

Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua

Clara Maria Conde Antunes¹, Anderson Silva Rosa², Ana Cristina Passarella Brêtas³

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital São Camilo Santana. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: claracp@yahoo.com.br.

² Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: anderson.rosa@unifesp.br.

³ Enfermeira e Socióloga, Doutora em Enfermagem. Professora Associado da EPE/UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: acpbretas@ymail.com.

Recebido: 05/12/2014.

Aceito: 22/08/2015.

Publicado: 31/03/2016.

Como citar esse artigo:

Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>.

RESUMO

Este estudo qualitativo utilizou o método da história oral – modalidade temática – com o objetivo de compreender as relações existentes no processo de ressignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante. Foi desenvolvido em um Centro de Acolhida, com cinco pessoas vivendo em situação de rua, portadoras de doenças socialmente estigmatizantes. Da análise emergiram duas categorias: A doença estigmatizante; Ressignificando a vida. Depreendemos que ser portador de doenças carregadas de estigma, preconceito e medo contribui com a fragilização dos vínculos sociais, amplia as vulnerabilidades individuais e as chances de ingresso e/ou perpetuação da vida em situação de rua. O autoconhecimento em relação à doença e a reflexão sobre a própria finitude contribuem para a ressignificação da vida. Os simbolismos que envolvem cada uma das doenças discutidas são pouco sensíveis às intervenções das políticas públicas para este fim.

Descritores: Estigma Social; Determinantes Sociais da Saúde; Preconceito; Pessoas em Situação de Rua.

INTRODUÇÃO

Por anos as pessoas em situação de rua estiveram invisíveis para as políticas públicas de saúde, mas por intermédio da mobilização de movimentos sociais organizados, a defesa do direito à saúde para essa população tem se fortalecido⁽¹⁾. A cidade de São Paulo a partir de 2004 passou a contar com equipes da Estratégia Saúde da Família Especial para população em situação de rua, gradativamente ampliadas⁽²⁾. Todas foram incorporadas ao Consultório na Rua - estratégia criada em 2011 para cuidar dessa população - em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica⁽³⁾.

O Consultório na Rua prevê o deslocamento dos profissionais e da própria rede de assistência para fora da zona de conforto das estratégias de cuidado domiciliar, ocasionando estranhamento por situações observadas e sentidas para as quais nem sempre as equipes têm respostas. Tem propiciado novas configurações de redes assistenciais, recolocando desafios à efetivação do Sistema Único de Saúde⁽⁴⁾.

Entretanto, enquanto essas estratégias de assistência se constituem, as pessoas em situação de rua ainda padecem com o preconceito e despreparo de alguns serviços e profissionais que resultam no não atendimento às suas demandas, ou ainda são vítimas de ações higienistas que tem por foco a aparação social desconsiderando a dignidade da vida e os direitos humanos. Divulgar o conhecimento nessa área denuncia uma realidade injusta, ao mesmo tempo em que contribui com a formação dos profissionais para o cuidado comprometido às peculiaridades dos modos de vida e necessidades dessas pessoas.

A vida em situação de rua não está desconectada da convivência social no espaço urbano. É nesse contexto de conflitos e contradições sociais que se potencializam os estigmas e preconceitos vinculados àqueles que têm a rua como morada. Os julgamentos decorrem de uma visão simplista sobre a complexidade das relações sociais estabelecidas na rua, muitas vezes ancoradas no estranhamento da estética e aparência física de uma parcela de pessoas que não consegue ou não quer se autocuidar, e da associação dessa condição de vida à violência urbana.

Há dois tipos de portadores de estigma: o indivíduo que possui um estigma não visível e que tem a possibilidade de manipular ou não a informação sobre ele; e aquele visivelmente estigmatizado, vulnerável às tensões geradas no convívio social e que gera desconforto e incômodo na interação⁽⁵⁾. Tanto a pessoa estigmatizada como quem estigmatiza tendem a desenvolver mecanismos protetores que se manifestam por condutas de afastamento⁽⁵⁾. A pessoa em situação de rua está sujeita ao estigma da sua condição social e modos de vida, bem como ao estigma de doenças que podem lhe acometer. “Indivíduos que vivenciam situações de discriminação são mais vulneráveis também porque, com maior probabilidade, não podem contar com uma rede de suporte social, emocional, afetivo e prático, não confiam nas instituições nem nas pessoas com as quais convivem”⁽⁶⁾.

Pesquisa realizada em um serviço de saúde para pessoas em situação de rua em Boston⁽⁷⁾, com intuito de identificar as principais causas de morte, identificou que em um período de 15 anos ocorreram 1.302 mortes por: overdose de drogas (219), câncer (206) e doenças cardíacas (203). As duas últimas têm predomínio de pessoas entre 45-64 anos, representam um total de 16% cada do total dos óbitos estudados, evidenciando uma média cerca de duas a três vezes maior que a população geral.⁽⁷⁾

No Brasil, a maioria da população em situação de rua apresenta problemas de saúde, sendo os principais: hipertensão, HIV/AIDS, distúrbios psiquiátricos e de visão - cegueira⁽⁸⁾. Quando doentes, a maior parte, procura primeiro a emergência hospitalar e em seguida a unidade básica de saúde⁽⁸⁾. Estudo realizado em São Paulo⁽⁹⁾, identificou prevalência desproporcional do HIV na população em situação de rua (4,9%) quando comparada com a população em geral (0,6%). Índices de infecção que em proporções podem oscilar entre três a mais de 20 vezes superiores à população em geral. Sendo mais vulneráveis os jovens, pessoas

com práticas homossexuais que vivem na rua e mulheres⁽⁹⁾.

A efetivação das políticas de saúde para essa população tem dado relevância aos problemas mais prevalentes, mostrando as dificuldades nas interrelações entre os processos de adoecimento, cuidado e modos de vida na e da rua, exigindo competência técnica e sensibilidade dos profissionais que atuam junto a esse segmento.

Entendemos que a doença é também uma construção social. Está distribuída desigualmente entre indivíduos, as classes e os povos, sobretudo por meio da diferença do acesso ao atendimento, no preconceito e isolamento daqueles considerados um perigo para os demais⁽¹⁰⁾.

Nesse cenário, este estudo objetiva compreender as relações existentes no processo de resignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante.

MÉTODO

Este trabalho qualitativo é originário de uma dissertação de mestrado⁽¹¹⁾ que utilizou o método da história oral na modalidade temática.

A história oral é construída em torno de pessoas, sobre as memórias que têm de fatos e valores que interessam ao estudo, sobre como eles são vivenciados e lembrados na imaginação⁽¹²⁾. Sua modalidade temática propicia uma narração mais restrita do depoente, direcionada para um tema⁽¹³⁾, neste caso, o processo de resignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante.

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Acolhida, que abriga pessoas em situação de rua em São Paulo. Foram ouvidos quatro adultos e uma idosa com doenças socialmente estigmatizantes: HIV/AIDS, hanseníase e câncer. Os narradores, três mulheres e dois homens, estão identificados no texto pelos códigos E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, garantindo o anonimato. Os critérios de inclusão: ser portador de doença estigmatizante, ter mais de 18 anos de idade, estar em situação de rua, ter condições de manter diálogo.

Os dados foram coletados em 2012, por meio da técnica da entrevista com roteiro semiestruturado com as questões: Algo mudou na sua vida após o diagnóstico dessa doença? Como você lida com essa doença estando em situação de rua? Alguém cuida de você? O que é a morte para você? Quais são seus sentimentos em relação estar na rua e à sua doença?

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para análise seguimos os passos:

- (1) ordenação dos dados obtidos nas entrevistas;
- (2) classificação dos dados obtidos nos textos (empíricos e teóricos), relacionando as categorias analíticas (teóricas) e as empíricas;
- (3) reordenação das entrevistas, adotando o recurso utilizado na análise relacional;
- (4) realização de análise crítica relacional entre os dados empíricos obtidos nas entrevistas e as categorias analíticas selecionadas⁽¹⁴⁾.

Neste artigo trabalhamos com duas categorias: A doença estigmatizante; Resignificando a vida.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 0377/11, da

Universidade Federal de São Paulo. Os participantes foram informados sobre os objetivos, metodologia e formas de divulgação da pesquisa; ao aquiescerem tomar parte, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos algumas características das pessoas que participaram do estudo.

- E-1, 60 anos de idade, baiana, veio para São Paulo com 13 anos, católica, em situação de rua há oito anos. Em 2002 foi diagnosticada com hanseníase. Perdeu os dedos das mãos. Não andava mais. Tem 11 irmãos, nunca casou. Não tem contato com nenhum familiar, nem deseja.
- E-2, 36 anos de idade, baiana. Diagnóstico de HIV/AIDS há seis anos durante pré-natal. Ficou um ano e quatro meses internada em Campos do Jordão para tratamento de tuberculose. Viúva, com cinco filhos, dois netos e cinco irmãos. Mantem contato com a família uma vez por mês.
- E-3, 46 anos de idade, paulistana, evangélica. Em albergue há dois anos. Diagnosticada com leucemia em 1999. Viúva, com seis filhos que sabem que está em situação de rua. Ofereceram ajuda, mas ela não quer vê-los.
- E-4, 40 anos de idade, paulistano, católico. Na rua há cinco anos. Alcoolista desde os 11 anos. Usou maconha por 29 anos, crack por um. Tabagista. Ficou preso por três anos. Diagnosticado com HIV/AIDS em 1999, enquanto tratava tuberculose.
- E-5, 45 anos de idade, católico. Na rua há dois anos. Usou drogas desde os 15 anos, abandonando após diagnóstico de HIV/AIDS há 20 anos. Pela sexta vez em tratamento para tuberculose. Viúvo, com dois filhos. Tem duas irmãs. Pouco contato familiar.

A doença estigmatizante

Nada é mais punitivo do que atribuir um significado moralista a uma doença, sobretudo àquelas cuja causa é obscura, o tratamento é ineficaz e estão sobrecarregadas de significação simbólica. Os objetos do medo mais profundo, como corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza, são identificados com a doença. Ela própria torna-se uma metáfora. Passa a adjetivar. Diz-se que isto ou aquilo se parece com a doença, com o significado de que é nojento ou feio⁽¹⁵⁾.

O estigma pode ser reconhecido como um marcador de diferenças individuais e grupos sociais, porém não se trata de atributo fixo, mas de uma construção social e cultural, histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Assim, insere-se em contextos e processos socialmente construídos⁽¹⁶⁾.

Encontramos, neste estudo, que as doenças socialmente carregadas de estigma, preconceito e medo de contágio fragilizaram vínculos familiares e, quando associadas às dificuldades de manutenção do emprego, incapacidades de renda e/ou dependência às drogas, ampliam as chances de ingresso à vida nas ruas. A ausência de referências sociais que sirvam de apoio pode levar a um processo de morte social anterior à morte física⁽¹⁷⁾.

Foi doloroso voltar para rua com HIV porque eu tinha essa minha irmã como mãe. Eu queria ficar perto dela, mas via que ela não aceitava. Era assim cinco minutos de conversa e mais nada, comecei a me afastar também pra não ficar sofrendo e não ter discussões com ela. Chamava ela de preconceituosa, a gente discutia, preferi me afastar dela.(E-2)

Uma complexa representação social acerca do HIV e AIDS influencia no cotidiano das pessoas acometidas, no processo de inserção grupal, de integração social, de estigmatização, de adesão à terapêutica e à condição de viver com o vírus e/ou a síndrome. Essa representação, longe de ser apenas uma reconstrução imaginária acerca de um objeto, apresenta-se como um modulador da realidade vivida e um operador das situações enfrentadas⁽¹⁸⁾.

Antes de saber dessa doença eu já tava em situação de rua. Falei: tudo bem, minha família não é unida, eu construo uma pra mim. Sou homem pra arrumar uma companheira e ter os filhos e fazer uma família junto. Então quando descobri esse problema dessa AIDS, a minha vida desabou. Morreu a última esperança que eu tinha.(E-4)

Muitas vezes, em função do julgamento moral e reprovável expresso pela sociedade e familiares, as pessoas com HIV/AIDS optam pelo ocultamento da sorologia. O que pode revelar um lado obscuro, ilícito que expõe os prazeres do corpo, e de que excederam ao controle social⁽¹⁷⁾. As metáforas utilizadas para falar sobre o HIV/AIDS estão associadas à proximidade da morte, sofrimento físico, medo, invalidez, isolamento social, culpa e preconceito. Esses simbolismos são responsáveis por: sofrimento psíquico, diminuição da autoestima, perda dos sentidos de vida e, conseqüente, ausência de estímulo para o tratamento.

Os participantes do estudo apontaram que o preconceito e discriminação advindos em função das doenças que os acometeram são superiores ao fato de estarem em situação de rua. A entrevistada 1 relata acerca da percepção e reação que as pessoas tinham sobre a hanseníase e as sequelas que a doença havia lhe deixado.

Eu percebia muita coisa, que as pessoas falavam, num falava na minha cara, falava por detrás. Eu ficava só de antena ligada. Os que ficavam perto de mim não. Eram os outros que chegavam e que diziam: ah não vamos encostar perto dela porque está com os dedos caindo.(E-1)

O medo inspirado pela hanseníase não se funda na rapidez do contágio, visto que a doença nunca teve características epidêmicas. O seu portador sobrevive muito tempo depois de infectado. Nesse caso, o medo se prenderia não à proximidade ou possibilidade da morte, mas sim ao tipo de vida que era imposto ao seu portador. O estigma que a permeia a acompanha desde a época dos leprosários quando as pessoas eram retiradas do convívio social. Atualmente, apesar dos avanços na abordagem terapêutica, possibilidade de cura e até mudança na taxonomia que a classifica, a desinformação perpetua o seu caráter estigmatizante⁽¹⁹⁾.

Descobri que estava com hanseníase em 2002, pelo doutor do posto. Foi muito doído pra mim ficar sem dedos. Muito doído. Agora já acostumou, estou aliviada com isso. Graças a Deus tratei, estou bem, só ficou

sequela.(E-1)

De forma paradoxal, o estigma da doença visível, como é o caso da hanseníase, foi apontado como facilitador das práticas de mendicância em situação de rua. Apesar de gerar repulsa, nojo e medo para algumas pessoas, para outras gera compaixão e solidariedade.

Na rua passava os carros, dava comida, deixava alguma coisa, coberta, roupa pra gente, eu num passei dificuldade na rua. Ganhava dinheiro até dizer chega. Ganhava muito dinheiro na rua.(E-1)

As metáforas que permeiam determinadas doenças potencializam o sofrimento por parte do ser portador e também de seus familiares e pessoas do convívio. Antecipam que vão sofrer por discriminação e estigmatização e, assim, como forma de proteção, optam pelo segredo que os impede de confiar em alguém ou procurar cuidados adequados para a sua saúde, aumentando seu sofrimento pessoal e vulnerabilidade para adoecer⁽²⁰⁾.

Encontramos nas narrativas, momentos de sofrimento psíquico causado pelo adoecimento, chegando à ausência de sentido de vida e intenção de cometer o suicídio. O sofrimento relatado diz mais respeito às metáforas e estigmas relacionados às doenças do que propriamente ao sofrimento biológico específico de cada enfermidade.

Quando pratiquei o suicídio, na época, pra mim era uma solução. Não pensava igual agora. Não tinha experiência, não sabia como era o HIV, não sabia como iria reagir no meu corpo. Pra mim eu ia ficar cheia de buraco, cheia de hematomas. Achei que ia prejudicar a respiração, o coração, que eu ia ficar cheia de coisas no corpo. Pra mim eu ia ficar deformada. Então a solução era a morte.(E-2)

Tentei duas vezes me matar, depois do diagnóstico da AIDS. Olha, o meu rosto está quebrado aqui. Eu me joguei na frente de um caminhão, fiquei com o rosto fraturado. Estava tão revoltado. Eles (médicos) queriam fazer cirurgia, botar chapa, platina, aquele negócio lá. Não quis não.(E-4)

Tais momentos de desesperança precisam ser identificados e apoiados por profissionais ou pessoas do convívio. Os dados dessa pesquisa reforçam a importância de cuidarmos da pessoa de forma multidimensional, ou seja, na dimensão física (controle de sintomas, manutenção de funcionalidades), psíquica (medos, culpas, luto antecipatório, ansiedade, negação), social e familiar (apoio, questões financeiras, vida na rua, conflitos), espiritual (relações com Deus, busca por significados, ritos, conflitos religiosos)⁽²¹⁾. Para isso, é indispensável uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capaz de atender as demandas de cuidado específicas de cada doença e respeitar as peculiaridades dos modos de vida na rua enquanto essa for a única opção de vida de algumas pessoas.

Ressignificando a vida

A falta de conhecimento a respeito da doença e de saber como seu organismo reagiria, a ausência de pessoas para acolher e cuidar e o preconceito daqueles que os cercavam fizeram com que, na hora do

diagnóstico, se sentissem perdidos, sem rumo, acreditando que sua morte estava próxima e que poderiam fazer mal para as pessoas que estavam ao seu redor. A partir do choque do diagnóstico e de reflexões sobre a própria morte, os narradores passaram a repensar a vida.

Agora já entendo o que é o HIV, antes não entendia. Pra mim era a pior coisa do mundo, agora tem o remédio, a gente pode viver muito tempo.(E-2)

A descoberta do diagnóstico do HIV/AIDS desencadeou uma diversidade de sentimentos e é comum, por mais que estejam fisicamente bem, acharem que a contaminação é sinônimo de morte. Podem vivenciar um processo de negação da doença e de sua gravidade, deixando de procurar tratamento ou não aderirem a ele quando em acompanhamento⁽²²⁾. Quando se empoderaram do conhecimento em relação à doença, tiveram um novo olhar para a realidade vivenciada, perceberam que apesar dela estavam vivos e poderiam viver com qualidade.

O HIV num é minha morte, é uma lição de vida que eu to aprendendo dos erros que fiz. Agora estou aprendendo a viver, porque antes eu não vivia. Aprendi. Pra mim a vida era de qualquer jeito, agora não: dou mais valor.(E-2)

O abuso de drogas lícitas ou ilícitas, de alta prevalência pelas pessoas em situação de rua, dificulta a adesão ao tratamento de doenças, sendo que, no caso do HIV/AIDS, relaciona-se ao aumento da mortalidade⁽²³⁾. O entrevistado 5 tinha o diagnóstico de HIV/AIDS há mais de 20 anos e, mesmo dizendo que a descoberta da doença não mudou nada em sua vida, percebeu que se continuasse a levar a vida que tinha poderia comprometer o seu estado de saúde.

Desde os meus quinze anos usei droga. Hoje num quero saber. O que me motivou a parar foi a doença. Porque se me deixo abater com esse bagulho de droga, a doença vai acumulando mais ainda, vai me deixando cair e a droga é um pé pra deixa você lá embaixo.(E-5)

Isso nos faz pensar o quanto a descoberta de uma doença socialmente estigmatizada pode influenciar na vida de uma pessoa. A doença fez com que esses entrevistados lembrassem de que são finitos, que a morte faz parte da vida. Apesar de viverem situações de extrema vulnerabilidade como o uso e abuso de drogas e álcool, violência, crime e tráfico de drogas, foi a partir do conhecimento de uma patologia grave e repleta de estigma que passaram a pensar sobre o seu modo de vida, assim como seus processos de morte.

O entrevistado 4 via a doença como cura para um estilo de vida que considerava ameaçador. Salienta que se não tivesse contraído HIV/AIDS e tuberculose talvez já tivesse morrido em consequência de outras coisas.

A AIDS veio pra me curar. É a chave de tudo. Se eu não tivesse descoberto, se num tivesse adquirido isso, talvez já tivesse morrido. Na bebida, no álcool, na droga, teria morrido, botei o pé no freio. Um ano usando crack. Eu perdi bastante, vi até morte na minha frente tudo por causa disso. Com essa doença parei praticamente com tudo, só não parei com o cigarro.(E-4)

A qualidade da informação é fundamental para minimizar os efeitos da estigmatização e incentivar mudança de mentalidades e atitudes. Políticas públicas de abrangência nacional podem, além de promover a prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis, servir como importante ferramenta de combate aos processos sociais de estigma e discriminação em populações afetadas⁽²⁴⁾. Defendemos que tal assertiva seja expandida às outras doenças. Enquanto houver estigma, serão necessárias intervenções intersetoriais que pensam o processo de estigmatização e a vulnerabilidade aos agravos de saúde decorrentes. Essa compreensão inclui não permitir que interferências de preconceitos que rotulam as pessoas como moradores de rua, doentes, viciados, ladrão, agressivo ou perigoso impeçam os profissionais de verem a pessoa, de descobrir o que ela sabe, o que ela deseja, o que traz em sua essência⁽²⁵⁾.

As narrativas nos remetem ao conceito de resiliência, pois, mesmo tendo vivenciado situações de estresse e de adversidade os entrevistados foram capazes de superá-los. Assim, fortalecidos encontraram uma adaptação positiva frente à realidade vivida, ressignificaram suas vidas e descobriram maneiras de lidar com o novo contexto de acordo com suas possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão de doenças socialmente estigmatizadas para a população de rua deve estar permeada pelos contextos sociais de vida dessas pessoas. Muitas vezes, antes de pensarem na sua morte biológica, viveram a morte social por meio do emprego perdido, dos rompimentos dos vínculos familiares e afetivos, do não reconhecimento da sua condição humana. Pensar a morte na rua é pensar muitas mortes – simbólicas ou não - que ocorrem de forma concomitante e que podem ser muito mais significativas do que o fim da vida. A forma como vivenciam os obstáculos ao longo da vida remete à forma como olham a sua finitude e, ao pensarem a morte biológica, também podem rever a forma como vivem.

Ser portador de doenças carregadas de estigma, preconceito e medo contribui com a fragilização dos vínculos sociais, amplia as vulnerabilidades individuais e as chances de ingresso e/ou perpetuação da vida em situação de rua. No entanto, quando empoderados de conhecimento em relação à doença e ao refletirem sobre a própria finitude puderam ressignificar a vida e abandonar hábitos que avaliaram como prejudiciais à saúde. A proximidade da morte propiciou o encontro com novas formas de viver. Os simbolismos que envolvem cada uma das doenças discutidas nesse trabalho são pouco sensíveis às intervenções das políticas públicas para este fim, quiçá precisam de mais tempo para interferir nas mentalidades e estigmas prevalentes.

Enquanto profissionais da área da saúde, devemos atuar ativamente no processo de educação, não apenas no sentido de prevenção de doenças e promoção de saúde, mas, principalmente, nas concepções que envolvem os processos de adoecimento e seus desdobramentos nos diferentes contextos sociais. Nossos sentidos precisam estar receptivos para captar as expressões de medos, angústias e sofrimentos emitidos pelas pessoas que cuidamos. Devemos funcionar como apoiadores do processo de ressignificação da vida, adoecimento e morte, contribuindo com a superação de preconceitos e estigmas. Pessoas com redes de

apoio frágeis ou mesmo inexistentes acabam buscando nos profissionais de saúde o acolhimento não apenas para questões físicas, mas também sociais e emocionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo (*in memoriam*) pelos ensinamentos sobre a Vida, a Morte e o Cuidado integral ao ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Souza ES, Silva SRV, Caricari AM. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007 [acesso em: 31 mar. 2016];41(spe):810-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500012>.
2. Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MPR, Souza FS, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007 [acesso em: 31 mar. 2016];41(spe):799-803. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500010>.
3. Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 (BR) [Internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 out. 2011 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
4. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2014 [acesso em: 31 mar. 2016];18(49):251-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>.
5. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998.
6. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
7. Baggett TP, Hwang SW, O’Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston. JAMA Intern Med [Internet]. 2013 [acesso em: 31 mar. 2016];173(3):189-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1604>.
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sumário Executivo – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008.
9. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in São Paulo, Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];46(4):674-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037>.
10. Berlinguer G. A Doença. São Paulo: Hucitec; 1988.
11. Pereira CMC. Morte e vida em situação de rua: reflexões sobre Cuidados Paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem/UNIFESP; 2013. 135 p.
12. Thompson P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
13. Brêtas ACP. A abordagem da história oral. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP Editora; 2006. p. 67-75.
14. Meihy JCSB. Manual da história oral. 4^a ed. revista e ampliada. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
15. Sontag S. A doença como metáfora. 3^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.
16. French H, Greeff M, Watson MJ, Doak CM. A comprehensive HIV stigma-reduction and wellness-enhancement community intervention: a case study. J Assoc Nurses AIDS Care [Internet]. 2015 [acesso em: 31 mar. 2016];26(1):81-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.007>.
17. Karamouzian M, Akbari M, Haghdoost AA, Setayesh H, Zolala F. “I am dead to them”: HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Kerman, Iran. J Assoc Nurses AIDS Care [Internet]. 2015 [acesso em: 31 mar. 2016];26(1):46-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.04.005>.
18. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em: 31 mar. 2016];19(3):485-92. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>.

19. Bittencourt LP, Carmo AC, Leão AMM, Clos AC. Estigma: Percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2010; [acesso em: 31 mar. 2016];18(2):185-90. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf>.
20. Renesto HMF, Falbo AR, Souza E, Vasconcelos MG. Coping and perception of women with HIV infection. Rev Saude Publica [Internet]. 2014; [acesso em: 31 mar. 2016];48(1):36-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048003186>.
21. Saporetti LA, Andrade L, Sachs MFA, Guimarães TVV. Diagnósticos e abordagem do sofrimento humano. In Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 42-55.
22. Brunetti, G. Aids e morte. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Vol. 2. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p. 92-101.
23. Milloy MJ, Kerr T, Bangsberg DR, Buxton J, Parashar S, Guillemi S, et al. Homelessness as a structural barrier to effective antiretroviral therapy among HIV-seropositive illicit drug users in a Canadian Setting. AIDS Patient Care STDS [Internet]. 2011 [acesso em: 31 mar. 2016];88(3):545-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2011.0169>.
24. Garcia S, Koyama MAH. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. Rev Saude Publica [Internet]. 2008 [acesso em: 31 mar. 2016];42 Suppl. 1:72-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010>.
25. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 [acesso em: 31 mar. 2016];30(4):805-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.