

SUS E POVOS CIGANOS: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PARA EQUIDADE

SUS AND GYPSIES: CHALLENGES IN CONSTRUCTION OF A POLICY FOR EQUITY¹

LUANA ANTONINO DE MEDEIROS (PPGSS/UFPB)²

MARIA DE LOURDES SOARES (PPGSS/UFPB)³

RESUMO

Com o objetivo de analisar como o sistema único de saúde vem se estruturando para atender às demandas dos povos ciganos, uma minoria étnica brasileira convivendo com a pobreza e a insalubridade, realizamos uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório, na qual foram trabalhados artigos e documentos que tivessem como tema central a saúde das populações ciganas no Brasil. O artigo começa apresentando as condições da geração de dados sobre os ciganos, o que para Almeida et al (2013) é uma das principais problemáticas no desenvolvimento de estudos sobre esses povos. Em seguida, identificamos as problemáticas que afetam o acesso dos ciganos ao serviço de saúde e por fim, tratamos da equidade enquanto um princípio fundamental na formulação de políticas públicas para ciganos. Concluímos que o Estado brasileiro desconhece as condições de vida dos ciganos, contribuindo para atual situação de invisibilidade social. Além disso, observamos que a estrutura organizativa do Sistema Único de Saúde limita o acesso desses povos a serviços de saúde.

Palavras-Chave: Ciganos, Saúde, SUS, Equidade

SUMMARY

With the objective of analyzing how the single health system has been structured to meet the demands of the Roma people, a Brazilian ethnic minority living with poverty and unhealthiness, we carried out a bibliographic research of an exploratory nature, in which articles and documents were elaborated had as its central theme the health of gypsy populations in Brazil. The article begins by presenting the conditions of data generation on the Roma, which for Almeida et al (2013) is one of the main problems in the development of studies on these peoples. Next, we identify the problems that affect the access of the gypsies to the health service and finally, we treat equity as a fundamental principle in the formulation of public policies for gypsies. We conclude that the Brazilian State is unaware of the living conditions of the Roma, contributing to the current situation of social invisibility. In addition, we observe that the organizational structure of the Unified Health System limits the access of these peoples to health services.

Key words: Gypsies, Health, SUS, Equity

¹ Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro, Brasília/DF

² Mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba

³ Professora Doutora vinculada ao Departamento de Serviço Social da UPFB e ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social

INTRODUÇÃO

A organização mundial da saúde definiu em 1946 que “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença” (Luz, 2009). Esse conceito, mesmo sendo limitado diante do amplo debate que existe em torno do tema, nos leva a pensar na saúde como um processo que está para além dos fatores biológicos, consideramos ser um movimento no qual estão envolvidos os mais diversos aspectos da vida do homem em sociedade, como os fatores étnico-raciais, culturais, políticos, econômicos e psicológicos.

Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), o processo saúde-doença é influenciado por fatores sociais, econômicos, étnico-raciais, psicológicos e culturais (2006). Mas, conforme Coimbra Jr e Santos (2000), a maioria das pesquisas brasileiras sobre desigualdades sociais em saúde dão centralidade a modelos explicativos baseados em dados sócio-econômicos, negligenciando aspectos importantes da vida dos sujeitos como segregação espacial e pertencimento étnico-racial.

Em um país constituído por imensa diversidade sociocultural como o Brasil, é essencial que os estudos sobre saúde considerem as particularidades culturais e territoriais dos sujeitos em suas análises, para assim esclarecer como os fatores sócio-culturais podem afetar a vida dos sujeitos. Pois, de acordo com Coimbra Jr e Santos (2000), pertencer a grupos étnico-raciais ou viver em áreas periféricas das cidades, muitas vezes, são fatores que limitam a mobilidade social ascendente e restringe o acesso à saúde, moradia, educação e saneamento básico. Mesmo sendo poucas as dúvidas em relação a precariedade da vida desses sujeitos, a produção sobre raça/etnia e segregação espacial é incipiente nos debates sobre desigualdades em saúde no Brasil, o que torna impossível traçar um parâmetro sobre as condições de saúde desses grupos. A exemplo disso temos os ciganos brasileiros, uma etnia⁴ brasileira com a história marcada por perseguições e estigmas, que se encontram em uma situação de invisibilidade tão grave que nem mesmo são considerados categoria de pesquisa nos censos populacionais.

Os trabalhos que retratam as condições de vida dos ciganos nos mostra uma realidade precária, sem acesso à saúde, saneamento básico, água potável, baixa

⁴ Etnia é um grupo com características culturais que os diferencia do restante da sociedade. De acordo com Vanher de Lapouge (apud Silva e Silva, 2006, p. 124), um agrupamento humano baseado em laços culturais compartilhados.

escolarização, entre outros. Esta situação é agravada por carregarem a imagem de eternos suspeitos, fazendo com que sejam discriminados. O que resulta em limitações no acesso a serviços públicos. (Ministério da Saúde, 2016; Rodrigues ANO; Goldfarb, 2013 Silva, 2016).

Neste trabalho, objetivamos analisar como o sistema único de saúde vem se estruturando para atender as demandas em saúde dos povos⁵ ciganos. Identificando quais os principais aspectos que limitam o acesso dessas populações a serviços de saúde e quais as ferramentas que vêm sendo desenvolvidas para superar essas limitações.

Para isso, realizamos um levantamento bibliográfico com o intuito de nos aproximarmos dos autores que trabalhavam com a temática dos ciganos no Brasil, principalmente trabalhos publicados após 1988. Como técnica de coleta de dados trabalhamos com fichamentos de artigos e documentos a fim de realizar uma pesquisa exploratória. Em seguida, buscamos compreender as informações dando centralidade aquelas que versavam especificamente sobre a saúde das populações ciganas ou que tratavam de aspectos sociais que consideramos importantes na compreensão do processo saúde-doença, como: territorialidade, moradia, geração de dados, estigmas, acesso a serviços públicos em geral.

CIGANOS E A PROBLEMÁTICA DA GERAÇÃO DE DADOS

Uma das grandes dificuldades ao se trabalhar com a questão dos ciganos é encontrar pesquisas em âmbito nacional que retratem a condição de vida desses povos. De acordo com Almeida et al (2013), a falta de dados sobre quantidade e distribuição dos ciganos, além de dificultar os estudos e a implementação de políticas específicas, nos mostra o quão invisibilizados estes povos estão diante do Estado brasileiro.

As Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) de 2009 e 2011 foram as primeiras nas quais os ciganos apareceram enquanto categoria ser pesquisada. Segundo Cavalcante et al (2016), os ciganos deixam de aparecer nos Munic de 2012 e 2013 devido a inexistência de demanda por parte do Governo Federal e retornam em 2014, após entidades de defesa dos ciganos pressionarem os órgãos governamentais. No Munic de

⁵ Neste trabalho utilizo a nomenclatura Povos entrando em acordo com Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais instituída através do Decreto 6040/2007.

2014 foram notificados a existência de acampamentos ciganos em 337 municípios, distribuídos entre 22 estados.

Todavia, encontramos algumas contradições entre os dados do Munc e os dados de outros pesquisadores. Por exemplo, o Munc de 2011 que não registrou nenhum acampamento cigano na Paraíba e como nos mostra Goldfarb (2013), desde 1982 que a cidade de Sousa-PB tem ciganos sedentarizados em seu território.

Ademais, o Munc de 2014 registrou 15 acampamentos ciganos na Paraíba, mas segundo levantamento de Medeiros et al (2014) há acampamentos desses povos em pelo menos 24 municípios do estado.

Em 2018 o Ministério Público Federal recomendou ao IBGE o retorno da temática dos ciganos no MUNIC, como também que fossem inseridos no censo demográfico de 2020. (Brasil, 2018)

Organizações não-governamentais ligadas a causa desses povos estipulam que haja cerca de 500 mil ciganos vivendo no país. (Senado Notícias, 2018)

Uma outra fonte de informações sobre esses povos, segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2016), é a base de dados do Cadastro Único (Cadúnico) do Ministério do Desenvolvimento Social, que em 2017 registrou 16 mil ciganos inscritos no Cadúnico, ou seja, são famílias que vivem com renda de até meio salário mínimo por pessoa. Apesar de incompleto, pois não sabemos o significado dessa amostra dentro do universo cigano, o dado alerta para a questão da pobreza como um dos fatores a ser considerado nos estudos ciganos.

LIMITAÇÕES NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

O direito à saúde no Brasil como um direito de todos e responsabilidade do Estado⁶ começa a ser gestado no final dos anos 1970, quando profissionais da área da saúde, juntamente com o movimento estudantil e os movimentos populares criam o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Inconformados com o quadro caótico da saúde, esse movimento começa a reivindicar saúde pública com acesso universal, habitação, saneamento básico, transporte, alimentação, cultura, lazer e a defesa do meio ambiente.

⁶ Artigo 196 da Constituição Federal de 1988

Em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na ocasião foi construído um relatório final que, inspirado nos ideais do MRS, vem a subsidiar a implementação do Sistema Único de Saúde.

Esse sistema se estabelece dentro dos seguintes princípios doutrinários: da universalidade, integralidade e equidade. O primeiro princípio garante que todos os brasileiros, independente de raça, religião, cor, etnia, ocupação ou características sociais tenha acesso aos serviços de saúde; O segundo pressupõe que haja serviços de diversas complexidades – promoção, prevenção e reabilitação- trabalhando de forma complementar uma a outra; E o terceiro princípio, a fim de reduzir as desigualdades em saúde e considerando que a igualdade formal é irreal e a-história, aponta para a necessidade de intervir mais onde há maior carência. (Potyara; Pereira, 2014; Paim, 2009)

Com o direito à saúde instituído e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, surge a necessidade de pensar a atenção em saúde de forma mais ampla, na qual os sujeitos e suas relações sociais sejam considerados no entendimento do processo saúde-doença. Até então, o modelo médico-curativo era hegemônico no país, esse modelo interpreta o processo saúde-doença apenas como um ciclo de adoecimento e cura, desconsiderando aspectos sociais, políticos e culturais da vida dos sujeitos. (Silva et al, 2011)

É, nesse momento, que surge o Estratégia da Saúde da Família (ESF) uma ferramenta-chave para a consolidação de um modelo de atenção baseado na prevenção e na promoção de saúde. A família e seu modo de estar no mundo começam a ser considerados lugar de produção em saúde.

No Brasil, houve um avanço significativo em relação a políticas públicas para saúde ao longo dos anos, principalmente quando se trata de legislações especiais que visam reduzir as desigualdades a que alguns grupos estão expostos. Como exemplo temos as políticas de atenção a mulher, LGBTQ+, população carcerária, indígenas e população negra.

No caso dos ciganos, não houve avanços significativos no que concerne à legislação em saúde, segundo Moonen (2013), maior contribuição do Ministério da Saúde para os ciganos foi a criação de um folder, que chegou a mão de poucos, mas que orienta a não discriminação em unidades de saúde.

A escassez de trabalhos sobre os ciganos não permite um estudo mais aprofundado sobre desigualdades em saúde. Todavia, a partir da leitura do trabalho de Almeida et al (2013) e a cartilha do Ministério da Saúde (2016) identificamos duas questões centrais.

A primeira é a questão do nomadismo. É sabido que os ciganos têm sua vida marcada pelo nomadismo, o que termina por ser uma característica importante no processo de identificação desses grupos, ainda que não seja a única. Atualmente, essa característica vem sendo combinada com a sedentarização. De acordo com Moonen (1994) esta é uma característica cultural resultante da imposição social. Muitas vezes eram expulsos dos locais onde estacionavam suas caravanas, o que impedia a criação de vínculos com os territórios, sendo obrigados a continuar sua diáspora.

Ainda hoje podemos encontrar ciganos nômades. Estes vivem em condições insalubres, pois estacionam suas caravanas em terrenos públicos, sem saneamento básico, acesso a água, ou a energia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Segundo Escorel (2008) apud Barros e Sousa (2016), sujeitos em situação semelhante a dos ciganos pagam as maiores taxas no quesito de saúde, visto que esses são frequentemente afetados por doenças de origem infecciosa, crônico-degenerativas ou causadas por fatores externos.

Além das péssimas condições dos acampamentos, os ciganos nômades têm dificuldade de acessar os serviços de saúde. Isto ocorre porque o SUS vem, desde 1990, descentralizando a atenção em saúde por meio da ESF, composta por equipes multiprofissionais que atendem em Unidades Básicas de Saúde, essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento da população de um determinado território.

Inicialmente, a Política Nacional de Atenção Básica definiu o território como sendo uma área delimitada geograficamente na qual residiam um determinado número de famílias. Com o passar do tempo esse conceito foi sendo flexibilizado e hoje o Ministério da Saúde orienta que os profissionais estejam atentos para a existência de outras territorialidades capazes de afetar o acesso aos serviços de saúde ofertados. Porém, o que Pereira e Barcellos (2006) assinalam é que esse conceito ampliado de territorialidade enfrenta dificuldades na operacionalização, pois as ideias reducionistas que visam o território como um espaço medido e contado têm a hegemonia dentro das unidades de saúde.

Logo, a maioria dos serviços de atenção primária em saúde no Brasil exigem que os usuários comprovem por meio de documentos a vinculação com o território onde está a unidade de saúde. Criando uma barreira de acesso para os ciganos nômades, pois eles não estabelecem vínculos territoriais fixos. Dessa forma, a estrutura organizativa do sistema de saúde contribui para a perpetuação das condições desiguais em saúde desses povos.

A territorialidade dos ciganos sedentarizados também deve ser considerada uma problemática ao se tratar do acesso a serviços de saúde. Como nos mostra Goldfarb (2017), a sedentarização estanque e imutável é incapaz de dar conta da territorialidade cigana. Pois mesmo que os ciganos reconheçam um lugar delimitado geograficamente como seus territórios, eles ressignificam esse processo de sedentarização e combinam com elementos do nomadismo. (MONTEIRO ET AL, 2014; GOLDFARB 2017)

Ao observar a experiência de Monteiro et al (2014) junto aos ciganos do Vale do Mamanguape, temos mais clareza de como esses sujeitos vêm fazendo essa ressignificação do nomadismo. Ao mesmo tempo em que vivem na Rua dos Ciganos na cidade do Mamanguape- PB, eles mantêm “[...] uma mobilidade física, a partir de redes de parentesco ou de alianças, que permite o movimento em várias modalidades de territórios existentes” (GOLDFARB, p. 273, 2017)

Fato semelhante é relatado na experiência de Medeiros et al (2014) junto aos ciganos de Sousa. As autoras relatam que as “andanças” com todo o grupo foi sendo substituída e agora são pequenos grupos de familiares que viajam para encontrar outros ciganos. Eles viajam regularmente, mas sempre têm um local como referência.

A partir do que foi exposto, surgem alguns questionamentos: como se dá atenção em saúde para ciganos nômades? E os ciganos que estão “viajando”, conseguem atendimento em outros territórios ou apenas nos que estão referenciados? Em quais condições as demandas em saúde desses povos são atendidas?

De acordo com a Portaria 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, os ciganos e pessoas em situação de rua não precisam comprovar residência para ter atendimento em qualquer unidade de saúde.

Mas, de acordo com uma cigana da cidade de Condado na Paraíba, esse direito vem sendo violado:

[...] A saúde um pouco, mais ou menos, em Condado mesmo a gente já foi muito discriminado na saúde. É tanto que eu peguei um cartaz que eu tenho, que é da saúde, de uma portaria que diz que a gente não precisa de documento, nem de endereço, e botei em todos os estabelecimentos de Condado bem dizer, que é para poder ele entender. Que eles têm esse negócio de dizer: qual sua área? Às vezes o pessoal da gente tá com a pressão lá em cima e eles dizem: não vai se consultar não que ele não tem área, que ele não tem endereço, não sei o que. Se a gente vive de aluguel, se mudando direto, se muda de cidade direto, que a gente ainda é nômade pra buscar nosso sustento. (MEDEIROS; GOLDFARB, 2017, p 19.)

Partindo da fala supracitada, chegamos a segunda problemática que envolve os serviços de saúde e os povos ciganos: a falta de capacitação dos profissionais para lidar com as demandas desses povos.

Observamos que a mudança na legislação por si só não é suficiente para garantir que os ciganos tenham o direito à saúde, o que torna imprescindível a capacitação profissional. Essa capacitação deve aproximar os profissionais da vida e da história dos ciganos, tanto para compreensão da relevância dessas leis na garantia do direito à saúde, como também para que preconceitos e estereótipo não sejam reproduzidos nas unidades de saúde. Pois como aponta Rolim; Costa (2014, p.35) “[...] Esses profissionais [por não conhecerem a história e a cultura cigana] acabam usando seu próprio leque de preconceito para se basearem e agirem. Portanto, saúde e educação, [...] saúde e direito, não existem um sem o outro.”

[...] é necessário a criação de espaços de discussão para sensibilização e qualificação das equipes da estratégia de saúde da família, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), principal elo de interlocução da saúde com o povo cigano nos territórios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

O Ministério da Saúde desenvolveu duas ferramentas com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para o atendimento a povos ciganos: o primeiro já foi citado ao longo do texto, que é um folder que orienta os profissionais da saúde a não discriminar os ciganos em unidades de saúde e o outro é uma cartilha criada pelo Ministério da Saúde em parceria com Associação Internacional Maylê Sara Kali, intitulada de “Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano”. Mesmo se tratando de ferramentas importantes, são ações pontuais, incapazes de superar as debilidades estruturais que afetam esses povos.

A partir do que foi exposto no texto, observamos que o enfrentamento das demandas em saúde das populações ciganas perpassa por várias questões, desde a geração de dados, passando por uma vida precarizada, até a criação de mecanismos capazes de tornar o sistema de saúde mais atrativo para esses povos.

POLÍTICAS PARA EQUIDADE E SAÚDE

Ao nos reportarmos especificamente ao enfrentamento estatal face às demandas oriundas da população cigana em saúde, é inevitável recorrermos ao princípio da equidade.

No desenvolvimento desse trabalho percebemos que a equidade é uma das diretrizes que orientam a organização dos serviços e ações do SUS, mas, ao observar o caso dos ciganos, percebemos que ela não vem sendo considerada na formulação das políticas públicas.

John Rawls é considerado uma das principais referências no debate sobre equidade e justiça, desenvolveu uma teoria que tem como centralidade a construção de uma sociedade mais justa. Partindo da hipótese que a desigualdade é intrínseca e inevitável na vida em sociedade. Rawls defende que, para se chegar a um nível aceitável de desigualdade, é necessário que haja as mesmas condições de acessos a bens como saúde, educação e alimentação. (Durães; Cubas, 2014)

No campo da saúde, a equidade é incorporada com vistas a substituir o termo igualdade que durante muitos anos orientou o MRS. A substituição se deu pelo entendimento de que a igualdade formal não é capaz de expressar as reais demandas de uma sociedade historicamente desigual como a do Brasil, que além dos altos índices de pobreza, abriga em seu território geográfico distintas culturas. De acordo com Escorel (2009, p.1),

Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição equitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

Quando centramos o uso da equidade no campo da saúde, constatamos que ela insurge como princípio que por vezes inspira a formulação da política pública de saúde, no que se refere particularmente aos planos, programas e projetos, bem como na materialização da assistência à saúde diretamente disposta aos cidadãos.

A equidade se constitui num princípio que quando aplicado contribui para uma elevação do padrão de qualidade no atendimento. Num contexto marcado pela agudização da questão social e por múltiplas iniquidades em saúde, tal princípio assegura que nenhum indivíduo deve estar fora dos níveis de atendimento possibilitando acesso igualitário de acordo com as necessidades demandadas, sendo consensual que a equidade nasceu da necessidade de equilíbrio na distribuição de ganhos e perdas e que cada um tenha direito a um padrão de vida aceitável e de qualidade, sem sofrer discriminação ou estigma de qualquer espécie. (CAVALCANTI, et al.; p.1; 2008)

No Brasil, as políticas para a equidade começam a ganhar maior visibilidade nos anos 1980 com o processo de redemocratização e consolidação dos movimentos sociais. Ao longo dos anos, as reivindicações por políticas específicas para grupos vulneráveis foram crescendo em torno das demandas emergentes, como a epidemia do HIV/AIDS, por políticas de cotas, o crescimento do debate em torno dos processos identitários. É nesse momento que são gestadas as políticas para equidade no âmbito da saúde. (Siqueira et al, 2017)

Siqueira et al (2017) ao analisar o papel do Ministério da Saúde (MS) na promoção de políticas para equidade junto a grupos minoritários - mulheres, LGBTQs, povos do campo e da água, quilombolas e ciganos - destaca que algumas ações e estratégias foram implementadas, mas que estas passaram por processos árduos e demorados desde sua propositura até a implementação.

No tocante aos ciganos, a única política para equidade implementada foi a Portaria 940, de 28 de abril de 2011 que como já mostramos nesse trabalho não é respeitada.

[...] os processos de implementação são longos, demoram a alcançar um estágio de maturidade.[...]. Além de longos, estes processos envolvem muitos atores e disputas político-ideológicas dentro dos movimentos e entre gestores, que reverberam na construção da política propriamente dita. Em segundo lugar, é possível constatar que a capacidade de indução do MS, em qualquer situação, é limitada por duas razões; a complexidade do objeto da política e as limitações orçamentárias e de recursos humanos, o que termina por restringir o acesso dos grupos vulneráveis ao direito à saúde. Cabe ressaltar que qualquer política voltada a grupos específicos disputa recursos com inúmeras iniciativas de políticas de cunho universalista. (SIQUEIRA et al, 2017, p. 1404-1405)

CONCLUSÃO

Ao trabalharmos com a saúde dos povos ciganos percebemos o quão invisibilizada se encontra a etnia, principalmente quando se trata da geração de dados, poucas são as pesquisas oficiais que consideram esses sujeitos enquanto categoria a ser pesquisada. Os poucos dados oficiais existentes não são capazes de retratar as condições de vida dos povos ciganos no Brasil.

Sendo assim, consideramos fundamental a ampliação nos estudos sobre a vida desses povos, pois nenhuma intervenção pode ser realizada com qualidade em uma realidade desconhecida.

Como foi observado, existem duas questões centrais que influenciam no acesso dos povos ciganos a serviços de saúde: a primeira é a estruturação dos serviços de saúde, que ao trabalharem dentro de uma perspectiva de território adstrito terminam por limitar o acesso de povos com territorialidade flexível ou nômades e a segunda é o fato dos profissionais de saúde desconhecerem a etnia e suas demandas.

Ressaltamos que são pontuais as iniciativas institucionais com o intuito de reduzir essas deficiências e melhorar a qualidade de atendimento para os povos ciganos, por isso é urgente e necessária a criação de políticas para equidade. Pois, a partir da afirmação que o Brasil convive com desigualdades de ordem econômica, social, política e cultural, se o SUS oferece o mesmo serviço em todo o território, sem levar em consideração as variações de cada território – seja epidemiológico, geográfico ou cultural- acaba por investir em ações e serviços desnecessários para determinados territórios e negligenciar demandas reais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MG; BARBOSA, DRM; PEDROSA, JIS. Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Brasília, Vol.04, Nº. 03, p.1116-29, Ano 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/14176/10103>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 6040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial, Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2007. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm>. Acesso em: 22 de dezembro de 2018.

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

BRASIL. Ministério Público Federal. Procedimento Administrativo nº 1.00.000.013180/2012-86. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/recomendacao-ciganos_ibge.pdf. Acesso: 12 de outubro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BARROS, F.; SOUZA, M.F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016

CAVALCANTE, L; COSTA, E; VASCONCELOS, M; GUIMARÃES, J.R.S. A Importância da Geração de Dados Sobre os Povos Romani (Ciganos). AMSK/ BRASIL, Brasília, 2016.

CAVALCANTI, P. B.; MIRANDA, A. P. R. ; PEREIRA, C. ; SILVA, M. A. A política de recursos humanos em foco: um estado a partir da visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. Revista de Políticas Públicas (UFMA), v. 12, p. 1-20, 2008.

COSTA, M.E.L. O povo cigano e o degredo: contributo povoador para o Brasil colônia. Revista Textos de História. Brasília, Volume 6, nº 1 e 2, 1998. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/viewFile/5875/4856>>. Acesso: 05 de dezembro de 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 16/12/2017

COIMBRA JR, C.E.A; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.5, n.1, pp.125-132. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7084.pdf>. Acesso em: 22 de dezembro de 2017.

DURÃES, J.S; CUBAS, M.R. Conceitos de Equidade, Uma Revisão de Literatura. In: Jornadas de Pesquisas e Estudos em Bioética da PUCPR, 2014, Curitiba. Anais eletrônico...Curitiba: PUCPR, 2014. Disponível em: <http://jorneb.pucpr.br/anais-da-i-jorneb/>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

ESCOREL, S. Equidade em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, FioCruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 7 de dezembro de 2018.

GOLDFARB, M.P.L. Nômades e Peregrinos: o passado como elemento identitário entre os ciganos calons na cidade de Sousa – PB. Cadernos de Campos, São Paulo, n. 19, p. 165-172, 2010.

_____. Memória e Etnicidade entre os Ciganos Calon em Sousa-PB. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013. (Coleção Humanidades).

_____. Ciganos Calon: a vida em movimento. In: JUBILIT, Liliana Lyra; REI, Fernando Cardozo Fernandes; GARCEZ, Gabriela Soldano (Eds.). (Org.). Direitos Humanos e Meio Ambiente: Minorias Ambientais. 1ed.São Paulo: Manole, 2017, v. 1, p. 261-278.

GOHNN, M.G. História dos Movimentos e Lutas Sociais. São Paulo. Loyola, 1995.

LUZ, M.T. Saúde: origens epistemológicas do termo. IN: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Fio Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: Janeiro de 2018.

MEDEIROS, J.C; BATISTA, M.R.R; GOLDFARB, MP. Entre idas e vindas, como interpretar o fluxo cigano? Discutindo as compreensões sobre a diáspora e onomadismo. IN: 29ª Reunião Brasileira de Antropologia. 2014, Natal/rn. Anais eletrônicos... Natal, 2014. Disponível em: <http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402009551_ARQUIVO_ARTIGORB_AJESSICA2014.pdf>. Acesso em: outubro de 2018.

MEDEIROS, L.A; GOLDFARB, M.P. O Prêmio Culturas Ciganas na perspectiva do seu público alvo. Relatório Final do PIBIC vigência 2016-2017, João Pessoa: 2017.

MONTEIRO, E.M; GOLDFARB, M.P; MONTEIRO, R.J; FERREIRA, H.C. Entre os caminhos e as rotas dos ciganos do Vale do Mamanguape. . IN: 29ª Reunião Brasileira de Antropologia. 2014, Natal/rn. Anais eletrônicos... Natal, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/luana/Desktop/INTERCULTURALIDADE%20E%20SAÚDE/1402015556_ARQUIVO_RBAFINAL.pdf>. Acesso em: outubro de 2018.

MOONEN, F. Anticiganismo e Políticas Ciganas na Europa e no Brasil. Recife: 2013.

_____. Ciganos Calon no Sertão da Paraíba. João Pessoa, MCS/UFPB, Cadernos de Ciências Sociais, nº. 32, 1994.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Desafios e Perspectivas. IN: Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de sus. Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

_____. O que é SUS?. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Junho de 2006.

POTYARA, A.P.; PEREIRA, C.P. Desigualdades persistentes e violações sociais ampliadas. SER Social, Brasília, v. 16, n.34, p. 13-29, 2014

ROLIM, D.J.R; COSTA, E. Redução das Desigualdades em Saúde nas Comunidades Ciganas no Brasil: subsídios para discussão. Brasília: 2014. Disponível em: <http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2_AMSK_2014.pdf>. Acesso em: Janeiro de 2018.

SENADO NOTÍCIAS. Comissão de Direitos Humanos pode votar Estatuto Cigano. Brasília: 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/08/10/comissao-de-direitos-humanos-pode-votar-estatuto-do-cigano>>. Acesso em: Setembro de 2018.

Silva MH, Silva KV. Dicionário de conceitos históricos. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2006.

SILVA, A.C.C. Fatores Associados à Utilização de Serviços de Saúde por Ciganos na Bahia, Brasil. 2016. Tese (Doutorado) apresentado ao Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, M.C.LS.R; SILVA, Lúcia; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura*. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo: 2011, páginas 1250-1255. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acesso: 14 de outubro de 2018.

SIQUEIRA, S.A.V; HOLLANDA. E; MOTTA. J.I.J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis : o papel do Ministério da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2017.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. Racismo como Determinante Social de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2017.

VASCONCELOS, M; COSTA, E. Datas de celebração e luta pelos direitos dos Povos Romani (Ciganos): 8 de Abril Dia Internacional dos Romani (Ciganos), 24 de Maio Dia Nacional do Cigano, 2 de Agosto Dia Internacional em Memória do Holocausto Cigano. Brasília: AMSK, 2015.