

## RELATO DE CASO

### A dor que a rua cala: desigualdade, saúde e vulnerabilidade em um relato de caso

Micheli Verginia Ghiggi<sup>1</sup>, Cesar Vieira Marques Filho<sup>1</sup>, Marco Antônio Orsini<sup>2</sup>, Eduardo Paranhos Jr<sup>3</sup>, Adalgiza Mafra Moreno<sup>2</sup>, Vanney da Silveira Rocha<sup>2</sup>, Marcos RG de Freitas<sup>1</sup>, Marco Antônio Araújo Leite<sup>1</sup>, Carlos Henrique Melo Reis<sup>2</sup>, Luciana Armada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Iguazu (UNIG), Nova Iguaçu, RJ, Brasil

<sup>3</sup>Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro, Brasil

Recebido em: 28 de Maio de 2025; Aceito em: 11 de Junho de 2025

**Correspondência:** Micheli Verginia Ghiggi, [michelighiggi@gmail.com](mailto:michelighiggi@gmail.com)

#### Como citar

Ghiggi MV, Marques Filho CV, Orsini MA, Paranhos Jr E, Moreno AM, Rocha VS, Freitas MRG, Leite MAR, Reis CHM, Armada L. A dor que a rua cala: desigualdade, saúde e vulnerabilidade em um relato de caso. Enferm Bras. 2025;24(2):2364-2372. doi: [10.62827/eb.v24i2.4059](https://doi.org/10.62827/eb.v24i2.4059)

## Resumo

**Introdução:** A desigualdade social, resultante de estruturas históricas e relações de poder, influencia diretamente o acesso a direitos e recursos, afetando as condições de saúde das populações vulneráveis. **Objetivo:** Analisar os impactos da desigualdade social na saúde por meio de um estudo de caso. **Métodos:** Relato de caso de um homem de 32 anos, em situação de rua e soropositivo para HIV, que desenvolveu miíase craniana grave após agressão física. **Resultados:** O paciente permaneceu semanas sem atendimento médico, sendo admitido com infecção avançada, exposição óssea e infestação por larvas (*Lucilia sericata*), necessitando de antibioticoterapia e cirurgia plástica reconstrutiva. **Conclusão:** O caso evidencia como a vulnerabilidade social agrava quadros clínicos e dificulta o acesso oportuno ao cuidado, reforçando a importância de uma atuação profissional crítica e comprometida com a equidade em saúde.

**Palavras-chave:** Fatores Socioeconômicos; HIV; Saúde Pública; Vulnerabilidade em Saúde; Responsabilidade Social.

## Abstract

### ***The pain that the street silences: inequality, health and vulnerability in a case report***

**Introduction:** Social inequality, resulting from historical structures and power relations, directly influences access to rights and resources, affecting the health conditions of vulnerable populations. **Objective:** To analyze the impacts of social inequality on health through a qualitative case study. **Methods:** Case report of a 32-year-old man, homeless and HIV-positive, who developed severe cranial myiasis following a physical assault. **Results:** The patient went several weeks without medical care and was admitted with advanced infection, bone exposure, and larval infestation (*Lucilia sericata*), requiring antibiotic therapy and reconstructive plastic surgery. **Conclusion:** The case highlights how social vulnerability exacerbates clinical conditions and hinders timely access to care, reinforcing the need for a critical and equity-oriented professional approach in health.

**Keywords:** Socioeconomic Factors; HIV; Public Health; Health Vulnerability; Social Responsibility.

## Resumen

### ***El dolor que la calle silencia: desigualdad, salud y vulnerabilidad en un relato de caso***

**Introducción:** La desigualdad social, resultado de estructuras históricas y relaciones de poder, influye directamente en el acceso a derechos y recursos, afectando las condiciones de salud de las poblaciones vulnerables. **Objetivo:** Analizar los impactos de la desigualdad social en la salud a través de un estudio de caso cualitativo. **Métodos:** Informe de caso de un hombre de 32 años, en situación de calle y seropositivo para VIH, que desarrolló un cuadro grave de miasis craneal tras una agresión física. **Resultados:** El paciente permaneció varias semanas sin atención médica, siendo admitido con una infección avanzada, exposición ósea e infestación por larvas (*Lucilia sericata*), requiriendo antibioticoterapia y cirugía plástica reconstructiva. **Conclusión:** El caso evidencia cómo la vulnerabilidad social agrava los cuadros clínicos y dificulta el acceso oportuno a la atención, reforzando la necesidad de una actuación profesional crítica y comprometida con la equidad en salud.

**Palabras-clave:** Desigualdad Social; VIH; Salud Pública; Vulnerabilidad en Salud; Responsabilidad Social.

## Introdução

No conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, saúde é considerada um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Desde então, formalizamos que saúde não significa apenas a ausência de doenças, mas também a garantia de todas as condições que conduzem ao bem-estar geral dos indivíduos. A análise

do contexto social é fundamental como princípio básico do direito à saúde e à qualidade de vida, e precisa ser abordado em todo e qualquer ambiente de formação profissional na área de saúde.

O desequilíbrio de um sistema social baseado no consumo de serviços e produtos resulta em uma condição desigual de sobrevivência. Ao fazer

uma breve revisão de literatura sobre o termo “desigualdade social”, é possível encontrar que sua definição trata da discrepância na forma de acesso aos diferentes direitos, recursos e oportunidades vivenciadas por pessoas dentro de uma mesma sociedade. Vai além das diferenças econômicas, pois envolve o capital cultural, social e simbólico [1]. A desigualdade social é o resultado de diferenças estruturais nas oportunidades e recursos, ou seja, está ligada a uma condição social que é herdada e precisa ser rompida [2].

A principal causa dessa desigualdade está, sobretudo, nas relações de poder, pois tudo que foi construído e acumulado historicamente na sociedade, fruto de trabalho coletivo de diferentes gerações, está desigualmente distribuído. Seja nas condições e possibilidades de acesso e posse de bens, serviços e riqueza, as oportunidades já são desiguais desde antes da concepção dos sujeitos [3].

As instituições, bem como nossas ações individuais, reproduzem essas desigualdades quando não as questionamos e corrigimos, mas as reforçamos favorecendo os que já são valorizados. Muitas vezes a ideia de mérito serve para justificar

as desigualdades e a manutenção do *status quo*. E possivelmente só alcançaremos a justiça social quando houver redistribuição econômica e o reconhecimento cultural e simbólico paritário [3]. Ou seja, todas as pessoas devem ter as mesmas condições reais (econômicas, sociais e culturais) para participar da vida pública em igualdade.

Quando trazemos estas reflexões para o campo da saúde, observamos formas desiguais nas condições de saúde, nos níveis de riscos à saúde e no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Por conta das desigualdades na saúde, as pessoas não possuem as mesmas oportunidades de usufruir do desenvolvimento científico e tecnológico do setor nesta área, bem como possuem diferentes riscos de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim, estão em desiguais condições no adoecimento e na morte [4].

O objetivo deste estudo foi analisar os impactos da desigualdade social na saúde dos indivíduos por meio do relato de um caso clínico de um paciente em situação de rua, HIV positivo e com miíase craniana, destacando as implicações éticas, sociais e profissionais envolvidas no cuidado em saúde.

## Métodos

Neste relato optamos por analisar um caso que consideramos ilustrativo sobre os efeitos da desigualdade social na saúde de um indivíduo em situação de extrema vulnerabilidade social. O caso foi selecionado por sua relevância clínica e social, materializando as barreiras enfrentadas por pessoas em situação de rua no acesso a cuidados em saúde.

Para situar o contexto da discussão, apresentamos os conceitos de desigualdade social e saúde, destacando a relevância da compreensão destes

elementos para os diferentes cursos de formação profissional, especialmente na área da saúde, a fim de possibilitar maior responsabilidade profissional.

Os dados foram obtidos por meio da análise documental do prontuário hospitalar, complementada por entrevista com o paciente e revisão de exames laboratoriais e de imagem (tomografia, raio-X de crânio, hemograma e exames de urina). A interpretação dos achados clínicos foi articulada com uma discussão sobre desigualdade social, vulnerabilidade e saúde pública.

O estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e pela Carta Circular nº

166/2018-CONEP/SECNS/MS, contando com o consentimento livre e esclarecido do paciente.

## Resultados

Um paciente de 32 anos, morador de rua, deu entrada na emergência de um hospital da Zona Sul do Rio de Janeiro em 20/09/2024, levado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) queixando-se de fortes dores de cabeça e relatou ter sofrido uma agressão alguns meses antes (15/06/2024) durante uma briga com outras pessoas em situação de rua, quando foi golpeado com uma barra de ferro na região occipital.

Apesar das fortes dores, o paciente, que é HIV soropositivo, relatou que não procurou assistência médica e permaneceu com o ferimento na cabeça até notar a presença de minhocas em escalpo com esfacelamento da pele e musculatura circunjacente ao crânio. O paciente ainda permaneceu 15 dias com tais queixas até ser levado ao hospital.

Na data da admissão foi constatada a presença de miíase em grande quantidade (cerca de 800) na região de calota craniana com exposição óssea, lesão contusa em região esquerda de osso occipital, além de odor e secreção fétida.

O paciente esteve sempre acordado, cooperativo aos exames, hidratado, acianótico, anictérico e eupneico, mas febril e com queda do estado geral. O leucograma foi de 23.900/uL e segmentados de 18.642uL, PCR 32,80 mg/dl, Sódio de 119 mmol/L e amostra em teste rápido reagente para HIV, com duas testagens confirmadas em sequência.

Iniciou-se o ciprofloxacino venoso associado à clindamicina por 10 dias. O parecer de encaminhamento para a Cirurgia Geral descreve que a região temporo occipital encontrava-se sem epitélio, com a calota craniana exposta e sem possibilidade de fechamento em planos, necessitando assim de enxerto. Estava ainda repleto de pupas de insetos (miíase) em atividade e o material foi encaminhado para avaliação do tipo, chegando-se à conclusão que se tratava de moscas da espécie do gênero *Lucilia sericata* (Figura 1). O paciente permaneceu internado aguardando cirurgia plástica.



**Figura 1** – Lesão extensa em calota craniana com esfacelamento tegumentar, exposição óssea e miíase ativa por *Lucilia sericata*. A ausência de cuidados precoces levou à necrose de tecidos moles e infestação por larvas, exigindo intervenção cirúrgica especializada. Imagem obtida no momento da admissão hospitalar.

## Discussão

Além da grave situação de saúde relatada, chama a atenção a situação extrema de vulnerabilidade social relacionada a violência sofrida e à falta de acesso aos cuidados primários. A vulnerabilidade é um indicador da desigualdade social definido pela suscetibilidade das pessoas em sofrerem problemas e danos à saúde, ela expressa os potenciais de adoecimento e enfrentamento para todo e cada indivíduo [5].

O sujeito do caso relatado, embora sobreviva em um grande centro urbano, com variedade em ofertas de moradia, infraestrutura e uma diversidade de serviços, não pode acessá-los. Além disso, ele está à margem até mesmo do sistema público de saúde, pois não possui todo o conjunto dos direitos sociais (saúde, educação, moradia, alimentação, trabalho e proteção/segurança) que o possibilitariam buscar esse acesso.

A situação de muitos cidadãos como esse, invisíveis ao estado e a população de modo geral, é tão excludente que não cabe nem nos discursos meritocráticos neoliberais do tipo “quem quer consegue”, “é preciso ter força de vontade”. Estes discursos não são feitos para esses sujeitos, pois não há argumentos contra o sofrimento da falta do mínimo para sobreviver com dignidade. E quando falamos em dignidade, desafiamos os defensores das políticas meritocráticas a apontarem os erros cometidos por um ser humano, para ser condenado ainda em vida, a ter sua carne comida por larvas de insetos enquanto anda pelas ruas com a calota craniana exposta ao sol e a chuva.

No estudo “Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde” [6] discute-se os impactos negativos da meritocracia dentro do contexto das políticas neoliberais e da financeirização da economia sobre os sistemas

de proteção social e saúde. Os autores mostram que, ao valorizar excessivamente o esforço individual e a competição, essa lógica enfraquece princípios como solidariedade e justiça social, convertendo o acesso à saúde de um direito coletivo em um privilégio de mercado. Isso leva à comercialização dos serviços de saúde, ao declínio das instituições públicas e à exclusão das populações mais pobres, ampliando desigualdades sociais e dificultando o acesso equitativo aos cuidados. Diante disso, o estudo reforça a importância de preservar e fortalecer os serviços públicos de saúde frente aos efeitos excludentes do neoliberalismo e do capital financeiro.

Podemos perceber, a partir do caso relatado, que são ultrapassados os limites do poder se considerar aceitável, como ter pessoas dormindo ao relento, e nos deparamos com uma situação ainda mais profunda: uma situação de “morte em vida”. Conceito que se refere a estados em que o indivíduo, embora biologicamente vivo, experimenta uma existência marcada por sofrimento psíquico intenso, perda de sentido e desconexão emocional, assemelhando-se a uma condição de morte subjetiva [7]. Com isso, chamamos a atenção para o dever do estado que é primordial e deve ser cobrado e acompanhado, mas também para que possamos, a partir de nossas condições privilegiadas, ter mais responsabilidade social.

Não é mais aceitável que um profissional de saúde atue somente por dinheiro quando ele já possui muito mais do que o mínimo para sua sobrevivência e de seus familiares. A prestação de um serviço de saúde que possa ser valorado em outro símbolo que não o dinheiro, tão escasso para muitos e tão farto para alguns, não é apenas um gesto de solidariedade, mas um ato de responsabilidade pelo coletivo, onde estamos todos nós.

Um importante princípio educativo para os cursos de formação profissional da área da saúde se refere às práticas organizadas a partir das necessidades de saúde das pessoas [8]. Assim, o conhecimento da realidade, o encontro com o outro, a escuta qualificada e as ações compartilhadas se tornam elementos centrais para formar cidadãos com responsabilidade social. Em sentido similar, destaca-se como o reconhecimento das necessidades humanas fortalece a defesa do direito à saúde, propondo a integralidade e o cuidado como novos princípios estruturantes que superam uma visão puramente técnica das ações em saúde [9].

O paciente relatado, vulnerável de diferentes formas, HIV soropositivo, foi agredido em uma briga de rua e ficou à mercê de atendimento médico. Esse homem está em uma faixa de exclusão onde o serviço público de atendimento em saúde, como os postos de saúde, não conseguem alcançá-lo, assim como as campanhas de saúde e as orientações em segurança pública. Estamos falando de uma camada social gravemente exposta e desprotegida.

O sujeito, depois de algum tempo, foi socorrido pelo atendimento de urgência e levado até um hospital público, onde o estado fez o seu papel de garantir o atendimento de emergência e dar continuidade até a alta do paciente de forma gratuita, qualificada e não discriminatória.

O caso do homem em situação de rua com miíase craniana e HIV, negligenciado por semanas antes de receber atendimento, revela o fracasso de políticas públicas em garantir o direito universal à saúde e expõe os limites da atuação dos serviços quando desarticulados de uma perspectiva crítica e humanizada. A análise permite compreender que a vulnerabilidade não é apenas uma condição individual, mas resultado de uma lógica estrutural

que nega direitos e impede o acesso ao cuidado, especialmente para aqueles que vivem em condições de vulnerabilidade social.

O relato evidencia como a vulnerabilidade social pode agravar um quadro clínico e dificultar o acesso ao cuidado, reforçando a importância de uma atuação profissional crítica e comprometida com a equidade em saúde. Nesse sentido, reforçamos a importância de formar profissionais de saúde atentos às diferenças nas condições de acesso à saúde, capazes de reconhecer as múltiplas dimensões da vulnerabilidade e comprometidos com práticas que rompam com a lógica excludente e meritocrática vigente. Mais do que assistência clínica, é urgente garantir presença social, escuta qualificada e compromisso ético com a vida.

O sofrimento vivido por esse paciente não pode ser compreendido como uma exceção, mas como um sintoma grave das desigualdades estruturais que atravessam o cotidiano de muitos. Cabe ao Estado, aos serviços e a cada profissional repensar seu papel diante de tamanha urgência humana.

Este estudo buscou dar visibilidade a uma situação extrema de vulnerabilidade social e abandono: a vida de pessoas que adoecem e morrem à margem dos sistemas de proteção e dos olhares institucionais. O presente relato de caso ultrapassa a dimensão clínica ao se debruçar sobre os determinantes sociais da saúde. Foram destacadas as intersecções entre vulnerabilidade social, exclusão e adoecimento, de modo a fomentar reflexões éticas e críticas entre profissionais e estudantes da área da saúde. Apontamos falhas estruturais que impedem o acesso equitativo ao cuidado e reforçamos a urgência de uma prática profissional socialmente comprometida.

Entre as limitações do estudo, destacamos a impossibilidade de realizar extrapolações

estatísticas ou epidemiológicas. Além disso, não foi possível realizar um acompanhamento longitudinal do paciente após a alta, o que limita uma compreensão mais aprofundada dos desfechos clínicos e sociais a médio prazo.

Por outro lado, apresentamos como potencialidades do estudo, a serventia do caso como ferramenta pedagógica para cursos da área da

saúde e das ciências sociais, e pode auxiliar na sensibilização de gestores, profissionais e estudantes quanto às barreiras enfrentadas por populações invisibilizadas. Além disso, o estudo contribui com a literatura sobre saúde pública, vulnerabilidade social e ética profissional, fortalecendo a defesa do SUS e dos direitos sociais universais.

## Conclusão

Neste relato de caso trouxemos um retrato da desigualdade social, com o intuito de chamar a atenção para a responsabilização coletiva da sociedade, principalmente através da qualificação dos profissionais de saúde. Esse caso de um sujeito que parece invisível aos olhos do resto da sociedade nos fez pensar na desigualdade da distribuição de renda, e no quão vulnerável pode ser a existência humana devido a injustiça social.

Conclui-se, portanto, que é imprescindível o fortalecimento das políticas públicas intersetoriais, com ações que articulem saúde, assistência social, moradia e segurança, bem como a revisão crítica das práticas profissionais, a fim de assegurar que o Sistema Único de Saúde cumpra seu

papel de garantir o direito universal à saúde em sua plenitude.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

### Fontes de financiamento

Não houve qualquer financiamento de instituição ou órgão para a elaboração da pesquisa.

### Contribuição dos autores

*Concepção e desenho da pesquisa: Orsini MA, Ghiggi MV, Marques Filho CV; Coleta de dados: Orsini MA, Paranhos Jr E; Análise e interpretação dos dados: Orsini MA, Ghiggi MV, Marques Filho CV; Redação do manuscrito: Orsini MA, Ghiggi MV, Marques Filho CV; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Ghiggi MV, Orsini MA, Marques Filho CV, Paranhos Jr E, VS Rocha, Moreno AM, Freitas MRG, Leite MAA, Reis CHM, Armada L.*

## Referências

1. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1975.
2. Giddens A. Sociologia. 4. ed. São Paulo: Artmed; 2005.
3. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet*. 2017;22(7):2097–108.
4. Fraser N, Honneth A. Redistribuição ou reconhecimento? Um debate político-filosófico. São Paulo: Boitempo; 2006.
5. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Supl):S77–87.



6. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spe 2):1326–30.
7. Viana ALD, Silva HP. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde [Internet]. *Cien Saude Colet*. 2018 [citado 2025 maio 28];23(7):2135–42. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2107-2118/pt/>
8. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
9. Rocha Centurião JH. A morte e o morrer no hospital: um estudo com trabalhadores de enfermagem [dissertação na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007 [citado 2025 maio 28]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213841/000628944.pdf?sequence=1>
10. Cecílio LCO, Puccini PT. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1342–53.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.