



“Viver na rua é a minha doença”: o processo saúde-doença sob a ótica de pessoas em situação de rua

"My disease is living on the streets": The health-disease process from the perspective of homeless people

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz¹, Tatiane Bahia do Vale Silva², Rosália do Socorro da Silva Corrêa³, Marília Jesus Batista de Brito Mota⁴, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani⁵, Mayra Hermínia Simões Hamad Farias do Couto³

¹Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Jundiá (FMJ), Jundiá (SP), Brasil; ²Departamento de Epidemiologia, Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; ³Departamento de Planejamento Urbano e Regional, Docente do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém (PA), Brasil; ⁴Departamento de Saúde Coletiva, Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Jundiá (FMJ), Jundiá (SP), Brasil; ⁵Departamento de Medicina Preventiva, Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Gabriel Vinícius Reis de Queiroz – E-mail: ra2103001@g.fmj.br

RESUMO

Analisar a percepção de pessoas em situação de rua sobre o processo saúde-doença, cobertas pelo Plano Emergencial de Atendimentos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que realizou coleta de dados com entrevista semiestruturada envolvendo pessoas em situação de rua do município de Castanhal, no estado do Pará. A amostra foi por saturação. Adotou-se como técnica de análise dos dados o método de interpretação hermenêutico-dialética. Participaram 11 pessoas em situação de rua. Nas narrativas, constataram-se dificuldades vivenciadas na rua que interferem no processo saúde-doença, tais como: atenção às necessidades básicas (higiene, comida, água) e psicossociais, trabalho, saúde e os desafios diante da pandemia de COVID-19. É necessário o fortalecimento do sistema de garantia de direitos para a população em situação de rua, visando melhorar as condições de vida e saúde desse público. O estudo revela a importância de construções científicas para favorecer a redução das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Processo saúde-doença. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

To analyze the perception of homeless people about the health-disease process, covered by the Emergency Care Plan. This is a study with a qualitative approach, which carried out data collection with a semi-structured interview involving homeless people in the municipality of Castanhal, in the state of Pará. The sample was by saturation. The method of hermeneutic-dialectical interpretation was adopted as a data analysis technique. Eleven homeless people participated. It was found in the narratives, difficulties experienced on the streets that interfere in the health-disease process, such as: attention to basic needs (hygiene, food, water), psychosocial, work, health and the challenges facing the COVID-19 pandemic. It is necessary to strengthen the system of guaranteeing rights for the homeless population, aiming to improve the living and health conditions of this public. The study reveals the importance of scientific constructions to favor the reduction of health inequities.

Keywords: Homeless people. Health-disease process. Social vulnerability.

Recebido em Agosto 06, 2022
Aceito em Novembro 09, 2022



INTRODUÇÃO

A presença de pessoas em situação de rua (PSR) no cenário urbano da maioria das cidades brasileiras é uma realidade incontestável¹. É considerada uma manifestação escancarada de diversas problemáticas sociais oriundas da supervalorização do capital e da desigualdade social em detrimento dos direitos do ser humano². De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)³, instituída em 2009, esse grupo populacional é heterogêneo, mas assemelha-se na situação de extrema pobreza, fragilidade e/ou quebra dos vínculos familiares, sem moradia convencional regular, favorecendo o adoecimento.

Em 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), por meio do censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dos Registros Mensais de Atendimento Socioassistencial (RMAs) e da base de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), constatou que há 221.869 pessoas em situação de rua no Brasil⁴. Ademais, estimativa apresentada no Relatório Técnico-Científico elaborado pelo Programa Transdisciplinar Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) demonstrou, com base nos dados do CadÚnico em 2021, que

a Região Norte possui cerca de 5.414 PSRs⁵.

O processo de rualização é um fenômeno antigo e de cunho social⁶. Desde a criação de condições necessárias à produção capitalista na Europa, com o aparecimento de sociedades pré-industriais, pessoas perambularam pelas ruas, uma vez que os camponeses foram expulsos de suas terras, ficando sem rumo e sem serem absorvidos pelo setor industrial². Nesse sentido, as pessoas em situação de rua sofrem a marginalização causada pelo capital, tornando-se socialmente inúteis e extremamente vulneráveis⁷.

A vulnerabilidade é uma perspectiva complexa, que pode ser compreendida como o cruzamento de condições materiais, políticas, culturais, jurídicas e subjetivas, o qual resulta em danos coletivos e/ou individuais e suscetibilidades ao adoecimento, cuja solução são matéria dos saberes e práticas em saúde⁸. Logo, a situação de vulnerabilidade em que as PSRs se encontram é resultado da exposição de múltiplos fatores, os quais promovem dificuldades de enfrentamento das adversidades do cotidiano, resultando em discriminação e violações de direitos, entre eles a violação, em muitos casos, do acesso à saúde⁹.

O binômio “saúde-doença” possui conceituações que variam de acordo com o contexto em que são enunciados. A saúde representa o reflexo da conjuntura política,

social, cultural e econômica. Desse modo, a saúde não se evidencia na mesma percepção para todos os indivíduos. O mesmo, a propósito, ocorre com a doença¹⁰. Portanto, as condições de vida e as vulnerabilidades das PSRs devem ser levadas em consideração na elaboração de políticas públicas em saúde direcionadas a esse grupo populacional¹¹.

Sob essa ótica, torna-se relevante compreender o entendimento das PSRs sobre a saúde e processo de adoecimento, já que os fatores sociais e culturais inseridos no contexto de vivência nas ruas, como as condições de vida e as interações sociais, são determinantes na singularidade do conhecimento de saúde. Logo, todas as ações e/ou políticas de saúde devem considerar as crenças, valores e atitudes dos agentes sociais a quem se destinam¹².

Segundo o sociólogo e filósofo Pierre Bourdieu, os modos de pensar, de perceber, de sentir e de fazer são produtos da experiência biográfica individual, da experiência histórica coletiva e da interação entre essas experiências¹³. O agir e pensar de uma população diante dos problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços da rede de cuidado, são elaborados com base na percepção de saúde e doença dessa população, que está intimamente ligada ao contexto sociocultural¹⁴.

Com o cenário da pandemia de COVID-19, agravaram-se as mazelas sociais das PSRs, até então, invisíveis, sendo acentuadas com a inoperância das

políticas públicas¹⁵. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção sobre o processo saúde-doença das pessoas em situação de rua do município de Castanhal, estado do Pará (PA), abrigadas emergencialmente durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, alicerçado nos princípios da hermenêutica-dialética. Optou-se pela referida perspectiva por ela trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos irreduzíveis à operacionalização de variáveis¹⁶.

A pesquisa foi realizada com pessoas em situação de rua do município de Castanhal, no estado do Pará, no ano de 2020, coincidindo com o período da pandemia de COVID-19. Houve o apoio técnico da equipe psicossocial do Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), destinado à população em situação de rua. Esse serviço pertence ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e atuou como mediador entre o pesquisador e o público-alvo para a realização da coleta de dados.

O município supracitado apresentou média mensal de 29 abordagens de PSRs pelo SEAS no ano de 2014 e teve um

acréscimo de 179% nos atendimentos, com 81 abordagens em 2015¹⁷. Ressalta-se que o aspecto histórico da construção dessa cidade a torna um espaço de oportunidades de trabalho devido ao povoamento por imigrantes e ao intenso fluxo destes, o que até os dias atuais caracteriza boa parte da população em situação de rua no território¹⁷.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19). Por isso, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) de Castanhal construiu o Plano de Ação Emergencial de Atendimento a PSR, abrindo esse público no Ginásio Municipal Poliesportivo Loiola Passarinho, o qual serviu como campo de investigação para o estudo.

No momento da coleta de dados (maio e junho de 2020), estavam abrigadas 26 PSRs, sendo 23 homens, 1 mulher e 2 crianças. Entretanto, durante a realização do estudo, esse número foi reduzindo, porque o sentimento de liberdade, a não aceitação do cumprimento das regras de isolamento social e a abstinência de álcool e/ou drogas fomentaram a desistência desses atores sociais.

A coleta de dados foi realizada respeitando todas as recomendações preventivas da OMS no enfrentamento à propagação da COVID-19, como: distância

mínima de 1,5 m interpessoal, disposição de álcool 70% para higienização das mãos e utilização de máscaras e/ou protetores faciais¹⁸. A técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista individual semiestruturada, que permite ao participante explicar sobre a temática abordada sem se prender a uma única questão, além de favorecer a abordagem de pontos fundamentais para o objeto de estudo com intervenções pontuais do entrevistador¹⁹.

Foi elaborado um roteiro de entrevista composto dos itens: história pessoal; percepção de saúde e doença; formas de cuidado; necessidades em saúde e fatores da vivência na rua que interfiram no processo saúde-doença; e acesso aos serviços de saúde. O roteiro foi submetido ao pré-teste com população em situação de rua atendida pelo SEAS, quando foi confirmado que a linguagem era acessível e foram implementadas questões referentes à alimentação nas ruas bem como ao acesso aos serviços de saúde pela rede intersetorial. Vale dizer que o intuito do pré-teste é assegurar validade, clareza dos termos e precisão²⁰.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos, métodos, riscos e benefícios, e outras informações pertinentes da pesquisa mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo-se da assinatura. Foram incluídas pessoas em situação de rua de Castanhal, de ambos os

sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. Excluiu-se uma pessoa, por estar em trânsito, ou seja, não se encontrar no território de Castanhal.

Utilizou-se a amostragem por saturação para estabelecer a quantidade de participantes. A saturação teórica configura a constatação do momento de interromper a captação de informações importantes quando os dados passam a apresentar certa redundância ou repetição²¹. Dessa maneira, foram entrevistadas 11 pessoas em situação de rua, sendo 10 homens e 1 mulher. Salienta-se que não houve recusa dos participantes.

O método de análise de dados foi a hermenêutica-dialética. A hermenêutica busca a compreensão, e a dialética estabelece a criticidade. Assim, esse método foi escolhido por enquadrar o objeto deste estudo e por provocar questionamentos quanto à capacidade do tecnicismo de compreender a realidade, indo para além do conhecimento teórico, ou seja, valorizando a práxis²².

As entrevistas foram registradas em gravador digital da marca Sony, modelo ICD-PX240, sendo transcritas posteriormente. Realizou-se a leitura compreensiva das narrativas, a fim de organizá-las e de identificar vivências singulares nas ruas, por meio dos significados subjacentes às ideias relatadas. Na sequência, foram classificados os dados com base na fundamentação teórica e na leitura exaustiva e repetida dos textos,

estabelecendo questionamentos para constatar fatores relevantes que nortearam a categorização. Ao final, procurou-se articular os dados com os referenciais, promovendo conexão com a conjuntura socioeconômica e política na qual os atores sociais estavam inseridos.

Objetivando assegurar o anonimato e humanizar os relatos, os atores sociais foram identificados como pedras preciosas ao longo do texto. Nesse sentido, participaram deste estudo a Ágata, Ametista, Esmeralda, Jade, Topázio, Turquesa, Diamante, Azurita, Âmbar, Rubi e Safira.

O presente trabalho seguiu os aspectos éticos preconizados na Declaração de Helsinki e nas normas de pesquisa que envolva seres humanos no Brasil, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Campinense de Ensino Superior, sendo aprovado sob o número de parecer 4.521.783.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os entrevistados houve o predomínio de homens com idade entre 25 e 61 anos, da raça/cor autodeclarada parda, com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto. Os conflitos familiares, abandono do grupo familiar, perda de bens patrimoniais e emprego,

tragédias pessoais e uso de substâncias psicoativas estiveram como principais motivos para ida às ruas. Todos os interlocutores referiram não possuir renda, nem qualquer tipo de benefício de transferência de renda. O período de vivência nas ruas variou de 1 a 16 anos.

Na análise compreensiva dos discursos dos depoentes, destacaram-se as dificuldades vivenciadas na rua que interferem no processo saúde-doença, as quais são representadas pelos recortes das narrativas interligadas a esses desafios, contidas no Quadro 1.

Quadro 1. Desafios da vivência na rua que interferem no processo saúde-doença — Castanhal, 2022

TIPOS DE DIFICULDADES		TRECHOS DAS NARRATIVAS
Desafios relacionados às necessidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> - Fome - Sede - Dormir - Higiene pessoal 	<p>“Comer, tomar banho e dormir são as maiores dificuldades. [...] não temos garantia de onde vamos dormir, ou tomar banho, entendeu?” (Ágata)</p> <p>“É um modo triste da gente sobreviver... já tomei água do esgoto, já comi comida estragada de uns dois dias... estava muito azeda! [...] com fome, a única solução era essa.” (Ametista)</p>
Desafios relacionados aos aspectos psicológicos e sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Preconceito - Estigmatização - Dificuldade para frequentar alguns espaços sociais - Violência - Uso de álcool e drogas 	<p>“Já passei muita humilhação... chegar no ambiente e falarem que não posso dormir, com medo da gente mexer nas coisas deles. [...] a pessoa que mora na rua é mal vista.” (Topázio)</p> <p>“Às vezes você está deitado numa calçada, e o morador daquela casa não gosta, aí ele joga até urina na pessoa, entendeu? Quando não, jogam os cachorros para morder... tudo isso acontece.” (Ametista)</p>
Desafios relacionados ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso ao trabalho formal e informal 	<p>“[...] vontade de arrumar um emprego e sair dessa lama. Quando eu ia atrás disso, nunca consegui porque todo mundo pede documento e eu não tenho.” (Jade)</p> <p>“Se for pedir um serviço, um bico, ninguém quer ajudar. [...] eu consigo um trocado sem ter que mexer nas coisas dos outros, trabalhando como flanelinha.” (Azurita)</p>
Desafios com a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade com o acesso aos serviços - Medo de passar mal na rua e não ser socorrido 	<p>“As pessoas que vivem nas ruas não têm um atendimento igual as outras pessoas. [...] sente preconceito... a gente sabe que é assim.” (Topázio)</p> <p>“Quando se chega no posto de saúde tem que ter o cartão do SUS... aí você não é atendido se não tiver um papel de luz [comprovante de residência]. [...] morando na rua você nunca vai ter esse papel.” (Safira)</p>
Enfrentamento da pandemia de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de voltar para as ruas após a pandemia - Perspectiva positiva para mudança de vida 	<p>“Não sei o que vai ser da gente quando isso acabar, sofri muito e não quero voltar para as ruas.” (Esmeralda)</p> <p>“O pessoal daqui [abrigo] ajudou a gente com o auxílio [emergencial], e tá muito bom conseguir minhas coisas. [...] vou me organizar para alugar uma casa e dar um lar para meus filhos, tudo vai melhorar.” (Rubi)</p>

Fonte: Elaboração própria.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), do ano de 2006, destaca que é de responsabilidade do Estado fornecer regularmente alimentos com qualidade de quantidade suficiente aos indivíduos, sendo a alimentação um direito humano social fundamental²³. O não cumprimento dessas medidas provoca a insegurança alimentar e nutricional, muitas vezes manifestada pela sensação cruel de fome, prejudicando a saúde e denegrindo a dignidade humana. As narrativas das PSRs demonstram a violação do direito à alimentação adequada:

“A alimentação na rua é complicada; muitas vezes alguém do coração bom te dá um almoço, muitas vezes nem esse almoço você consegue, às vezes te dão uma farinha e você bebe um xibé [água com farinha de mandioca]. [...] quando não se tem nada... você avista um camburão [lixreira]... uma comida velha, já estragada, tem que meter a mão porque precisa passar a fome, né?” (Safira)

“Eu não como direito na rua... [choro]... passo muita fome. A gente vai pedir comida na casa das pessoas, e tratam a gente mal, falam: “Sai daqui! Sai daqui! Senão eu vou chamar a polícia, seu cachorro!”. [...] uma vez jogaram comida estragada na minha cara... é triste. Eu pegava e ia pedir na outra casa, até que eu conseguia, porque tem pessoas que são boas.” (Diamante)

O alimento vai muito além do nutrir: ele possui um significado social que permite

ao corpo um direito básico de ser cidadão²⁴. Quando as necessidades básicas não são ofertadas, os indivíduos sofrem grandes prejuízos relacionados a descaracterização enquanto atores sociais, afetando a capacidade crítica e dificultando a participação social. A PNPSR estabelece que as pessoas em situação de rua tenham acesso a segurança alimentar e nutricional. Contudo, a garantia desse direito ainda é um grande desafio.

Ainda no âmbito das necessidades básicas, constatou-se a dificuldade do acesso à água potável, bem como a locais para a realização da higiene pessoal e limpeza de roupas. Sob a ótica do Comentário Geral nº 15, construído em 2002 pelo Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a água deve ser disponibilizada em qualidade e quantidade suficiente para uso doméstico e pessoal e não representar risco à saúde²⁵. O acesso à água e ao esgotamento sanitário foi considerado um direito humano em 2010, por meio da Resolução A/RES/64/292²⁶ da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Entretanto, as falas das PSRs fortalecem, de maneira incisiva, a existência dessas privações:

“A sede não tem medida. [...] é muito difícil até para beber uma água, você vai ter que beber caçando uma torneira. [...] chegar, pedir uma água e não ter naquele momento, então você olha

um pouco de água, no esgoto... aí tem que beber.” (Ametista)

“Assim, a gente passa horas, às vezes não tem um lugar para tomar banho, às vezes a roupa da gente passa uns três a quatro dias suja, porque não tem onde lavar, fica com aquele cheiro horrível, né?” (Safira)

A dificuldade de acesso a esses recursos afeta tanto a saúde quanto a qualidade de vida desses indivíduos. A precarização da sobrevivência e a ausência de serviços de higiene, como banheiros e lavanderias públicas, ocasionam a ampliação de problemas em saúde, como as dermatoses²⁷. Existe uma relação resistente da sociedade em decorrência da baixa manutenção da higiene pessoal e a discriminação contra o corpo e aparência física das PSRs, já que a sujeira e o forte cheiro exalado não condizem com o modelo ideal de sociedade limpa e capitalista, promovendo o processo de desfiliação social.

A desfiliação ou invalidação social impossibilita o indivíduo de participar de qualquer atividade produtiva e provoca o sentimento de inutilidade por não seguir o padrão social adequado, fortalecendo a insegurança e deixando a resolução dessa problemática cada vez mais complexa aos desfiliaados²⁸. Esse processo aprisiona o indivíduo, proporcionando a naturalização da precarização da vida, conforme o depoimento: *“Essa vida de rua vai deixando a pessoa afetada, ao ponto de não ter mais força para reagir, e acaba preso. [...] vira*

um círculo vicioso, e a pessoa não se acha mais capaz de romper isso e sair dessa vida precária de rua” (Ágata).

O termo “situação de rua” demonstra claramente a condição de imprecisão, transitoriedade, precariedade e vulnerabilidade que esses indivíduos vivenciam²⁸. Em confronto com esses aspectos, existe o processo de produção social e a determinação do lugar de cada pessoa no ambiente social por meio da afirmação de identidade. As PSRs são enquadradas em uma identidade subversiva, carregada de depreciação, frustrando as expectativas da sociedade normal²⁹. Assim, esse público é intensamente estigmatizado, sofrendo opressão e marginalização com reconhecimento de inferioridade perante os demais.

Conforme Goffman³⁰, o estigma é “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena”. Nessa perspectiva, as PSRs carregam símbolos que compõem o estigma, como: pele desgastada, corpo sujo, sacolas carregadas, odor forte, loucura e o fato de morar no espaço público³⁰. A estigmatização foi perceptível nas falas: *“[...] você é ladrão, é bandido, é um viciado, você é isso, é aquilo. Então isso aí vai dando uma dor no coração da gente, que a gente não consegue esquecer” (Turquesa), ou “Uma mulher lá no centro... eu queria uma cadeira emprestada para dar sopa para as crianças, estava chovendo muito... ela me esculachou, me chamou de suja, de fedida,*

me humilhou muito e falou que não iria emprestar nada” (Rubi).

As incessantes humilhações provocam sentimentos de desprezo e fortalecem a exclusão social. *“É como se as pessoas da rua fossem os leprosos de antigamente, que se exclui do meio da sociedade. Embora vivendo no meio deles, é como se não existissem”* (Safira). Trata-se de uma triste realidade, que provoca a invisibilidade desses indivíduos por conta da intensa agressividade do estigma: simplesmente a sociedade apaga esse público do seu campo de visão.

Nos achados, foram notórias inquietações constantes quanto à precariedade da vida na rua que repercutem intensamente na saúde mental. *“A gente fica angustiada, o coração fica fechado, né? A mente já não funciona normal, sabe?”* (Jade). Sob a luz da hermenêutica, a angústia revela a procura de uma nova finalidade da existência. De acordo com Heidegger, a angústia demonstra que o mundo mudou seus significados, e as relações interpessoais perderam sua essência, permitindo o acesso à autorreflexão³¹. *“Quando eu fico preocupado com essa vida de miséria, eu me sinto no inferno. Eu sofri tanto, tanto, tanto que eu cheguei a escutar até vozes. O sofrimento afeta muito a saúde da gente”* (Diamante).

A violência foi constatada como uma das maiores preocupações da vida nas ruas. Esse grupo populacional vivencia

diversas formas de violência: desde a simbólica, que pode ser compreendida como o meio mais sutil de dominação e exclusão social, até a violência física, que abrange pauladas, envenenamento, espancamento, entre outras formas brutais³². O medo de sofrer agressões demonstrou afetar diretamente o sono das PSRs.

“Às vezes, nem durmo com medo de chegar uma pessoa e fazer algo de ruim comigo. Eu não devo, né? Mas as pessoas de briga, transformada com uso de droga fazem de tudo. Uma vez, um rapaz que dormia com a gente no terminalzinho foi esfaqueado no banco enquanto dormia.” (Jade)

Esses indivíduos estão submetidos à violência que emerge de diversos setores sociais, como: agentes de segurança pública; gestão pública e suas ineficientes políticas, com violação direta de direitos; e a própria sociedade que se apropria da desassistência para estigmatizar³³. Um caso marcante de violência urbana nesse contexto foi a “Chacina da Praça da Sé”, ocorrida em 19 de agosto de 2004, em São Paulo, com o ataque cruel de golpes na cabeça a 15 pessoas em situação de rua que estavam dormindo, o que resultou na morte de sete desses indivíduos. Tal fato revoltante teve grande repercussão, e a data foi adotada como o Dia Nacional de Luta da População de Rua³³. A criação de canais de denúncia de violência e a implantação de

defesa dos direitos humanos são alguns dos objetivos da PNPSR³.

O uso de álcool e/ou outras drogas esteve presente nos discursos das PSRs, associado ao reconhecimento do consumo dessas substâncias como prejudiciais à saúde e um grande obstáculo em suas vidas. Prevaleceu a utilização do crack e do oxy pelo fácil acesso e por serem utilizados como estratégia para perder a fome. “Se você for usar o crack, o oxy ou a pasta, você vai ficar sem vontade de comer. É difícil conseguir alimentação, mas a droga se consegue rápido” (Safira). É perceptível que a utilização de substâncias psicoativas está imbricada ao significado de fuga da realidade, criando barreiras momentâneas contra o sofrimento humano e proporcionando a insensibilidade à desgraça³⁴.

O recurso aos tóxicos é uma maneira grosseira e eficaz que constitui meios para amenizar o sofrimento e suportar a precarização da vida, muitas vezes resultado do desconforto com a civilização³⁵. Assim, existe diferença entre “emprego de veículos intoxicantes” e a “intoxicação crônica”, quebrando a ideia da similaridade entre usar drogas e ser dependente químico. Enquanto o primeiro faz referência à busca da felicidade e ao afastamento do sofrimento, a segunda é uma forma extrema de fuga da realidade para aqueles indivíduos que desacreditam da felicidade e não possuem perspectiva de vida. “São 34 anos de drogadição. Tem

quatro anos que travei uma luta, mas ainda não consegui vencer essa barreira de libertação total, mas eu saí de uma zona que era praticamente todos os dias usando” (Ágata).

Outro achado foi a impossibilidade de acesso ao mercado de trabalho formal devido à ausência de documentação e ao preconceito relacionados à higiene e à aparência física. “Tenho muita dificuldade para trabalhar, eu quero e não consigo. O que eu tenho para matar minha fome é capinar o quintal das casas. Nunca me deram uma oportunidade porque sou da rua, nunca trabalhei de carteira assinada... nem carteira de trabalho eu tenho” (Diamante).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua estabelece como prioridade a inserção desses atores sociais no mercado de trabalho por meio da articulação dos equipamentos sociais, além da capacitação profissional, com realização de cursos e oficinas, bem como a garantia dos direitos trabalhistas³⁶. Entretanto, de acordo com alguns entrevistados, o trabalho informal é uma necessidade para sobrevivência, mesmo que precário por não possuir proteção social nem condições apropriadas. A idade e o fato de viver nas ruas são fatores desafiadores para o acesso à atividade informal, pois “*uma pessoa de cabeça branca, que vive nas ruas... se for pedir para trabalhar, sem carteira mesmo,*

ninguém quer ajudar, ficam só julgando” (Azurita).

Quanto à concepção de saúde, os depoimentos apresentaram duas vertentes: a primeira carrega a presença do modelo biomédico sobre saúde, estabelecendo-a como a simples ausência de doença: “*saúde é uma pessoa saudável, sem doença, sem nada, né?*” (Jade), “*saúde é não estar sentindo dor, se eu estiver sem dor eu tô bem.*” (Ágata), ou “*saúde é sem doença, certo?*” (Âmbar). Nessa perspectiva, o homem é visto como uma máquina, um sistema mecânico; portanto, quando doente, compreende-se que seu sistema está avariado³⁷. Esse modelo é arcaico, mas ainda possui resquícios nos atendimentos em saúde, determinando apenas os sinais e sintomas para o reestabelecimento do indivíduo.

A segunda diz respeito a significados positivos das necessidades para sair das ruas: “*saúde é ter pessoas ali pra poder ajudar, entendeu? A gente supera muita coisa na rua, [...] a gente não tem ninguém*” (Turquesa), “*saúde pra mim é ter uma vida melhor, feliz, com minha casa, minha família, trabalhar*” (Topázio), “*saúde é ter a cabeça com tudo no lugar, ter alimentação saudável, fazer exercício [...] as pessoas da rua não têm isso*” (Rubi). Na ótica antropológica, a percepção sobre saúde de um indivíduo está relacionada com a cultura da sociedade e com o pertencimento a um grupo social³¹.

Partindo desse pressuposto, melhores condições de vida, com o acesso aos direitos básicos, como moradia, trabalho, alimentação, entre outros, são componentes da compreensão de saúde das PSRs. Conforme Gadamer, a saúde não pode ser mensurada, pois visa ao equilíbrio e harmonia de cada indivíduo de forma integral, motivo pelo qual é perguntado se as pessoas se sentem doentes³⁸.

Já a concepção sobre doença nos depoimentos das PSRs carrega o significado de agregação dos fatores da precarização da dignidade humana e da vida. De acordo com esses atores sociais, a vivência nas ruas configura o adoecimento: “*estar nessa situação [de rua] é uma doença, pelo fato de não ter um lugar para descansar, você tem que perambular dia e noite, né?*” (Azurita), “*doença é o jeito cansativo de viver nessa vida, viver jogado pela rua, dormindo pelas calçadas, sem o apoio de alguém*” (Esmeralda) ou simplesmente “*viver na rua é a minha doença, e eu quero ser curado, sabe?*” (Diamante).

A doença na perspectiva das ciências sociais e da antropologia pode ser compreendida como um produto culturalmente determinado. Sob a visão antropológica, a cultura constitui-se na união de comportamentos, ideias e regras inseridas em um grupo social (aqui representado pela população em situação de rua); ela se dá enquanto experiência diferenciada, visto que redes simbólicas,

metáforas e outras figuras associadas à doença são originadas pela cultura³¹. Nesse sentido, a percepção de doença dessas pessoas está atrelada às fragilidades e vulnerabilidades vivenciadas nas ruas.

Por meio das narrativas, constatou-se que as PSRs buscam os serviços de saúde em casos de extrema urgência. *“Enquanto a gente está aguentando, a gente fica. Agora quando percebe que a dor está demais a gente tem que buscar o serviço, né?”* (Safira). Porém verifica-se que, de acordo com os depoentes, o grande problema está relacionado com a qualidade do atendimento, pois o preconceito impera nos espaços sociais, inclusive nos serviços de saúde, desde a portaria até o atendimento com os profissionais da saúde, demonstrando falta de preparo de alguns deles em lidar com essa população:

“Uma vez, aqui em Castanhal, eu passei mal e me levaram para a UPA. A enfermeira disse: ‘Rapaz você está bem.’ Eu disse: ‘Doutora, eu não estou bem, meu coração está acelerado demais.’ Ela falou: ‘Você está bem.’ Me deu um remédio e disse que eu tinha que ir embora, porque morador de rua não é muito bem-vindo. Eu disse: ‘Amém, Deus te abençoe por isso, que Deus vai me curar lá na frente.’” (Turquesa)

A burocratização dos serviços de saúde é um fator determinante para o acesso das PSRs na busca do cuidado, pois, na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), embora haja os princípios

doutrinários de equidade e universalidade do atendimento, na Atenção Primária à Saúde (APS) os atendimentos necessitam de apresentação do documento de identificação pessoal e do comprovante de moradia dos seus usuários por conta da definição de base territorial³⁹. O SUS, após constatação dessa dificuldade com a documentação, promoveu a melhoria do acesso à saúde com as Equipes de Consultórios na Rua (eCR) para a população em situação de rua. Entretanto, nem todas as cidades aderiram, como é o caso do município de Castanhal.

“Eu chegava no posto de saúde e dizia que estava me sentindo muito ruim, que queria um atendimento. Pediram meu cartão do SUS e meu endereço... falei que não tenho, eu moro na rua, e acabava não sendo atendido. Eu me senti mal por conta disso. Falaram que eu tinha que procurar algum conhecido e pegar um papel de luz [comprovante de residência], porque, se acontecer alguma coisa aqui, quem é que vai se responsabilizar... vai ser enterrado como indigente. Eu saía triste, né?” (Safira)

Os obstáculos no acesso aos serviços públicos estão intimamente ligados à violação do direito à cidade, o qual constitui a vida urbana renovada, sendo a cidade um lugar de realizações que garante a qualidade de vida urbana de sua população. É necessário a equidade do acesso da população aos bens e recursos urbanos, bem como a qualidade ambiental e

sustentabilidade do desenvolvimento urbano para designar se a cidade é saudável e, conseqüentemente, tem qualidade de vida⁴⁰.

Isso representa um olhar humanitário para toda a coletividade, mas, quando nos deparamos com a realidade vivida pelas PSRs, percebemos que esse direito está longe de ser garantido⁴⁰. O fato de esses indivíduos estarem perambulando pelas ruas como estratégia de sobrevivência, ficando expostos a privação de necessidades básicas como alimentação, água e realização da higiene pessoal, corresponde à subtração do direito à cidade.

A cidade deve ser um espaço com garantia de direitos, pautados na justiça social e na igualdade, onde todos seus habitantes, independentemente de classe social, desfrutem da oferta de condições para o bem-estar⁴⁰. Nesse sentido, o direito à cidade deve nortear a formulação de políticas públicas para a elaboração de cidades sustentáveis, que proporcionem a inclusão social, o respeito à dignidade das pessoas, a equidade e a democracia.

Em geral, o acesso reduzido a cuidados de saúde e saneamento básico, uso de substâncias, entre outros determinantes sociais, colocam as PSRs teoricamente em maior risco de morbimortalidade por COVID-19^{41,42}. Verificou-se que, durante essa pandemia, houve um aumento dos casos de mortalidade intrinsecamente relacionados com os fatores de vulnerabilidade social⁴³. Em caráter

emergencial, as PSRs tiveram seus direitos sociais básicos garantidos pelo poder público por meio do abrigo, com intuito de estabelecer o isolamento social desse grupo e enfrentar a propagação do coronavírus. “*O fato de eu tá na rua, no meio agora dessa doença [COVID-19], você tá circulando já é um problema. Ainda bem que colocaram a gente aqui [abrigo]*” (Azurita).

A associação de desigualdades sociais e morbidades para COVID-19 é intensificada no contexto de condições respiratórias crônicas⁴². “*Eu estava na rua com tuberculose e não sabia, descobri aqui [abrigo] quando passei na triagem da saúde e me passaram remédio*” (Turquesa). Assim, o abrigo oportunizou acesso aos serviços de saúde e tratamento especializado aos indivíduos com sintomas da COVID-19.

“*Esse espaço de isolamento está sendo tudo que a gente não tinha: aqui eu almoço na hora certa, jogo dominó, assisto filme e ainda consigo dormir em paz*” (Diamante). Sob essa ótica, houve estranhamento na mudança repentina de vida provocada pela pandemia, na qual situações que deveriam ser normais por estarem garantidas em lei, como acesso ao lazer, cultura, saúde e segurança, foram percebidas como tudo que até então foi negado.

As PSRs necessitam do fortalecimento da rede de garantia de direitos para melhorar suas condições de

vida e saúde, não somente em períodos pandêmicos. “*Se o pessoal em situação de rua tivesse o que é de direito, talvez o mundo seria melhor, né? Pelo menos para a gente da rua*” (Âmbar). As violações ou falta de atenção aos direitos humanos proporcionam o crescimento dos problemas de saúde na população, principalmente nos mais vulneráveis⁴⁴. A pandemia ressalta a relevância de ampliar o acesso à saúde e ao cuidado da pessoa em situação de rua; ademais, merece atenção o fato de essa população estar aumentando no contexto pandêmico segundo estudos da Fiocruz⁴⁵.

CONCLUSÃO

A pesquisa realizou um recorte no cenário da Região Norte, que guarda semelhança com as outras regiões no tocante às características das PSRs. Foi relevante a identificação da percepção de saúde das PSRs no cenário pandêmico estando intimamente ligada aos desafios que o contexto social de privação de direitos lhes impõe. Desse modo, dificuldades, preconceitos e violações estão presentes na construção do seu entendimento sobre o processo saúde-doença. A pandemia escancarou o sentimento de medo de retornar as ruas após o abrigo, assim como o pensamento positivo de perspectiva de vida provocado pela visibilidade desse público no cenário de crise.

O estudo reforça a importância de garantir os direitos da população em

situação de rua, inclusive de assegurar as necessidades básicas do ser humano, como alimentação, higiene pessoal, entre outras. Aponta a necessidade científica de explorações constantes para o favorecimento da redução de iniquidades em saúde.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Assistência Social de Castanhal por possibilitar a realização deste estudo; à População em Situação de Rua que aceitou compartilhar suas vivências; e à equipe psicossocial do Serviço de Abordagem Social do Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Castanhal.

REFERÊNCIAS

1. Pinho RJ, Pereira APFB, Lussi IAO. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019; 27 (3): 480-495. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1842>.
2. Alves JEAF. Conformação do fenômeno da população em situação de rua e a (des)proteção social no Brasil. *SeSo em Perspectiva* [Internet] 2022; 6 (01): 89-107. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/4673>.

3. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 dez 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota Técnica nº 73 – Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf.
5. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Relatório Técnico-Científico – Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil – Plataforma de Atenção em Direitos Humanos. Belo Horizonte: UFMG; 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>.
6. Dias LKS. População em situação de rua: direitos e contradições. Rev Resistência Litoral 2021; 1 (1): 67-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rrl.v1i1.82683>.
7. Alvarenga R, Gulisz IC. As violações de direitos humanos da população em situação de rua na cidade de Curitiba. RIDH 2022; 10 (1): 97-114. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/127/63>.
8. Dimenstein M, Neto MC. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. Pesquisa e práticas psicossociais 2020; 15(1): 3-17. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100002&lng=pt&nrm=iso.
9. Silva PN, Martins GI, Heller L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. Cad Saúde Pública. 2018; 34(3): e00024017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024017>.
10. Faria FG, Siqueira-Batista R. Perspectivas acerca do cuidado com a saúde das pessoas em situação de rua. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022; 17 (44):2548. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2548](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2548).
11. Silva TO, Vianna PJS, Almeida MVG, Santos SD, Nery JS. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. Epidemiol Serv Saude [online] 2021; 30 (1): e2020566. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>.
12. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
13. Caffé-Filho H, Vieira D, Oliveira L, Beserra E, Silva A. Narrativas, Influências e Experiências: uma breve análise das reflexões de Pierre Bourdieu / Narratives, Influences and Experiences: a brief analysis of Pierre

- Bourdieu's reflections. ID on line. Revista de psicologia [Internet] 2021; 15(57): 104-112. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3186>.
14. Brito C, Silva LN, Xavier CCL, Antunes VH, Costa MS, Filgueiras SL. The way of life of the unhoused people as an enhance for COVID-19 care. Rev Bras Enferm. 2021; 74 (Suppl 1): e20200832. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>.
15. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Lemos PFS, Moniz MA. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. Rev Bras Enferm. 2020; 73(2): e20200489. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>.
16. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2011.
17. Barreto RM, Silva AS, Aquime RHS, Andrade MAS. Política de Assistência Social e a População em Situação de Rua: uma reflexão a partir dos atendimentos do serviço especializado de abordagem social no município de Castanhal. In: Mattioli OC, Araújo MF, organizadores. Gênero, Violência e Psicologia: um percurso pelas políticas públicas. Curitiba: CRV; 2017. p. 272-284.
18. Pará. Decreto nº 777, de 23 de maio de 2020. Dispõe sobre as medidas de distanciamento controlado, visando a prevenção e o enfrentamento à pandemia da COVID-19, no âmbito do Estado do Pará. Diário Oficial do Estado do Pará 23 mai 2020.
19. Chahal A. Entrevistas em pesquisa qualitativa em cuidados de saúde. Rev Pesq Fisio [Internet] 2021; 11 (1): 218-21. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3450>.
20. Carlos F, Teixeira W, Oliveira K, Queiroz K. O método qualitativo norteando a pesquisa social. HOLOS 2019; 5 (1): 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2019.4752>.
21. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicol Estud. 2019; 24 (1): e43536. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.
22. Silva A, Castro-Silva CR, Moura L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. Saúde Soc. 2018; 27 (2): 632-645. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018172700>.
23. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 18 set 2006. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.346%2C%20DE%2015,quadra%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>.
24. Mattos ACE, Backes V. Pelas ruas, o ecoar da fome transcende o direito à alimentação. RIDH 2019; 7(1): 295-317. Disponível em:

- <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/672/296>.
25. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). General Comment N° 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant). Geneva: OHCHR; 2010.
26. United Nations General Assembly (UNGA). Human Right de Water and Sanitation. Geneva: UNGA; 2010. UM Document A\RES\64\292.
27. Fernandes B; et al. Patologia dermatológica numa população sem-abrigo. Revista SPDV 2019; 77(3): 227-232. Disponível em: <https://doi.org/10.29021/spdv.77.3.1102>.
28. Maia LFS, Sanches AM, Vasconcellos C. Pessoa em situação de rua e desigualdade social: uma questão de políticas públicas. Revista Recien [Internet] 2019; 9(28):146-54. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/230>.
29. Brito C, Silva LN. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Cien Saude Colet [online] 2022; 27 (1): 151-160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>.
30. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
31. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad Saúde Pública 2003; 19(4): 923-931. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400015>.
32. Bicalho Pinto R de A, de Paula APP. Violência Simbólica e Subjetividade: Uma Leitura a partir da Teoria Crítica Adorniana. Rev Subj. [Internet] 2022; 22 (2): e7884. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/7884>.
33. Nonato DN, Raiol RWG. Pessoas em situação de rua e violência: Entrelaçados em nome da suposta garantia de segurança pública. Rev Direito em Debate 2018; 49: 90-116. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2018.49.90-116>.
34. Mendes KT, Ronzani TM, Paiva FS. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. Psicologia & Sociedade [online] 2019; 31 (1): e169056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>.
35. Mendonça JRS. A droga como um recurso ao mal-estar na civilização. Psicol. Rev 2011; 17(2): 240-260. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000200006&lng=pt&nrm=iso
36. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à fome; 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf.
37. Silva LB, Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo

- conceitos e perspectivas. In: Santos TVC, Silva LB, Machado TO (Orgs.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>.
38. Mascaro AL. Gadamer: hermenêutica existencial e saúde. RD [Internet] 2020;11(02):68-7. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/artic/view/9614>.
39. Costa MIS, Lucena FS. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua. Rev Inter de Dir Humanos [Internet] 2022; 10 (1): 65-84. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/126>.
40. Silva BC, Lopes VC, Vieira JP. O direito à cidade das pessoas em situação de rua frente à pandemia da COVID-19. SDHE [Internet] 2021; 4 (1): 66-84. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/scias/direitoshumanoseducacao/article/view/5483>.
41. Stagg HR, Flook M, Grohmann S. Hard to reach: COVID-19 responses and the complexities of homelessness. Lancet Respir Med 2020 september; 1:1-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30446-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30446-X).
42. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. Lancet Respir Med 2020 july; 8: 659-661. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30234-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30234-4).
43. Santos AAL, Silva JP, Silva TCL, Souza TA, Miranda, FAN, Torres GV. Influência de indicadores sociais na incidência e mortalidade da COVID-19 no Brasil em junho de 2020. Saud Pesq. 2022; 15(1): e-9559. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9559>.
44. Oliveira MHB, Vianna MB, Schutz GE, Teles N, Ferreira AP. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. Saúde Debate 2019; 43(4): 9-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S401>.
45. Gameiro N. População em situação de rua aumentou durante a pandemia, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-pandemia>