

SUS E POVOS CIGANOS: Desafios na construção de uma política brasileira para equidade

SUS and Gypsies: Challenges in construction of a brazilian policy for equity

Luana Antonino de Medeiros

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB).

Maria de Lourdes Soares

Professora Doutora, vinculada ao Departamento de Serviço Social da UFPB e ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. (PPGSS/UFPB).

RESUMO. Com o objetivo de analisar como o Sistema Único de Saúde (SUS) 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 têm como tema central a saúde das populações ciganas no Brasil. O artigo começa apresentando as condições da geração de dados sobre os ciganos, que é uma das principais problemáticas no desenvolvimento de estudos sobre esses povos. Em seguida, identificamos fatores 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 a atual situação de invisibilidade social destes. Além disso, observamos que a estrutura organizativa do Sistema Único de Saúde limita o acesso desses povos aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Ciganos, Saúde, SUS, Equidade.

ABSTRACT. With the objective of analyzing how the Unified Health System (SUS, in Portuguese) 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 were worked articles and documents that 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 is one of the main problems in the development of studies on these peoples. Next, we identify the factors 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 SUS limits the access of these peoples to health services.

KEYWORDS: Gypsies. Health. SUS. Equity.

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 (OMS, 1946). Esse conceito, mesmo sendo limitado diante do amplo debate que existe em torno do tema, leva-nos a pensar na saúde como um processo que está para além dos fatores biológicos, é um movimento no qual estão envolvidos os mais diversos aspectos da vida do homem em sociedade, como os fatores étnicos-raciais, culturais, políticos, econômicos e psicológicos.

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 socioculturais podem afetar a vida dos sujeitos. Pois, de acordo com Coimbra Jr. e Santos (2000), pertencer aos grupos étnico-raciais ou viver em áreas periféricas das cidades, muitas vezes, são fatores que limitam a mobilidade social ascendente e restringem o acesso à saúde, moradia, educação e saneamento básico. Mesmo sendo poucas as dúvidas em relação à precariedade da vida desses sujeitos, a produção sobre raça/etnia e segregação espacial é ainda é relativamente incipiente nos debates sobre desigualdades em saúde no Brasil, o que torna difícil traçar um parâmetro sobre as condições de saúde dos grupos étnico-raciais

A exemplo disso, temos os ciganos brasileiros, uma *etnia*¹ com a história marcada por perseguições e estigmas, que, atualmente, encontra-se em uma situação de invisibilidade tão grave, que nem mesmo é considerada categoria de pesquisa nos censos populacionais oficiais do Estado brasileiro.

Muitos trabalhos que retratam as condições de vida dos ciganos nos mostram uma realidade precária, com baixa escolarização e sem acesso à saúde, saneamento básico, água potável, entre outros. Esta situação é agravada por serem associados à

¹ Etnia é um grupo com características culturais que as diferencia do restante da sociedade. De acordo com Vancher de Lapouge (apud SILVA; SILVA, 2006, p. 124), “um agrupamento humano baseado em laços culturais compartilhados”.

imagem de “eternos” suspeitos, o que se reflete em limitações no acesso aos serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; GOLDFARB, 2013; SILVA, 2016).

Neste trabalho, objetivamos analisar como o Sistema Único de Saúde (SUS) se estrutura para atender as demandas em saúde dos povos² ciganos. Identificando quais os principais aspectos que limitam o acesso dessas populações aos 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 trabalharam e trabalham com a temática dos ciganos no Brasil, principalmente pesquisas publicadas 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 àquelas que versam especificamente sobre a saúde das populações ciganas ou que tratam de aspectos sociais que consideramos importantes na compreensão do processo saúde-doença, tais como: territorialidade; moradia; geração de dados; estigmas; e acesso a serviços públicos em geral.

CIGANOS E A PROBLEMÁTICA DA GERAÇÃO DE DADOS

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

As Pesquisas de Informações Básicas Municipais (MUNIC) de 2009 e 2011 foram as primeiras nas quais os ciganos apareceram enquanto categoria a ser pesquisada. Segundo Cavalcante et al. (2016), os ciganos deixam de aparecer nos MUNIC de 2012 e 2013 devido à inexistência de demanda por parte do Governo Federal. Retornam em 2014, após as entidades de defesa dos ciganos pressionarem os

² Neste trabalho utilizamos a nomenclatura *Povos*, de acordo com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída através do Decreto 6040/2007.

órgãos governamentais. No MUNIC de 2014 foram notificados a existência de acampamentos ciganos em 337 municípios, distribuídos entre 22 estados.

Todavia, encontramos algumas contradições entre os dados do MUNIC e os dados de outros pesquisadores. Por exemplo, o MUNIC de 2011 não registrou nenhum acampamento cigano na Paraíba, enquanto, como nos mostra Goldfarb (2013), desde 1982 a cidade de Sousa, na Paraíba, tem ciganos sedentarizados em seu território. Ademais, o MUNIC de 2014 registrou 15 acampamentos ciganos na Paraíba, mas, segundo o levantamento de Medeiros, Batista e Goldfarb (2014), há acampamentos destes em pelo menos 24 municípios do estado. Em 2018 o Ministério Público Federal recomendou ao IBGE o retorno da temática dos ciganos no MUNIC e, também, que fossem inseridos no censo demográfico de 2020 (BRASIL, 2018). Organizações não-governamentais ligadas à 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. Em 2017, registrou-se 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 nestes estudos.

LIMITAÇÕES NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

O direito à saúde no Brasil como um direito de todos e responsabilidade do Estado³ começa a ser gestado no final dos anos 1970, quando profissionais da área da saúde, juntamente com o movimento estudantil e os movimentos populares, criaram o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Inconformado com o quadro caótico da saúde, esse movimento começou a reivindicar a saúde pública com acesso universal, habitação, saneamento básico, transporte, alimentação, cultura, lazer e a defesa do meio ambiente. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, na ocasião, foi

³ Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

construído um relatório final que, inspirado nos ideais do MRS, veio 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 tenham acesso aos serviços de saúde; o segundo pressupõe que haja serviços de diversas complexidades – promoção, prevenção e reabilitação – trabalhando de forma a 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-histórica, 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 a 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. Assim, a família, e seu modo de estar no mundo, começa a ser considerada lugar de produção em saúde.

No Brasil, houve um avanço significativo em relação às políticas públicas para saúde ao longo dos anos, principalmente quando se trata de legislações especiais que visam reduzir as desigualdades às quais alguns grupos estão expostos. Como exemplo, temos as políticas de atenção à mulher, aos LGBTQ+, à população carcerária e às populações negras e indígenas. No caso dos ciganos, não houve avanços significativos no que concerne à legislação em saúde. Segundo Moonen (2013), a maior contribuição do Ministério da Saúde para os ciganos foi a criação de um folder.

O folder tem como título “Povo Cigano: Acesso humanizado e acolhedor em todos os serviços de saúde”. Nele pode ser observada a imagem de homens e mulheres representando ciganos, logo abaixo uma frase afirmando que todo cidadão tem direito à atendimento em saúde, independente da identidade, etnia ou condição social e, em

seguida, a portaria n. 940 de 28/04/2011, que regulamenta a não obrigatoriedade de ciganos nômades apresentarem comprovante de endereço em unidades de saúde.

A escassez de trabalhos sobre os ciganos não permite um estudo mais aprofundado sobre tais desigualdades em saúde. Todavia, a partir da leitura dos trabalhos de Almeida, Barbosa e Pedrosa (2013) e da 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 eles eram expulsos dos locais onde estacionavam suas caravanas, o que impedia a criação de vínculos com os territórios e os obrigava 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 e sem acesso à água ou à energia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Segundo Escorel (2008 apud BARROS; SOUSA, 2016, p. 15), os sujeitos em situação semelhante à dos ciganos pagam as maiores taxas no quesito de saúde, visto que 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 uma área delimitada geograficamente, na qual residiam um determinado número de famílias. Com o passar do tempo, esse conceito foi flexibilizado. 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 sua 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 exige 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 não estabelecem vínculos territoriais fixos. Dessa forma, a estrutura organizativa do sistema 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 aos serviços de saúde. Como nos mostra Goldfarb (2017), a sedentarização estanque e imutável é incapaz de dar conta da territorialidade cigana. Mesmo que os ciganos reconheçam um lugar delimitado geograficamente como seu território, 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 fazem 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, 2017, p. 273).

Fato semelhante é relatado na experiência de Medeiros, Batista e Goldfarb (2014) junto aos ciganos de Sousa. As autoras relatam que as “andanças” com todo o grupo foram substituídas 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 ocorre a atenção em saúde para os 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 n. 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, 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 a compreensão da relevância dessas leis na garantia do direito à saúde, como também para que preconceitos e estereótipos não sejam reproduzidos nas unidades de saúde.

Como apontam Costa e Rolim (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 nesse sentido que a cartilha do Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kali, denominada *Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano* (2016), instrui que:

[...] é necessária 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, p. 32).

O Ministério da Saúde desenvolveu duas ferramentas para qualificar os profissionais, o folder mencionado ao longo do texto e uma cartilha intitulada “Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano”, criada em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kalí. No entanto, mesmo tratando-se de ferramentas importantes, apresentam-se como ações pontuais, incapazes de superar as debilidades estruturais que afetam esses povos ou, ainda, as especificidades e as necessidades com as quais o povo cigano se defronta em diferentes regiões do país.

A partir do que foi exposto no texto, observamos que o enfrentamento das demandas em saúde das populações ciganas perpassa várias questões, desde a geração

de dados, até a criação de mecanismos capazes de tornar o sistema de saúde mais preparado para atender 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 das ações do SUS, mas, ao observar o caso dos ciganos, percebemos que ela não é considerada na formulação das políticas públicas.

John Rawls é considerado uma das principais referências no debate sobre equidade e justiça e desenvolveu uma teoria que tem como centralidade a construção de uma sociedade mais justa. Ao partir da hipótese de 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 acesso a bens como saúde, educação e alimentação (ROUANET, 2017; GHISLEN; SPENGLER, 2011; 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 ocorreu pelo entendimento de que a igualdade formal não é capaz de expressar as reais demandas de uma sociedade historicamente desigual como o Brasil que, além dos altos índices de pobreza, abriga distintas culturas em seu território geográfico. De acordo com Escorel (2009, s/d),

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 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., 2011, p. 32-33).

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, tais como a epidemia do HIV/AIDS ou como as políticas de cotas, com o crescimento do debate em torno dos processos identitários. É nesse momento que são gestadas as políticas para equidade no âmbito da saúde (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Siqueira, Hollanda e Motta (2017), ao analisarem o papel do Ministério da Saúde (MS) na promoção de políticas para equidade junto a grupos minoritários – mulheres, LGBTs, 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 n. 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; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1404-1405).

CONCLUSÃO

Ao trabalharmos com a saúde dos povos ciganos percebemos 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, e os poucos dados existentes não são capazes de retratar as condições de vida dos povos ciganos no Brasil. Sendo assim, consideramos fundamental a ampliação dos 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 o acesso dos povos ciganos aos serviços de saúde: a primeira é a estruturação destes serviços que, ao trabalharem dentro de uma perspectiva de território adstrito, terminam por limitar o acesso dos 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. Ao partir da afirmação de 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, M. G.; BARBOSA, D. R. M.; PEDROSA, J. I. S. Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 1116-1129, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/14176/10103>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

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

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

_____. **Decreto n. 6040, de 7 de fevereiro de 2007.** Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial, Brasília, DF, 07 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm>. Acesso em: 22 de dezembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. Brasília/DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 22 de dezembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 44 p.

_____. 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 out. 2018.

CAVALCANTE, L.; COSTA, E.; VASCONCELOS, M.; GUIMARÃES, J. R. S. A **importância da geração de dados sobre os Povos Romani (Ciganos).** Brasília: AMSK/Brasil, 2016. 33 p.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; MIRANDA, Ana Paula Rocha; CARVALHO, Rafael Nicolau. Proteção Social, o Princípio da Equidade em Saúde no Cuidado Junto ao Idoso brasileiro. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, ano V, volume IV, nº2. agosto/Dezembro de 2011. p. 30-35.

COIMBRA Jr., C. E. A; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Online], v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7084.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

CNDSS - Rio de Janeiro: Fiocruz, dez.. COSTA, E; ROLIM, J. D, J. **Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil:** subsídios para discussão. Brasília: AMSK/Brasil, 2014. 41 p. Disponível em: <http://www.amsk.org.br/imagem/publicacao/publicacao2_AMSK_2014.pdf>. Acesso em: jan. 2018.

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 eletrônicos... Curitiba: PUCPR, 2014. Disponível em: <<http://jorneb.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/7/2015/02/CONCEITOS-DE-EQUIDADE-UMA-REVIS%C3%83O-DE-LITERATURA.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

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

GHISLENI, A. C.; SPENGLER, F. M. A Justiça como Equidade na Teoria de John Rawls: a mediação enquanto política pública de sua concretização. **Desenvolvimento em Questão**, v. 9, n. 18, art. 5, p. 5-29, 2011.

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

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

MEDEIROS, J. C.; BATISTA, M. R. R.; GOLDFARB, M. P. L. Entre idas e vindas, como interpretar o fluxo cigano? Discutindo as compreensões sobre a diáspora e o nomadismo. In: Reunião Brasileira de Antropologia, 29., 2014, Natal, RN. **Anais eletrônicos...** Natal, 2014. Disponível em: <http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402009551_ARQUIVO_ARTIGORBAJESSICA2014.pdf>. Acesso em: out. 2018.

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

MIRANDA, A. P. R.; CAVALCANTI, P. B.; SILVA, M. A.; PEREIRA, C. O. A política de recursos humanos em foco: um estado a partir da visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 12, n. 1, p. 63-71, jan./jun. 2008.

MONTEIRO, E. N. J.; GOLDFARB, M. P. L.; MONTEIRO, R. J.; FERREIRA, H. C. O. Entre os caminhos e as rotas dos ciganos do Vale do Mamanguape. In: Reunião Brasileira de Antropologia, 29., 2014, Natal, RN. **Anais eletrônicos...** Natal, 2014. Disponível em: <http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402015556_ARQUIVO_RBAFINA L.pdf [../..../luana/Desktop/INTERCULTURALIDADE E SAÚDE/1402015556_ARQUIVO_RBAFINAL.pdf](http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402015556_ARQUIVO_RBAFINA L.pdf)>. Acesso em: outubro de 2018.

MOONEN, F. **Anticiganismo e políticas ciganas na Europa e no Brasil**. ed. rev. ampl. Recife: AMSK/Brasil, 2013.

_____. Ciganos Calon no Sertão da Paraíba. **Cadernos de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 32, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Actas oficiales de la OMS**, nº 2, p. 100, 1946.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, desafios e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de sus**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / EPSJV, 2009, p. 91-122.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

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

ROUANET, L. P. Rawls: filósofo político do século XX. **Revista Cult**, 2017. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/rawls-filosofo-politico-do-seculo-20/>. Acesso em: 04 de janeiro de 2018

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

SILVA, A. C. C. **Fatores associados à utilização de serviços de saúde por ciganos na Bahia, Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Medicina) apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. **Dicionário de conceitos históricos**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. 439 p.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acesso: 14 out. 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 & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

Recebido em: 30/04/2018

Aceito para publicação em: 19/09/2018