

**Ana Cláudia Conceição da Silva**  
anasaudecoletiva@yahoo.com.br

Doutora em Medicina e Saúde Humana-EBMSP, Docente Adjunta do Departamento de Saúde I- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Coordenadora e Pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Trabalhador e Desigualdades em Saúde – NEST.

**Arine Araújo Marques**  
arine.araujomarques@gmail.com

Graduada em Fisioterapia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil.

**Camila Rego Amorim**  
camilaamorim30@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva (UEFS), Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

**Bruno Gil de Carvalho Lima**  
brunogil@doctor.com

Doutor em Saúde Pública (ISC/UFBA), Docente do Programa de Pós-graduação Doutorado em Medicina e Saúde Humana - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:  
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## ESTADO DE SAÚDE DOS CIGANOS NA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

*HEALTH STATUS OF THE GYPSIES IN THE SOUTHWEST  
REGION OF BAHIA*

### RESUMO

**Introdução:** O povo cigano constitui comunidade tradicional, e possui singularidades de valores, hábitos e tradições. Neste contexto, o binômio saúde-doença apresenta-se de forma desigual entre os grupos populacionais específicos, numa relação multifatorial, que impacta no estado de saúde. **Objetivo:** Descrever o estado de saúde da população cigana dos municípios de Itagibá, Barra do Rocha e Ubatã, da região Sudoeste da Bahia. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal. Recorte do Projeto multicêntrico intitulado “Condições de saúde da população cigana na Bahia, Brasil”. População de estudo 1285 indivíduos com idade  $\geq 12$  anos. A amostra aleatória foi composta por 461 indivíduos. Amostra estratificada proporcional: 27 indivíduos. Amostra acessível: 17 indivíduos. Campo de estudo (Região Sudoeste da Bahia): municípios de Itagibá, Barra do Rocha e Ubatã. Instrumento de coleta: dados sociodemográficos/ ocupacionais/ saúde. Foram estimadas frequências absolutas e relativas das variáveis. Análise e processamento dos dados mediante o programa SPSS, versão 14.0. **Resultados:** Estado de saúde autorreferido foi muito bom e bom. População predominantemente feminina (76,5%), casada (58,8%), católica, com baixo nível de escolaridade, residentes em áreas urbanas, e de renda baixa. Os sistemas afetados compreenderam trato urinário, gastrintestinal, respiratório, cardiovascular. **Discussão:** Ressalta-se

### PALAVRAS-CHAVE:

Saúde; Doença; Epidemiologia; Roma; Grupos étnicos.

a variabilidade de achados. Acredita-se que a singularidade do grupo étnico, contribua com a caracterização do estado de saúde desvelado, assim como, a doenças predominantes. **Conclusão:** Observou-se estado de saúde autorreferido "bom", com ausência da maioria das patologias e quando presentes, em pequena parte dos indivíduos. Ressalta-se a importância do desvelamento da situação de saúde como elemento norteador das ações em saúde para os povos e comunidades tradicionais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gypsy people constitute a traditional community and have singularities of values, habits, and traditions. In this context, the health-disease binomial is unequally present among the specific population groups, in a multifactorial relation that impacts on health status. **Objective:** To describe the health status of gypsy population of the municipalities of Itagibá, Barra do Rocha and Ubatã, in the Southwest of Bahia. **Methodology:** A descriptive, exploratory, cross-sectional study. It is a snippet of the Multicenter Project entitled "Health conditions of gypsy population in Bahia, Brazil." Study population 1285 individuals aged  $\geq 12$  years old. The random sample consisted of 461 individuals. Stratified sample proportional: 27 individuals. Available sample: 17 individuals. Field of study (Southwest Region of Bahia): municipalities of Itagibá, Barra do Rocha and Ubatã. Data collection instrument: sociodemographic, occupational and health data. Absolute and relative frequencies of the variables were estimated. Analysis and processing of data by SPSS program. Version 14.0. **Results:** Self-reported health status ranging between "good" and "very good". Predominantly female population (76,5%), married (58,8%), catholic, with low level of education, resident in urban areas, and low-income. The affected systems included urinary tract, gastrointestinal, respiratory, cardiovascular. **Conclusion:** Self-reported health status "good", reporting the absence of most diseases and when present, in small proportion of individuals. It is emphasized the importance of unveiling the health situation as a guiding element of health actions for people and traditional communities.

**Keywords:** Health; disease; epidemiology; Roma; Ethnic groups.

## INTRODUÇÃO

O binômio saúde-doença apresenta-se de forma desigual entre as populações e grupos específicos, o que suscita a relação com as atitudes e comportamentos do cotidiano. Em países desenvolvidos, a doença está relacionada com o acompanhamento clínico, e toda assistência médica, como diagnósticos, prescrições, exames e tratamentos, que são o que estruturam a visão que se tem da doença<sup>(1,2)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS), na tentativa de atingir equanimemente e de forma integral toda a população, definiu a saúde com um conceito amplo, que engloba aspectos físicos, psíquicos, culturais, sociais, e não só a ausência de patologia, ampliando-se, assim, o olhar sobre a diversidade, que determina o processo saúde-doença com

base na tipologia de população, na maneira de combater os agravos, e nas percepções que possuem sobre saúde<sup>(3)</sup>.

No Brasil, a saúde foi legitimada como direito de todos e dever do Estado, por meio da Constituição Federal de 1988, e assegurada por políticas públicas que objetivaram o decréscimo do risco de adoecimento e de outros agravos, sendo consumadas por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>(4)</sup>. No entanto, a má divisão dos recursos, não alcançam os conjuntos sociais mais vulneráveis, como os ciganos<sup>(5)</sup>.

O povo cigano é formado por conjuntos de indivíduos que constituem comunidades tradicionais em nosso país e possuem singularidades, tanto de valores, quanto de hábitos e tradições<sup>(6)</sup>. Em grupos minoritários, a vulnerabilidade costuma acentuar-se, principalmente com relação ao acesso aos serviços de saúde<sup>(7,8)</sup>. Sob essa perspectiva, as políticas sociais são propostas como forma de garantir acesso aos programas e serviços sociais, entretanto, o Brasil, mesmo constituído por uma dinâmica de várias culturas, ainda tem a visão médico-assistencialista como base principal na busca pela qualidade de vida, e a equidade como maior desafio para a consumação das ações de promoção da saúde<sup>(9)</sup>.

A expectativa de vida estimada para os ciganos é menor quando comparada com a da população de raça/cor branca, fato este que pode estar atrelado às disparidades de saúde existentes entre os diferentes grupos sociais decorrentes de fatores socioeconômicos, incluindo diferenças de escolaridade, ocupação e renda, sexo e etnia, além da habitação inadequada, má nutrição, comportamentos errôneos relacionados à saúde, vínculos sociais na comunidade local. Compreendendo, assim, determinantes poderosos das precárias condições de saúde que levam a uma menor expectativa de vida<sup>(10-12)</sup>.

Existe uma escassez de literatura sobre o tema saúde da população cigana brasileira, por conseguinte, desafios e dificuldades das ações de saúde voltadas a esta comunidade, no que se refere à adequação das práticas frente às necessidades próprias de cada grupo ou indivíduo, ainda que minoritário<sup>(13,14)</sup>.

Torna-se importante, portanto, revelar a situação de saúde desse grupo populacional específico, cujos fatores como etnia, cultura e crenças inerentes podem determinar a ocorrência de agravos à saúde e dificuldades de acesso a serviços de saúde. Tais achados fortalecerão a agenda global na medição de condições e desigualdades desta população, o que pode contribuir para o equacionamento delas. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o estado de saúde da população cigana em municípios da região Sudoeste da Bahia.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal. Recorte do Projeto-mãe intitulado "Condições de saúde da população cigana na Bahia, Brasil", conduzido em quinze municípios da Bahia.

A população foi composta por 1285 indivíduos pertencentes ao Clã Calon, residentes nos municípios de Barra do Rocha, Ubatã e Itagibá. O tamanho amostral foi definido a partir dos seguintes parâmetros (amostra aleatória simples): População 1285 indivíduos, Prevalência Estimada dos eventos estudados (50%), Erro Amostral aceitável 5%, com 95% de Intervalo

de Confiança- IC, Nível de Significância (valor de  $p \leq 0,05$ ). Foi necessária uma amostra de 384 indivíduos, com acréscimo de 20%, para possíveis recusas e perdas, totalizando 461 indivíduos, todos pertencentes ao Clã Calon. Amostra estratificada proporcional da Região Sudoeste da Bahia: 27 indivíduos (3 Barra do Rocha; 10 Itagibá; 14 Ubatã). Amostra acessível: 17 indivíduos. A unidade de análise do inquérito foi o indivíduo cigano.

Foram incluídos indivíduos com idade  $\geq 12$  anos, considerando-se o início da idade fértil e a tradição e cultura cigana, na qual as mulheres iniciam o matrimônio com idade inferior à maioria do contingente populacional. E foram excluídos os indivíduos que não responderam ao questionário após três tentativas de contato realizadas em dias alternados.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, contendo informações sociodemográficas, ocupacionais, de acesso aos serviços de saúde e sobre o estado de saúde. As questões tinham como resposta SIM ou NÃO, ou possuíam alternativas, tornando-as simples e de fácil compreensão. As variáveis do presente estudo foram: sexo, idade, religião, raça/cor, situação conjugal, área de residência, grau de escolaridade, valor da renda mensal bruta, estado de saúde, doenças autorreferidas, e sinais e sintomas gerais.

Realizou-se análise descritiva utilizando frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas. O processamento e análise dos dados foram realizados mediante o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, Versão 14.0.

O Projeto-mãe foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMS, segundo as especificações da Resolução 466/13 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>, parecer número 182.978. Os ciganos que participaram do inquérito foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o sigilo e anonimato das informações.

## RESULTADOS

Foram estudados 17 ciganos. Quanto às características sociodemográficas, observou-se que a maioria delas era do sexo feminino (76,5%); católicas (58,8%); casadas (58,8%); de baixo nível de escolaridade, “alfabetização à quarta série” (58,8%), não possuía ensino superior ou curso técnico; de raça parda (41,2%); possuía filhos (70,6%), em sua maioria “1 a 3 filhos” (47,0%); com renda mensal bruta no valor médio de R\$ 849,77; bolsa família (64,7%); com residência fixa (82,6%); e residentes em áreas urbanas (88,2%).

O estado de saúde autorreferido predominante foi muito bom (35,3%) e bom (35,3%) **(Tabela 1)**.

Tabela 1 - Estado de saúde autorreferido dos ciganos residentes nos municípios da Região Sudoeste, Bahia, Brasil. 2014.

Estado de saúde (N=17)	N	%
Muito bom	6	35,3
Bom	6	35,3
Regular	5	29,4

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores

Entre as doenças, verificou-se que predominaram aquelas que afetavam ou possuíam

repercussões na pele, como: sarampo (29,4%), alergia (29,4%) e câncer de pele (29,4%) **(Tabela 2)**.

Tabela 2 - Patologias nos ciganos residentes nos municípios da Região Sudoeste da Bahia, Brasil, 2014.

Patologia (N=17)	N	%
<b>Câncer de pele</b>		
Sim	5	29,4
Não	12	70,6
<b>Sarampo</b>		
Sim	5	29,4
Não	12	70,6
<b>Alergia</b>		
Sim	5	29,4
Não	12	70,6

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores

Quanto às patologias cardiovasculares, se destacaram a hipertensão arterial autorreferida (11,8%), e varizes (11,8%). E entre as patologias nutricionais, anemia (5,9%), hipercolesterolemia (5,9%), obesidade (5,9%) e gastrite (5,9%) **(Tabela 3)**.

Tabela 3 - Patologias cardiovasculares e nutricionais nos ciganos residentes na Região Sudoeste da Bahia, Brasil, 2014.

Patologia (N=17)	n	%
<b>Pressão alta</b>		
Sim	2	11,8
Não	15	88,2
<b>Varizes</b>		
Sim	2	11,8
Não	15	88,2
<b>Colesterol</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
<b>Obesidade</b>		
Sim	1	5,9
Não	15	88,2
Não respondeu	1	5,9
<b>Anemia</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1

<b>Gastrite</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores

Também foram observadas doenças reumatológicas crônicas que afetam o sistema esquelético, como artrite/reumatismo (5,9%) e osteoporose (5,9%). Contudo, a lombalgia foi mais frequente (17,6%). Outras doenças apresentadas foram a caxumba (11,8%) a infecção urinária (17,6%) e a depressão (5,9%), que se mostrou menos frequente (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Patologias musculoesqueléticas e dos demais sistemas nos ciganos residentes na Região Sudoeste da Bahia, Brasil, 2014.

Patologia (N=17)	n	%
<b>Lombalgia</b>		
Sim	3	17,6
Não	14	82,4
<b>Artrite/Reumatismo</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
<b>Osteoporose</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
<b>Infecção urinária</b>		
Sim	3	17,6
Não	14	82,4
<b>Depressão</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
<b>Caxumba</b>		
Sim	2	11,8
Não	15	88,2

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores

## DISCUSSÃO

Verificou-se que o estado de saúde autorreferido foi “muito bom” e “bom”. Evidenciou-se predominância de câncer de pele, sarampo e alergia. Observou-se também, casos de anemia, pressão alta, caxumba, obesidade, depressão, lombalgia, infecção urinária, gastrite, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, osteoporose e varizes. Os principais sistemas acometidos foram: cardiovascular, musculoesquelético, trato gastrointestinal e urinário.

Com relação ao estado de saúde autorreferido, resultados semelhantes foram observados

no estudo de Vicente (2009), no qual 82% dos entrevistados referiram “bom estado de saúde”. Assim como no 4º Inquérito Nacional de Saúde de Portugal (2005-2006), que demonstrou que 53% da população cigana residente no continente europeu considerou o estado de saúde como “muito bom” ou “bom”<sup>(2,16)</sup>.

Comumente mulheres e homens ciganos, ao falar de si próprios, referem ter boa saúde; acredita-se que tal fato esteja relacionado ao modo como este grupo percebe a doença. Ao reconhecerem que alguma vez precisaram do serviço médico sempre se referem a um acontecimento episódico, situação representada por uma sequência comum: manifestação de sintomas, protelação da ida ao serviço de saúde, impedimento do exercício das atividades cotidianas, procura pelo médico, ingestão do medicamento prescrito, e solução parcial do problema<sup>(17)</sup>.

Estudo aponta que órgãos de saúde, de uma forma geral, criticam os ciganos quanto à displicência com a saúde, e caracteriza-os como rebeldes ao funcionamento burocrático dos serviços, insubmissos às determinações médicas no tocante ao uso de medicamentos e aos comportamentos de saúde rejeitados da assistência hospitalar e adeptos à atitudes preventivas apenas em condições limite<sup>(18)</sup>. Essa realidade já não se faz mais tão acentuada, como revelam os achados, mas resquícios destas características se expressam com a presença de algumas doenças, mesmo com reduzida frequência.

Estudos revelam que, quando comparado o cuidado da grande maioria da população com o povo cigano, observa-se diferença quando os ciganos são acometidos por doenças, pois estes não concordam com a rotina de assistência clínica. Tal fato implica em maior vulnerabilidade em saúde. Enquanto estes possuem suas próprias práticas de cuidado, sobretudo ancestrais e religiosas, a população não-cigana se assegura com práticas preventivas ou de cuidado à saúde, como uso de protetor solar, alimentação adequada, vacinação, higiene corporal, acompanhamento médico periódico, dentre outros<sup>(18,19)</sup>.

Corroborando com estudos baseados no empirismo foi constatado que o modo de vida, as condições insatisfatórias de moradia e alimentação e a marginalização social são evidentes fatores predisponentes para o desenvolvimento de doenças, tais como as respiratórias e musculoesqueléticas, bem como, diabetes, hipertensão arterial, obesidade juvenil, patologias dermatológicas, dentárias, gástricas e, até mesmo, problemas psicológicos<sup>(17)</sup>.

Quanto às patologias mais prevalentes, o câncer de pele (CA) foi uma das doenças com maior número de casos, corroborando com achados no Brasil, que indica-o como tumor mais incidente, com aumentos significativos a cada ano<sup>(20)</sup>. A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) estima que pelo menos 80% dos melanomas sejam causados pela exposição ao sol, o que é bastante observado no grupo cigano<sup>(21)</sup>.

Casos de sarampo e caxumba também foram vistos com uma incidência significativa no grupo estudado, considera-se que possivelmente isto se deva à falta de imunização da população cigana, neste caso especificamente à vacina tríplice viral, que imuniza a população contra ambas as patologias. De acordo com o inquérito sobre “Saúde e Comunidades Ciganas” desenvolvido pela Rede Europeia Sastipen existe pouca procura dos grupos ciganos para vacinação, no qual referem o temor e a crença de que as vacinas são maléficas à saúde e responsáveis pela propagação de certas doenças, o que os deixam mais vulneráveis e expostos<sup>(14,22,23)</sup>.

Ainda sobre as patologias mais prevalentes, a alergia mostrou número relevante de casos,

isto pode estar associado aos fatores genéticos, individuais, ambientais e culturais, já que estes possuem condições precárias de habitação, higiene, infraestrutura e saneamento, morando em residências na periferia das cidades, próximos a áreas industriais, em ruas sem calçamento e em contato direto com o chão, fazendo uso de água não potável e ingestão de alimentos que propiciam um maior risco ao desenvolvimento de intolerância, de acordo com o observado na atual investigação.

Quanto às doenças cardiovasculares, observou-se com frequência a hipertensão arterial autorreferida e varizes. A hipertensão autorreferida pode decorrer do aumento da idade e/ou pode estar associada a outros fatores de risco, como estilo de vida, hábitos alimentares e hereditariedade, corroborando com estudo da Fundação do Secretariado Gitano (2007)<sup>(24)</sup>. A frequência de varizes pode estar relacionada à predominância de mulheres no estudo, pois estas possuem maior predisposição quando comparadas com os homens. Gravidez, fatores hormonais e congênitos, permanência por muito tempo na mesma posição, obesidade e sedentarismo são fatores predeterminantes para o aparecimento de problemas vasculares.

Em relação a patologias nutricionais, evidenciou-se a presença de casos de gastrite, anemia, hipercolesterolemia e obesidade. Alimentação inadequada, como o consumo excessivo de gorduras, sal, açúcar; hábitos nutricionais incorretos, bem como a forma de produzir os alimentos, podem determinar o adoecimento<sup>(24)</sup>. Sendo assim, é evidente que a variação do horário das refeições, o excesso de determinados ingredientes e a falta de alimentos essenciais repercutem diretamente na saúde; porém, como estes fatores frequentemente não são demonstrados através de sinais algícos, são parcialmente negligenciados por este grupo, que mantém sua rotina alimentar até a gravidade extrema da situação.

As patologias com repercussões musculoesqueléticas foram lombalgia, artrite/reumatismo e osteoporose. Nota-se que estas são comuns e frequentes, pois quatro em cada cinco brasileiros têm ou terão dor na coluna, já que tais dores se relacionam com problemas mecânicos da coluna vertebral. A lombalgia pode surgir de forma espontânea, acometendo igualmente homens e mulheres, representa 30 a 50% das queixas reumatológicas em consultas gerais<sup>(25,26)</sup>.

Quanto às demais doenças reumáticas, como artrite e osteoporose, não existem pesquisas associadas aos ciganos, porém a população indígena, também considerada povo e comunidade tradicional, não apresenta frequência expressiva<sup>(27)</sup>. Deve-se levar em conta que, de forma geral, a partir dos 30 anos, metade da população apresenta modificações articulares degenerativas que propiciam o aparecimento de doenças reumáticas, e após os 50 anos essas alterações biológicas estarão presentes em toda população<sup>(28)</sup>.

Com relação à infecção do trato urinário (ITU), fatores como pouca ingestão de água, alterações hormonais como menopausa, gravidez e tamanho da uretra podem tornar os indivíduos mais susceptíveis à ITU<sup>(29)</sup>. E, quanto às perturbações psicológicas, onde se enquadra a depressão, houve pouca frequência, o que difere de alguns estudos, que demonstram que estas estão entre as queixas predominantes<sup>(17,30)</sup>. A presença da depressão pode estar relacionada a diversos fatores sociais, psicológicos, e financeiros, sendo necessária a investigação deles com o fim de se compreender as possíveis causas e mecanismos na ocorrência desta doença nos ciganos.

Ressalta-se o apoio das lideranças ciganas no processo de coleta de dados. Apresentou-se como limitação: a desconfiança do povo cigano, e o baixo nível de escolaridade. Os hábitos e costumes foram considerados, visto que os homens (provedores) passam a maior parte do tempo



fora da residência, o que motivou sucessivas tentativas.

## CONCLUSÃO

A população cigana apresentou um bom estado de saúde autorreferido. As doenças encontradas compreenderam patologias relacionadas ao trato urinário, gastrointestinal, respiratório, cardiovascular, ao tecido ósseo, e tendo predominância as do tecido epitelial.

Em suma, o estudo epidemiológico descritivo-exploratório acerca das condições de saúde dos povos e comunidades tradicionais, em especial, a etnia cigana, contribuiu para o desvelamento da situação de saúde. Sugere-se estudos longitudinais futuros que avaliem a associação com potenciais fatores de risco; a implementação de ações que visem à medição e superação das desigualdades em saúde; e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças a partir das demandas e realidade locais, da valorização cultural.

## REFERÊNCIAS

1. Adam P, Herzlich C. Sociologie de La Maladie et de La Médecine. Paris: Nathan; 1994.
2. Vicente MJ. As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional. Madrid, REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal; 2009.
- Lopes F. Raça, etnia e vulnerabilidade. Boletim do Instituto de Saúde, n 23, p 3-7; Dez, 2003.
3. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dez.; 1990.
4. Rocha S. Alguns Consensos sobre a Pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
5. Batuli MS. Povo Cigano: o direito em suas mãos. Secretaria Especial dos Direitos Humanos- SEDH. Brasília-DF; 2007.
6. Dein S. Race, culture and ethnicity in minority research: a critical discussion. Journal of Cultural Diversity. Vol. 13, No. 2; 2006.
7. Ayres JR de CM, Calazans GJ, Filho HCS, Júnior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPO, G. W. S. Cap 12, Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2006.
8. Almeida MG de, Barbosa DRM, Pedrosa JIS. Trilhas da iniquidade: saúde de povos ciganos e políticas públicas no Brasil. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 03; 2013.
9. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. Int. J. Environ. Res. Public Health; 2009.
10. European Commission. SOLIDARITY IN HEALTH: Reducing Health Inequalities in the EU; Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels: Belgium; 2009.
11. Packard J, Callaway L, Dorris C, Suhr E. Social ties, perceptions of disorder and distress: A

- qualitative examination of the protective effects of social capital in neighbourhoods. *Int. Multidisc. J. Soc. Sci*; 2013.
12. Fleury S. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, jun; 1994.
  13. Silva ACC da, Lima BG de C. Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana: uma revisão sistemática. *Rev. Saúde.Com.* 12(1); 497-504; 2016.
  14. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. Conselho Nacional de saúde. Programa Nacional de doenças sexualmente Transmissíveis/AIDS. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
  15. Ministério da Saúde. 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Portugal. Maio, 2009. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>
  16. Silva LF da, Sousa F, Oliveira L, Magano O. A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra; 2000.
  17. Helman C. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª Edição, Porto Alegre: Editora Arte Med, 2003.
  18. Sutherland A. Health and Illness Among the Rom of California. *Journal of the Gypsy Lore Society* 5, vol.2; 1992.
  19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
  20. IARC. International Agency for Research in Cancer. Overall Evaluations of Carcinogenicity: An Updating of IARC Monographs Volumes 1 to 42 (monografia online). Supplement nº 7. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/supplements.php>. Acesso em 28 set, 2014.
  21. Sarampo na Bahia: cenário atual. BEPA, *Bol. epidemiol. paul.* (Online), São Paulo, v. 4, n. 37, jan. 2007. Disponível em <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722007000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 nov. 2014.
  22. Porto. Rede europeia anti-pobreza/Portugal (REAP). Resumo questionário e comentários/sugestões; 2003.
  23. Fundación Secretariado Gitano. Guia para a intervenção com a comunidade cigana nos serviços de saúde. Madrid: Editora Reapn; 2007.
  24. Sato EI. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP /Escola Paulista de Medicina: Reumatologia. São Paulo: Manole; 2004.
  25. Rubin R. A dor da grande maioria. *Saúde Paulista - UNIFESP*, São Paulo, v. 2, n.08, 2002.
  26. Aguiar ASC de, Souza PP de. Prevalência de doenças articulares crônicas associadas aos sinais e sintomas reumáticos em pacientes indígenas. Monografia [Graduação em Fisioterapia]. Universidade da Amazônia; 2006.
  27. Golding DN. *Reumatologia em Medicina e Reabilitação*. São Paulo: Atheneu; 1999.
  28. Nicolle LE. Epidemiology of urinary tract infection. *InfectMed*; 2001.
  29. Mañez AS, Garcia Mª LD. Informe sobre la situación sóciosanitaria de la población gitana española que vive en situación de exclusión social, *Médicos del Mundo*; 1998.