

Ciências Sociais em Ação Humanitária

www.socialscienceinaction.org

Considerações principais: COVID-19 em assentamentos urbanos informais (março de 2020)

Este resumo apresenta considerações importantes para a proteção de assentamentos urbanos informais frente a disseminação e prováveis impactos do COVID-19. Há uma preocupação crescente com estes cenários devido à combinação de densidade populacional e infraestrutura limitada. Este resumo discute o que se sabe sobre vulnerabilidades e como apoiar a ação local. Ele pode ser visto em conjunto com os resumos da Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP) sobre quarentena e redes sociais.¹

Este estudo foi elaborado pelo SSHAP pelo Institute of Development Studies (IDS) com contribuições do Global Challenges Research Fund (GCRF), Accountability for Informal Urban Equity Hub (ARISE), a Asian Coalition for Housing Rights, o International Institute for Environment and Development (IIED), University College London (UCL) e o UCL/Development Planning Unit (DPU), University of Birmingham, University of Lincoln, University of Manchester, University of Warwick, WIEGO e York University (Canadá). A revisão foi feita por colegas da Anthologica, IIED, University of Manchester, UCL/DPU, IFRC e UN-Habitat. O resumo é de responsabilidade do SSHAP.

Resumo das considerações

- Os assentamentos informais enfrentam desafios consideráveis no controle do COVID-19, mas estratégias desenvolvidas localmente podem atenuar o pior do surto, desde que as medidas sejam tomadas rapidamente. A preparação e a ação antecipada dos governos e comunidades locais são essenciais. Quando ocorre um surto, a escalada pode ser rápida, deixando pouco espaço para o planejamento adicional.
- As principais abordagens para reduzir a transmissão do COVID-19 são as mesmas em qualquer contexto; isto é, reduzir o contato físico e melhorar a higiene. As táticas usadas diferem em assentamentos informais, onde há grandes desafios em termos de espaço, água e saneamento, e onde as pessoas têm um risco maior de despejo e os meios de subsistência são precários. Recursos financeiros e não financeiros (por exemplo, informações, equipamentos, elaboração de políticas de apoio) são urgentemente necessários para permitir que os residentes locais desenvolvam e implementem suas próprias estratégias.
- Os assentamentos informais podem ser altamente organizados, com diversos grupos locais e estruturas comunitárias fornecendo e fazendo campanhas por serviços, além de coletar dados sobre residentes e domicílios. Estes grupos estão bem posicionados para ampliar as respostas do COVID-19 e muitos já estão fazendo isto. Eles estão particularmente bem posicionados para considerar opções em sua área para formas descentralizadas de cuidado, isolamento e distanciamento físico.
- As intervenções de saúde pública devem ser equilibradas com as intervenções sociais e econômicas, especialmente em relação à economia informal da qual a maior parte das pessoas depende. Devem ser considerados os impactos diretos e indiretos em toda a economia informal. As vulnerabilidades ao COVID-19 são imensas em assentamentos informais, mas se as medidas de controle forem mal executadas, elas também podem ter impactos negativos.
- São necessárias informações e recomendações claras. As pessoas que vivem em assentamentos informais já convivem com doenças infecciosas fatais. Elas devem ser informadas sobre o COVID-19, como é diferente de outras doenças e por que a resposta solicitada para o COVID-19 pode ser diferente. Isso é necessário para estabelecer confiança e entendimento mútuo, uma vez que, normalmente, não são tomadas medidas extraordinárias para as outras doenças infecciosas fatais com as quais convivem. Quando as pessoas percebem que não está sendo dada a atenção devida a algumas doenças, especialmente para o aparente benefício de outras pessoas, isso pode dificultar a confiança e a ação coletiva. Inconsistências anteriores precisarão ser enfrentadas.
- Historicamente, os assentamentos informais e seus moradores têm sido estigmatizados, culpados e sujeitos a regras e regulações que são inacessíveis ou inviáveis. As respostas ao COVID-19 não devem repetir esses erros. A colaboração com os residentes locais e a confiança neles enquanto administradores de sua comunidade, com um conhecimento insuperável sobre infraestruturas espaciais e sociais relevantes, possibilitará medidas eficazes de controle.
- É importante entender as dinâmicas de poder da comunidade e as histórias políticas em um determinado assentamento. Em alguns ambientes urbanos, as medidas de controle de cima para baixo podem ser percebidas e serem usadas como meio para oprimir e marginalizar ainda mais os residentes ou para reduzir a oposição política.

Histórico e finalidade

O COVID-19 surgiu em Wuhan, China, e no momento da redação deste artigo (25 de março de 2020), a maioria dos casos havia sido detectada em países de alta renda, como EUA, Espanha, Alemanha, França e República da Coreia, além do Irã, país de renda média. A maioria das informações sobre o COVID-19 e quem está em risco baseia-se em dados desses contextos de renda média e alta. Muitas das recomendações (lavar as mãos, autoisolamento e distanciamento físico) presumem condições básicas de vida e acesso a serviços essenciais (por exemplo, água, espaço, etc.). Nos países mais ricos, a resposta à saúde pública se baseia em um bom entendimento

básico de suas populações e na capacidade de monitorar mudanças. Grande parte da preocupação concentra-se nos níveis de capacidade de cuidados intensivos em hospitais. À medida que os países afetados implementam medidas de controle que restringem a vida social e econômica, seus governos estão oferecendo pacotes de apoio econômico para mitigar os efeitos nos meios de subsistência. Muitas dessas estratégias não serão possíveis no mesmo grau nos países de baixa e média renda (PBMRs), e especialmente não serão possíveis em assentamentos informais urbanos. **Com 1 bilhão de pessoas vivendo em assentamentos informais – entre 30-70% dos habitantes em algumas cidadesⁱⁱ – é urgente considerar a viabilidade e desenvolver abordagens localmente apropriadas para proteger essas populações dos piores impactos do COVID-19.**

Este resumo destaca os principais desafios e considerações para lidar com o COVID-19 em assentamentos informais. Alguns são óbvios: a densidade populacional e o acesso inadequado à água e ao saneamento tornam implausíveis as recomendações sobre distanciamento social e lavagem das mãos. Porém, há desafios menos óbvios relacionados aos contextos social, político e econômico que influenciarão a vulnerabilidade e as possibilidades de ação em cada contexto.

Um desafio definidor de assentamentos informais e favelas é a falta de dados sobre eles antes e durante as emergências. Devido à sua condição ilegal ou informal, em geral, não há dados confiáveis sobre o número de pessoas que moram lá ou sobre sua saúde. O ambiente para a formulação de políticas é, portanto, duplamente incerto: tanto a nova doença quanto o contexto são pouco compreendidos. Isso dificulta a preparação e pode levar a respostas inadequadas que são ineficazes ou podem piorar a situação (por exemplo, assim como as tentativas iniciais de quarentena de regiões e cidades na África Ocidental durante o surto de Ebola em 2014-2016).ⁱⁱⁱ Atualmente, muitos governos dos PBMRs estão aplicando medidas restritivas de controle, mas elas podem não ser sustentáveis e podem causar sérios danos adicionais se as circunstâncias socioeconômicas dos pobres urbanos não forem abordadas.

É urgente que sejam tomadas ações agora, antes que ocorra a transmissão generalizada nas cidades PBMRs. O desafio organizacional do controle de epidemias é sempre intensivo e depende de envolvimento local significativo. Em geral, o engajamento da comunidade é feito com muito cuidado e pessoalmente. **O principal desafio é como agir rapidamente e em escala, garantindo também que as medidas de controle sejam contextualmente adequadas.**

Os dados mostram que o crescimento urbano nas últimas décadas é cada vez mais sem planejamento, com favelas e assentamentos informais concentrando a maior parte da pobreza urbana. Com frequência, as cidades são extremamente segregadas por linhas sociais e de riqueza (incluindo a colonial e a racial). Externamente, as imagens de “favelas” as descrevem como caóticas, sujas e infestadas de doenças e como uma ameaça social, ambiental e para o desenvolvimento do resto da cidade. Tais pontos de vista têm informado sobre tentativas de negar a posse a residentes e de ameaças de despejos. Estas histórias também podem moldar as medidas de controle e as reações dos residentes a elas (especialmente se aplicadas a assentamentos desde um ponto de vista externo). Em cada contexto, haverá circunstâncias locais específicas em jogo (por exemplo, inseguranças, experiências de distúrbios civis e guerras, estilos nacionais e municipais de governança, tensão política étnica e partidária, etc.) Juntos, eles influenciarão até que ponto as pessoas morando em assentamentos informais percebem que as medidas de controle são para seu benefício ou para o benefício de outras pessoas. Nos lugares nos quais os moradores de assentamentos informais estão acostumados a ter suas vidas e meios de subsistência limitados pelo “interesse público”, pode haver séria desconfiança nas mensagens do governo e tensões agudas sobre a ética e os impactos das medidas de controle.

Vulnerabilidade: o que é conhecido e o que não é conhecido

Há grandes preocupações sobre a carga potencial do COVID-19 nos PBMRs.^{iv} Elas podem ser classificadas como 1) vulnerabilidade epidemiológica (por exemplo, taxas de mortalidade com base nas condições subjacentes e idade); 2) vulnerabilidade de transmissão (por exemplo, mistura social e infraestrutura de higiene); 3) vulnerabilidade do sistema de saúde (por exemplo, disponibilidade de terapia intensiva); e 4) vulnerabilidade a medidas de controle, incluindo a incapacidade de proteção social. Estes estão relacionados e influenciam um ao outro. A avaliação da vulnerabilidade aguda e crônica nos PBMRs é desafiadora devido à falta de dados sobre assentamentos informais e à novidade da doença. A seguir, são apresentadas várias formas de vulnerabilidade e grupos que podem ser mais severamente afetados. **Muitos deles são baseados em entendimentos de risco a priori, mas um aspecto fundamental da vulnerabilidade é que, geralmente, não está claro quem é vulnerável até que ocorram problemas ou sistemas de apoio fracassem.** Portanto, essas sugestões devem ser complementadas por avaliações locais de vulnerabilidade.^v

Vulnerabilidade epidemiológica ao COVID-19

De acordo com as evidências do leste da Ásia e da Europa, os mais vulneráveis a doenças graves e morte são pessoas com mais de 70 anos de idade e aquelas com doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas, hipertensão ou câncer. Não há evidências de diferença nas taxas de infecção, mas os homens parecem ter quase duas vezes mais chances de morrer do que as mulheres.

Idade: Embora a população de PBMRs seja jovem quando comparada a países de alta renda, em termos absolutos, ela representa 69% da população global acima de 60 anos, o que representa uma vulnerabilidade geral significativa.^{vi} Além disso, embora tenha havido especulações de que doenças e mortes graves serão mais baixas nos PBMRs, devido à menor proporção de suas populações acima de 80 anos,^{vii} não está claro se será esse o caso. Casos em alguns países de PBMRs (por exemplo, Indonésia) parecem seguir diferentes distribuições de mortalidade relacionada à idade, com mortes entre os mais jovens. Há uma percepção de que as cidades têm populações mais jovens do que as áreas rurais (por exemplo, com pessoas em idade ativa migrando para cidades em busca de trabalho e idosos retornando às aldeias mais tarde), no entanto, as distribuições etárias entre as populações urbanas e rurais nos PBMRs são semelhantes.^{viii} Cada cidade terá diferentes distribuições etárias, mas não seria prudente descontar os riscos relacionados à idade nas cidades dos PBMRs.

Gênero: Não há uma explicação clara para as taxas de mortalidade mais altas observadas entre os homens causadas pelo COVID-19. A sugestão é de que há uma ligação potencial relacionada ao estilo de vida, por exemplo, o tabagismo, que também pode ser um fator em assentamentos informais.

Comorbidades: Níveis de hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer são pouco documentados em assentamentos informais^x, embora sejam cada vez mais altos em PBMRs e, às vezes, mais altos que PARs.^x A boa evidência de carga de doenças em assentamentos informais é limitada pela dependência dos moradores a provedores privados de medicamentos e serviços, muitas vezes informais, o que significa que suas condições de saúde não são contadas. Uma pesquisa qualitativa em Serra Leoa revelou níveis significativos de condições crônicas que são tratadas informalmente e, em geral, não são diagnosticadas.^{xi} As doenças respiratórias são uma das principais preocupações relativas a poluição do ar em ambientes internos e externos (por exemplo, tráfego, fogões de cozinha), má qualidade da habitação, exposições ocupacionais e queima de resíduos, todos relacionados ao aumento do risco de doenças respiratórias em assentamentos informais.^{xii} A dependência de comida de rua pré-cozida, geralmente frita, em muitos assentamentos resulta em ambientes alimentares que incentivam doenças não transmissíveis, como diabetes e doenças cardíacas.^{xiii} **É plausível que existam muitas condições crônicas relevantes, frequentemente não detectadas e mal administradas nas comunidades, o que colocaria em risco um grande número de pessoas.** Além das comorbidades de alto risco identificadas até agora, pode haver outras doenças que levam a piores resultados e que são desproporcionalmente predominantes em PBMRs e em assentamentos informais. Foram levantadas preocupações principalmente quanto ao HIV^{xiv}, tuberculose e desnutrição.

Vulnerabilidade de transmissão

Isso inclui mistura social, moradia e infraestrutura, nos lugares onde as condições poderiam promover o aumento da transmissão; no entanto, há uma escassez de evidências sobre as dinâmicas de transmissão social e ambiental.

Densidade: Dada a densidade populacional e habitacional de muitos assentamentos, há mais oportunidades para mistura social e opções mais limitadas para distanciamento físico/social. Um estudo de modelagem da gripe em Délhi estimou as taxas de contato com base na densidade das favelas e descobriu que as condições das favelas estavam associadas a picos epidêmicos maiores e mais acentuados.^{xv} No entanto, nem todas as moradias em assentamentos informais são densas. Há diferenças entre as áreas periurbanas, que tendem a ser de menor densidade e os assentamentos urbanos (formais e semiformais), que tendem a ser mais densos.

Estruturas domiciliares e sociais: Em geral, a transmissão de doenças ocorre nos domicílios, mas os arranjos familiares em assentamentos informais podem ser flexíveis, com as pessoas se deslocando entre as casas, compartilhando comida ou espaço para dormir. Estratégias de controle e respostas com base em suposições sobre unidades domiciliares podem fracassar. Em geral, as crianças são cuidadas pelos avós ou por membros mais velhos da família, o que representa um risco elevado de transmissão.

Mobilidade: A mobilidade dentro e entre cidades é frequente e compartilhada. Residentes nas cidades mantêm fortes laços com as regiões de origem, enviando receitas para casa^{xvi} e viajando entre ambientes urbanos e rurais com frequência por motivos sociais e de trabalho, mas também quando estão doentes e para retornar um falecido à sua cidade natal.^{xvii} Isso pode significar que os moradores de assentamentos informais correm o risco de espalhar o COVID-19 para áreas rurais e criar “pulse dynamics” (“dinâmicas de pulso”) urbano-rural semelhantes às observadas com o Ebola. As razões da mobilidade e as implicações das ligações urbano-rurais devem ser consideradas nas estratégias de controle.

Ventilação: Entende-se que espaços não ventilados e confinados apresentam risco de transmissão devido à circulação de ar. O tipo de moradia e a ventilação variam de acordo com o assentamento, mas devem ser levados em consideração na elaboração de planos locais para manter as pessoas seguras.

Água: O acesso à água é inadequado na maioria dos assentamentos informais e os moradores geralmente, não têm o seu próprio abastecimento de água. Em vez disso, a água é comprada de fornecedores privados a um alto custo,^{xviii} o que pode impedir o uso generoso e a lavagem das mãos. Os pontos de água também são compartilhados, o que apresenta riscos para o distanciamento espacial (por exemplo, na fila e na coleta) e para o isolamento (por exemplo, a necessidade de sair de casa para recolher a água).

Banheiros: Assim como a água, em geral, os banheiros ficam fora das casas das pessoas e em instalações compartilhadas. Não está claro quanto tempo o vírus sobrevive fora do corpo e em quais superfícies, mas os banheiros compartilhados representam riscos adicionais, principalmente quando os excrementos não são bem manejados. A falta de acesso a água e banheiros no domicílio torna praticamente impossível o autoisolamento.

Saneamento: Em geral, o descarte de resíduos é inadequado e os resíduos nas ruas apresentam vários riscos biológicos, incluindo potencialmente o COVID-19. Da mesma forma, lixeiros apresentam risco de contaminação.

Vulnerabilidade no sistema de saúde

Embora a atenção no Norte Global esteja voltada para a capacidade de terapia intensiva, porém, isso pode ser muito limitado em sistemas de saúde com recursos mais baixos. **É necessário dar atenção para se e como as pessoas terão acesso aos cuidados, incluindo quando e por quem elas são avaliadas como demandantes de cuidados intensivos.** A disponibilidade de prestadores de serviços de saúde formais (por exemplo, clínicas do governo ou ONGs) é baixa na maioria dos assentamentos e numerosos estudos sobre o comportamento em busca da saúde identificam o custo e a distância como as principais barreiras para um atendimento de boa qualidade.^{xix} Há uma grande variedade de prestadores informais, não regulamentados e privados, como farmacêuticos particulares, pequenos vendedores de medicamentos, agentes comunitários de saúde, agentes de saúde itinerantes e aqueles que vivem na comunidade e prestam assistência. Embora o uso de medicamentos e prestadores de serviços não ocidentais possa ser frequente, normalmente é para tipos específicos de doenças (por exemplo, diferenciadas por gravidade, subitaneidade ou outros indicadores relevantes localmente) e não para sintomas genéricos, como febre e tosse. Para esses sintomas comuns, a automedicação é comum e é obtida principalmente com prestadores particulares, com atendimento procurado em clínicas ou hospitais maiores apenas quando a gravidade aumenta (e se os custos diretos e indiretos de chegar ao hospital permitirem).^{xx} Devem ser consideradas as barreiras ao acesso e a aversão ao atendimento hospitalar em assentamentos informais, isso implica que pessoas doentes podem permanecer em sua comunidade por algum tempo no qual precisariam de recomendações sobre autoisolamento. Provedores privados podem ser

essenciais para detectar a propagação, mas também para facilitar a disseminação e devem estar envolvidos na resposta. **Esses padrões de comportamento em busca de saúde tornam mais provável que os casos serão ou estejam sendo detectados, devendo haver mais esforços para identificar casos na comunidade.**

Em nível individual, quando uma pessoa adoece, sua resposta depende de prioridades concorrentes, especialmente a necessidade de ganhar a vida. As pessoas descrevem não poder se dar ao luxo de ficarem doentes, trabalham com doenças para não perder renda e usam medicamentos como uma “solução rápida”.^{xxi,xxii} Os sintomas iniciais do COVID-19 são difíceis de distinguir de outras doenças comuns e pode ser improvável que desencadeiem novas práticas. Dado o início leve de COVID-19, **as pessoas infectadas podem seguir normas estabelecidas que priorizam o trabalho e a sobrevivência diária e incluem a visita a vários provedores informais para comprar tratamentos.**

Pesquisas qualitativas mostram que a busca de saúde no caso de doenças graves pode ser bastante casual, com as pessoas negociando com muitos provedores diferentes e obtendo recomendações de amigos e familiares (além de contar com sua assistência para acessar diferentes formas de atendimento).^{xxiii} Não está claro até que ponto as pessoas vão aos hospitais, mesmo quando os sintomas são graves, principalmente em contextos em que os hospitais são percebidos como lugares que oferecem serviços inadequados ou impróprios ou onde o dinheiro é um fator proibitivo. Frequentemente, as pessoas relatam que são tratadas rudemente ou muito mal em unidades públicas de saúde. Por exemplo, os médicos na Índia admitiram que o racionamento e a negação de cuidados já fazem parte da experiência de atendimento de saúde nos PBMRs.^{xxiv} A mensagem atual de que não há cura para o COVID-19 também pode impedir que casos graves sejam apresentados no hospital. Os planejadores de resposta precisam considerar como identificar casos graves na comunidade e não supor que eles virão ao hospital. Eles também precisam considerar como gerenciar a transferência das pessoas para instalações de cuidados intensivos, se disponíveis.

Vulnerabilidade ao controle de medidas

As lições de vários surtos de doenças, incluindo o ebola na África Ocidental, mostram que as medidas de controle de doenças podem resultar em danos para além das ameaças diretas à saúde. Ignorar estas preocupações faz com que as medidas de controle possam sair pela culatra. Em muitos casos, os choques mais graves serão causados por medidas de controle, não pela doença. As medidas de controle consideradas aqui são aquelas que estão sendo amplamente implementadas no contexto do COVID-19, por exemplo, quarentena, bloqueios, autoisolamento, recomendações para “trabalhar em casa”, proibições de viagens e de multidões, fechamento de escolas, mercados, igrejas, estabelecimentos alimentares e espaços sociais.

Impactos nos meios de subsistência: Há um evidente e imediato impacto nos meios de subsistência. Na maioria dos assentamentos informais, as pessoas vivem precariamente, com pouquíssimas economias ou capacidade de poupar. Qualquer que seja o setor, formal ou informal, tudo o que interferir nos deslocamentos para o trabalho, demanda por trabalho, salários ou condição de emprego terá impactos desastrosos. A perda de renda tem outros efeitos na ausência de redes de segurança, pois as pessoas podem ser menos capazes de adquirir os serviços essenciais de água e saneamento ou retornar às suas áreas de origem. Deve-se pensar seriamente em como evitar reduzir os meios de subsistência das pessoas ou remunerá-las se isso for necessário. Isso deve incluir pessoas que trabalham no setor informal, que podem ser a maioria dos residentes dos assentamentos informais. Devem ser feitas avaliações sobre como aqueles que perderam os meios de subsistência poderiam ser reempregados (e pagos) para os esforços de resposta.

Impactos na mobilidade: A imposição de restrições de deslocamentos repentinamente pode causar a fuga das populações (como no norte da Itália) ou se deslocar clandestinamente (por exemplo, durante o surto de ebola 2018-2020 na RDC) devido ao medo, perda de meios de subsistência e necessidades contínuas de deslocamento (por exemplo, cuidar de familiares, funerais). Isso pode acelerar a propagação do vírus e requer um gerenciamento atento. Restrições à mobilidade podem ser importantes, mas são difíceis de gerenciar de maneira abrangente e, historicamente, se mostraram ineficazes, a menos que as necessidades de mobilidade (por exemplo, meios de subsistência) sejam consideradas e tratadas.^{xxv} Durante o surto de ebola na África Ocidental, as populações rurais criaram, desde suas aldeias ou tribos, forças-tarefa pelas quais controlavam o movimento em seus locais. Será importante orientar e apoiar as populações rurais para controlar seus movimentos, complementando as recomendações e restrições às populações urbanas para que não se desloquem. Os centros de transporte urbano e os modos de viagem para os pobres urbanos requerem um foco específico.

Acesso a alimentos: Em assentamentos pobres, as famílias não têm capacidade para armazenar alimentos por vários dias e sua maior fonte são os mercados informais e vendedores de comida de rua. Se o movimento for restrito, haverá redução no acesso a alimentos. Além disso, se mercados ou vendedores de alimentos estão fechados, isso significa que as pessoas não podem comprar os alimentos de que precisam.

Vulnerabilidades sistêmicas

Os riscos em assentamentos informais são multidimensionais, incluindo questões de saúde que se sobrepõem (por exemplo, crônicas e agudas, como tuberculose, dengue, cólera, etc.); social (violência, perseguição, criminalização, intimidação); natural (por exemplo, inundações, chuva, calor); e tecnológico e de infraestrutura (por exemplo, acidentes, incêndios, colapso de edifícios).^{xxvi} A experiência com COVID-19 será em conjunto e em interação com esses riscos, podendo reduzir a resiliência a eles. Os impactos se cruzam com a identidade das pessoas e os papéis sociais, como:

- **Redes de atendimento:** As pessoas idosas podem prestar cuidados importantes à família alargada (por exemplo, netos e órfãos). Se eles não conseguirem desempenhar esse papel, tanto a curto quanto a longo prazo, isso poderá contribuir para a vulnerabilidade entre aqueles de quem cuidam ou restringir a capacidade de outras pessoas (por exemplo, a capacidade dos pais para trabalhar).
- **Deficiências:** Pessoas com deficiência dependem do cuidado de outras pessoas. Elas estão expostas a contrair o vírus (pois têm menos capacidade de autoisolamento) e à ameaça de perder relacionamentos importantes que lhes permitem desempenhar funções básicas cotidianas. Pessoas com problemas de mobilidade podem estar mais expostas ao ambiente ao seu redor. Por exemplo, pode ser difícil a cadeirantes não tocar em superfície, pois precisam constantemente tocar nas rodas da cadeira para fins de mobilidade.

- **Pessoas deslocadas:** Um número crescente de pessoas deslocadas vive em assentamentos informais, ao invés de acampamentos. Essas populações podem ter uma menor conexão com as estruturas locais de apoio e as evidências sugerem que enfrentam desafios significativos no acesso a serviços e informações.
- **Impactos de gênero:** Os impactos de gênero estão começando a ser identificados e são relevantes em assentamentos informais. Isso inclui: o potencial para aumentar os ônus de atendimento a mulheres e meninas; impactos desiguais no potencial de ganho de homens e mulheres (por exemplo, para trabalhadores migrantes); a maior proporção de trabalhadoras de saúde em muitos contextos as coloca em maior risco de exposição; desvio de recursos dos programas de proteção de gênero. Também houve relatos de aumento das taxas de violência baseada em gênero em quarentena (por exemplo, na Coreia do Sul, China e Reino Unido) e seguindo padrões de surtos anteriores, incluindo o ebola.^{xxvii}
- **Segurança e proteção:** Em alguns casos, os assentamentos informais apresentam altos níveis de violência, incluindo o predomínio de redes criminosas. As tensões sociais, ligadas a condições socioeconômicas adversas, podem ser exacerbadas nos níveis doméstico e comunitário. Ambos podem ter um grande impacto nas respostas potenciais.
- **Saúde mental:** Pessoas com problemas de saúde mental podem sofrer trauma de curto e longo prazo como resultado da pandemia e do seu controle. Pessoas que estão em quarentena encontram desafios de saúde mental a longo prazo.^{xxviii}
- **Despejos:** A locação é muitas vezes insegura com ameaças de despejo pelos proprietários e pelo estado. As crises têm sido usadas como oportunidades para expulsar locatários/populações vulneráveis ou indesejadas e existe a chance de isso ocorrer com a COVID-19, a menos que medidas de proteção sejam acordadas.

Colapso ou ausência de proteção social: Impactos que afetam a capacidade e as redes de proteção das pessoas também produzirão vulnerabilidades. Por exemplo, as escolas desempenham um papel na proteção social; se estão fechadas, as crianças que dependem delas para as refeições podem passar fome e sofrer efeitos nutricionais prejudiciais, o que pode aumentar o gasto das famílias. Após um ano de fechamento da escola durante a epidemia de Ebola na África Ocidental, foi relatado aumento na gravidez na adolescência, embora não pareça haver dados claros sobre isso. Há outros grupos populacionais que já podem estar sem proteção social. Pesquisas em andamento na Serra Leoa identificaram populações isoladas de idosos em assentamentos informais que não têm filhos ou sofrem abandono.

Estigma: Como em muitas doenças infecciosas, pessoas ou grupos que contraíram o COVID-19 ou que estão associadas a ele podem sofrer estigma. Mensagens sobre “distanciamento social” podem exacerbar isso. Em geral, o estigma segue as formas existentes de marginalização social e pode ter sérios impactos (por exemplo, ter de deixar acomodações, perder empregos) e consequências a longo prazo para a integração e participação na vida social e econômica. Isso pode ocorrer em assentamentos informais, mas também no assentamento como um todo, se a área e as pessoas dentro dele forem associadas à propagação da doença.

Ação local e como apoiá-la

Lições de crises humanitárias e de saúde anteriores^{xxix,xxx} em assentamentos urbanos informais, bem como em ambientes não urbanos^{xxxi} destacam que as respostas adaptadas e conduzidas localmente que consideram a diversidade e a complexidade dos ambientes urbanos são fundamentais para a eficácia e a redução de danos. Os estados de emergência e o “pensamento de emergência” podem, em algum momento, impedir abordagens de baixo para cima, mas, no final das contas, dependerão delas. Na quarentena sem precedentes da China de Wuhan, grupos de bairros foram envolvidos para garantir o controle dos deslocamentos.^{xxxii} As iniciativas lideradas pela comunidade estão se espalhando pelo mundo. As parcerias com as autoridades locais e apoio à ação local serão essenciais. Esta seção discute abordagens à ação local, dados locais, parcerias e apoio.

Organização local: Pode haver um alto nível de organização local nos assentamentos informais, inclusive no fornecimento de serviços básicos (por exemplo, manutenção e abastecimento de água, grupos de saneamento e limpeza, patrulhas de segurança e vigilância de bairro); proteção social (por exemplo, grupos de poupança, clubes “depois da escola” ou sindicatos educacionais); meios de subsistência (por exemplo, sindicatos e associações profissionais, particularmente em setores informais); necessidades espirituais (por exemplo, mesquitas, igrejas); e para socialização (por exemplo, clubes sociais ou esportivos); saúde (por exemplo, grupos de grupos de apoio, redes comunitárias de profissionais de saúde, comitês comunitários de gestão da saúde); resposta a desastres (por exemplo, equipes e comitês de gerenciamento de desastres); defesa de interesses (por exemplo, direitos das mulheres, direitos LGBTQ); e mais – muitas vezes preenchendo lacunas na provisão ou serviços de bem-estar pelo Estado e participando de processos de desenvolvimento. Além disso, muitos assentamentos também terão estruturas tradicionais de liderança que se sobrepõem a esses grupos. É essencial que as respostas ao COVID-19 sejam organizadas por meio desses grupos e líderes que conhecem melhor seus ambientes e com tem vínculos com os residentes. Também estão surgindo grupos e redes de solidariedade e crowdfunding em resposta ao COVID-19.

Adaptações para COVID-19: Muitos desses grupos têm boa experiência em desenvolvimento liderado pela comunidade ou em resposta a desastres, incluindo resposta a surtos anteriores, no entanto, são necessárias adaptações para o COVID-19. O surto de ebola na África Ocidental oferece precedentes sobre o poder da organização urbana para lidar com uma ameaça infecciosa aguda. Nesse caso foram criadas forças-tarefa de vizinhança, leis implementando restrições de movimento, os grupos locais fizeram verificações e vigilância porta-a-porta e, em alguns casos, atendimento domiciliar. No entanto, eles não são apropriados em seu conjunto para o COVID-19, pois podem facilitar a propagação. Os processos de organização comunitária que normalmente acontecem pessoalmente e com o envolvimento de idosos da comunidade podem não ser seguros, pois envolvem contato com grupos de alto risco. O distanciamento físico obrigatório requer adaptação dos métodos estabelecidos. Muitas comunidades têm grupos vibrantes no WhatsApp ou Facebook (por exemplo, com base na vizinhança, identidade ou tópico específico), que podem ser um canal de mobilização. As redes sociais já estão sendo usadas para defender um maior apoio aos residentes, incluindo suprimentos de desinfetante para as mãos (por exemplo, #sanitizersforlums no Twitter) e estações para lavagem de mãos.^{xxxiii} O rádio também é uma ferramenta importante para a comunicação. Será muito importante gerenciar desinformação e rumores que promovam confusão, desconfiança ou pânico.^{xxxiv}

Estratégias locais para isolamento e distanciamento físico: Durante o ebola na África Ocidental, as quarentenas foram generalizadas e, em certa medida, houve distanciamento social. No entanto, isso foi em uma escala muito menor do que o necessário para o COVID-19 e, mesmo assim, foi muito complexo em termos de logística (garantir que as casas em quarentena tivessem suas

necessidades de saúde, alimentação e psicossociais e de segurança adequadamente atendidas para não romperem a quarentena). Tentativas de quarentena em todo o assentamento causaram violência e foram abandonadas por serem ineficazes. Além das preocupações com o bem-estar, cada assentamento terá características físicas que tornam o movimento populacional (interno e externo) mais ou menos viável (por exemplo, número de pontos de entrada, barreiras físicas, redes viárias, densidade habitacional) e as ações precisarão ser determinadas por moradores locais. Pode haver escolhas difíceis entre estratégias visando estratégias de contenção ou mitigação absolutas. Embora, hoje, as restrições impostas externamente sejam comuns para o COVID-19 em todo o mundo, é provável que elas reduzam a sobrevivência em assentamentos informais de forma mais aguda e, portanto, corram o risco de resistência e agitação, a menos que sejam desenvolvidas com a participação local ou permitam a adaptação local. As opções potenciais, baseadas em ações emergentes em resposta ao COVID-19 internacionalmente e de epidemias anteriores, são:

- **Forças-tarefa/comitês locais:** Composto por líderes locais e representantes da comunidade para determinar estratégias para atendimento domiciliar, autoisolamento, controle de movimentos (dentro e fora do assentamento), fechamento de espaços públicos de alto risco, apoio a pessoas vulneráveis e comunicação.
- **Planejamento espacial e apoio:** Desenvolver estratégias e orientações locais para isolamento em casa ou em grupo de doentes ou vulneráveis (não no mesmo local). Grupos locais podem desenvolver sistemas simples de sinalização para casas que estão auto-isoladas e/ou que precisam de apoio (por exemplo, ajuda na coleta de água, alimentos, etc.) que reduzam o contato físico e garantam o bem-estar básico. Para grupos doentes ou vulneráveis, as instalações existentes podem ser reaproveitadas ou podem ser construídas estruturas temporárias de baixo custo (como nos centros de assistência comunitária do ebola, centros de detenção, etc.) para separar um grande número de pessoas com segurança e conforme as considerações sobre alimentação e segurança.
- **Comunicação:** O bom uso da tecnologia de comunicação (por exemplo, rádio e redes sociais) possibilitará o distanciamento físico. Isto deve incluir oportunidades para o diálogo bilateral, como sessões de perguntas e respostas com especialistas. São necessários esforços especiais para se comunicar com grupos vulneráveis, incluindo idosos e deficientes, que podem estar menos conectados/online. Divulgar (na TV, rádio, redes sociais, mídia impressa, folhetos) os diferentes grupos e canais de comunicação e dar informações sobre como se juntar a eles, procurar aconselhamento ou solicitar ajuda, inclusive para grupos locais, governo local e agências humanitárias e ONGs. Considerar estabelecer pontos focais para identificação e notificação de casos, proteção social, informações gerais, etc.
- **Meios de subsistência e proteção:** É necessária orientação específica para pessoas que não podem parar de trabalhar e que prestam serviços essenciais para o resto da cidade (por exemplo, lixeiros). Fornecer equipamento de proteção para estes grupos. Os sindicatos locais (formais e informais) podem ser influentes aqui. Algumas associações e redes profissionais já começaram a redirecionar seu trabalho para apoiar a resposta ao COVID-19 (por exemplo, fábricas de roupas que costuram máscaras e equipamentos de proteção).
- **Adaptações espirituais:** Envolver os líderes religiosos para a criação de alternativas para as reuniões religiosas em massa e para a provisão segura de assistência espiritual, para garantir que as necessidades religiosas também sejam atendidas, por exemplo, por meio de rádio ou redes sociais

Fadiga e empoderamento da resposta: À medida que os residentes enfrentam emergências, crises e choques contínuos, eles podem se cansar da necessidade de auto-organização e resiliência. Se eles não forem adequadamente envolvidos por agências externas, eles também podem ser receosos com atores governamentais e humanitários, especialmente quanto a promessas não cumpridas sobre benefícios quando o desastre terminar. A resposta deve permitir aos grupos locais uma verdadeira sensação de controle e, se possível, recursos, caso contrário, corre o risco de prejudicar os relacionamentos existentes e desmobilizar ou solapar as estruturas da comunidade local. As áreas que precisam de apoio são:

- **Estender serviços básicos:** O governo local, empresas de serviços públicos e empresas privadas devem ser incentivadas a ampliar rapidamente o fornecimento acessível de água e saneamento seguro nos assentamentos. Isso já está acontecendo em alguns lugares, por exemplo, em Kibera, no Quênia^{xxxv}, Ruanda^{xxxvi} e em Freetown com o fornecimento de estações para lavagem de mãos.
- **Recursos financeiros:** Pode haver necessidade de ajuda financeira para consolidar redes informais e para as comunidades se auto-organizarem, acessarem recursos e informações durante o surto. Os sistemas de transferência de renda e o uso de dinheiro móvel oferecem mecanismos potenciais para disponibilizar recursos diretamente, de forma rápida e segura.
- **Proteção social:** São necessárias intervenções que abordem os meios de subsistência informais e protejam os trabalhadores precarizados mal remunerados, para mantê-los no trabalho (seguro) e para financiar a hospitalização quando necessário para grupos vulneráveis, apoio a crianças e distribuição de alimentos.
- **Equipamento de proteção:** Fornecer equipamentos de proteção, como máscaras e luvas, para os trabalhadores em risco, incluindo voluntários da comunidade de saúde e lixeiros.

Gerenciando mortes: É necessária uma consideração urgente para o manejo dos falecidos, incluindo mortes ocorridas na comunidade e em hospitais potencialmente distantes da família. O tratamento de cadáveres foi uma das principais fontes de tensão durante a resposta ao ebola na África Ocidental, quando os corpos não foram tratados e enterrados de acordo com as normas locais de amor e respeito. Isso produziu resistência entre as populações locais e foi um fator motivador para as pessoas não reportarem casos. Devem ser elaborados planos com as comunidades locais sobre o gerenciamento no caso de um aumento no número de mortes para garantir enterro seguro localmente (se o espaço permitir) ou a remoção respeitosa e oportuna de corpos das comunidades. Em ambos os cenários, as populações locais devem ser consultadas para elaborar abordagens que permitam a chance de se despedir dos entes queridos e permitir a realização de ritos sociais e espirituais (ou adaptações seguras destes, por exemplo, ver o corpo sem tocar). Não fazer isso aumentará o trauma individual e coletivo.^{xxxvii}

Identificando os vulneráveis: Em geral, a vulnerabilidade é uma função das estruturas de apoio em colapso, quando os mais vulneráveis escapam. Embora a transmissão seja baixa, devem ser tomadas medidas para entender quais redes e instituições sociais de apoio existem e como elas podem ser colocadas sob pressão. Elas podem variar amplamente de acordo com o contexto e talvez não possam ser reproduzidas em assentamentos informais. Ao identificar essas redes e instituições e os representantes de grupos-chave, será possível entender melhor como o COVID-19 pode debilitar ou fortalecer sua relevância/papel. Isso deve influenciar como

investir recursos escassos. Possivelmente os protocolos pré-definidos sobre vulnerabilidade não ser úteis, pois um choque pode mudar prioridades e vulnerabilidades.

Tipos de dados necessários para o planejamento das respostas ao COVID-19 em assentamentos informais

- o **Dados demográficos básicos** do número de pessoas que vivem em uma área (incluindo densidade de assentamentos e adensamento domiciliar excessivo), desagregadas por idade, gênero e características sociais. Essas informações são relevantes para a compreensão do impacto e disseminação da doença e para direcionar respostas.
- **Estado de saúde das populações**, especialmente a prevalência de fatores de risco de doenças não transmissíveis e fatores de risco potenciais, por exemplo, doenças transmissíveis como HIV e tuberculose ou estado nutricional. Além disso, as taxas de morbidade e mortalidade da população para detectar aumentos inesperados de doenças e mortes e plano para aumentar a capacidade.
- **Dados econômicos** sobre meios de subsistência (tipo e distância), esquemas de economia, cadeias de suprimentos e custo de vida e bens e serviços básicos (incluindo água, saneamento, mas também desinfetante para as mãos, sabão, etc.)
- **Serviços sociais e de saúde** incluindo a existência, distância e uso de provedores de saúde formais e informais, para avaliar a capacidade e também as prováveis práticas de busca de saúde, além de serviços de educação e assistência.
- **Dados espaciais** incluindo mapas e dados GIS sobre assentamentos e pontos de interesse, como escolas, pontos de água, saneamento, mercados, centros de transporte, edifícios religiosos, etc.
- **Dados e conhecimentos sociais** analisando redes sociais, comportamento e cultura, incluindo parentesco, mobilidade, disponibilidade e uso do espaço, papéis e status sociais e como esses fatores podem influenciar a transmissão; também “infraestrutura social”, por exemplo, que tipos de estruturas de suporte social existem, quem são as pessoas/canais confiáveis para diferentes grupos populacionais e como as ameaças foram tratadas no passado.
- **Dados gerados pelo cidadão**. Com a cobertura mais ampla de telefones celulares em muitas áreas urbanas, os dados de mídia eletrônica e social podem apoiar as respostas da comunidade. Ferramentas como Facebook e Twitter podem capturar alertas de crise das comunidades e facilitar respostas oportunas durante emergências.

Dados e conhecimentos locais: Os dados locais são essenciais para a resposta, especialmente se puderem ser traduzidos em conhecimento que ajude as estratégias de resposta quase em tempo real. Embora muitos dos dados acima estejam normalmente ausentes em assentamentos informais, pelo menos em fontes formais de dados, existem alternativas lideradas localmente. Economias em rede e grupos comunitários como a SDI (Slum/Shack Dwellers International) coletaram seus próprios dados sociodemográficos, sobre seus assentamentos (por exemplo, número de famílias que moram lá, renda, acesso a serviços, infraestrutura física e espaço, etc.) Tais redes têm a vantagem de que esses grupos são residentes e, portanto, têm um profundo conhecimento social sobre suas comunidades. Há ferramentas de código aberto para que as comunidades se mapeiem, complementadas pelo mapeamento online de fontes coletivas. Cada vez mais, há redes online (por exemplo, ciclistas, motoristas de entregas, etc.) que têm bom conhecimento local e geram dados baseados em smartphones. Observatórios urbanos nacionais e locais afiliados ao Observatório Urbano Global, gerenciado pelo UN-Habitat, são outra rede local e global de produtores locais de dados. Os Observatórios Urbanos incluem profissionais treinados em dados urbanos com poderes e conhecimento de onde os dados urbanos essenciais podem ser obtidos e para onde devem ser canalizados e reportados para apoiar o planejamento de respostas.

Parcerias: É essencial que os esforços locais sejam conectados e apoiados. As abordagens dos SDI e Observatórios Urbanos tem sido usadas para envolvimento com estruturas, líderes e autoridades da comunidade local para apoiar emergências. Em algumas áreas urbanas ou cidades, essas relações estão bem estabelecidas e os grupos mantêm um diálogo regular com as autoridades da cidade. Dada a urgência da situação do COVID-19 e sem tempo para coletar ou sintetizar dados, o mais impactante a se fazer seria se envolver com esses grupos. Há várias redes internacionais que conectam governos e agências a grupos locais e comunitários. São vários, por exemplo, WIEGO (Women in Informal Employment Globalizing and Organizing), a Huairou Commission, a Asian Coalition of Housing Rights (ACHR), Global Platform for Rights to the City (GPR2C), UN-Habitat's Participatory Slum Upgrading Programme em 40 países e da GWOPA (Global Water Operators Partnership Alliance) que já começaram a organizar e desenvolver mensagens e soluções para a sua base (por exemplo, catadores, operadores de água). Os links para estes recursos estão disponibilizados abaixo.

Governos locais: O acesso a serviços básicos e a implementação de intervenções de saúde pública dependerão do envolvimento e da capacidade das autoridades municipais. Existem diferenças no acesso a recursos em diferentes cidades na medida em que o poder e o controle dos recursos são descentralizados para as cidades. No entanto, os prefeitos e governo local têm um papel importante a desempenhar, adaptando a resposta aos contextos da cidade e conectando as principais partes interessadas, com base na experiência em coprodução para questões de desenvolvimento urbano, como água e saneamento, e planejamento em toda a cidade.

Coordenação para respostas baseadas na área: As partes interessadas em saúde e em outras áreas nem sempre estão bem conectadas, havendo pouca coordenação entre as autoridades de saúde e os setores que lidam com terra, governo local, meio ambiente, água ou saneamento. As unidades de resposta a epidemias (por exemplo, os Centros de Operações de Emergência e os Centros de Controle de Doenças, que foram estabelecidos em muitos países africanos após os surtos de ebola na África Ocidental) fortaleceram a experiência em vigilância de doenças, gerenciamento de casos e comunicação de riscos. Essas unidades e estruturas de coordenação em nível nacional provavelmente liderarão as respostas nos PBMRs, mas podem ser menos usadas para a governança e a complexidade urbanas. Elas precisam estar conectadas a prefeitos e governos locais que estejam familiarizados com os contextos urbanos e tenham estabelecido relacionamentos com líderes comunitários e experiência em processos participativos e comunitários, liderados por grupos como o SDI descrito acima.

Desigualdade, governança contestada e ação coletiva: Residentes de assentamentos informais tendem a ser os setores mais pobres e vulneráveis da sociedade, mas dentro deles há variações, incluindo bolsões de riqueza e bolsões mais profundos de marginalização. Isso significa que haverá perfis variados de vulnerabilidades e, quando a riqueza e a pobreza estão lado a lado (dentro de assentamentos informais e entre o assentamento e o resto da cidade), as percepções de injustiça podem ser palpáveis e impedir a ação coletiva de

combater uma pandemia. As estruturas de governança em assentamentos informais são frequentemente contestadas e plurais. As estruturas tradicionais de liderança existem ao lado (ou em competição com) a de criminosos, milícias ou outros grupos. O fluxo de recursos durante uma crise pode exacerbar essas tensões. Pode ser que os grupos semicriminosos forneçam “segurança” durante a crise. De fato, durante o surto de ebola, as gangues locais frequentemente realizavam buscas nas vizinhanças e controle de movimentos, e isso também foi relatado no contexto do COVID-19.^{xxxviii}

Marginalização histórica e continuada: Em locais onde o racionamento e os serviços de saúde mal equipados são a norma, as pessoas não estão acostumadas à sua saúde ser considerada prioridade. Um interesse repentino em determinadas doenças ou padrões de saúde pública pode suscitar suspeitas. Os catadores na Índia, que vêm da casta mais inferior do sistema de castas da Índia, já notaram a ironia de que eles só recebem equipamento de proteção agora que a ameaça à saúde de seu trabalho se estende às pessoas além deles.^{xxxix} Muitas cidades impõem padrões de regulação bastante distantes da realidade – sobre saúde pública, padrões de construção, comércio, etc. – que assentamentos informais (e outras partes da cidade) não conseguem cumprir. Na prática, essas regras são ignoradas e podem se tornar o foco da aplicação esporádica e às vezes repressiva pelas autoridades. Se os regulamentos de controle do COVID-19 forem impraticáveis e fora de sincronia com a realidade das pessoas, eles correm o risco de repetir esses padrões de prevenção e repressão.

Recursos urbanos úteis (ilustrativos, não abrangentes)

Plataformas urbanas e centros de pesquisa

- SDI “Know Your City” <https://knowyourcity.info/>
- United Cities and Local Government <https://www.uclg-cisdg.org/en/committee/our-mission>
- African Centre for Cities <https://www.africancentreforcities.net/>
- African Population and Health Research Center (<https://aphrc.org/runit/urbanization-and-wellbeing-in-africa/>)
- Sierra Leone Urban Research Centre <https://www.slurc.org/>
- Asian Coalition for Housing Rights <http://www.achr.net/>
- IIED <https://www.iied.org/environment-urbanization-local-organisation-profiles>
- UN-habitat (www.unhabitat.org)
- Cities for Global Health <https://www.citiesforglobalhealth.org>

Iniciativas de mapeamento:

- <https://www.globalmapaid.org/maps/>
- <https://www.openstreetmap.org/>
- Iccdr,b's “Urban Health Atlas” (Bangladesh) (<http://urbanhealthatlas.com/>)

Listas de recursos urbanos do COVID-19

- GWOPA <https://gwopa.org/what-water-and-sanitation-operators-can-do-in-the-fight-against-covid-19/>
- WIEGO <https://www.wiego.org/waste-pickers-essential-service-providers-high-risk>
- <https://www.sanitationandwaterforall.org/about/about-us/water-sanitation-hygiene/covid-19-and-wash>
- Hub ARISE: <http://www.ariseconsortium.org/>
- Ushahidi <https://www.ushahidi.com/covid>

Contato

Se você tiver um pedido direto referente à resposta ao COVID-19, referente a resumos, ferramentas, conhecimento técnico adicional ou análise remota, ou se desejar ser considerado para a rede de consultores, entre em contato com a Social Science in Humanitarian Action Platform, enviando um e-mail para Annie Wilkinson (a.wilkinson@ids.ac.uk), Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com) ou Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk). Os principais pontos de ligação da Plataforma são: UNICEF (nnaqvi@unicef.org); WHO (falerom@who.int); IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org); e GOARN Research Social Science Group (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Funding to support the Platform's response to COVID-19 has been provided by the Wellcome Trust and DFID.

Referências e notas

- <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15133/SSHAP%20COVID-19%20Key%20Considerations%20Quarantine.pdf?sequence=24&isAllowed=y>
- <https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief-Online-Information-COVID-19.pdf>
- ⁱⁱ Satterthwaite, D., Archer, D., Colenbrander, S., Dodman, D., Hardoy, J., Mitlin, D., & Patel, S. (2020). Building Resilience to Climate Change in Informal Settlements. *One Earth*, 2(2), 143-156. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2020.02.002>
- ⁱⁱⁱ Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ^{iv} Dahab, M., van Zandvoort, K., Flasche, S., Warsame, A., Spiegel, P.B., Waldman, R.J., & Checchi, F. (2020). COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done? *Health in Humanitarian Crises Centre*. <https://www.lshim.ac.uk/research/centres/health-humanitarian-crises-centre/news/102976>
- ^v Napier, A. D. (2014). *The Rapid Assessment of Vulnerable Populations - a 'barefoot' manual*. University College London
- ^{vi} Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Geffen, L., & McKee, M (2020). Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>
- ^{vii} Beam Dowd, J., Rotondi, V., Andriano, L., Brazel, D.M., Block, P., Ding, X., Liu, Y., & Mills, M.C. (2020). Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.15.20036293>
- ^{viii} DESA (2017). *Changing population age structures and sustainable development: A Concise Report*. UN Department of Economic and Social Affairs Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/ConciseReport2017/English.pdf>
- ^{ix} Ezeh, A. et al (2017). The history, geography and sociology of slums and the health problems of people who live in them *The Lancet* 389: 547–58
- ^x World Health Organisation (2011). Global status report on non-communicable diseases 2010. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- ^{xi} Unpublished data, ongoing research in Sierra Leone 'Shock Tactics: urban health futures in the wake of Ebola', A. Wilkinson (PI)
- ^{xii} Checkley, W., Pollard, S.L., Siddharthan, T., Babu, G.R., Thakur, M., Miele, C.H., Van Schayck, O.C.P. (2016) Managing threats to respiratory health in urban slums. *The Lancet*, 4(11), 852-854. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30245-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30245-4)
- ^{xiii} Tacoli, C. (2017). Food (in) security in rapidly urbanising, low-income contexts. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1554.
- ^{xiv} ASSAf (2020). ASSAf Statement on the Implications of Novel Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19) in South Africa. <https://www.assaf.org.za/files/2020/ASSAf%20Statement%20Corona%20Virus%202%20March%202020%20web.pdf>
- ^{xv} : Chen J, Chu S, Chungbaek Y, et al. Effect of modelling slum populations on influenza spread in Delhi. *BMJ Open* 2016;6:e011699. doi:10.1136/bmjopen-2016-011699
- ^{xvi} Tacoli, C., & Mabala, R. (2010). Exploring mobility and migration in the context of rural-urban linkages: why gender and generation matter. *Environment and Urbanization*, 22(2), 389-395. <https://doi.org/10.1177/0956247810379935>
- ^{xvii} Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ^{xviii} Mitlin, D. & Walnycki, A. (2019) Informality as Experimentation: 'Water Utilities' Strategies for Cost Recovery and their Consequences for Universal Access, *The Journal of Development Studies*
- ^{xix} Sverdljik, A. (2011). Ill-health and poverty: a literature review on health in informal settlements. *Environment and Urbanization*, 23(1), 123–155. <https://doi.org/10.1177/0956247811398604>
- ^{xx} Macarthy, J.M., Conteh, A., Sellu, S.A., Heinrich, L., 2018. 'Health Impacts of the Living Conditions of People Residing in Informal Settlements in Freetown'. SLURC Publication.
- ^{xxi} Van der Heijden, J., Gray, N., Stringer, B., Rahman, A., Akhter, S., Kalon, S., Dada, M., & Biswas, A. (2019). 'Working to stay healthy', health-seeking behaviour in Bangladesh's urban slums: a qualitative study. *BMC Public Health*, 19, 600. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6750-0>
- ^{xxii} Denyer Willis, L., & Chandler, C. (2019). Quick fix for care, productivity, hygiene and inequality: reframing the entrenched problem of antibiotic overuse. *BMJ Global Health*, 4(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001590>
- ^{xxiii} Unpublished data, ongoing research in Sierra Leone 'Shock Tactics: urban health futures in the wake of Ebola', A. Wilkinson (PI)
- ^{xxiv} Gopichandran, V., Subramaniam, S., & Krishnamoorthy, V.H. (2020, March 15). Social distancing.....you must be kidding me. *Storytellers*. <http://esichumanitiesclub.blogspot.com/2020/03/social-distancingyou-must-be-kidding-me.html>
- ^{xxv} Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ^{xxvi} Adelekan, I.O. (2018). *Urban Dynamics and Everyday Hazards and Disaster Risks in Ibadan, Nigeria*. Urban Africa Risk Knowledge Working Paper. Urban ARK. <https://www.urbanark.org/sites/default/files/resources/URBAN%20ARK%20Working%20Paper.%20Adelekan%202018.pdf> <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20easia/docs/publications/2020/03/ap-giha-wg-advocacy.pdf?la=en&vs=2145>
- ^{xxviii} Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- ^{xxix} Satterthwaite, D. (2017). *The possibilities and limitations of community-based disaster risk reduction and climate change adaptation; findings across the city studies*. Urban ARK Briefing No. 8. Urban ARK. https://www.urbanark.org/sites/default/files/resources/UrbanArk_briefing_8_web.pdf
- ^{xxx} Macarthy, J.M., Frediani, A.A., Kamara, S.F., & Morgado, M. (2017) *Exploring the role of empowerment in urban humanitarian responses in Freetown*. IIED Working Paper. IIED. <https://pubs.iied.org/pdfs/10845IIED.pdf>
- ^{xxxi} Richards, P. (2016). *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. Zed Books Ltd.
- ^{xxxii} Kuo, L. (2020, February 1). Paranoia and frustration as China places itself under house arrest. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/01/across-china-cities-turn-into-ghost-towns-as-coronavirus-infects-more-than-10000>
- ^{xxxiii} Kejitan, V. (2020, March 17). Kenyans online ask government to provide sanitisers in slums. *UReport*. <https://www.standardmedia.co.ke/ureport/article/2001364601/kenyans-online-ask-government-to-provide-sanitisers-in-slums>
- ^{xxxiv} Anthologica for SSHAP (2020) Key considerations: online information, mis-information and disinformation in the context of COVID-19 <https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief-Online-Information-COVID-19.pdf>
- ^{xxxv} GlobalGiving (2020). *Reduce the spread of Covid19 in Kibra slum*. <https://www.globalgiving.org/microprojects/reduce-the-spread-of-covid19-in-kibra-slum/> [Accessed 26 March 2020]

^{xxxvi} YouTube (2020). *Rwanda installs hand washing points in Kigali in readiness for imminent Coronavirus outbreak.*

<https://www.youtube.com/watch?v=Ws0Jf8P6vGc> [Accessed 26 March 2020]

^{xxxvii} A SSHAP brief on funerals in the context of COVID-19 will be published in early April 2020.

^{xxxviii} Schipani, A. & Harris, B. (2020, March 27). Drug gangs in Brazil's favelas enforce coronavirus lockdown. <https://www.ft.com/content/aaef1591-2fc5-4e6f-ab84-0e83b5a146ca>

^{xxxix} Johari, A. (2020, March 17). Coronavirus: They cannot work from home. Or follow social distancing. Here is why. *Scroll.in.*

<https://scroll.in/article/956385/coronavirus-they-cannot-work-from-home-or-follow-social-distancing-here-is-why>