidade (C9,	1,58	50,00

C10, C8)

9º	Integralidade - Serviços Disponíveis (G15, G14 e G19)	1,30	51,31
10º Fator	Orientação Comunitária (J7, J5 e J6) – esses itens apresentaram cargas fatoriais secundárias superiores à carga fatorial inicial carregada neste fator	1,14	52,45

Como é possível observar na Tabela 6, um dos fatores agregou apenas dois itens (Fator 7) e o outro apresentou cargas fatoriais secundárias superiores à carga fatorial inicial (Fator 10), e por isso foram excluídos da solução final. Assim, a solução final, considerando estritamente o critério estatístico, foi composta 73 itens distribuídos em oito fatores.

A Tabela 7 apresenta a melhor solução fatorial encontrada, discriminado a ordem dos Fatores (de acordo com o grau de importância que receberam neste estudo) e seus respectivos itens, após a eliminação de 18 itens com comunalidades menores que 0,50 e da exclusão dos Fatores 7 e 10, pelos motivos já descritos.

Tabela 7 - Ordem dos Fatores Extraídos por meio da Rotação VARIMAX e respectivos itens (n = 274)

FATOR	ITENS CARREGADOS
Fator 1: Integralidade - Serviços prestados e Orientação comunitária	<p>H3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.</p> <p>H9. Orientação a respeito de como guardar arma de fogo em segurança.</p> <p>H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir algumas vezes.</p> <p>H11. Como prevenir quedas (ex. : crianças, idosos, outros).</p> <p>H10. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente velas, candeeiros, outras substâncias).</p> <p>H12. Como prevenir problemas de saúde que são comuns aos povos ciganos (ex.: lombalgia - dor na lombar; cialgia – dor no nervo ciático; estresse; outros).</p> <p>H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada e fiação solta, outros).</p> <p>H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na comunidade.</p> <p>H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)</p> <p>H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você.</p> <p>H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.</p> <p>H13. Só para homens: disfunção erétil – causas, sintomas, tratamentos e outras dúvidas.</p> <p>H7. Verificação e orientação sobre os remédios que você está usando.</p>

Fator 2 – Competência Cultural e Acessibilidade

- H6. Testes de sangue para avaliar a saúde de um modo geral (ex: colesterol, triglicérides, glicemia em jejum, outros).
- J7. Realização de reuniões com a sua comunidade para levantamento das demandas antes de planejar as ações de saúde.
- J5. Pesquisas na comunidade cigana para identificar problemas que devem ser conhecidos pela equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).
- J6. Convite a você e à sua comunidade para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde.
- J4. Pesquisas de satisfação para ver se os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) estão atendendo as necessidades dos povos ciganos.
- J3. Os profissionais da equipe de saúde levam em conta opiniões e ideias da comunidade cigana sobre como melhorar os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
- C5. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adoece, existe um número de telefone fixo, celular, WhatsApp, e-mail, etc., através do qual você consegue entrar em contato com algum profissional da equipe?
- K4. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respeita a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?
- K5. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está preparada para cuidar das comunidades ciganas, uma vez que os povos ciganos possuem histórias, tradições e costumes que necessitam ser conhecidos por esses profissionais para um cuidado mais efetivo?
- K3. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?
- K1. Você recomendaria a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um amigo ou parente?
- K8. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) leva em consideração a cultura, saberes e práticas da sua comunidade quando define o seu tratamento e realiza a sua orientação?
- K2. Você indicaria o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um (a) cigano (a) que usa ervas e remédios caseiros ou que tem crenças tradicionais sobre os cuidados com a saúde?
- K6. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) reconhece e respeita a sua preferência para ser atendido (a) por profissional do mesmo sexo?
- C1. O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto no sábado e/ou no domingo?
- C7. É fácil marcar um atendimento de saúde (ex.: consulta, vacinação, preventivo, pré-natal, curativo, marcação de exames e outros) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?
- C2. O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto à noite alguns dias da semana?
- C3. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está aberto e você adoece, você é atendida (o) no mesmo dia?

<p>Fator 3 – Longitudinalidade – Conhecimento da história pregressa</p>	<p>C6. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adocece durante a noite, algum profissional da equipe do posto atende você na mesma noite? I3. Você acredita que os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) se reuniriam com membros de sua família e/ou comunidade se você achasse necessário? D9. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece todo o seu histórico de saúde (ex.: doenças que já teve; cirurgias que já fez; etc.)? D12. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D10. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe sobre o seu trabalho ou emprego? D8. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe quais problemas de saúde são mais importantes para você e sua família? D11. De alguma forma, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) saberia se você tivesse problemas para conseguir os medicamentos que você precisa?</p>
<p>Fator 4 – Coordenação de cuidado – Integração de cuidados</p>	<p>E2. Quando você ou alguém da sua família necessita de consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) encaminha você(s) para o serviço especializado? E5. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) ajudou a marcar essa consulta no serviço especializado? E4. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) orientou você sobre os serviços especializados de saúde onde você pode ser atendida (o)? E6. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) enviou algum relatório explicando sobre o motivo do encaminhamento para a consulta no serviço especializado? E3. Quando você ou alguém da sua família fez uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) foi informada? E1. Você ou alguém da sua família passou por consulta em um serviço especializado no período em que está sendo acompanhada (o) pela equipe do posto de saúde seu bairro (ou próximo do seu acampamento)? E7. Quando você ou alguém da sua família passa por uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica sabendo quais foram os resultados da sua consulta no serviço especializado? E8. Depois que você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conversou com você/s sobre o que aconteceu durante essa consulta no serviço especializado? E9. Quando você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)</p>

<p>Fator 5: Longitudinalidade – Sensibilidade na escuta e Integralidade - Serviços disponíveis</p>	<p>pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você/s recebeu durante a consulta no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?</p> <p>B3. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista (ex.: médico/a cardiologista, pneumologista; enfermeira/o obstetra, outros) algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), normalmente, faz o seu encaminhamento?</p> <p>B2. Quando você tem um problema de saúde você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?</p> <p>D2. Você acha que os profissionais da equipe do posto do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) entendem o que você diz ou pergunta?</p> <p>D3. Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respondem as suas perguntas de maneira que você entenda?</p> <p>D5. Durante a consulta no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o profissional que lhe atende dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?</p> <p>D6. Você se sente à vontade para contar as suas preocupações ou problemas para algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?</p> <p>D7. Você acha que a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece realmente você enquanto cigano(a)?</p> <p>G4. Vacinas (imunizações)</p> <p>G18. Cuidados pré-natais</p> <p>G16. Exame preventivo para câncer de colo do útero (Citopatológico/Teste Papanicolau)</p>
<p>Fator 6: Integralidade - Serviços Disponíveis</p>	<p>G12. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas auditivos (para escutar)</p> <p>G22. Orientações sobre os cuidados necessários que você deve ter com alguém de sua família que fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a própria saúde (ex.: em estado de coma)</p> <p>G13. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas de vista (para enxergar)</p> <p>G8. Aconselhamento, acompanhamento e/ou tratamento para casos de uso de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, cigarro, remédios para dormir, etc.)</p> <p>G11. Solicitação e/ou realização de teste para diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ex.: teste anti-HIV/AIDS, Sífilis, outros).</p> <p>G7. Planejamento familiar (ex.: prevenção da gravidez, como planejar a chegada de um filho, outros)</p> <p>G9. Acompanhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão, outros)</p> <p>G21. Orientações sobre cuidados em casa (ou no acampamento) para você ou para alguém da sua família (ex.: curativos, banho na cama, outros)</p> <p>G10. Sutura (costura) de um corte que necessite de pontos</p> <p>G5. Avaliação da saúde bucal</p> <p>G6. Tratamento dentário</p>
<p>Fator 7: Primeiro Contato - Acessibilidade</p>	<p>C9. Quando você precisa de um atendimento no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), você precisa esperar por muito tempo e/ou falar com muitas pessoas para conseguir?</p>

C10. É difícil para você conseguir atendimento médico no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) quando você precisa?

C8. Quando você chega ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), depois de passar pela triagem/acolhimento, você tem que esperar mais de 30 (trinta) minutos para passar pela consulta?

Fator 8: Integralidade - Serviços Simples Disponíveis	G15. Remoção de verrugas G14. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido) G19. Remoção de unha encravada
---	--

De acordo com a Tabela 7, o Fator 1 agrupou itens de dois atributos (“Integralidade - Serviços prestados” e “Orientação Comunitária”), o que significa que se fôssemos adotar o critério unicamente estatístico teríamos que considerar que esses dois atributos possuem itens altamente correlacionados entre si, que explicam um construto latente único: Ou seja, para a os ciganos e ciganas que participaram desse estudo, os serviços prestados pela Atenção Primária à saúde devem ser sensíveis às necessidades de saúde, às opiniões e as ideias dos povos ciganos, ou seja, devem ser culturalmente orientados.

O Fator 2 agregou itens também de dois atributos (“Competência Cultural” e “Acessibilidade”), mais o item I3 [*Você acredita que os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) se reuniriam com membros de sua família e/ou comunidade se você achasse necessário?*]. De forma semelhante ao fator anterior, os dois conjuntos de itens provenientes dos dois atributos que estão separados no instrumento original, poderiam, para fins de análises posteriores, ser contabilizados num único atributo. Pode-se interpretar que para os povos ciganos investigados, é muito importante que os profissionais de saúde tenham competência cultural, e essa é observada inclusive em termos da acessibilidade aos serviços.

De acordo com esse resultado, uma acessibilidade culturalmente validada permitiria um fácil acesso aos serviços que são considerados relevantes para a sua cultura (ex.: consulta, vacinação, preventivo, pré-natal, curativo, marcação de exames e outros), inclusive nos finais de semana e a noite. Chama a atenção aqui, que a competência cultural foi o segundo fator extraído nessa AFE, o que significa que sua ordem de importância é grande para as comunidades ciganas. Como já falamos anteriormente, no estudo de validação brasileira do instrumento, esse fator não foi considerado. Tal fato reforça a necessidade de validação de uma versão para os povos ciganos do instrumento PCATool no Brasil.

O Fator 3 reuniu apenas itens do atributo “Longitudinalidade”, mas se forem observados com atenção, esses itens referem-se à valorização do conhecimento da história

pregressa do paciente, por parte da equipe do posto de saúde. Os itens do atributo Longitudinalidade também carregaram em um Fator distinto (Fator 5), mas desta vez os itens remetem à valorização da escuta por parte do profissional de saúde. Portanto, o Constructo Longitudinalidade, a partir dessa AFE se desmembra em dois componentes distintos.

O Fator 4 agregou itens do atributo “Coordenação de cuidado – Integração de cuidados”, adicionado de dois itens que constituíam originalmente o atributo “Primeiro Contato – Utilização”. Tanto o 6º fator como o 8º reuniram apenas itens do atributo “Integralidade - Serviços Disponíveis”. Isso significa que de acordo com a AFE, esse atributo também poderia ser desmembrado em dois componentes (um de Integralidade - Serviços Gerias Disponíveis e o outro de Serviços Simples Disponíveis, por exemplo). O 7º fator, por sua vez, reuniu apenas três itens do atributo “Acessibilidade”.

É importante ressaltar que essa interpretação é baseada nos resultados estritamente estatísticos da AFE, que pode não gerar a melhor estrutura fatorial possível para ser validada. Isso porque o processo de validação de constructo não resulta apenas de dados objetivos, mas incorpora algum grau de avaliação subjetiva. Ou seja, a determinação do número de fatores, o modo como eles serão interpretados e a própria seleção da rotação envolvem um julgamento subjetivo. Na prática, quando se roda uma análise fatorial, se um conjunto de fatores, e seus respectivos carregamentos de itens, causam estranhamento ao pesquisador, as tentativas sucessivas de rotação podem prosseguir indefinidamente.

De acordo com Matos e Rodrigues (2019, p. 54):

[...] para decidir sobre o número de fatores a extrair, a parcimônia é importante: a solução ótima é encontrar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada. Nesse sentido, volte no seu referencial teórico tendo sempre em mente: teoricamente faz mais sentido essas variáveis estarem agrupadas em quantos fatores? Isso porque é um fenômeno comum encontrarmos mais de uma solução empírica aceitável, do ponto de vista estatístico, quanto ao número de fatores. Assim, a decisão final pode acabar sendo teórica. Lembre sempre que as variáveis de um fator devem medir um mesmo construto latente e precisam estar associadas entre si, inclusive teoricamente.

Para Matos e Rodrigues (2019), a fase final da análise fatorial envolve examinar como os itens se agrupam e proceder com a nomeação dos fatores, que deve ser justificada à luz da teoria. Assim, considerando ao mesmo tempo a) a solução fatorial encontrada a partir da AFE, b) a teoria dos atributos da atenção primária, c) a versão que passou por validação de conteúdo, realizou-se uma análise minuciosa de cada item e cada fator da solução final (de 74 itens e 8 fatores), para decidir quais dos itens e fatores fariam mais sentido manter na versão final validada do PCATool-BRASIL Versão Povos Ciganos Adultos – extensa.

Dada a relevância teórica dos atributos “Primeiro Contato- Utilização” e “Coordenação do Cuidado – Sistema de Informação” e pela possibilidade de comparabilidade da versão cigana do instrumento com a versão brasileira validada, decidiu-se mantê-los no instrumento final validado. Tal decisão implicou na reorganização de alguns fatores. Por exemplo, o Fator 4 “Coordenação de cuidado – Integração de cuidados” passou a ser composto por apenas os itens do Grupo E. Da mesma forma eliminou-se o item I3 do Fator 1. Além disso, os fatores que agruparam em mais de um atributo foram desmembrados, para que mantivessem ao máximo a estrutura original do instrumento. Além disso, o item C8, C9, 10 e C11 foram eliminados pois suas presenças no atributo “Acessibilidade” diminuiu a confiabilidade da escala, de acordo com o Alfa de *Cronbach*.

A Tabela 8 apresenta as correlações item-total, as cargas fatoriais e os escores médios de cada item que compõem os atributos da Atenção Primária à Saúde, de acordo com a análise de validação de constructo. Ou seja, essa é a estrutura fatorial final validada no presente estudo, e que servirá de base para as análises posteriores (de confiabilidade e da qualidade da atenção primária).

Tabela 8- Alfas de *Cronbach*, correlações item-total, cargas fatoriais e escores médios de cada item (n = 274)

ITEM	ATRIBUTO	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	CARGA FATORIA L	ESCORE MÉDIO
PRIMEIRO CONTATO				
Utilização ($\alpha = 0,70$)				
B1.	Quando você NÃO ESTÁ com um problema de saúde, mas precisa de um serviço de saúde para uma consulta ou atendimento de rotina, check-up e/ou outros, você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?	0,50	0,38	2,29
B2.	Quando você tem um problema de saúde você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?	0,52	0,38	2,08
B3.	Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista (ex.: médico/a cardiologista, pneumologista; enfermeira/o obstetra, outros) algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), normalmente, faz o seu encaminhamento?	0,51	0,54	2,24
Acessibilidade ($\alpha = 0,77$)				
C1.	O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto no sábado e/ou no domingo?	0,53	0,52	1,83
C2.	O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto à noite alguns dias da semana?	0,53	0,48	1,67
C3.	Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está aberto e você adocece, você é atendida (o) no mesmo dia?	0,52	0,44	2,35
C5.	Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adocece, existe um número de telefone fixo, celular, WhatsApp, e-mail, etc., através do qual você consegue entrar em contato com algum profissional da equipe?	0,38	0,37	1,49
C6.	Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adocece durante a noite, algum profissional da equipe do posto atende você na mesma noite?	0,38	0,41	1,43
C7.	É fácil marcar um atendimento de saúde (ex.: consulta, vacinação, preventivo, pré-natal, curativo, marcação de exames e outros) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,47	0,52	2,53
LONGITUDINALIDADE ($\alpha = 0,85$)				
D2.	Você acha que os profissionais da equipe do posto do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) entendem o que você diz ou pergunta?	0,45	0,72	3,26
D3.	Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)	0,53	0,71	3,22

	respondem as suas perguntas de maneira que você entenda?			
D4.	Se você tiver uma dúvida sobre a sua saúde, você pode telefonar ou entrar em contato de forma virtual (ex.: WhatsApp, telegram, e-mail) para falar com o profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) que melhor conhece você?	0,33	0,53	1,57
D5.	Durante a consulta no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o profissional que lhe atende dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0,62	0,57	2,76
D6.	Você se sente à vontade para contar as suas preocupações ou problemas para algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,57	0,50	2,72
D7.	Você acha que a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece realmente você enquanto cigano(a)?	0,25	0,47	3,38
D8.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe quais problemas de saúde são mais importantes para você e sua família?	0,62	0,65	2,04
D9.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece todo o seu histórico de saúde (ex.: doenças que já teve; cirurgias que já fez; etc.)?	0,64	0,68	1,86
D10.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe sobre o seu trabalho ou emprego?	0,58	0,65	1,97
D11.	De alguma forma, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) saberia se você tivesse problemas para conseguir os medicamentos que você precisa?	0,63	0,62	1,91
D12.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	0,63	0,67	1,86
COORDENAÇÃO DO CUIDADO				
Integração de cuidados ($\alpha = 0,89$)				
E1.	Você ou alguém da sua família passou por consulta em um serviço especializado no período em que está sendo acompanhada (o) pela equipe do posto de saúde seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,29	0,39	2,50
E2.	Quando você ou alguém da sua família necessita de consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) encaminha você(s) para o serviço especializado?	0,60	0,64	2,26
E3.	Quando você ou alguém da sua família fez uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) foi informada?	0,69	0,54	1,91
E4.	Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) orientou você sobre os serviços especializados de saúde onde você pode ser	0,70	0,57	2,10

	atendida (o)?			
E5.	Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) ajudou a marcar essa consulta no serviço especializado?	0,72	0,60	2,03
E6.	Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) enviou algum relatório explicando sobre o motivo do encaminhamento para a consulta no serviço especializado?	0,72	0,54	1,94
E7.	Quando você ou alguém da sua família passa por uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica sabendo quais foram os resultados da sua consulta no serviço especializado?	0,71	0,50	1,79
E8.	Depois que você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conversou com você/s sobre o que aconteceu durante essa consulta no serviço especializado?	0,71	0,52	1,77
E9.	Quando você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você/s recebeu durante a consulta no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?	0,70	0,49	1,77
Sistema de Informação ($\alpha = 0,52$)				
F1.	Quando você vai ao do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?	0,43	0,39	2,62
F2.	Quando você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) está sempre disponível na consulta?	0,32	0,51	2,84
F3.	Você foi informada (o) de que se quiser pode ter acesso ao seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,26	0,49	1,73
INTEGRALIDADE				

Serviços Disponíveis ($\alpha = 0,88$)				
G4.	Vacinas (imunizações).	0,20	0,56	3,65
G5.	Avaliação da saúde bucal	0,63	0,80	2,19
G6.	Tratamento dentário	0,59	0,74	2,22
G7.	Planejamento familiar (ex.: prevenção da gravidez, como planejar a chegada de um filho, outros)	0,61	0,48	2,27
G8.	Aconselhamento, acompanhamento e/ou tratamento para casos de uso de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, cigarro, remédios para dormir, etc.)	0,64	0,50	1,77
G9.	Acompanhamento para problemas de saúde mental (ex: ansiedade, depressão, outros)	0,59	0,43	1,93
G10.	Sutura (costura) de um corte que necessite de pontos	0,39	0,32	2,50
G11.	Solicitação e/ou realização de teste para diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ex.: teste anti-HIV/AIDS, Sífilis, outros).	0,57	0,49	2,27
G12.	Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas auditivos (para escutar)	0,70	0,65	1,83
G13.	Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas de vista (para enxergar)	0,65	0,51	1,88
G14.	Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	0,45	0,46	1,96
G15.	Remoção de verrugas	0,57	0,66	1,64
G16.	Exame preventivo para câncer de colo do útero (Citopatológico/Teste Papanicolau)	0,38	0,42	2,12
G18.	Cuidados pré-natais	0,29	0,51	3,23
G19.	Remoção de unha encravada	0,45	0,40	1,69
G21.	Orientações sobre cuidados em casa (ou no acampamento) para você ou para alguém da sua família (ex.: curativos, banho na cama, outros)	0,38	0,36	1,73

G22.	Orientações sobre os cuidados necessários que você deve ter com alguém de sua família que fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a própria saúde (ex.: em estado de coma)	0,63	0,56	1,89
Serviços Prestados ($\alpha_{\text{♀}} = 0,93$) ($\alpha_{\text{♂}} = 0,92$)				
H1.	Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	0,74	0,62	1,90
H2.	Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada e fiação solta, outros).	0,65	0,63	1,69
H3.	Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	0,73	0,76	1,64
H4.	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir algumas vezes.	0,75	0,75	1,55
H5.	Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você.	0,69	0,56	1,90
H6.	Testes de sangue para avaliar a saúde de um modo geral (ex: colesterol, triglicérides, glicemia em jejum, outros).	0,45	0,39	2,42
H7.	Verificação e orientação sobre os remédios que você está usando.	0,62	0,42	2,14
H8.	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na comunidade.	0,71	0,63	1,69
H9.	Orientação a respeito de como guardar arma de fogo em segurança.	0,73	0,76	1,49
H10.	Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente velas, candeeiros, outras	0,72	0,70	1,68
H11.	Como prevenir quedas (ex. : crianças, idosos, outros).	0,77	0,73	1,65
H12.	Como prevenir problemas de saúde que são comuns aos povos ciganos (ex.: lombalgia - dor na lombar; cialgia – dor no nervo ciático; estresse; outros).	0,75	0,69	1,69
H13.	Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa	0,64	0,55	1,88
H13.	Só para homens: disfunção erétil – causas, sintomas, tratamentos e outras dúvidas.	0,54	0,48	1,81
ORIENTAÇÃO FAMILIAR ($\alpha = 0,64$)				

I1.	Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pergunta o que você pensa (as suas opiniões) ao planejar o seu tratamento ou de alguém da sua família?	0,50	0,50	1,70
I2.	Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) já perguntou para você sobre doenças ou problemas que ocorrem ou que já ocorreram em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão, tabagismo, pressão alta, outros)?	0,50	0,33	2,19
I3.	Você acredita que os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) se reuniriam com membros de sua família e/ou comunidade se você achasse necessário?	0,38	0,42	2,02
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA ($\alpha = 0,86$)				
J3.	Os profissionais da equipe de saúde levam em conta opiniões e ideias da comunidade cigana sobre como melhorar os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,55	0,43	1,72
J4.	Pesquisas de satisfação para ver se os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) estão atendendo as necessidades dos povos ciganos.	0,70	0,48	1,59
J5.	Pesquisas na comunidade cigana para identificar problemas que devem ser conhecidos pela equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).	0,76	0,59	1,50
J6.	Convite a você e à sua comunidade para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde.	0,67	0,53	1,49
J7.	Realização de reuniões entre a equipe de saúde e a sua comunidade antes de planejar as ações do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?	0,73	0,60	1,45
COMPETÊNCIA CULTURAL ($\alpha = 0,86$)				
K1.	Você recomendaria a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um amigo ou parente?	0,64	0,51	2,43
K2.	Você indicaria a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um (a) cigano (a) que usa ervas e remédios caseiros ou que tem crenças tradicionais sobre os cuidados com a saúde?	0,63	0,50	2,31
K3.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?	0,58	0,51	2,27
K4.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respeita a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?	0,71	0,66	2,64

K5	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está preparada para cuidar das comunidades ciganas, uma vez que os povos ciganos possuem histórias, tradições e costumes que necessitam ser conhecidos por esses profissionais para um cuidado mais efetivo?	0,69	0,62	2,16
K6.	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) reconhece e respeita a sua preferência para ser atendido (a) por profissional do mesmo sexo?	0,58	0,47	2,14
K8	A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) leva em consideração a cultura, saberes e práticas da sua comunidade quando define o seu tratamento e realiza a sua orientação?	0,55	0,50	1,94

Como é possível observar na Tabela 8, a versão aqui preliminarmente validada do PCATool-BRASIL Versão Povos Ciganos Adultos - extensa ficou composta de 78 itens (sendo 77 itens na versão feminina e 77 itens na versão masculina – H13 só para mulheres ou H13 só para homens), distribuídos em quatro atributos essenciais e três atributos derivados da Atenção Primária, além das quatro primeiras questões de Afiliação que não entraram na análise Fatorial Exploratória. É importante notar que os itens contribuem de maneira desigual para o Fator, assim quanto maior a carga fatorial, maior a contribuição do item para o Fator em que ele carrega (Matos; Rodrigues, 2019).

A média para cada item, apresentada na Tabela 8, variou entre 1,43 e 3,65, mas com poucos itens (apenas 10) acima de 2,5 (que é o ponto médio da escala, já que ela tem quatro pontos). Este parece ser um indicativo de que os ciganos e ciganas que participaram do estudo tentem a avaliar negativamente a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária nos serviços de saúde que os atendem.

Ainda na Tabela 8 é apresentada a correlação item- total corrigido para cada item. Esta relação deveria ser moderadamente alta, e qualquer item cuja correlação item-total corrigido fosse menor que 0,20 deveria ser eliminado da contagem combinada. Nesta etapa da análise, mais nenhum item foi eliminado.

4.7 Confiabilidade (Consistência Interna via Alfa de *Cronbach*)

A Tabela 9 apresenta o número de itens e os Alfas de *Cronbach* obtidos no estudo de validação do PCATool versão usuários adultos e neste estudo de validação preliminar da PCATool-Brasil VPCA - extensa.

Como se pode constatar na Tabela 9, a versão Cigana do instrumento contempla o atributo “Competência Cultural”, que foi retirado de outros estudos de validação brasileira (Harzheim *et al.*, 2006; Harzheim *et al.*, 2013) por não alcançar as propriedades psicométricas minimamente aceitáveis nessas versões (PCATool-Brasil para serviços de saúde infantil e PCATool-Brasil adultos). Nenhum atributo foi excluído da Versão Cigana. Além disso, a versão Cigana apresenta um menor número de itens no atributo “Primeiro Contato - Acessibilidade”, “Integralidade - Serviços Disponíveis” e “Orientação Comunitária” e um maior número de itens no atributo “Coordenação do Cuidado - Integração de cuidados”. Os valores de alfa nos dois estudos de validação foram bastante semelhantes, sendo, de modo geral, um pouco superiores no presente estudo de validação.

Tabela 9 - Número de itens e alfa de *Cronbach* PCATool-Brasil Versão Adultos e PCATool-Brasil cigana

Atributos	PCATool Versão Adultos Brasil (n=2404)		PCATool-Brasil Versão Cigana (n = 274)	
	Números de itens mantidos pós-validação	α	Números de itens mantidos pós-validação	α
Primeiro Contato- Utilização	3	0,64	3	0,70
Primeiro Contato - Acessibilidade	12	0,82	6	0,77
Longitudinalidade	14	0,86	11	0,85
Coordenação do Cuidado - Integração de cuidados	8	0,80	9	0,89
Coordenação do Cuidado - Sistema de Informação	3	0,15	3	0,52
Integralidade - Serviço Disponíveis	22	0,88	17	0,89
Integralidade -Serviços Prestados	13	0,82	13	0,93
Orientação Familiar	3	0,63	3	0,64
Orientação Comunitária	6	0,80	5	0,86
Competência Cultural	-	-	7	0,86

No estudo de validação da Versão Cigana, com exceção do atributo “ Coordenação -do Cuidado - Sistema de Informação”, que obteve um alfa de *Cronbach* de 0,52 todos as escalas que medem os atributos obtiveram alfas de *Cronbach* (α) iguais ou superiores a 0,70. É importante notar, que no estudo de validação brasileira, o alfa de *Cronbach* foi ainda menor, de 0,15. Dentre os demais atributos, aquele com menor α foi o atributo derivado “Orientação Familiar” (0,64), mas ainda assim considerado aceitável (Streiner, 2003). Os demais atributos tiveram alfas de *cronbach* que variaram entre 0,70 à 0,93, o que indica que as subescalas são confiáveis, de acordo com esse estudo (Streiner, 2003).

4.8 Variância Média Extraída (VME) E Confiabilidade Composta (CC)

Neste estudo de validação foram empregadas ainda duas técnicas, a VME e a CC, que permitem avaliar a precisão das escalas, o que significa que seus índices também fornecem evidências de validade do constructo (Valentini; Damásio, 2017). Ademais, Para Fornell e Larcker (1981), a VME é também permite analisar a validade convergente do constructo em

questão. Como regra geral, para se admitir uma convergência adequada, recomenda-se uma AVE de pelo menos 0,40, no caso de pesquisas exploratórias (Nunnally; Bernstein, 1994).

Por outro lado, como já foi dito, os resultados do cálculo da Confiabilidade Composta podem variar de 0 a 1, sendo considerados aceitáveis valores entre 0,60 a 0,70 (Hair; Hult; Ringle; Sarstedt, 2014) e indesejáveis quando são superiores a 0,90 (Nunnally; Bernstein, 1994).

A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos por meio da análise da Variância Extraída Média e Confiabilidade Composta do instrumento em estudo.

Tabela 10 – Lambda (λ), Variância de Erro (ϵ) de cada item e Variância Extraída Média e Confiabilidade Composta de cada Fator (n = 747)

Fator	Itens	Lambda	ϵ	VME	CC
PRIMEIRO CONTATO (Utilização)	B1	0,38	0,86	0,19	0,41
	B2	0,38	0,86		
	B3	0,54	0,71		
PRIMEIRO CONTATO (Acessibilidade)	C1	0,52	0,73	0,21	0,62
	C2	0,48	0,77		
	C3	0,44	0,80		
	C5	0,37	0,86		
	C6	0,41	0,83		
	C7	0,52	0,73		
	D2	0,72	0,48		
LONGITUDINALIDADE	D3	0,71	0,50	0,39	0,87
	D4	0,53	0,72		
	D5	0,57	0,68		
	D6	0,50	0,75		
	D7	0,47	0,78		
	D8	0,65	0,58		
	D9	0,68	0,52		
	D10	0,65	0,57		
	D11	0,62	0,62		
	D12	0,67	0,55		

	E1	0,39	0,73		
	E2	0,64	0,75		
	E3	0,54	0,76		
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	E4	0,57	0,58	0,29	0,78
(Integração de cuidados)	E5	0,60	0,64		
	E6	0,54	0,68		
	E7	0,50	0,71		
	E8	0,52	0,71		
	E9	0,49	0,85		
	F1	0,39	0,85		
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	F2	0,51	0,74	0,22	0,45
(Sistema de Informação)	F3	0,49	0,76		
	G4	0,56	0,69		
	G5	0,80	0,36		
	G6	0,74	0,45		
	G7	0,48	0,77		
	G8	0,50	0,75		
INTEGRALIDADE - Serviço	G9	0,43	0,82	0,29	0,87
Disponíveis	G10	0,32	0,90		
	G11	0,49	0,76		
	G12	0,65	0,58		
	G13	0,51	0,74		
	G14	0,46	0,79		
	G15	0,66	0,56		
	G16	0,42	0,82		
	G18	0,51	0,74		
	G19	0,40	0,84		
	G21	0,36	0,87		
	G22	0,56	0,69		
	H1	0,62	0,616		
	H2	0,63	0,603		
	H3	0,76	0,422		
	H4	0,75	0,438		

INTEGRALIDADE (Serviços Prestados)	H5	0,56	0,686		
	H6	0,39	0,848		
	H7	0,42	0,824		
	H8	0,63	0,603	0,41 _♀	0,90 _♀
	H9	0,76	0,422	0,40 _♂	0,90 _♂
	H10	0,70	0,510		
	H11	0,73	0,467		
	H12	0,69	0,524		
	H13 _♀	0,55	0,698		
	H13 _♂	0,48	0,770		
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	I1	0,50	0,75		
	I2	0,33	0,89	0,18	0,39
	I3	0,42	0,82		
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	J3	0,43	0,82		
	J4	0,48	0,77		
	J5	0,59	0,65	0,28	0,66
	J6	0,53	0,72		
	J7	0,60	0,64		
COMPETÊNCIA CULTURAL	K1	0,51	0,74		
	K2	0,50	0,75		
	K3	0,51	0,74	0,29	0,75
	K4	0,66	0,56		
	K5	0,62	0,62		
	K6	0,47	0,78		
	K8	0,50	0,75		

Os resultados da Tabela 10 demonstram que o instrumento apresenta boa CC com o valor acima de 0,6 para a maioria dos fatores. Três fatores foram mais problemáticos [PRIMEIRO CONTATO (Utilização); COORDENAÇÃO DO CUIDADO (Sistema de Informação) e ORIENTAÇÃO FAMILIAR), estando abaixo dos níveis aceitáveis de CC. No entanto, vale lembrar que a confiabilidade, medida pelo alfa de *Cronbach*, dos Fatores “Orientação Familiar” e “PRIMEIRO CONTATO (Utilização)” foram aceitáveis (0,64 e 0,70,

respectivamente). Assim, apenas o Fator “COORDENAÇÃO DO CUIDADO (Sistema de Informação)” obteve valores insatisfatórios de confiabilidade nas duas técnicas de confiabilidade empregadas (Alpha de *Cronbach* = 0,52 e CC = 0,45). Como já foi dito, no estudo de validação brasileira (Harzheim et al., 2013), o alfa de *Cronbach* encontrado para esse atributo foi ainda menor, de apenas 0,15.

Em relação à Variância Média Extraída, em todos os fatores foi obtido um resultado abaixo do valor de referência (< 0,5), mais precisamente entre 0,18 (ORIENTAÇÃO FAMILIAR) e 0,41 [INTEGRALIDADE (Serviços Prestados)]. No entanto, se for considerado o ponto de corte para pesquisas exploratórias como esta (0,40) (Nunnally; Bernstein, 1994), um Fator obteve valor adequado [INTEGRALIDADE (Serviços Prestados)] e outro foi marginalmente aceitável (LONGITUDINALIDADE). Entretanto, é importante frisar que se a VME for menor que 0,4, mas a Confiabilidade Composta for superior a 0,6, a validade convergente do constructo ainda pode ser considerada adequada (Fornell; Larcker, 1981; Lam, 2012; Salkind, 2010). Levando esse critério em conta, apenas três atributos [PRIMEIRO CONTATO (Utilização); COORDENAÇÃO DO CUIDADO (Sistema de Informação) e ORIENTAÇÃO FAMILIAR)], dos 10 componentes precisam ser considerados com alguma cautela. Todos os demais atributos do PCATool-Brasil VPCA – extensa apresentaram evidências de validade convergente.

4.9 Qualidade da Atenção Primária a partir do cumprimento dos seus atributos, com base no PCATool-Brasil VPCA - extensa

Para o cálculo dos escores, foi empregado o procedimento descrito no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2010). Primeiramente, em virtude da soma de respostas em branco (“*missing*”) ter sido inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi transformado em valor “2” (“provavelmente não”). Como já foi dito, esse procedimento de imputação de valores minimiza o problema da perda de dados e é uma medida conservadora, uma vez que atribui valor negativo às características do serviço de saúde que haviam permanecido como casos faltantes.

Para o cálculo do escore de afiliação foram usados os procedimentos descritos no Manual⁹. Da mesma forma, como orienta o Manual, para o cálculo dos escores médios dos

⁹ Para o cálculo do escore de Afiliação:

- Se todas as respostas são iguais a não » (A1 = A2 = A3) - Pontue grau de afiliação = 1
- Se uma, duas ou três respostas são iguais a sim e relativas a diferentes serviços de saúde/médicos(as)/enfermeiros(as) » (a1 ≠ a2 ≠ a3) - pontue grau de afiliação = 2

atributos, foram calculadas as médias aritméticas de cada atributo (soma dos escores dos itens/nº de itens).

Finalmente, foi feita a transformação dos escores, a partir da fórmula:

$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] * 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$.

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

Com essa transformação, o escore médio obtido, que corresponde ao escore originalmente em escala de 1 a 4, é transformado para valores de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Como já foi dito, de acordo com o Manual do instrumento (Brasil, 2010, p.52) esse escore transformado:

pode ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta 'provavelmente sim', atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS.

A Tabela 11 apresenta os escores médios, desvio padrão (DP) e Intervalos de Confiança (IC) de cada um dos atributos da Atenção Primária a Saúde de acordo com os participantes:

Tabela 11 – Média, Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (n = 274)

Atributo	Média	DP	IC
Afiliação	3,57	0,78	3,48 – 3,66
Primeiro Contato- Utilização	2,21	0,96	2,09 – 2,32
Primeiro Contato- Acessibilidade	1,64	0,62	1,56 – 1,71
Longitudinalidade	2,41	0,62	2,34 – 2,49
Coordenação do Cuidado - Integração de Cuidados	1,78	0,67	1,70 – 1,86

- Se duas respostas são iguais a sim e relativas ao mesmo serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a) » (a1 = a2 ou a1 = a3 ou a2 = a3) e iguais a sim - pontue grau de afiliação = 3
- Se todas as respostas são iguais a sim e todas relativas ao mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) » (a1 = a2 = a3)- Pontue grau de afiliação = 4

Coordenação do Cuidado - Sistema de Informação	2,40	0,76	2,30 – 2,49
Integralidade - Serviços Disponíveis	2,42	0,62	2,35 – 2,50
Integralidade - Serviços Prestados (feminino)	1,66	0,68	1,58 – 1,74
Integralidade – Serviços Prestados (masculino)	1,66	0,67	1,58 – 1,74
Orientação familiar	1,97	0,79	1,87 – 2,06
Orientação Comunitária	1,55	0,71	1,46 – 1,63
Competência Cultural	2,27	0,79	2,18 – 2,36

De acordo com o MS (Brasil, 2010), esses escores mostram valores variando de 1 a 4 [(4) - Com certeza sim, (3) Provavelmente sim, (2) Provavelmente não e (1) Com certeza não], sendo que os valores mais elevados são típicos de serviços com maior presença e extensão atributo medido. Considerando que a escala é de 4 pontos e que seu ponto médio portanto é 2,5, pode-se constatar, a partir da Tabela 11 que o escore médio de afiliação apresentou-se acima do ponto médio da escala, já que o seu intervalo de confiança associado à média esteve estritamente superior a esse ponto médio. Todos os atributos estão abaixo desse ponto médio. Portanto, de acordo com os participantes, a presença dos atributos essenciais e derivados é bastante tímida no serviço de saúde oferecido. No entanto, observando os IC, nota-se que o atributo essencial “Integralidade - Serviços Disponíveis” marginalmente incorpora o valor de 2,50. Portanto, é possível interpretar que esse atributo foi o mais bem avaliado pelas comunidades ciganas, ainda que com um escore de baixo à moderado.

Na Tabela 12 são apresentados os escores transformados, DP e IC de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Tabela 12 - Escores Transformados (com notas de 0 a 10), Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (n = 274)

Atributo	Média	DP	IC
Afiliação	8,56	2,59	8,26 – 8,87
Primeiro Contato – Utilização	4,02	3,21	3,64 – 4,40
Primeiro Contato – Acessibilidade	2,12	2,08	1,87 – 2,37
Longitudinalidade	4,72	2,14	4,46 – 4,97
Coordenação do Cuidado - Integração de cuidados	2,61	2,22	2,34 – 2,87
Coordenação do Cuidado - Sistema de informação	4,65	2,54	4,35 - 4,95
Integralidade - Serviços Disponíveis	3,98	1,81	3,76 – 4,19
Integralidade - Serviços Prestados (feminino)	2,21	2,26	1,94 – 2,48
Integralidade - Serviços Prestados (masculino)	2,19	2,23	1,93 – 2,46
Orientação Familiar	3,22	2,65	2,91 – 3,54

Orientação Comunitária	1,83	2,37	1,55 – 2,11
Competência Cultural	4,23	2,66	3,92 – 4,55

Conforme apresentado na Tabela 12, todos os atributos, com exceção da afiliação, apresentaram escores transformados baixos (escore < 6,6). O ponto de corte do escore em 6,6 indica que as respostas aos itens do instrumento foram colocadas na opção ‘provavelmente sim’, o que, por sua vez, significa que os participantes consideram que estão minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS. Os atributos mais mal avaliados foram “Orientação Comunitária”, “Primeiro Contato – Acessibilidade”, “Integralidade - Serviços Prestados (Masculino e Feminino)” e “Coordenação do Cuidado - Integração de Cuidados”, com médias de notas variando entre 1,83 e 2,61, portanto muito baixas. “Longitudinalidade” e “Competência Cultural” foram os mais bem avaliados, mas encontram-se mesmo assim, bem abaixo do ponto de corte para o atributo poder ser considerado satisfatório.

Finalmente, o Escore Essencial da APS médio tanto da escala feminina quanto da masculina ficou em 2,23 (DP = 0,48; IC = 2,17 – 2,29) e o Escore Geral da APS Médio ficou em 2,15 (DP = 0,50; IC = 2,09 – 2,21).

Tais resultados demonstram que, para os povos ciganos, a rede de Atenção Primária à Saúde apresenta serviços com baixa presença e extensão dos seus atributos, ou seja, oferecem serviços insatisfatórios, pouco orientados para a APS e pouco sensíveis às demandas e particularidades ciganas.

Da mesma forma, os resultados alcançados nesta etapa do estudo sinalizam o quanto é necessário investimentos nas tecnologias leves, aquelas que permitem, além da assistência, a interação necessária para a produção de saúde baseada nas necessidades e demandas reais dos sujeitos, porque oriundas da escuta e da construção compartilhada de um modelo de cuidado que considera as necessidades, saberes e proposições das partes.

Ao verificar que o atributo essencial “integralidade (serviços prestados e serviços disponíveis)” junto com os derivados “orientação familiar e comunitária e competência cultural” constituem as dimensões prioritárias para os povos ciganos, percebe-se o quanto, ao tempo em que a APS precisa ser resolutividade com garantia de serviços necessários e oportunos, precisa também compreender a influência do contexto familiar e comunitário na produção da relação saúde – doença e, para tanto, ser culturalmente competente e apta a estabelecer uma comunicação ativa com os sujeitos culturais do território, neste caso, ciganos. Por seu turno, a relevância da ampliação do horário de atendimento, conforme já proposto

através de programas como o “Saúde na Hora” do Governo Federal, constitui outra ação a ser considerada para fins de orientação e maior presença do atributo “primeiro contato (acesso e utilização)” no que concerne às comunidades ciganas.

Outrossim, os resultados comprovam o quanto os povos ciganos (e possivelmente outras ditas minorias) seguem à margem do sistema de saúde, haja vista, se não bastasse a condição de inumeráveis, os instrumentos oficialmente instituídos para avaliar os serviços que lhes são ofertados, infimamente dialogam com a ciganidade. Tratar de forma desigual os sujeitos desiguais, premissa da equidade, parece vir sendo pouco respeitada nestes casos. Prova disso, a constatação de que os componentes mais importantes para o estudo de validação brasileira não constituem os mesmos para os brasileiros das etnias ciganas. Exemplificando: o atributo “competência cultural” (excluído do PCATool Brasil Versão adulto por não alcançar as propriedades psicométricas minimamente aceitáveis) foi o segundo fator extraído na AFE, o que remete à sua relevância para as comunidades ciganas. O Quadro 11 apresenta a sistematização PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos extensa.

Quadro 11 – Sistematização PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos extensa

Atributo da APS	Componente da APS	Itens*
Afiliação	Afiliação	A1, A2, A3, A4,
Acesso primeiro contato	Utilização	B1, B2, B3
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	C1, C2, C3, C4, C5, C6
Longitudinalidade	Longitudinalidade	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12
Coordenação	Integração de cuidados	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9
Coordenação	Sistemas de Informações	F1, F2, F3
Integralidade	Serviços disponíveis	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17
Integralidade	Serviços prestados	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13*
Orientação Familiar	Orientação Familiar	I1, I2, I3
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	J1, J2, J3, J4, J5
Competência Cultural	Competência Cultural	K1, K2, K3, K4, K5, K6

Fonte: Instrumento desenvolvido e validado nesta pesquisa. *Questão com item H13 somente homem e H13 somente mulher – definindo 82 questões para o instrumento

5. DISCUSSÃO

No presente estudo o PCATool-Brasil VPCA extensa passou pelo processo de adaptação e validação de conteúdo (a partir de um Comitê de Juízes que avaliou a clareza e pertinência dos itens e a clareza do instrumento, permitindo o cálculo do IVC), validade de constructo (por meio da AFE, método da probabilidade máxima, extração VARIMAX), validade convergente (por meio da Variância Média Extraída) e confiabilidade (por meio do Alfa de *Cronbach* e da Confiabilidade Composta), tendo sido considerado válido e confiável para medir a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir da visão da população cigana, de acordo com os resultados obtidos.

Conforme já apresentado anteriormente, o PCATool-Primary Care Assessment Tool, validado, traduzido e adaptado em vários países como Espanha, Canadá, Coreia do Sul, China (Hong Kong), Argentina, Porto Rico e Uruguai (Guimarães, 2021), já foi validado no Brasil em diferentes versões. A exemplo, o PCATool-Brasil versão extensa e reduzida para responsáveis por crianças; versão extensa e reduzida adultos; versão extensa para profissionais médicos e enfermeiros; versão extensa voltada para avaliação de serviços de saúde bucal, tanto na perspectiva de usuários adultos quanto de profissionais cirurgiões-dentistas) e, mais recentemente, o PCATool versão Profissionais na Atenção à Saúde do Idoso. O Quadro 12 apresenta uma síntese de cada instrumento validado no Brasil.

Quadro 12. – Síntese das Versões PCATool Validadas no Brasil

INSTRUMENTO	AUTOR(s)	METODOLOGIA	RESULTADOS
PCATool-Brasil versão extensa para responsáveis por crianças (Harzheim, 2006).	Erno Harzheim; Barbara Starfield; Luis Rajmil; Carlos Álvarez-Dardet; e Airton T. Stein.	O questionário foi aplicado em 468 cuidadores de crianças menores de dois anos, registradas em 7 equipes do PSF e 11 UBS, no período de maio e novembro de 2002 no Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil e o seu processo de validação envolveu: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto, análise de consistência interna e confiabilidade, além dos requerimentos de escala tipo Likert.	Na análise fatorial foram identificadas oito dimensões, com o α de <i>Cronbach</i> variando de 0,74 (Integralidade-Serviços Disponíveis) a 0,88 (Orientação Comunitária), o que demonstra a confiabilidade do instrumento. O melhor modelo foi o que reteu 8 fatores. A variância explicada acumulada foi próxima de 40% (bastante semelhante a outros estudos similares). O instrumento final ficou com 55 itens, divididos em oito atributos (acesso de primeiro contato, continuidade, coordenação, três atributos de integralidade, orientação familiar e comunitária). O atributo competência cultural

			foi excluído na etapa de análise fatorial, pela ausência de questões representativas.
PCATool-Brasil versão reduzida para responsáveis por crianças (Hauser, 2016).	Lisiane Hauser	Neste estudo (janeiro a agosto de 2023) foram utilizados os dados de 3145 responsáveis pelos cuidados de saúde de uma amostra de crianças com idade entre 0 a 12 anos, no município do Rio de Janeiro. A pesquisa usou o modelo de Resposta Gradual (MRG) proposto por Samejima para a avaliação dos itens elegíveis para a construção do instrumento reduzido. A validade convergente foi avaliada utilizando a correlação de Pearson e a metodologia de Bland Altman, e a confiabilidade foi avaliada pelo alfa de <i>Cronbach</i> .	O PCATool-Brasil reduzido para usuários crianças é formado por 30 itens e contempla conceitualmente os mesmos atributos da versão extensa. A correlação (intervalo de confiança 95%) entre as estimativas do grau de orientação à APS utilizando o instrumento extenso e o instrumento reduzido foi de aproximadamente 0,97; o viés estimado pela metodologia de Bland-Altman foi de -0,03 e o intervalo de confiança (a estimativa do alfa de <i>Cronbach</i>) foi de 89,3%, valores que demonstram a validade e confiabilidade do instrumento. Importante destacar que o atributo competência cultural não foi considerado neste estudo, por não ter sido validado no Brasil para a versão usuário criança extensa.
PCATool – Brasil para pacientes adultos versão extensa (Harzheim, 2013).	Erno Harzheim et al.	Trata-se de um estudo transversal, realizado entre os anos de 2006 a 2007, no qual foram entrevistados 2.404 usuários adultos residentes nas áreas adscritas da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre e usuários vinculados a um plano de autogestão. O processo de validação constituiu-se de tradução e tradução reversa, adaptação, validade de conteúdo, validade fatorial e fidedignidade.	O instrumento, composto por 87 itens, obteve alfa de <i>Cronbach</i> (consistência interna) variando de 0,15 (Coordenação- Sistemas de Informação) a 0,88 (Integralidade- Serviços disponíveis). Na análise fatorial, foram considerados 12 fatores que explicaram 50,83% da variação total, sendo possível o reconhecimento dos quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados. O atributo competência cultural foi excluído desta versão por não alcançar as propriedades psicométricas minimamente aceitáveis. Os resultados indicaram que o instrumento possui adequada validade e fidedignidade.
PCATool – Brasil para pacientes adultos versão reduzida (Oliveira et al., 2013).	Mônica Maria Celestina de Oliveira; Erno Harzheim; João Riboldi; e Bruce	Neste estudo, como estratégia para reduzir o instrumento, foi utilizado o modelo da Teoria de Resposta ao Item -TRI (Modelo Logístico de 2 parâmetros – ML-2) para	Composto por 25 itens distribuídos entre os atributos essenciais e dois atributos derivados (também nesta versão não foi incluído o atributo competência cultural),

	Bartholow Duncan.	avaliação das características dos itens para a versão reduzida. Também se avaliou a concordância entre os escores da versão completa (77 itens) e a versão reduzida (23 itens), por meio do gráfico de Bland-Altman. Depois da seleção, os itens foram recalibrados na mesma amostra de serviços de APS utilizada na validação da versão do PCATool -BRASIL versão adulto extensa.	o PCATool – Brasil para pacientes adultos versão reduzida obteve medida de consistência interna pelo α de <i>Cronbach</i> de aproximadamente 0,82, o que demonstra a sua confiabilidade. A correlação entre o escore com 77 itens e o escore da versão de 23 itens apresentou uma moderada, mas significativa, associação entre as medidas (coeficiente correlação de Pearson = 0,575, $p < 0,001$), o que significa que foi constatada validade convergente..
PCATool – Brasil para profissionais médicos e enfermeiros versão extensa (Hauser <i>et al.</i>, 2013).	Lisiane Hauser <i>et al.</i>	Estudo transversal de base populacional, realizado a partir da aplicação do instrumento em 340 profissionais médicos e enfermeiros na cidade de Porto Alegre/RS entre os anos de 2006 - 2007, que incluiu as etapas de tradução, tradução reversa, adaptação, e avaliação da validade e da fidedignidade.	Na análise fatorial exploratória, foram retidos 9 fatores, explicando em torno de 75% da variação total. Com avaliação da consistência interna mostrando o coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> variando de 0,28 (Acesso – Primeiro Contato) a 0,90 (orientação Comunitária), o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde para profissionais médicos e enfermeiros em versão extensa ficou composto por 111 itens distribuídos em 6 atributos. Destaca-se que os itens que constituem o atributo competência cultural não foram considerados para as análises, pois o atributo não foi validado no Brasil na versão usuário criança, nem na versão usuário adulto, conforme pode ser verificado acima.
PCATool – Brasil saúde bucal para pacientes adultos versão extensa (Cardozo, 2015).	Débora Deus Cardozo	Estudo transversal realizado com 412 pessoas nas áreas de adscrição de 15 Unidades de Saúde de Porto Alegre entre os anos de 2011 a 2013.	Composto por 86 itens, trata-se de uma versão espelhada do PCATool-Brasil 2020 – usuário adulto extensa com substituição dos termos “médico/enfermeiro” por “dentista/serviço de saúde bucal”. Ou seja, possui a mesma estrutura baseada em atributos da APS e organizações e apresentação de itens de resposta, bem como, mantém a fórmula de cálculo dos escores. Destaca-se a exceção para o atributo integralidade (este atributo foi adaptado através de um estudo

			Delphi, por Fontanive em 2011). A solução final obtida foi composta de 10 fatores, com uma variância total explicada de 53,33%. A avaliação da consistência interna mostrou alfa de <i>Cronbach</i> variando de 0,39 (Coordenação- Sistema de Informação) a 0,89 (Coordenação do Cuidado), o que demonstra a confiabilidade do instrumento.
PCATool – Brasil saúde bucal para profissionais dentistas versão extensa (D’Avila, 2016).	Otávio Pereira D’Avila	Estudo transversal de validação do PCATool Brasil SB - Versão Profissional, realizado no período de 2013 a 2016, através de uma amostra de conveniência composta por 562 cirurgiões-dentistas (CD) da Atenção Primária à Saúde (APS) do estado do Rio Grande do Sul e do município do Rio de Janeiro	Com a avaliação da consistência interna mostrando o alfa de <i>Cronbach</i> variando de 0,21(Coordenação- Sistema de Informação) a 0,91 (Integralidade- Serviços Disponíveis), o instrumento foi adaptado a partir do PCATool Profissional, com a substituição da expressão “seu serviço de saúde” por “seu serviço de saúde bucal”. Para a dimensão Integralidade, foi utilizado como espelho o instrumento PCATool Brasil SB – Usuário Adulto. Composto por 81 itens, trata-se da única versão brasileira até então a incluir o atributo competência cultural, este que apresentou consistência interna, utilizando-se como parâmetro o alfa de <i>Cronbach</i> 0,81. A melhor solução fatorial reteu 10 fatores, capturando os quatro atributos essenciais e os três derivados. Não há informações sobre a variância total explicada
PCATool versão Profissionais na Atenção à Saúde do Idoso (Guimarães et al., 2021).	Marcia Alves Guimarães; André Fattori; e Arlete Maria Valente Coimbra	O instrumento PCATool-VPAIdoso foi aplicado em 105 profissionais da Atenção Básica de Saúde em Campinas-SP e o seu processo de validação envolveu: Comitê de Juízes, pré-teste, coleta de dados, validade de conteúdo e Confiabilidade.	Composto por 105 itens distribuídos ao longo dos atributos (exceto competência cultural), o instrumento “PCATool versão Profissionais cuidando da pessoa idosa” foi adaptado a partir do instrumento de avaliação da APS na perspectiva dos profissionais. As análises iniciais do instrumento adaptado mostraram índices adequados de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Ele obteve uma

			consistência interna adequada com um valor de alfa de <i>Cronbach</i> variando entre 0,47 (Primeiro contato- Acesso) a 0,94 (Integralidade – Serviços Prestados).
--	--	--	---

Fonte: Desenvolvido pela pesquisadora

Conforme é possível verificar no Quadro 12, com exceção de dois estudos que empregaram a Teoria de Resposta ao Item (Oliveira *et al.*, 2013; Hauser, 2016) como procedimento de validação, e que um deles fez apenas validação de conteúdo e análise confiabilidade (Guimarães *et al.*, 2021), todos os demais instrumentos passaram por um processo de validação similar ao que foi desenvolvido no presente estudo, isto é, empregaram Análise Fatorial Exploratória (AFE) para investigar a validade de constructo ou fatorial e o alfa de *Cronbach* para medir a consistência interna ou a confiabilidade das subescalas (que medem os atributos do instrumento). Nenhum estudo investigou a confiabilidade do instrumento por meio da Confiabilidade Composta, que é um método mais recente e mais robusto (Valentini; Damásio, 2016).

As melhores soluções fatoriais encontradas extraíram de 8 a 12 fatores, com uma predominância de 10 fatores, com uma variância explicada que variou entre 40 a 75%. Em todos os estudos, os múltiplos atributos da APS foram captados dentro desse número de fatores, o que indica a natureza multidimensional do instrumento e conceitual do fenômeno. Nos estudos que empregaram a Teoria de Resposta ao Item, os estudos de validação do PCATool-Brasil versão infantil (Harzheim *et al.*, 2006) e o voltado para pacientes adultos versão reduzida (Oliveira *et al.*, 2013) concluíram que os atributos Longitudinalidade e Integralidade-Serviços Prestados são os que apresentam maior contribuição para a estimação do escore.

Por outro lado, os estudos que realizaram AFE encontraram resultados muito díspares no que diz respeito ao modo como os fatores agruparam os atributos. Ou seja, no Fator 1, por exemplo, que é o fator que mais explica a variabilidade dos dados, o estudo de Cardozo (2015) observou que o atributo que foi mais captado foi o Primeiro contato- Acessibilidade. Já no estudo de D'Avila (2016), esse atributo foi captado pelos Fatores 5 e 9 e no estudo de Hauser *et al.*, (2013) o Fator 1 reuniu itens do atributo Orientação Familiar.

Ademais, no PCATool – Brasil saúde bucal para pacientes adultos versão extensa (Cardozo, 2015), no PCATool – Brasil para pacientes adultos versão extensa (Harzheim, 2013) e no PCATool – Brasil saúde bucal para profissionais dentistas versão extensa

(D'Avila, 2016) o atributo Coordenação - Sistemas de Informação obteve baixa consistência interna ou confiabilidade. O atributo Primeiro Contato – Acessibilidade também obteve alfa de *Cronbach* abaixo de 0,60 (ou que indica pouca confiabilidade) em dois estudos (Hauser *et al.*, 2013; Guimarães *et al.*, 2021). Finalmente, em apenas um estudo incluiu e validou o atributo Competência Cultural (D'Avila, 2016). No presente estudo, apenas o atributo Coordenação – Sistema de Informação obteve alfa de *cronbach* inferior ao ponto de corte para ser considerado aceitável. Portanto, são pelo menos quatro versões já validadas no Brasil em que esse atributo mostra-se problemático quanto à consistência interna. Portanto, a interpretação dos resultados baseados nesse atributo deve ser feita com cautela.

A versão final aqui validada encontrou boas propriedades psicométricas para um conjunto de 81 itens, sendo que 77 deles se distribuíram nos sete atributos da APS (mais 4 referentes à afiliação). Ela vem somar-se a esse conjunto de estudos descritos no Quadro 12 (Cardoso, 2015; D'Avila, 2016; Hauser *et al.*, 2013; Hauser, 2016; Oliveira, Harzheim, Riboldi; Duncan, 2013; Harzheim *et al.*, 2006) que tem validado as distintas versões do PCATool no Brasil.

O instrumento ficou um pouco menos extenso do que o PCATool-Brasil versão adulto extensa, que tem 87 itens distribuídos entre afiliação, quatro atributos essenciais e dois derivados, pois ele não inclui o atributo Competência Cultural. O PCATool Brasil VPCA – extensa, ora validado, alcançou propriedades psicométricas necessárias para manter o atributo “competência cultural”. De fato, esse atributo foi o segundo fator extraído na AFE, o que indica sua relevância para medir a qualidade da APS para os povos ciganos e aponta para a necessidade de haver essa versão disponível para essa população.

A exemplo de outros estudos que também buscaram validar as distintas versões do PCATool, o presente estudo também incorporou a investigação da qualidade da Atenção primária a partir do ponto de vista da população a qual ele se destina. Vale lembrar que o Sistema Único de Saúde nasceu com a grande missão de garantir a todos os brasileiros, sem nenhuma forma de discriminação, pleno direito à saúde com acesso e atenção de qualidade em todos os níveis de complexidade do SUS. Neste cenário, a APS assume a responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS de forma que os sujeitos, individual e coletivamente, tenham atendidas as suas necessidades sociais de saúde. Para tanto, a APS deve cumprir os seus sete atributos.

Todavia, é possível ver na última seção de Resultados que, na avaliação das ciganas e ciganos participantes desta pesquisa, o Escore Essencial da APS médio tanto da escala feminina quanto da masculina (IC = 2,17 – 2,29) e o Escore Geral da APS Médio (IC = 2,09

– 2,21), assim como os escores de todos os atributos da Atenção Primária a Saúde, com exceção da afiliação, apresentaram valores abaixo do ponto de corte. Tais resultados demonstram que, para os povos ciganos, a rede SUS apresenta serviços com baixa presença e extensão dos seus atributos, ou seja, oferecem serviços insatisfatórios, pouco orientados para a APS e pouco sensíveis às demandas e particularidades ciganas.

Essa tímida presença dos atributos essenciais e derivados nos serviços de saúde oferecidos aos povos ciganos precisa ser entendida como um marcador de fragilidade da principal porta de entrada do SUS. Conquanto seja missão da APS garantir acesso e cuidado a todos os sujeitos sem qualquer forma de exclusão, a pouca atenção ofertada às comunidades ciganas potencializa as iniquidades étnico-raciais na saúde. Vale ressaltar, esse conhecimento só foi possível ser alcançado através do instrumento PCATool-Brasil VPCA – extensa, adaptado e validado nesta pesquisa.

Em suma, a adaptação e validação do PCATool-Brasil VPCA – extensa foi o percurso necessário para demonstrar o quanto a APS ainda precisa caminhar para tornar-se culturalmente competente e preparada para atender aos povos ciganos (o que possivelmente também poderá ser verificado no que se refere a outros grupos étnico-raciais e de gênero). A não utilização da versão já validada no Brasil (o que teria sido mais simples) se deu, exatamente, pela ausência do atributo “competência cultural”. Afinal, chega a ser contraditório que em um país de tão vasta diversidade cultural, o atributo “competência cultural” esteja ausente de qualquer instrumento que mensure a qualidade dos serviços ofertados por uma política pública.

Ademais, essa pesquisa, nascida não na academia, mas no serviço, carrega o som de muitas vozes. Em todas as etapas, lideranças ciganas, trabalhadores do SUS e pesquisadores (doutores em saúde coletiva ou área afim) participaram da sua construção. Se faltou apoio financeiro, as parcerias foram o suficiente para fazer a “roda girar”. Desejo comum a todos: demonstrar o quanto é necessário ampliar o atendimento aos ciganos pelo SUS.

Das tantas lições aprendidas com os povos ciganos, a assertiva de que “se o caminho é longo, não se deve andar sozinho”, remete à reflexão do quanto é necessário que a dialogicidade se estabeleça não apenas na esfera do cuidado, mas como uma premissa, desde a Análise de Situação da Saúde (ASIS) até a execução de planejamentos e políticas públicas que coadunem com os sujeitos, territórios e necessidades, não sendo uma atribuição restrita à APS, mas que deve integrar todos os níveis de complexidade da rede SUS. Afinal, os resultados demonstraram não apenas o não cumprimento efetivo dos atributos da APS, mas ainda o não cumprimento efetivo dos princípios universalidade, integralidade e equidade.

E quando o assunto envolve as políticas de equidade, “virar a chave” exige reflexões e compartilhamentos contínuos e, especialmente, remete à necessidade da efetivação da competência cultural enquanto atributo na APS, mas também na Média e na Alta Complexidade, bem como nos serviços de vigilância e de gestão na saúde e nas instituições formadoras. Exige, por exemplo, saber responder aos povos ciganos acerca das ações implementadas em favor da tríade ciganidade – saúde – SUS. Perguntas, cujas respostas demandam o pronunciar dos diversos atores da RAS, bem como contribuições intersetoriais, o que reforça a premissa de que “não se deve andar sozinho”.

Enfim, almejando contribuir com a efetivação do desejo que a tantos mobilizou no curso deste estudo (ampliar o atendimento aos ciganos pelo SUS) se optou por encerrar esse capítulo com algumas proposições. Além do que, no capítulo Resultados já se apresentou as discussões necessárias quanto ao instrumento. Ademais, o maior resultado que se espera alcança com todo o esforço dedicado a esta pesquisa, não é a titulação final, mas, sobretudo, a certeza de contribuir para que na ciranda SUS, o bailado também seja cigano. Optchá!

5.1. “ Não se pode ir reto quando a estrada é curva”, por isso é preciso pensar em economia da saúde quando se almeja a equidade na saúde

Conforme apresentado no capítulo de Fundamentação Teórica, questões como a sustentação do modelo hegemônico hospitalocêntrico; o racismo enquanto enfermidade silenciada no SUS; os efeitos do orientalismo inventado pelo ocidente e potencializado pela ciganologia acerca dos povos ciganos; a ausência de dados demográficos e epidemiológicos relacionados às comunidades ciganas; e o despreparo de gestores e trabalhadores para caminhar com a diversidade presente no território, são alguns pontos que fragilizam ainda mais a qualidade da atenção ofertado aos grupos ciganos pelo SUS.

Resgatando, não por acaso a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil, 2018a) prioriza, no seu objetivo geral, a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia, bem como versa promover a saúde integral dos povos ciganos, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais. O desafio, como anteriorente pontuado, é descobrir como institucionalizar, no cotidiano dos serviços, um fazer que não perpassa, tampouco dialoga, com as concepções dos profissionais da saúde.

Desse modo, garantir acesso e atenção de qualidade para os povos ciganos nos serviços de saúde, exige mudanças de paradigmas. Ou seja, não bastam políticas e portarias, antes é necessária uma contracultura que demonstre, por exemplo, que, possivelmente, a

“competência cultural” seja um atributo essencial (e por que não, o mais essencial) da APS. Um novo paradigma, onde a competência cultural seja condição *sine qua non* para que se estabeleçam os demais atributos “primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária” na rede SUS.

Para tanto, a formação dos profissionais da saúde também precisa ser redimensionada. Esta é uma tarefa que cabe tanto às instituições de ensino na formação de novos profissionais, no fomento de pesquisa e na proposição de projetos de extensão com foco menos assistencialistas; quanto aos serviços, estes que necessitam desenvolver ações de educação permanente menos calendarizadas e mais alinhadas com as reais necessidades dos trabalhadores (o que inclui fomentar atividades que possam tornar os trabalhadores dos serviços culturalmente competentes).

Da mesma forma, os gestores do SUS, em nível tripartite, necessitam urgentemente direcionar a atenção mais para as políticas de saúde do que para a política na saúde, a fim de garantir resultados verdadeiramente efetivos. Igualmente, precisam dar menos ênfase a indicadores que pouquíssimo falam da qualidade do serviço e que quase nada contribuem verdadeiramente com a equidade. E aqui não se reflete apenas acerca dos povos ciganos, mas de todos os sujeitos com as suas identidades étnico-raciais e de gênero presentes no território.

O fato é que, alinhados ao subfinanciamento (ferida histórica do SUS), a ausência de vontade política; as deficiências administrativas, que incluem a ausência do planejamento enquanto cultura institucional; e o racismo imperante e silenciado, constituem barreiras para a consolidação dos princípios do SUS, assim como para os atributos da APS.

Em vista disso, e considerando que a preocupação da maioria dos gestores está comumente centrada no “quanto custa (?)”, é imprescindível que os gestores do SUS pleiteiem auxílio aos economistas da saúde buscando respostas para questões do tipo: qual o investimento necessário (custos financeiros) para que o sistema de saúde dê conta de atender aos determinantes sociais da saúde?

Por exemplo, é fundamental colher dados mais detalhados sobre os percursos das doenças e sobre a inter-relação da doença com a pobreza e da doença com as desigualdades. É necessário analisar a forma como as estruturas e políticas econômicas neoliberais influenciam os determinantes sociais da doença, e averiguar a maneira como é possível romper o que parece ser um círculo vicioso (Melntyre, 2014, p. 316).

De acordo com Almeida “falar sobre raça e economia é essencialmente falar sobre desigualdade” (2019, p. 95). O que nos remete à compreensão de que entender as dinâmicas

estabelecidas nos sistemas, inclusive de saúde, exige a aproximação entre dimensões como equidade e economia, uma vez que a garantia e ampliação de acesso aos serviços e a qualidade da atenção ofertada aos usuários estão diretamente relacionadas aos investimentos para estes fins. O grau de investimentos, por sua vez, parte de análises, comumente estatísticas, que apontam as lacunas e as necessidades prioritárias do sistema, o que deve incluir (e vem sendo cada vez mais incluída em estudos apresentados por economistas da saúde) a equidade na saúde.

Sumariamente, embora os esforços de alguns economistas, “a equidade na saúde, em contraste com a equidade nos serviços da saúde, continua a ser negligenciada” (Melntyre, 2014, p.316). É como estimular o cumprimento dos atributos da APS olhando apenas para as necessidades intramuros das unidades de saúde, negligenciando as demandas presentes no território. Não tem como dar certo.

Nesse sentido, é imperativo aos economistas da saúde cada vez mais sinalizar, sobremaneira aos gestores do SUS, o quanto é possível desenvolver um modelo de gestão equitativo na saúde e que leve em conta que “não se pode ir reto quando a estrada é curva”. Ou seja, que considere que para sujeitos diferentes é necessário estratégias diferentes para responder às demandas específicas, o que implica em investimentos conforme as reais necessidades.

Um exemplo para melhor elucidar. Durante reunião com um grupo de trabalho direcionado às políticas de equidade em saúde, após apresentados diversos dados que indicavam desde a presença dos povos ciganos, da população negra, população LGTTQIA+, povos indígenas e população em situação de rua até a ausência de ações locais da saúde pensadas para atender as demandas específicas dos grupos, quando questionado o porquê da ausência de tais ações, resposta imediata do gestor: “ausência de recursos”. Polêmica estabelecida, definiu-se que o grupo de trabalho (composto por representantes de cada grupo, da gestão, do serviço e de algumas IES) fariam maiores investigações acerca de cada política e dos recursos disponíveis para apoiá-las, quando efetivamente necessário.

Em suma, “as organizações de serviços de assistência à saúde também se beneficiariam com mais informações, fornecidas pelos economistas da saúde, sobre como financiar e prestar serviços de saúde de maneira mais equitativa” (Melntyre, 2014, p.320). Assim como é uma realidade no exemplo acima apresentado, “essas organizações podem ter a disposição para tentar agir melhor em termos de equidade, mas ser carentes de conhecimentos sobre o que funciona” (Melntyre, 2014, p.320).

Isto posto, conforme afirma Melntyre “há por parte dos economistas da saúde um claro dever de auxiliar esses formuladores de políticas a verem com mais clareza como é possível se orientarem mais para a justiça não apenas no desejo, mas na prática” (2014, p.321). Outrossim, sem essa clareza, as instituições de saúde resistirão em apoiar efetivamente as políticas de equidade em saúde, bastando-lhe a “figuração” de respeito aos diferentes e às diversidades, visando atender ao papel de responsável social. E, enquanto isso, permanecerão os povos ciganos (e tantos outros grupos) à mercê de uma oferta de serviços insatisfatórios, pouco orientados para a APS e pouco sensíveis às suas demandas e particularidades, tal qual comprava esta pesquisa.

Grosso modo, institucionalizar um serviço equitativo de saúde não depende apenas da inclusão das ditas minorias nos instrumentos de planejamento do SUS, tampouco da realização de atividades pontuais, normalmente pensadas pelos profissionais para os usuários. Antes, perpassa, também, por ouvir as vozes presentes no território no que concerne às suas reais necessidades e as suas sugestões quanto ao eficiente direcionamento e uso dos recursos. A autonomia dos sujeitos, neste caso a partir do envolvimento na tomada de decisões, ao estimular a autoestima, por si só, é promotora de saúde e da equidade na saúde (Melntyre, 2014), no que muito poderão orientar os economistas da saúde.

Para tanto, o apoio dos economistas da saúde é imprescindível, haja vista, o interesse, especialmente dos gestores, está, como citado acima, comumente centrado nos recursos anteriormente à qualidade das próprias ações. “As análises da economia da saúde podem fornecer subsídios para ajudar os que se dispõem a assumir esse papel de defensores da equidade” (Melntyre, 2014, p. 322).

Infelizmente, de acordo com Melntyre, “a equidade é ofuscada pelas preocupações com a eficiência, mas não é um aspecto adicional e distinto da eficiência, de modo que, se os economistas da saúde lidarem com a eficiência, lidarão com a equidade” (2014, p. 334). A insuficiência de “dados comprobatórios” capazes de mensurar a equidade na saúde tem dificultado a sua abordagem pelos economistas (Melntyre, 2014). Neste sentido, o instrumento PCATool-Brasil Versão Povos Ciganos Adultos – extensa (VPCA-extensa), adaptado e validado neste estudo, pode apontar um relevante caminho.

Enfim, as políticas de equidade em saúde precisam estar presentes não apenas nos discursos, mas enquanto pauta prioritária no financiamento do SUS, o que poderá favorecer, inclusive, o maior investimento nas ações formativas direcionadas a gestores e trabalhadores. Para tanto, os economistas da saúde muito podem contribuir. Afinal, é primordial pensar em

economia da saúde quando se almeja a equidade na saúde. De outra forma, seguirá frágil a luta em defesa da justiça social e do SUS.

5.2.A Educação Popular em Saúde a indicar caminhos para a consolidação do “atributo competência cultural” no SUS, afinal, “a mais bela fogueira começa com pequenos ramos”

Tendo como principal teórico e sistematizador o Mestre Paulo Freire, a educação popular “parte do entendimento de que o processo de construção do conhecimento é uma produção histórica e social, resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos nela envolvidos” (Brasil, 2016c, p. 17). Ou seja, a educação popular remete à necessidade de interação entre “provedor e usuário” com vistas ao alcance de sentidos para os sujeitos envolvidos, conforme preconizado pelo atributo “competência cultural” na APS.

Instituída através da portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), a partir de uma prática político-pedagógica embasada no diálogo entre a diversidade de saberes que busca ir além das ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, propõe a valorização dos saberes populares e da ancestralidade, bem como o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013d). Práticas ainda deveras desconhecidas e/ou negligenciadas pelas equipes de saúde da APS e dos demais pontos da RAS.

Comprometida com a universalidade, com a equidade, com a integralidade e com a garantia da efetiva participação popular no SUS, a PNEPS-SUS é orientada pelos princípios: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (Brasil, 2013d). Efetuados tais princípios, a educação popular em saúde, certamente, muito contribuirá com a consolidação da “competência cultural” no SUS.

Conforme descrito em Brasil (2013d, p.02)

Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Não é necessário grande esforço para compreender que os princípios que orientam a PNEPS-SUS são elementos essenciais para a “superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular” (Vasconcelos, 2009, p. 326). Talvez, a necessidade maior de esforço deva se concentrar na reflexão acerca do porquê a educação popular em saúde mantêm-se como uma ação não prioritária e com pouco (ou na maioria das vezes) nenhum investimento. É possível que estratégias alinhadas com a PNEPS-SUS, como o Círculos de Cultura, Terapias Comunitárias e outras, sejam base para a efetivação da inter/transculturalidade e da competência cultural nos serviços de saúde, no entanto, ainda permanecem frágeis por serem pouco divulgadas e/ou são vistas apenas como uma atividade a mais para a equipe. Todavia,

A educação popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais, que dominam na medicina atual. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população (Vasconcelos, 2009, p. 327).

Em suma, a PNEPS-SUS, possivelmente seja, considerando seu processo histórico de construção a partir do coletivo e os princípios que lhe orientam, uma das grandes estratégias para a efetivação dos atributos da APS, especialmente a “competência cultural”. Afinal de contas, a tessitura da inter/transculturalidade, da equidade e da justiça social no SUS, necessita perpassar por construções sustentadas a partir do diálogo; da amorosidade; da problematização; da construção compartilhada do conhecimento; da emancipação; e do compromisso com a construção do projeto democrático e popular, conforme proposto pela referida política.

Em vistas disso, assim como a roda representa para os povos ciganos os caminhos a percorrer e sinaliza aqueles já percorridos, necessário ressaltar que os movimentos históricos do SUS trazem na memória a luta e o envolvimento de muitos e diversos atores, comprometidos com a saúde, mas também com a democracia e com a autonomia dos sujeitos e a PNEPS-SUS, vem trazer essa recordação.

Que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS, cuja história remete ao lugar de modelo e base para a reforma sanitária brasileira, seja reconhecida e implementada/implantada em favor da equidade, da competência cultural, dos demais princípios e atributos do SUS/APS e, sobremaneira enquanto estímulo às relações étnico-raciais, de gênero, de crença e afins no sistema de saúde brasileiro. A roda existe faz tempo, o desafio tem sido fazê-la girar.

5.3. Clínica Peripatética: recordando que a saúde está aonde o povo está, pois, “a vida é uma grande estrada, a alma é uma pequena carroça e a Divindade o Carroceiro”

Repleta de lições, a escola SUS, em linhas pouco lidas, acumula experiências e conhecimentos que, se compartilhados e praticados, podem contribuir para a “roda SUS girar” em movimento contrário ao hegemônico hospitalocêntrico (e por que não?). Como exemplo, a clínica peripatética, proposta pelo psicanalista Antonio Lancetti em 2006.

Focada centralmente em demandas da saúde mental, a clínica peripatética, influenciada no adjetivo comum e no sentido etimológico da palavra peripatético, qual seja: passear, ir e vir conversando, aprender caminhando, pode ser uma grande inspiração para o trabalho das equipes de saúde da família na APS. A respeito da relação com os povos ciganos, exemplificando, não raro as eSF repetem a frase (quase pronta) “mas elas/eles não vêm ao posto de saúde”. Aqui a clínica peripatética a indicar, “encontre-as/os no território, nos espaços onde a vida acontece”

Reescrevendo Milton Nascimento e fazendo uma analogia, a clínica peripatética vem lembrar que na APS todo profissional deve ir aonde o povo está, em um processo de trabalho repleto de chão e de encontros humanos e, quase sempre, terapêuticos. Onde todas as “conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento” (Lancetti, 2011, p. 19). Estratégias essas, propostas pelo autor, para as pessoas que dificilmente se adaptam aos protocolos tradicionais. Isso talvez indique que, possivelmente, venham a ser exitosas junto aos povos ciganos, por exemplo.

A respeito da experiência vivenciada junto à ESF, Lancetti vem reforçar que “a regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber – tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular” (2011, p. 93). Premissa aparentemente esquecida pelos profissionais da APS, mas altamente factível quando colocada a serviço da prática. Prova disso, em uma cidade do Sul da Bahia, após muitos anos presente em um território com uma grande comunidade cigana, somente depois de quebrar o protocolo de espera dos usuários na unidade de saúde, a eSF estabeleceu, a partir do encontro no território, uma relação de vínculo e atenção com os povos ciganos. Atualmente, é comum encontrar os profissionais da equipe presentes na referida comunidade cigana, assim como vem sendo modificada a visão dos povos ciganos deste território acerca da unidade de saúde. Ou seja, a partir do deslocamento, de conversações e de caminhadas na comunidade cigana local, a competência cultural vem se constituindo enquanto atributo “essencial” para estes atores.

Enfim, a clínica peripatética, pode ser uma alternativa a orientar como “ao invés de criar modos de inserir os povos ciganos no espaço da ESF” é necessário “entender que eles são unidades vivas”, para, enfim, “inserir as ações da ESF na lógica da produção de cuidado e dissolvê-las no espaço do acampamento cigano” (Almeida, 2013, p. 1.127). O modelo peripatético, alinhando aos princípios da educação popular em saúde poderá ainda estimular que as equipes de saúde da família atuem “abarcando os fazeres locais como práticas legítimas e potencializá-las, ressignificando as práticas da Estratégia para que possam efetivamente ser incluídas no mundo cigano” (Almeida, 2013, p. 1.127).

Em verdade, a clínica peripatética, assim como a educação popular em saúde, não carrega em si estratégias definitivas para romper a tríade hegemonia – orientalismo – ciganidade, tampouco para consolidar a tríade ciganidade – saúde – SUS. No entanto, é uma experiência que merece ser compartilhada a fim de que possa inspirar novas modelagens práticas. Segundo Lancetti, “a clínica peripatética é cheia de paradoxos, impasses, clausuras e aberturas inéditas” (2011, p.117), o que instiga a incluí-la entre as ações fundamentais para efetivação das políticas de equidade em saúde. Mais uma vez parafraseando Milton, a verdade é que somente aquele que toma um sonho como uma forma de viver consegue, quem sabe, desvendar o segredo.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo central realizar o processo de adaptação e validação de um instrumento a ser empregado no Brasil para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, dirigido aos povos ciganos. Adicionalmente, com base nesse instrumento validado, procedeu-se com a avaliação da qualidade da APS a partir da percepção de ciganos e ciganas brasileiros.

Com base neste estudo, é possível concluir que o PCATool-Brasil VPCA – extensa obteve validade de conteúdo, validade de constructo e é confiável. Além disso, há indícios de validade convergente para a maioria dos atributos. Portanto, conclui-se que o instrumento está validado, de modo preliminar, para o Brasil. No entanto, sugere-se que futuros estudos que queiram avançar na validação do instrumento por meio da Análise Fatorial Confirmatória utilizem amostras mais numerosas, já que essa pode ser considerada uma das limitações do presente estudo, na busca pela confirmação de sua validade e confiabilidade. Outra limitação a ser considerada foi o tipo de amostragem, que foi por conveniência e envolveu em sua massiva maioria ciganos Calon. Ainda que pareça ser inviável usar amostragem aleatória devido ao fato de não haver cadastros de indivíduos dessa população, futuros estudos devem aventar a possibilidade de incluir ciganos de todas as etnias em números proporcionalmente iguais.

O estudo possibilitou encontrar a estrutura fatorial mais adequada para fins de avaliação da qualidade da atenção primária à saúde pelos povos ciganos a partir de 81 itens, sendo 77 questões relacionadas aos sete atributos da APS e 4 referentes à afiliação aos serviço de saúde que compõem o PCATool Brasil VPCA – extensa (APÊNDICE E). Diferentemente do *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil versão adulto extensa* (este composto por 87 itens distribuídos entre afiliação, quatro atributos essenciais e dois derivados), o PCATool Brasil VPCA – extensa alcançou propriedades psicométricas necessárias para manter o atributo “competência cultural”. Por seu turno, o atributo “competência cultural”, enquanto o segundo fator extraído na AFE a partir do PCATool Brasil VPCA – extensa, reforça a necessidade de validação de instrumentos que considerem as questões étnicas e culturais brasileiras.

Ademais, a necessidade de que os serviços prestados pela APS sejam culturalmente orientados (conforme confirmado no estudo descritivo e todo o tempo advogado nesta pesquisa), remete à necessidade de se ampliar a atenção para os atributos derivados, para fins,

inclusive, de alcançar resultados satisfatórios referentes aos atributos considerados essenciais. Ou seja, enquanto não for culturalmente orientada e não estiver preparada para realizar as orientações familiares e comunitárias exigidas pelos sujeitos e territórios, a APS jamais cumprirá a sua missão, conforme proposta a partir dos seus atributos e das suas funções. Outrossim, não se deve perder de vista que culturalmente orientada necessita ser toda a RAS, bem como as instituições formadoras em saúde.

A percepção das etnias ciganas acerca da qualidade insatisfatória dos serviços ofertados pela APS, demonstrada a partir da baixa presença e extensão dos seus atributos (como pôde ser verificado no estudo descritivo), indica a necessidade de se reavaliar os processos de trabalho instituídos no setor, com vistas a garantir uma APS verdadeiramente resolutiva, integral e equânime. Resumindo, a aplicação do PCATool Brasil VPCA – extensa, no contexto desse estudo, permitiu conhecer de que forma a APS tem se organizado e se orientado na atenção e no cuidado à saúde dos povos ciganos, baseado no modelo de APS proposto por Starfield (2002).

Como já se discutiu anteriormente, enquanto não houver reconhecimento e respeito direcionado a todas as identidades étnico-raciais e de gênero que compõem a brasilidade, permanecerá vã a tentativa da consolidação de um modelo de saúde integral, quando na rotina esse mesmo modelo ainda sustenta e reproduz iatrogenias culturais e sociais. E quando se trata dos povos ciganos, o fato é que no mantra “ninguém solta a mão de ninguém” eles não estão incluídos.

Quiçá este estudo possa estimular a redução da ciganofobia no SUS e fomentar o maior acesso e a melhor atenção direcionada aos povos ciganos nos serviços de saúde pública brasileiros, especialmente nos que compõem a sua porta de entrada preferencial. Espera-se, o PCATool Brasil VPCA – extensa, venha a ser usado enquanto ferramenta para avaliação da qualidade dos serviços da APS ofertados aos povos ciganos, a fim de estimular ações que favoreçam o acesso e atenção das comunidades ciganas no SUS.

Por fim, e sobretudo, anseia-se que esta pesquisa possa contribuir com as comunidades ciganas brasileiras enquanto subsídio para a maior garantia dos seus direitos e enquanto estímulo à sua maior participação nos coletivos em defesa da equidade, da saúde e da vida. Afinal, é preciso seguir lutando para que a “justiça social se implante antes da caridade” (Freire, 1988)¹⁰.

¹⁰ Trecho do vídeo “O Educador da Liberdade”, 1988. Disponível em: <https://www.acervo.paulofreire.org/jspui/handle/7891/1932>

A despeito das tantas fragilidades ainda vivenciadas, não se pode negar, o SUS é uma das maiores políticas públicas do mundo. E, se a pandemia ressaltou o seu valor, o cotidiano dos serviços rotineiramente reforça, o SUS é uma escola. No entanto, as suas lições, estruturadas através dos seus projetos e programas, têm sido uma prática mantenedora do modelo hegemônico fadado à fragmentação do sujeito e à inoperância ou insuficiência das redes e dos serviços. E, conseqüentemente, mantenedora das iniquidades.

O caminho é longo, sabe-se. Mas se dos profissionais da saúde não surgirem pronunciamentos em favor da consolidação de uma nova forma de produzir saúde, dificilmente será rompida a barreira que mantém distantes os sujeitos e os saberes e que sustenta as ditas prioridades do sistema. Afinal, mais necessário do que olhar para os contextos e teorizar os caminhos é movimentar-se para ver produzidas as mudanças necessárias e, para isso, não se deve caminhar sozinho.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ALMEIDA, Manoel Guedes de; BARBOSA, Débora Regina Marques; PEDROSA, José Ivo dos Santos. Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 1116-1129, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/344/330>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ALMEIDA, M. G.; SILVA, T. M. G. V; e PEDROSA, J. I. S. Saúde de Povos Ciganos no Brasil: uma revisão integrativa. Convibra Saúde. In: II Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2, 2013. Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=4306>. Acesso em: 08 set. 2023.

ALMEIDA-FILHO Naomar. A problemática teórica da determina social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AMSK/BRASIL. Associação Internacional Mayle Sara Kali. **Ofício AMSK/Brasil 012/2020**. Relatório Denúncia COVID 19 Camaçari-BA/Brasil. Brasília, DF: AMSK/Brasil, 2020. Assunto: Comunidade Cigana de Camaçari/BA.

ANDES. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. **Nota da diretoria do ANDES-SN de repúdio à ciganofobia e à violência do poder público com povos ciganos**. Brasília, DF: ANDES, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/nota/nOTA-dA-dIRETORIA-dO-aNDES-sN-dE-rEPUDIO-a-cIGANOFOBIA-e-a-vIOLENCIA-dO-pODER-pUBLICO-cOMPpOVOScIGA/page:5/sort:Conteudo.updated/direction:DESC>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ANDRADE JÚNIOR, Lourival. Os ciganos e os processos de exclusão. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 33, n. 66, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/g6gbcSvyMGft5FkKmd6RHMG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2022.

ARAÚJO, Vanda Aparecida; COSTA, Tiago Batista; TAVARES, Manuel. Multiculturalismo, interculturalismo e pluriculturalismo: debates e horizontes políticos e epistemológicos. **Revista @mbienteeducação**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-44, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/471/0>. Acesso em: 13 maio 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Coordenações e Núcleos. **A coordenação de ciclo de vida e gênero – CCVG**. Salvador: Secretaria da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-detodosnos/diretoria-de-gestao-do-cuidado/coordenacoes-e-nucleos/>. Acesso em: 17 maio 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Observatório Baiano de Regionalização. **Plano Diretor de Regionalização (PDR 2007)**. Salvador: Secretaria da Saúde, [2023]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/pdr2007>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia**. Salvador: Secretaria da Saúde, 2019-2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-BA.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022

BAHIA. Secretaria de Planejamento. **Política Territorial**. Salvador: SEPLAN, 2014. Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/politica-territorial/>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BAKHTIN, Mikhail (VOLOCHÍNOV, Valentin N). **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BAKKER, Peter. Romani genetic linguistics and genetics: results, prospects and problems. *Romani Studies* 5, Vol. 22, No. 2, 2012, pp.91-111. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/489107/pdf>, Acesso em: 17 jul. 2023.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2022.

BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. Platão e a Medicina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 619-634, set./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n3/04.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

BEATON, Dorcas E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, Dec. 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx. Acesso em: 25 abr. 2022.

BERK, Ronald A. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. **Western Journal of Nursing Research**, [s. l.], v. 12, n. 5, p. 659-671, Oct. 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F019394599001200507>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BERRY, John *et al.* **Cross-cultural psychology: research and applications**. 2nd. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/245817518_Berry_J_W_Poortinga_Y_H_Segall_M_H_Dasen_P_R_2002_Crosscultural_psychology_research_and_applications_Second_revised_edition. Acesso em: 21 abr. 2022.

BORDE, Elis Mina Seraya. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36184/2/ve_Elis_Mina_ENSP_2014#:~:text=No%20intuito%20de%20contribuir%20para,ref_erida%2C%20t%C3%AAm%20contribu%C3%ADdo%20para%20a. Acesso em: 21 abr. 2022.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p.423-432, 2012. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>

BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 498-516, dez. 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/394.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 3.010, de 20 de agosto de 1938**. Regulamenta o Decreto-lei n. 406, de 4 de maio de 1938, que dispõe sobre a entrada de estrangeiros no território nacional. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1938. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/19301939/decreto-3010-20-agosto-1938-348850-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Organização de Vera Joana Bornstein *et al.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2016c.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto de 25 de maio de 2006**. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2006 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/dnn10841.htm. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. **Resoluções da II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CONAPIR), 25 a 28 de jun. 2009**. Brasília, DF: SEPPPIR, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/resolucoes-da-ii-conapir>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde** = Primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Série A. Normas Técnicas e Manuais). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080 referente à organização do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Relatório Executivo Brasil Cigano: I Encontro Nacional dos Povos Ciganos, 20 a 24 de maio de 2013b**. Brasília, DF: Presidência da República, out. 2013b. 50 p. Disponível em: http://www.educadores.diaa.dia.pr.gov.br/arquivos/File/pacto_nacional_em/relatorio_executivo_brasil_cigano.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013c. 16 p. Reimpressão. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Ciganos: documento orientador para os sistemas de ensino**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. 56 p. Disponível em: http://static.paraiba.pb.gov.br/2016/05/copy_of_secadi_ciganos_documento_orientador_para_sistemas_ensino-1-1.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano**. Brasília: Ministério da Saúde: Associação Internacional Mailê Sara Kalí, 2016a. 46 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios_cuidado_saude_povo_cigano.pdf&ved=2ahUKEwjDk_7yg6r0AhWrqJU

CHcWyCKkQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw0hrDnTkS08hm6CW3K99gvH. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2013d. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão. **Recomendação sobre os ciganos**. Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **PCATool Brasil/2020**: Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 238 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf&ved=2ahUKEwjUu7fboar0AhVPqZUCHQg9BcwQFnoECDoQAQ&usg=AOvVaw3KAEEVwaydeb-8HI5zt9uP. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRITO, Laura Elisabete Figueiredo. **Competência cultural em saúde**: caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana. 2016. Tese (Mestrado em Antropologia Médica) – Faculdade de Ciências e Tecnologias, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BROWN, Timothy A.; MOORE, Michael. Confirmatory factor analysis for applied research. In: HOYLE, Rick H. (ed.). **Handbook of structural equation modelling**. New York: The Guilford Press, 2012 p. 361-379. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/MichaelMoore75/publication/251573889_Hoyle_CFA_Chapte_Final/links/0deec51f14d2070566000000/Hoyle-CFA-Chapter-Final.pdf. Acesso em: 29 abr. 2022.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006. Disponível em: <http://www.kharazmi-statistics.ir/Uploads/Public/book/Methodology%20in%20the%20Social%20Sciences.pdf>. Acesso em 12 jul. 2023.

BURCHUM, Jacqueline L. Rosenjack. Cultural competence: an evolutionary perspective. **Nursing Forum**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 5-15, Oct./Dec., 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12592833/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming**. New York: Routledge, 2020.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. **Journal of Nursing Education**, [s. l.], v. 38, n. 5, p. 203-207, May 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10438093/>. Acesso em: 22 maio 2022.

CANCLINI, Nestor Garcia. **Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad**. Barcelona, Espanha: Gedisa, 2004.

CAPONI, Sandra. A proposito del concepto de salud. Florianópolis: UFSC, 1997. mimeogr.

CANDAU, Vera Maria. Educação intercultural e práticas pedagógicas. In: SILVA, Marco; NASCIMENTO, Orlando Costa do; ZEN, Giovana Cristina. (org.). **Didática: abordagens teóricas contemporâneas**. Salvador: EDUFBA, 2019.

CARDOSO, D. D. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133142/000985763.pdf?sequence=1>. Acesso em: 7 out. 2023.

CATTELL, Raymond B. The scree test for the number of factors. **Multivariate Behavioral Research**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 245-276, Apr. 1966. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327906mbr0102_10. Acesso em: 27 abr. 2022.

CHINA, J. B. D'Oliveira. “Os ciganos do Brasil; subsídios históricos, etnográficos e lingüísticos”. **Revista do Museu Paulista**, t. 21, São Paulo, 1936.

COLUCI, Marina Zambon Orpineli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 30 abr. 2022.

COMUNIDADES CIGANAS *et al.* **Nota Pública**. Brasília, DF, 8 abr. 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Nota-Comunidades-Ciganas-eCovid-19_TF.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

COOK, David A.; BECKMAN, Thomas J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. **The American Journal of Medicine**, v. 119, n. 2, p. 166, Feb. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16443422/>. Acesso em: 29 abr. 2022.

CORREIA, Maria Fernanda Reimão. **Cultura cigana e sua relação com a saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2011.

Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10506/1/ultima%20correc%C3%A7%C3%A3o_V17_FINAL.pdf. Acesso em: 17 abr. 2022.

CORTESÃO, Luiza; STOER, Stephen R. A interculturalidade e a educação escolar: dispositivos pedagógicos e a construção da ponte entre culturas. **Inovação**, [s. l.], n. 9, p. 35-51, 1996. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/56270/2/84827.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

CRONBACH, Lee J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 297-334, Sept. 1951. Disponível em: http://cda.psych.uiuc.edu/psychometrika_highly_cited_articles/cronbach_1951.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712012000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2022.

DAMASCENO, RF, da Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **J Manag Prim Health Care** [Internet]. 19 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>. Acesso em: 23 abr. 2022.

D'AVILA, Otávio Pereira *et al.* O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232017223.03312016>. Acesso em: 17 abr. 2022.

DAVIS, Linda Lindsey. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 194-197, Nov. 1992. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705800084>. Acesso em: 12 abr. 2022.

DEBRET, Jean Baptiste. **Viagem pitoresca e histórica ao Brasil**. Tradução Sergio Milliet. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1989. p.107-108.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p.7-11, abr.- jun. 1986. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5817635/mod_resource/content/2/%5BDejours%5D_Por%20um%20novo%20conceito%20de%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 7 jun. 2022.

DEVON, H. A.; BLOCK, M. E.; MOYLE-WRIGHT, P.; ERNST, D. M.; HAYDEN, S. J.; LAZZARA, D. J.; SAVOY, S. M.; KOSTAS-POLSTON, E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n.2, p 155-64, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17535316/>. Acesso em 12 set 2023.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 12 ago. 2023.

FANON, F. **Por uma revolução africana**: textos políticos. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

FIELD, Andy. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Tradução Lorí Viali. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIELD, Andy; MILES, Jeremy; FIELD, Zoë. **Discovering statistics using R**. London: Sage Publications, 2012.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v. 16, n. 1, p. 160–185, jun. 2010

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. **Rev. Bras. Educ.**, [s. l.], n. 23, p. 16-35, maio/jun./jul./ago. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141324782003000200003>. Acesso em: 7 jun. 2022.

FONSECA, Isabel. **Enterrem-me em pé**: a longa viagem dos ciganos. Trad. José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

GEORGE, D.; MALLERY, M. **SPSS for Windows step by step**: a simple guide and reference, 17.0 update. 10th. ed. Boston: Pearson, 2010.

GIANNELLA, Valéria. Epistemoloque? Epistemologia para não filósofos: guiando a ação para o tempo que vem. *Revista Terceiro Excluído*, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/teri/article/view/36362/18715>. Acesso em: 28 maio 2022.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática**: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.

GOUVEIA, Eneline A. H.; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], 2019, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19815271v43suplemento1-20190066>. Acesso em: 9 jun. 2022.

GRAMSCI, Antonio. **Os Indiferentes**. *La Città Futura*, 11-2-1917. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1917/02/11.htm>. Acesso em: 7 jun. 2022.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1982. Disponível em: <https://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/gramsci-os-intelectuais-e-aorganizacao-da-cultural.pdf> Acesso em: 14/09/2020. Acesso em: 7 jun. 2022.

GRAMSCI, Antonio. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. *In*: GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. p. 94. v. 1. Disponível em: https://static.fecam.net.br/uploads/1521/arquivos/1349633_gramsci_cadernos_do_carcere_vol_i.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

GRAMSCI, Antonio. **Os indiferentes**. In: MARXISTS INTERNET ARCHIVE. Biblioteca. Gramsci. [S. l.]: 2005. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1917/02/11.htm>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GRANT, Joan S.; DAVIS, Linda L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, Jun. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9179180/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Great Britain, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. Disponível em: <https://lab.research.sickkids.ca/wp-content/uploads/sites/72/2017/12/Guillemin-Crosscultural-Adaptation1993.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

GUILLEMIN, Francis. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7747144/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

GUIMARÃES, Márcia Alves. **Desenvolvimento do Instrumento PCATool-Brasil- Profissional no cuidado ao idoso para análise do Desempenho da Atenção Primária**. Tese (Doutorado em Gerontologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/364247/1/Guimaraes_MarciaAlves_D.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

GUIMARÃES, Solange Lima. Paisagens de névoa e neblina: a imagem literária de paisagens do medo. **Revista Geografia, Literatura e Arte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 71-93, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/geoliterart/article/view/142142>. Acesso em: 19 jun. 2022.

HAIR, Joseph F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Tradução Adonai Shlup Sant'Anna e Anselmo Chaves Neto. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR, J.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **Multivariate data analysis**. 7th. ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Educational International, 2010.

HARZHEIM, Erno *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>. Acesso em: 9 abr. 2022.

HARZHEIM, Erno *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>. Acesso em: 12 abr. 2022.

HAUSER, L. Aprimoramento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool-Brasil. 2016. 219 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/212729>. Acesso em: 7 out.2023.

HAUSER L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-55, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821). Acesso em: 7 out. 2023.

HAYNES, Stephen N.; RICHARD, David; KUBANY, Edward S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 238-247, Sept. 1995. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232480869_Content_VValidity_in_Psychological_Assessment_A_Functional_Approach_to_Concepts_and_Methods. Acesso em: 9 abr. 2022.

HENCKEMAIER, Luizita *et al.* Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 85-91, 2014. Disponível em: <https://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/15722>. Acesso em: 14 abr. 2022.

HERDER, Johann Gottfried. **Outlines of a philosophy of the history of man**. New York: Bergman, 1996.

HERNANDEZ-NIETO, R. **Contributions to statistical analysis**. Mérida: Los Andes University Press, 2002.

HYRKÄS, Kristiina; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, Kaija; OKSA, Lea. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.] v. 40, n. 6, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834927/>. Acesso em: 17 abr. 2022.

ITABUNA Câmara de Vereadores. **Dia Municipal da Etnia Cigana**. Itabuna-BA: CMVI, 13 abr. 2018. Disponível em: <https://cmvitabuna.ba.gov.br/portal/em-itabuna-24-de-maio-passara-ser-o-dia-da-etnia-cigana/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

KESZEI, András P.; NOVAK, Márta; STREINER, David L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 319-323, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399910000115?via%3Dihub>. Acesso em: 14 abr. 2022.

KIDDER, Daniel Parish. **Reminiscências de viagens e permanências nas províncias do Norte do Brasil**. Belo Horizonte, Itatiaia/São Paulo: EDUSP, 1980.

LANCETTI, A. **Clínica Piripatética**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n4/1019-1029/pt>. Acesso em: 2 maio 2022.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: PASQUALI, L. (org.). **Análise fatorial para pesquisadores**. Petrópolis: Vozes, 2004.

LENDA cigana 2. In: **Blog Filhos do Vento**. [S. l.], 3 mar. 2011. Disponível em: <http://somosfilhosdovento.blogspot.com/2011/03/lenda-cigana-2.html>). Acesso em: 12 abr. 2022.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; FARO, André; SANTOS, Mayara Rodrigues dos. A desumanização presente nos estereótipos de índios e ciganos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, p. 219-228, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/byDQ8S6sbw6gtKPftbX8Wzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Rev. Gaúch. Enferm**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-285763>. Acesso em: 22 maio 2022.

LUZ, Madel Therezinha. **Saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MATOS, Daniel Abud Seabra; RODRIGUES, Erica Castilho. **Análise fatorial**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública (Enap). 2019. 75 p. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MCLNTYRE, Di (Org.). Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. / Organizado por Di McIntyre e Gavin Mooney. / tradução: Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

McGILTON, Katherine S. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 72-86, Dec. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14746122/>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MEDEIROS, Cristina Maria de. **Uma análise da cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento**: contribuições para a estratégia saúde da família. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS9CGK7Z/1/monografia_cristina_maria_de_medeiros.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

MEDEIROS, Luana Antonino; SOARES, Maria de Lurdes. SUS e povos ciganos: desafios na construção de uma política brasileira para equidade. **Áltera: Revista de Antropologia**, João Pessoa, v. 2, n. 7, p. 270-283, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/altera/article/view/39556/21853>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MEDEIROS, Jessica Cunha de; BATISTA, Mércia Rejane Rangel. Nomadismo e diáspora: sugestões para se estudar os ciganos. **Revista Antropológicas**, ano 19, v. 26, n. 1, p. 201-230, 2015. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewj8dGBunrAhXwTN8KHcEpAAMQFjABegQIAxAB&url=https%](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewj8dGBunrAhXwTN8KHcEpAAMQFjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3D%26esrc%3Ds%26source%3Dweb%26cd%3D%26ved%3D2ahUKewj8dGBunrAhXwTN8KHcEpAAMQFjABegQIAxAB)

[3A%2F%2Fperiodicos.ufpe.br%2Frevistas%2Frevistaanthropologicas%2Farticle%2Fdownload%2F23910%2F19465&usg=AOvVaw2ZXAlBuSNJ9CL6o4e5RAAd9](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/download/23910/19465&usg=AOvVaw2ZXAlBuSNJ9CL6o4e5RAAd9). Acesso em: 14 abr. 2022.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **Hist cienc saude-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1139–50, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

MÉNDEZ, María Laura; PUGET, Janine. Clínica de la diferencia e interculturalidad. In: CONGRESO FLAPAG, 20., 2013, Buenos Aires. **Anais [...]**. Buenos Aires, Argentina, 2013. Não publicada. Disponível em: <http://www.flapag.org/archivos/clinicadeladiferenciaeinterculturalidad.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MOITA M, Silva A. Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. Pensar Enfermagem. 2016. Vol. 2.

MOONEN, Frans. **Anticiganismo**: os ciganos na Europa e no Brasil. 3. ed. rev. e atual. Recife, [s. n.], 2011. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pacto_nacional_em/anticiganismo.pdf. Acesso em: 13 maio 2022.

MOONEN, Frans. **Anticiganismo e políticas ciganas na Europa e no Brasil**. Recife: AMSK, 2012.

MOONEN, Frans. **Anticiganismo e políticas ciganas na Europa e no Brasil**. Edição rev. e aum. Recife: [S. n.], 2013. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/fmo_2013_anticiganismoeuropabrasil.pdf. Acesso em: 14 maio 2022.

MORAES FILHO, A. F. de Mello. **Os ciganos no Brasil & cancioneiro dos ciganos**. Belo Horizonte, Itatiaia/São Paulo: EDUSP, 1982.

MORSE, Janice M. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. **Nursing Research**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 120-123, Mar. 1991. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1991/03000/Approaches_to_Qualitative_Quantitative.14.aspx. Acesso em: 14 abr. 2022.

OLIVEIRA, M. M. C. de; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256–263, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)823. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/823>. Acesso em: 7 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2022. Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acesso em: 17 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas: Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 35-48. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-04.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em: 23 ago. 2023.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual**. Maidenhead Open University Press, United States, 2007.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, Luiz. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PETERSON, R. A. (2000). A meta-analysis of variance accounted for and factor loadings in exploratory factor analysis. **Marketing Letters**, v. 11, n. 3, p. 261-275, United States, 2000.

PITTMAN, Joyce; BAKAS, Tamilyn. Measurement and instrument design. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, [s. l.], v. 37, n. 6, p. 603-607, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21076260/>. Acesso em: 10 de junho de 2022.

POLIT, Denise F.; BECK Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

PUCCI JUNIOR, Roberto C. Preciosidade da sabedoria cigana. In: Pucci Junior, Roberto C. **O dia sem amanhã** = El día sin mañana. [S. l.]: 29 out. 2016. Disponível em: <https://odsa.com.br/preciosidades-da-sabedoria-cigana/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

QUEM são e de onde vêm os ciganos? **Super Interessante**, São Paulo: Abril, 18 abr. 2011. História Mundo Estranho. Disponível em: [https://super.abril.com.br/mundo-estranho/quem-sao-e-deondevemosciganos/#:~:text=%E2%80%9CNas%20antigas%20lendas%20ciganas%2C%20constatamos,Iraque\)%20e%20n%C3%A3o%20na%20C3%8Dndia.&text=Como%20conviviam%20tanto%20com%20mouros,para%20serem%20acusado%20de%20heresia](https://super.abril.com.br/mundo-estranho/quem-sao-e-deondevemosciganos/#:~:text=%E2%80%9CNas%20antigas%20lendas%20ciganas%2C%20constatamos,Iraque)%20e%20n%C3%A3o%20na%20C3%8Dndia.&text=Como%20conviviam%20tanto%20com%20mouros,para%20serem%20acusado%20de%20heresia). Acesso em: 12 abr. 2022.

RODRIGUES, Francisco Rafael de Araújo; MARTINS, José Joaquim Penedos Amendoeira; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Competência cultural: análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. **E-REI: Revista de Estudos Internacionais do**

CEI, [s. l.], p. 1-10, 2013. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1715/1/A_FranciscoRodrigues_2013.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

RUBIO, Doris McGartland *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/27/2/94/1659075>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-105, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/27/2/94/1659075>. Acesso em 09 set 2023.

SÁ, Maria José Ribeiro de; SILVA, Maria das Graças. Educação escolar indígena e saberes culturais. **Revista FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 28, n. 56, p. 167-177, set./dez. 2019. Disponível em: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1160314.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SAID, Edward W. **Orientalismo**: o Oriente como invenção do Ocidente. Tradução Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Schwarcz, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1861897/mod_resource/content/1/said%20edward%20w%20-%20orientalismo.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

SALMOND, Susan S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthopaedic Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 28-30, Jan./Feb. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18300685/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SANTANA JÚNIOR, Fernando Oliveira. Judaísmo, medicina e literatura: ética médica judaica em A majestade do Xingu, de Moacyr Scliar. **Arquivo Maaravi: Revista Digital de Estudos Judaicos da UFMG**, [s.l.], v. 6, n. 11, p. 38-61, out. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/maaravi/article/view/3071/3025>. Acesso em: 25 maio 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s. l.], n. 63, p. 237-280, 2002. Disponível em: http://www.Boaventuradesousasantos.Pt/media/pdfs/sociologia_das_ausencias_rccs63.Pdf . Acesso em: 23 maio 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo : Cortez, 2008.

SANTOS, Dayse. **Filhos do vento**: da invisibilidade ao reconhecimento do Dia Municipal da Etnia Cigana, Lei nº 2.422/2018, Itabuna-Bahia. 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino e Relações Étnico-Raciais) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna, Bahia, 2019. Disponível em: <https://sig.ufsb.edu.br/sigaa/verArquivo?idArquivo=394719&key=c6bd9b5875383b7940e58105cc86a8f7>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SANTOS, Lenalda Andrade. História Medieval I/ Lenalda Andrade Santos, Bruno Gonçalves Alvaro. Aula 4 - **Multiculturalismo, interculturalidade e transculturalidade** - São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, CESAD, 2012. Disponível em:

<https://xdocs.com.br/doc/temas-de-cultura-e-civilizacao-anglo-americana-zo23jk73ql8m>.

Acesso em: 16 abr. 2022.

SCHEIER, Michael F.; CARVER, Charles S.; BRIDGES, Michael W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 67, n. 6, p. 1063-1078, Dec. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7815302/>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

SHEN, Zuwang. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], p. 308-321, May 1-14, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24817206/>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 161-175, Feb. 2001. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, Ana Cláudia Conceição da. **Fatores associados à utilização de serviços de saúde por ciganos na Bahia**, 2016. Tese de Doutorado (Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/793/1/FinalTeseAna20122016.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA JÚNIOR, Aluizio de Azevedo. **Produção social dos sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde**: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal. 2018. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33131>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SILVA JÚNIOR, Aluizio de Azevedo. Comunidades ciganas e a pandemia: desafios étnico-raciais e perspectivas comunicacionais. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 42–61, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.30681/rccs.v7i1.5097>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SILVA, Luísa Ferreira da; SOUSA, Fátima; OLIVEIRA, Luísa; MAGANO, Olga. A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra 2000. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462dc924ecdba_1.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

SILVA, Mônica Oliveira da. **Ciganos**: fronteiras culturais e sistema de saúde. Porto Alegre, p. 1-16, 2006. Disponível em: http://www.amsk.org.br/imagem/pdf/5_EnsaioMonicaOliveira-1.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN; BRASIL. Ministério da Saúde. **PlanificaSUS**: Guia *Workshop* 1: a integração da atenção primária e da atenção especializada nas redes de atenção à saúde. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. 36 p. Disponível em <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201908/16114710-guia-workshop-1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n108/204-218/pt>. Acesso em: 9 abr. 2022.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Título original: Primary care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

STARFELD, B. **Primary Care Assessment**: the PCAT. Based on Cape Town, South Africa, 2007; and Barcelona, Spain, 2009. 39 slides. Disponível em: <https://studylib.net/doc/11249983/this-work-is-licensed-under-a-.your-use-of-this>. Acesso em: 04 ago. 2023.

STREINER, David L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 217-222, c2003b. Disponível em: https://www.rotmanbaycrest.on.ca/files/publicationmodule/@random45f5724eba2f8/JPersAssess03_80_217_222.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

TABACHNICK, Barbara G.; FIDELL, Linda S. **Using multivariate statistics**. 5. ed. Boston: Allyn and Bacon, 2007.

TAVARES, Manuel. Culturas e educação: a retórica do multiculturalismo e a ilusão do interculturalismo. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, [s. l.], v. 11, n. 25, p. 164 – 190, 2014. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/649/505>. Acesso em: 22 abr. 2022.

TEIXEIRA, Rodrigo. **A história dos ciganos no Brasil**. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos, 2008.

TILDEN, Virginia P.; NELSON, Christine A.; MAY, Barbara A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 172-175, May-Jun. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2342905/>. Acesso em: 4 maio 2022.

TINSLEY, H. E. A.; TINSLEY, D. J. Uses of factor analysis in counseling psychology research. **Journal of Counseling Psychology**, v. 34, n. 4, p. 414-424, 1987.

URBINA, S. Fundamentos da testagem Psicológica. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

VARELLA, C. A. A. **Análise multivariada aplicada as ciências agrárias**: análise de componentes principais. Programa de Pós-Graduação em Agronomia - PPGA-CS. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/varella/Downloads/multivariada%20aplicada%20as%20ciencias%20agrarias/Aulas/analise%20de%20componentes%20principais.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

VASCONCELOS, E. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

VASCONCELOS, Marcia; RIBEIRO, José; COSTA, Elisa. **Dados oficiais sobre os povos romani (ciganos) no Brasil**. Brasília, DF: AMSK/Brasil, 2013. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao1_AMSK_2013.pdf. Acesso em: 4 maio 2022.

VASCONCELOS, Marcia; COSTA, Elisa. **Datas de celebração e luta pelos direitos dos Povos Romani (Ciganos)**. Brasília: AMSK/Brasil, 2015. 36 p. Disponível em: https://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/Publicacao3_AMSK_2015_DatasCelebracao.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

WALSH, Catherine. **La educación intercultural en la educación**. Perú: Ministerio de Educación, 2001.

WEISSMANN, Lisette. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542018000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2022.

WELSCH, Wolfgang. Transculturality: the puzzling form of cultures. [S. l.], p. 1-16, 2009. Disponível em: http://www.westreadseast.info/PDF/Readings/Welsch_Transculturality.pdf. Acesso em: 8 maio 2022.

WILD, Diane *et al.* Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. **Value in Health**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 94-104, Mar./Apr. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.15244733.2005.04054>. Acesso em: 24 maio 2022.

WYND, Christine A.; SCHMIDT, Bruce; SCHAEFER, Michelle Atkins. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 508-518, Aug. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12955968/>. Acesso em: 24 maio 2022.

ZANGHERI, Renato. **Bloco histórico**. In: ACESSA.COM: Mais Comunicação. [S. l.], [2020]. Disponível em: <http://www.acesa.com/gramsci/?id=632&page=visualizar>. Acesso em: 24 maio 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PRESENCIAL



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PRESENCIAL

CARO(A) SENHOR(A),

Este é um CONVITE para você participar de uma pesquisa. Por favor, fique atento(a) a todas as informações em perguntas e respostas apresentadas abaixo e tire todas as suas dúvidas. Caso você esteja de acordo, assinale ao final da leitura o campo ACEITO PARTICIPAR e assine o termo.

1. QUEM SÃO AS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA?

1.1. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dayse Batista Santos

1.2. ORIENTADORA: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes

2. QUAL O NOME DA PESQUISA?

FILHOS DO VENTO - CIGANIDADE – SAÚDE – SUS, “PCATool BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS ADULTOS – EXTENSA”.

3. POR QUE É IMPORTANTE FAZER ESTA PESQUISA?

Os povos ciganos sempre estiveram esquecido pelos serviços de saúde e pouco têm tido a sua identidade cultural reconhecida e respeitada e, como consequência, as comunidades ciganas não são escutadas e não têm seu direito à saúde garantido. Sendo assim, sabendo que o Ministério da Saúde escolheu o instrumento “PCATool-Brasil” para avaliar a qualidade dos serviços da Atenção Primária (postos de saúde), entendeu-se necessário verificar se este instrumento atende às especificidades dos povos ciganos, a fim de que não fique este grupo, mais uma vez, invisibilizado pela política de saúde.

4. PARA QUE FAZER ESTA PESQUISA?

Através desta pesquisa, pretende-se contribuir para a redução da ciganofobia e para a construção de um mecanismo capaz de tornar o sistema de saúde (SUS) mais preparado para atender às necessidades de saúde das etnias ciganas, especialmente na Atenção Primária (postos de saúde dos bairros).

5. O QUE O PARTICIPANTE TERÁ QUE FAZER?

Responder a um questionário a respeito de como a equipe da Atenção Primária (dos postos de saúde) acolhem e cuidam da saúde dos povos ciganos.

6. COMO SERÁ RESPONDIDO O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA?

O questionário será aplicado pela pesquisadora responsável e/ou por um pesquisador auxiliar, cabendo a você informar qual a sua resposta.

7. QUANTO TEMPO É NECESSÁRIO PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO?

O tempo de duração para responder ao questionário dura em média 30 minutos.

8. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo MÍNIMO.

9. O QUE PODE ACONTECER ?

Você poderá sentir cansaço ou desconforto

10. PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, O QUE SERÁ FEITO?

A pesquisadora responsável e/ou o pesquisador auxiliar irá até a sua comunidade aplicar o questionário em dia e horário mais confortável para você, combinado anteriormente.

11. QUEM VAI VER AS MINHAS RESPOSTAS?

As suas respostas serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso à pesquisadora responsável. A sua identidade pessoal será preservada e será evitada a sua exposição ou qualquer constrangimento.

12. E SE EU DESISTIR?

Se depois de consentir sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

13. RECEBE-SE DINHEIRO OU É NECESSÁRIO PAGAR PARA PARTICIPAR DA PESQUISA?

Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

14. MAS E SE O PARTICIPANTE ACABAR GASTANDO DINHEIRO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA?

Caso isto aconteça, o pesquisador responsável irá devolver o dinheiro que o participante gastou.

15. OS PARTICIPANTES NÃO FICAM EXPOSTOS PUBLICAMENTE?

Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em

eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pela pesquisadora.

16. DEPOIS DE APRESENTADOS OU PUBLICADOS, O QUE ACONTECE COM OS DADOS E COM OS MATERIAIS COLETADOS?

Serão arquivados por 5 anos com a pesquisadora responsável e depois destruídos.

17. E SE O PARTICIPANTE PRECISAR TIRAR DÚVIDAS, O QUE FAZER PARA FALAR COM ALGUÉM A RESPEITO DA PESQUISA?

Deverá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética.

18. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisadora Responsável: Dayse Batista Santos

Endereço: Avenida Itajuípe, 359, Bairro Santo Antônio, Itabuna, BA, CEP:45602-380.

Telefone: (73) 991628710

E-mail: daysebsantos@live.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB (CEP/UFSB)

Endereço: Praça Joana Angélica, nº 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Bahia,

Telefone: (73) 3291-2089.

E-mail: cep@ufsb.edu.br

19. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Confirmo que a pesquisadora responsável (ou o/a pesquisador/a auxiliar) me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. A pesquisadora responsável (ou o/a pesquisador/a auxiliar) me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de problema. Fui informado(a) também que posso solicitar uma versão deste documento para a pesquisadora responsável, via e-mail, e que ao solicitar receberei uma cópia.

Sendo assim,

() ACEITO PARTICIPAR () NÃO ACEITO PARTICIPAR

Assinatura do Participante

Pesquisadora Responsável

Itabuna, Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável: Dayse Batista Santos
Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VIRTUAL



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VIRTUAL

CARO(A) SENHOR A),

Este é um CONVITE para você participar de uma pesquisa. Por favor, fique atento(a) às perguntas e respostas apresentadas aqui e tire todas as suas dúvidas. Caso você esteja de acordo, assinale ao final da leitura o campo ACEITO PARTICIPAR.

1. QUEM SÃO AS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA?

1.1 PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dayse Batista Santos

1.2 ORIENTADORA: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes

2. QUAL O NOME DA PESQUISA?

FILHOS DO VENTO - CIGANIDADE – SAÚDE – SUS, “PCATool BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS ADULTOS – EXTENSA”.

3. POR QUE É IMPORTANTE FAZER ESTA PESQUISA?

Os povos ciganos sempre estiveram esquecido pelos serviços de saúde e pouco têm tido a sua identidade cultural reconhecida e respeitada e, como consequência, as comunidades ciganas não são escutadas e não têm seu direito à saúde garantido. Sendo assim, sabendo que o Ministério da Saúde escolheu o instrumento “PCATool-Brasil” para avaliar a qualidade dos serviços da Atenção Primária (postos de saúde), entendeu-se necessário verificar se este instrumento atende às especificidades dos povos ciganos, a fim de que não fique este grupo, mais uma vez, invisibilizado pela política de saúde.

4. PARA QUE FAZER ESSA PESQUISA?

Através desta pesquisa, pretende-se contribuir para a redução da ciganofobia e para a construção de um mecanismo capaz de tornar o sistema de saúde (SUS) mais preparado para atender às necessidades de saúde das etnias ciganas, especialmente na Atenção Primária (postos de saúde dos bairros).

5. O QUE EU, ENQUANTO PARTICIPANTE, TEREI QUE FAZER?

Responder a um questionário a respeito de como a equipe da Atenção Primária (dos postos de saúde) acolhem e cuidam da saúde dos povos ciganos.

6. POR ONDE EU, ENQUANTO PARTICIPANTE, VOU RESPONDER O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA?

Você irá responder o questionário de forma virtual. Será enviado para o seu *WhatsApp* um *link* com o questionário.

7. QUANTO É NECESSÁRIO PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO?

O tempo de duração para responder ao questionário dura em média 30 minutos.

8. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo: MÍNIMO.

9. O QUE PODE ACONTECER ?

Você poderá sentir cansaço ou desconforto.

10. PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA O QUE SERÁ FEITO?

Você terá um prazo para responder ao questionário conforme a sua disponibilidade de tempo e a sua comodidade.

11. QUEM VAI VER AS MINHAS RESPOSTAS?

As suas respostas serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso à pesquisadora responsável. A sua identidade pessoal será preservada e será evitada a sua exposição ou qualquer constrangimento.

12. E SE EU DESISTIR?

Se depois de consentir sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

13. RECEBE-SE DINHEIRO OU É NECESSÁRIO PAGAR PARA PARTICIPAR DA PESQUISA?

Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

14. MAS E SE O PARTICIPANTE ACABAR GASTANDO DINHEIRO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA?

Caso isto aconteça, o pesquisador responsável irá devolver o dinheiro que o participante gastou.

15. OS PARTICIPANTES NÃO FICAM EXPOSTOS PUBLICAMENTE?

Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pela pesquisadora responsável.

16. DEPOIS DE APRESENTADOS OU PUBLICADOS, O QUE ACONTECE COM OS DADOS E COM OS MATERIAIS COLETADOS?

Serão arquivados por 5 anos com a pesquisadora responsável e depois destruídos.

17. E SE O PARTICIPANTE PRECISAR TIRAR DÚVIDAS, O QUE FAZER PARA FALAR COM ALGUÉM A RESPEITO DA PESQUISA?

Deverá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética.

18. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisadora Responsável: Dayse Batista Santos

Endereço: Avenida Itajuípe, 359, Bairro Santo Antônio, Itabuna, BA, CEP 45602380..

Telefone: (73) 991628710

E-mail: daysebsantos@live.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB (CEP/UFSB)

Endereço: Praça Joana Angélica, nº 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Bahia,

Telefone: (73) 3291-2089. O e

E-mail: cep@ufsb.edu.br

19. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Confirmando que a pesquisadora responsável (ou o/a pesquisador/a auxiliar) me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. A pesquisadora responsável (ou o/a pesquisador/a auxiliar) me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de problema.

Fui informado(a) também que posso solicitar uma versão deste documento para a pesquisadora responsável, via e-mail, e que ao solicitar receberei uma cópia.

Sendo assim,

ACEITO PARTICIPAR

NÃO ACEITO PARTICIPAR

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMITÊ DE JUÍZES



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSC)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-COMITÊ JUÍZES

Convidamos o(a) Sr(a) _____ para participar da Pesquisa **FILHOS DO VENTO - Ciganidade – Saúde – SUS, “Pcatool Brasil Versão Povos Ciganos Adultos (VPCA) extensa” a partir da adaptação do PCATool-Brasil versão adulto**, sob a responsabilidade da pesquisadora Dayse Batista Santos, RG 07358894 65 SSP-BA, a qual pretende **adaptar e validar a versão “PCATool-Brasil VPCA -extensa”, a partir da adaptação do PCATool -Brasil versão adultos**. Para tal, são os objetivos específicos desta pesquisa: adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão adultos, mantendo a dimensão “competência cultural”, de modo a atender às necessidades, particularidades e especificidades dos povos ciganos adulta; proceder com validação de conteúdo com base na avaliação de um Comitê de Juizes formado por especialistas técnicos e especialistas doutores em saúde coletiva e/ou em Atenção Primária à Saúde e/ou em áreas afins, por uma mestra em Relações Étnico-Raciais e por representantes das comunidades ciganas; aplicar o instrumento adaptado a uma amostra de no mínimo 250 ciganos e ciganas residentes em municípios baianos, para avaliar suas propriedades psicométricas (validade de constructo e confiabilidade) e avaliar a qualidade da atenção primária, a partir do cumprimento dos seus atributos, com base no resultado da mensuração obtida através da aplicabilidade do PCATool-Brasil VPCA - extensa. A sua participação é voluntária e se dará por meio da participação no Comitê de Juizes, ao qual caberá a análise do instrumento original, acrescido do atributo “competência cultural” traduzido da versão original; a adaptação do instrumento original, por meio da inclusão ou eliminação de itens; e a avaliação da validade de conteúdo da versão “PCATool-Brasil VPCA - extensa”. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o cansaço ou desconforto e o estresse decorrente do comprometimento do seu tempo com a pesquisa e o sentimento de contrangimento frente à necessidade de expor suas sugestões. Para evitá-los, as atividades que envolvem o Comitê de Juizes serão previamente organizadas e informadas, visando garantir o conforto, a programação individual e a segurança de todos os membros. Objetivando evitar qualquer tipo de contrangimento e/ou intimidação, primar-se-á pelo respeito aos “lugares de fala” de todos os envolvidos. As suas respostas serão de exclusivo acesso da pesquisadora responsável, sendo resguardada a sua identidade pessoal, a fim de evitar a sua exposição ou qualquer constrangimento. Se, depois de consentir sua participação, o(a) Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois do início das atividades do Comitê, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(A) Sr

(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se o(a) Sr(a) tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pela pesquisadora responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas ressaltamos que sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no seguinte endereço: Avenida Itajuípe, 359, Bairro Santo Antônio, Itabuna-Bahia CEP: 45.602-010, pelo telefone (73) 991628710, ou pelo e-mail daysebsantos@live.com. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Praça Joana Angélica, nº 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – (73) 3291-2089. O e-mail do CEP/UFSB é: cep@ufsb.edu.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informada(o) sobre o que a pesquisadora responsável quer fazer e por que precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, enquanto membro do Comitê de Juízes, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias, as quais serão assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

Pesquisadora Responsável

Itabuna, Data: ____/_____/____

Pesquisadora responsável: Dayse Batista Santos
Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
EXTENSA**

QUESTIONÁRIO

**AFILIAÇÃO COM UM(A) SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO(A) OU
ENFERMEIRO(A)**

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adocece ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não (Passe para A2)

Sim (Siga para A1.1)

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

Não (Passe para A3)

Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido no item A1 (Passe para A3)

Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

–

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

–

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

–

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

B1. Quando você precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)

Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)

Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

B3. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar você?

(4) (3) (2) (1) (9)

Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

C1. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C2. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C3. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e você adoecer, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, skype, hangout, e-mail*) se precisar?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C5. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoecer, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, skype, hangout, e-mail*) que você possa contatar?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C6. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) no sábado e no domingo e você adoecer, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C7. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoecer durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C8. É fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C9. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C10. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar uma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C12. Quando você necessita ir ao(à) “serviço de saúde”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

LONGITUDINALIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D2. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D4. Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D8. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D10. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D11. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o seu trabalho ou emprego?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D12. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(1) Sim (2) Não (Passe para F1) (3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)

E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que você fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” discutiu com você sobre os diferentes serviços onde você poderia ser atendido(a) para esse problema de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” ou alguém que trabalha no(a) “serviço de saúde” ajudou você a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E8. Depois que você foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

F1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

F2. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

G1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G2. Verificar se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G3. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G4. Vacinas (imunizações)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G5. Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G6. Tratamento dentário

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G10. Sutura de um corte que necessite de pontos

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G14. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G15. Remoção de verrugas

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G16. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G18. Cuidados pré-natais

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G19. Remoção de unha encravada

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G22. Orientações sobre os cuidados em saúde caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos se alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H10. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H11. Como prevenir quedas

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H12. **Só para mulheres:** como prevenir osteoporose ou ossos frágeis

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H13. **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) "serviço de saúde".

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

I2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

J1. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J3. O(A) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” leva em conta opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

Entrevistador(a): A seguir são apresentadas algumas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a)"serviço de saúde" são realizadas essas iniciativas?

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J5. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J6. Convida você e a sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

**APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PCATool-BRASIL VERSÃO POVOS CIGANOS
ADULTOS - EXTENSA**

QUESTIONÁRIO

AFILIAÇÃO

A1. Há um(a) serviço de saúde que você geralmente procura quando adoecer ou quando precisa de orientação sobre a sua saúde (Ex: Posto de Saúde do Bairro (ou próximo do seu acampamento), UPA, Hospital, Clínica Especializada, Outros) ?

() Sim () Não () Não sei

A1.1 Se sim, qual destes serviços?

A2. Este serviço de saúde fica no seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

() Sim () Não () Não sei

A3. No bairro onde você mora (ou próximo do seu acampamento) tem um posto de saúde?

() Sim () Não () Não sei

A4. Você costuma ser atendido (a) ou já foi atendido (a) pela equipe do posto de saúde do seu bairro (próximo do seu acampamento)?

() Sim () Não () Não sei

A partir de agora as questões serão SOMENTE sobre o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).

ATRIBUTO 1: PRIMEIRO CONTATO

UTILIZAÇÃO

B1. Quando você NÃO ESTÁ com um problema de saúde, mas precisa de um serviço de saúde para uma consulta ou atendimento de rotina, check-up e/ou outros, você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital ?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

B2. Quando você tem um problema de saúde você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) antes de ir a uma clínica especializada, UPA ou Hospital?

(4) (3) (2) (1) (9)

Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

B3. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista (ex.: médico/a cardiologista, pneumologista; enfermeira/o obstetra, outros) algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento), normalmente, faz o seu encaminhamento?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ACESSIBILIDADE

C1. O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto no sábado e/ou no domingo?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C2. O posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica aberto à noite alguns dias da semana?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C3. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está aberto e você adoce, você é atendida (o) no mesmo dia?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C4. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adoce, existe um número de telefone fixo, celular, *WhatsApp*, e-mail, etc., através do qual você consegue entrar em contato com algum profissional da equipe?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C5. Quando o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) está fechado e você adoce durante a noite, algum profissional da equipe do posto atende você na mesma noite?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

C6. É fácil marcar um atendimento de saúde (ex.: consulta, vacinação, preventivo, pré-natal, curativo, marcação de exames e outros) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ATRIBUTO 2: LONGITUDINALIDADE

D1. Você acha que os profissionais da equipe do posto do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) entendem o que você diz ou pergunta?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D2. Os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) respondem as suas perguntas de maneira que você entenda?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D3. Se você tiver uma dúvida sobre a sua saúde, você pode telefonar ou entrar em contato de forma virtual (ex.: WhatsApp, Telegrama, e-mail) para falar com o profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) que melhor conhece você?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D4. Durante a consulta no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o profissional que lhe atende dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D5. Você se sente à vontade para contar as suas preocupações ou problemas para algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D6. Você acha que a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece realmente você enquanto cigano(a)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D7. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe quais problemas de saúde são mais importantes para você e sua família?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D8. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece todo o seu histórico de saúde (ex.: doenças que já teve; cirurgias que já fez; etc.)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D9. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe sobre o seu trabalho ou emprego?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D10. De alguma forma, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) saberia se você tivesse problemas para conseguir os medicamentos que você precisa?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D11. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

D12. Se fosse muito fácil, você mudaria do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para outro posto de saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ATRIBUTO 3: COORDENAÇÃO INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Para responder as próximas questões considere enquanto exemplos de profissionais especialistas: médico/a cardiologista, pneumologista, psiquiatra, geriatra; enfermeira/o obstetra; e outros profissionais da saúde como psicóloga/o; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, outros.

Em referência aos serviços especializados, pense em exemplos como: Policlínicas, CAPS, Centro de Saúde da Mulher, Centro de Saúde do Idoso, Serviço de Tuberculose e/ou de Hanseníase, outros.

E1. Você ou alguém da sua família passou por consulta em um serviço especializado no período em que está sendo acompanhada (o) pela equipe do posto de saúde seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

(1) Sim (2) Não (Passe para F1) (3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)

E2. Quando você ou alguém da sua família necessita de consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) encaminha você(s) para o serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E3. Quando você ou alguém da sua família fez uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) foi informada?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E4. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) orientou você sobre os serviços especializados de saúde onde você pode ser atendida (o)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E5. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) ajudou a marcar essa consulta no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E6. Quando você ou alguém da sua família necessitou de consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) enviou algum relatório explicando sobre o motivo do encaminhamento para a consulta no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E7. Quando você ou alguém da sua família passa por uma consulta com um(a) profissional especialista, a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) fica sabendo quais foram os resultados da sua consulta no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E8. Depois que você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conversou com você/s sobre o que aconteceu durante essa consulta no serviço especializado?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

E9. Quando você ou alguém da sua família passou por uma consulta com um(a) profissional especialista, algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você/s recebeu durante a consulta no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

F1. Quando você vai ao do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

F2. Quando você vai ao posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) o seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) está sempre disponível na consulta?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

F3. Você foi informada (o) de que se quiser pode ter acesso ao seu prontuário (sua ficha de identificação com os seus atendimentos anteriores) no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família e/ou a sua comunidade podem precisar em algum momento. Indique se no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) essas opções estão disponíveis (se podem ser encontradas/obtidas).

G1. Vacinas (imunizações)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G2. Avaliação da saúde bucal

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G3. Tratamento dentário

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G4. Planejamento familiar (ex.: prevenção da gravidez, como planejar a chegada de um filho, outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G5. Aconselhamento, acompanhamento e/ou tratamento para casos de uso de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, cigarro, remédios para dormir, etc.)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G6. Acompanhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão, outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G7. Sutura (costura) de um corte que necessite de pontos

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G8. Solicitação e/ou realização de teste para diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ex.: teste anti-HIV/AIDS, Sífilis, outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G9. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas auditivos (para escutar)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G10. Algum tipo de avaliação para identificar possíveis problemas de vista (para enxergar)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G11. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G12. Remoção de verrugas

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G13. Exame preventivo para câncer de colo do útero (Citopatológico/Teste Papanicolau)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G14. Cuidados pré-natais

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G15. Remoção de unha encravada

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G16. Orientações sobre cuidados em casa (ou no acampamento) para você ou para alguém da sua família (ex.: curativos, banho na cama, outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

G17. Orientações sobre os cuidados necessários que você deve ter com alguém de sua família que fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a própria saúde (ex.: em estado de coma)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

SERVICOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento). Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são conversados com você.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada e fiação solta, outros)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir algumas vezes

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H6. Testes de sangue para avaliar a saúde de um modo geral (ex: colesterol, triglicérides, glicemia em jejum, outros)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H7. Verificação e orientação sobre os remédios que você está usando

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na comunidade

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H9. Orientação a respeito de como guardar arma de fogo em segurança

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H10. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente velas, candeeiros, outras substâncias)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H11. Como prevenir quedas (ex. : crianças, idosos, outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H12. Como prevenir problemas de saúde que são comuns aos povos ciganos (ex.: lombalgia - dor na lombar; ciatalgia – dor no nervo ciático; estresse; outros)

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

H13. Só para homens: disfunção erétil – causas, sintomas, tratamentos e outras dúvidas

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ATRIBUTO 5: ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).

I1. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) pergunta o que você pensa (as suas opiniões) ao planejar o seu tratamento ou de alguém da sua família?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

I2. Algum profissional da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) já perguntou para você sobre doenças ou problemas que ocorrem ou que já ocorreram em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão, tabagismo, pressão alta, outros)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

I3. Você acredita que os profissionais da equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) se reuniriam com membros de sua família e/ou comunidade se você achasse necessário?

(4) (3) (2) (1) (9)

Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ATRIBUTO 6: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J1. Os profissionais da equipe de saúde levam em conta opiniões e ideias da comunidade cigana sobre como melhorar os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento)?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J2. Pesquisas de satisfação para ver se os serviços oferecidos pelo posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) estão atendendo as necessidades dos povos ciganos.

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J3. Pesquisas na comunidade cigana para identificar problemas que devem ser conhecidos pela equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento).

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J4. Convite a você e à sua comunidade para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde.

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

J5. Realização de reuniões com a sua comunidade para levantamento das demandas antes de planejar as ações de saúde.

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

ATRIBUTO 7: COMPETÊNCIA CULTURAL

K1. Você recomendaria a equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um amigo ou parente?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

K2. Você indicaria o posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) para um (a) cigano (a) que usa ervas e remédios caseiros ou que tem crenças tradicionais sobre os cuidados com a saúde?

(4) (3) (2) (1) (9)
Com certeza sim Provavelmente sim Provavelmente não Com certeza não Não sei/Não lembro

K3. A equipe do posto de saúde do seu bairro (ou próximo do seu acampamento) conhece a sua cultura e os saberes e práticas tradicionais da sua comunidade?

(4) (3) (2) (1) (9)

**APÊNDICE F – QUESTÕES ORIGINAIS DA DIMENSÃO COMPETÊNCIA
CULTURAL – STARFIELD (1997)**

PCAT: Cultural Competence
1. Would you recommend your PCP to a friend or relative?
2. Would you recommend your PCP to someone who does not speak English well?
3. Would you recommend your PCP to someone who uses folk medicine, such as herbs or homemade medicines, or has special beliefs about health care?
FONTE: website: http://www.jhsph.edu/pcpc/pca_tools.html

APÊNDICE G – QUADRO – MODELO DE INSTRUÇÕES PARA A SEGUNDA ANÁLISE DA VALIDADE DO CONTEÚDO

INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

Para realizar a avaliação do conteúdo do instrumento _____, descrevemos abaixo os conceitos envolvidos no estudo.

(Descrever conceitos importantes relacionados ao instrumento com base na literatura a fim de nortear a avaliação do juiz).

Pedimos que avalie o título, o formato (lay-out), as instruções, cada item separadamente, e o escore do instrumento (cálculo e classificação), considerando os conceitos de clareza e pertinência/representatividade conforme descrito:

❖ Clareza: avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir;

❖ Pertinência ou representatividade: notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos.

Em seguida, avalie cada domínio e o instrumento como um todo, determinando sua abrangência:

❖ Abrangência: verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

Utilize a escala de 1 a 4 para avaliar estes critérios, assinalando um X no campo correspondente. Abaixo de cada escala, deixamos espaço para que possa redigir sugestões ou fazer comentários.

O novo instrumento encontra-se em anexo.

A próxima etapa será uma reunião no dia _____, às _____, no local _____, quando participarão todos os integrantes do comitê de especialistas, a pesquisadora e a orientadora, com o objetivo de clarificar pontos controversos e produzir uma versão final do questionário.

AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

I. Avalie o título quanto à clareza (verificar se expressa adequadamente o que se espera medir).

TÍTULO: (inserir o título do questionário)

- O título do instrumento é claro e expressa a medida?

1 = não claro	
2 = pouco claro	

Comentários: _____

II. Avalie o formato (lay-out) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação.

FORMATO DO INSTRUMENTO

- O formato do instrumento?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

III. Avalie as instruções quanto à clareza (verificar se a redação está correta e se expressa adequadamente o que se espera medir).

INSTRUÇÕES: (descrever as instruções do questionário)

- As instruções do instrumento são claras?

1 = não claras	
2 = pouco claras	
3 = bastante claras	
4 = muito claras	

Comentários: _____

IV. Avalie cada item quanto à clareza (verificar se a redação está correta, se a redação permite compreender o conceito e se expressa adequadamente o que se espera medir) e à representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos).

QUESTÕES - Domínio I:

1. (Redigir a questão)

- O item 1 do instrumento é claro, está compreensível?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

- O item 1 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

(Realizar essa avaliação para cada item de todos os domínios do seu questionário)

V. Avalie o cálculo do escore de cada domínio do instrumento e o cálculo do escore total quanto à clareza (verificar se é compreensível).

ESCORE DOMÍNIOS

(Descrever como se calcula o escore dos domínios)

- O cálculo do escore dos domínios é claro, está compreensível?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

ESCORE TOTAL (se houver)

(Descrever como se calcula o escore total do instrumento)

- O cálculo do escore total é claro, está compreensível?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

VI. Avalie a classificação desenvolvida para análise do escore quanto à clareza (verificar se está compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir) e à representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos).

ANÁLISE DO ESCORE (classificação)

(Descrever como os resultados dos encores devem ser analisados e classificados).

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários: _____

- A classificação baseada no escore é representativa, é relevante?

1 = não representativa	
2= necessita grande revisão para ser representativa	
3= necessita pouca revisão para ser representativa	
4 = representativa	

Comentários: _____

VII. Avalie cada domínio do instrumento considerando a abrangência (se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens)

(Coloque o domínio 1 completo para avaliação)

- O Domínio 1 é abrangente?

1 = não abrangente	
2= necessita grande revisão para ser abrangente	
3= necessita pouca revisão para ser abrangente	
4 = abrangente	

Comentários: _____

Algum item deve ser removido ou inscrito? _____

(Realizar essa avaliação para cada domínio do seu questionário)

VIII. Avalie o instrumento como um todo, ou seja, todos os domínios, considerando a abrangência (verificar se todas as dimensões foram incluídas). O instrumento é abrangente?

1 = não abrangente	
2= necessita grande revisão para ser abrangente	
3= necessita pouca revisão para ser abrangente	
4 = abrangente	

APÊNDICE H– CARTA-CONVITE PARA POSSÍVEIS MEMBROS DO COMITÊ DE JUÍZES

Ao
Ilmo (a). Sr. (a)

Itabuna, xx xxxx xxxx.

Prezado (a) Senhor (a),

Cumprimentando-o/a cordialmente, aproveito o ensejo para manifestar o meu respeito e a minha admiração pelos seus posicionamentos enquanto liderança cigana e em defesa da democracia e da equidade.

Na oportunidade, venho convidá-lo a compor o Comitê de Juízes na pesquisa “Os Atributos da Atenção Primária e a Atenção à Saúde dos Povos Ciganos: Desenvolvimento do “PCATool-Brasil versão povos ciganos adultos - extensa”, a partir da adaptação do PCATool - Brasil versão adulto”.

Trata-se da minha pesquisa de conclusão do curso de doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia (PPGES/UFSB), área de conhecimento CNPQ: Saúde Coletiva (4.06.00.00-9), sub-área: Saúde Pública (4.06.02.00-1).

Tendo como orientadora a Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/ UFSB) sob o parecer de número 5.335.226 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) protocolo de número 53732521.1.0000.8467.

A respeito do PCATool -Primary Care Assessment Tool, trata-se de um instrumento, elaborado pela professora Bárbara Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* (1997) com o objetivo de avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da mensuração da presença e da extensão de seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), já validado, traduzido e adaptado em vários países como o Brasil.

Vale destacar que o procedimento de adaptação e validação do instrumento realizado no Brasil por Harzheim et al. (2013) contou com a participação de 2.404 brasileiros, sendo

que quase 70% deles se autodeclararam brancos e que viviam na região sul do Brasil, em Porto Alegre (RS). Ao que tudo indica, não envolveu pessoas das etnias ciganas, que notadamente apresentam características culturais e necessidades de saúde distintas dos não ciganos. Talvez as características sociodemográficas do estudo de Harzheim et al. (2013) explica, em parte, o porquê da dimensão competência cultural não ter atingido as propriedades psicométricas satisfatórias para ser mantida na versão adaptada e validade para o Brasil. Vale lembrar que o atributo derivado competência cultural preconiza a necessidade de “adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação” (BRASIL, 2020, p. 09). Por essas razões, é possível supor que talvez a versão atualmente validada para a população brasileira não seja apropriada para ser empregada aos povos ciganos, o que nos enseja a desenvolver o presente estudo.

Assim, tendo enquanto objetivo geral “adaptar e validar a versão extensa PCATool-Brasil VPCA - extensa e, a partir dessa versão, avaliar a qualidade da atenção primária em saúde na perspectiva do povo cigano”, caberá ao Comitê de Juízes proceder com a análise do instrumento original, acrescido do atributo “competência cultural” traduzido da versão original para fins de adaptação do instrumento às necessidades de saúde e às características culturais dos povos ciganos. As adaptações que poderão ser realizadas pelo Comitê são de três tipos (GUIMARÃES, 2021): alterações sintáticas adequando a pergunta à situação mais próxima do usuário cigano, (por exemplo: na questão J2 do referido instrumento. O (A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?”, alterar o termo “vizinhança” por “comunidade”); alterações semânticas, que alteram o sentido da pergunta, como por exemplo contemplando a situação de “ser nômade ou seminômade” e, finalmente, acréscimo de itens que contenham as particularidades do cuidado aos usuários ciganos.

Neste momento, os juízes que compõem o Comitê poderão sugerir a inclusão ou a eliminação de itens (RUBIO et al., 2003). As sugestões deverão ser incluídas no próprio instrumento, com o uso da ferramenta controle de alterações do word, e deverão ser encaminhadas para a pesquisadora responsável que procederá com a compilação, reavaliação e análise crítica das alterações sugeridas. Como resultado da compilação, será proposta uma primeira versão do instrumento “**PCATool-Brasil – VPCA - extensa**”. Essa versão inicial do instrumento será novamente enviada ao Comitê, dessa vez incorporada a um formulário de avaliação que será disponibilizada no Google Form, com objetivo de se proceder com a avaliação da validade de conteúdo.

Para organizarmos o trabalho, serão realizados três encontros virtuais com o Comitê e enviado todo o material necessário para atividades dos membros. Enquanto data prevista para o primeiro encontro virtual define-se 16 de junho de 2022 das 15 às 17h. Na oportunidade serão apresentadas informações sobre as comunidades ciganas e sobre a APS e o instrumento PCATool-Brasil; discutidos os objetivos pretendidos na adaptação, bem como sanadas dúvidas existentes.

Certa de contar a sua contribuição para com a presente pesquisa e, conseqüentemente para com o fortalecimento da equidade, democracia e justiça social no SUS, coloco-me à disposição para quaisquer elucidações.

Aguardando o seu retorno e sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Dayse Batista Santos