



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A pandemia da COVID-19 no município e na Região Metropolitana de São Paulo: desigualdades socioespaciais, vulnerabilidades e padrão de disseminação na Macrometrópole Paulista

Lucia Maria Machado Bógus

Suzana Pasternak

Camila D'Ottaviano

Ângela Luppi Barbon

Marisa do Espírito Santo Borin

Luís Felipe Aires Magalhães

Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi

Camila Rodrigues da Silva

Maria Antonieta da Costa Vieira

São Paulo

Julho de 2020



PUC-SP



Desigualdades e Espacialidades da COVID-19 no Estado de São Paulo

Lucia Bógus¹

Suzana Pasternak²

Luís Felipe Aires Magalhães³

Camila Rodrigues da Silva⁴

O objetivo deste artigo é analisar o padrão de disseminação da COVID-19 no estado de São Paulo, destacando o efeito das desigualdades socioespaciais na letalidade da doença. Avaliaremos como a superposição de carências torna as condições sociais e econômicas mais determinantes que o padrão etário da população. Dentre as distintas escalas espaciais no estado de São Paulo, daremos maior atenção à Macrometrópole Paulista (MMP), unidade regional formada por 174 municípios (apenas 26,97% do total de municípios do estado de São Paulo), mas que concentra 75,37% da população do estado, 86,07% dos casos de Covid-19 e 91,46% dos óbitos pela doença no estado. Ao longo destas reflexões, analisaremos as especificidades enfrentadas pela população de imigrantes internacionais e refugiados no estado de São Paulo.

Tendo em vista estarmos analisando um fenômeno tão complexo e cujo padrão de disseminação é tão veloz, particularmente na etapa de contágio em que estamos, definimos aqui um marco temporal entre o dia 26 de março e o dia 13 de julho de 2020. Esse recorte temporal se justifica também, como veremos, em razão da fonte de dados epidemiológicos que estamos utilizando – os dados da Fundação Seade.

Além do recorte temporal, faremos também um importante recorte espacial, de modo a percebermos a principal espacialidade da Covid-19 no Estado de São Paulo. A análise dos casos confirmados de Covid-19 e dos registros de óbitos pela doença entre 26 de março e 13 de julho nos mostrou uma enorme concentração de ambos em um conjunto de 174 municípios que compõem a chamada Macrometrópole Paulista (MMP).

¹ Graduada e mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em Arquitetura pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (USP). Coordena o Observatório das Metrôpoles – Núcleo São Paulo. Professora titular do Departamento de Sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Editora dos Cadernos Metrôpole.

² Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Especialista em Urbanismo pela Université Paris 1 Pantheon-Sorbonne e em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pós-doutora pela Penn Institute for Urban Research. Atualmente é professora titular da Universidade de São Paulo e Membro de corpo editorial da Cadernos Metrôpole (PUC-SP).

³ Pós-Doutorando no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP). Mestre e Doutor em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Graduado em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador-Adjunto do Observatório das Migrações em São Paulo (NEPO-Unicamp).

⁴ Doutoranda em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestre em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduada em Jornalismo pela Faculdade Cásper Líbero.

Ao longo deste capítulo, portanto, iremos analisar especialmente a disseminação da Covid-19 na região da Macrometrópole Paulista.

A Macrometrópole Paulista consiste em uma nova unidade regional formada a partir dos processos de integração e complementaridade de 5 Regiões Metropolitanas (São Paulo, Campinas, Sorocaba, Baixada Santista e Vale do Paraíba e Litoral Norte), 2 Aglomerações Urbanas (Jundiaí e Piracicaba) e 1 Micro Região (Bragantina) (EMPLASA, 2012). Refletiremos, neste capítulo, também sobre como as estruturas econômicas e produtivas nas RM's, AU's e MR que compõem a Macrometrópole Paulista podem estar associadas à intensidade da disseminação do coronavírus nestas regiões.

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira parte, discutiremos a formação da MMP e suas principais características sociais, econômicas e urbanas; na segunda parte, analisaremos a disseminação da pandemia da Covid-19 na MMP, através da reflexão sobre o número de casos e os óbitos pela doença. Por fim, na terceira parte, as considerações finais, faremos uma síntese das questões apresentadas e apontaremos, ainda que de forma breve, os impactos já observados e as projeções possíveis de serem feitas a respeito da relação entre a pandemia e a imigração internacional na MMP.

A Macrometrópole Paulista – Uma nova unidade regional

A Macrometrópole Paulista não é, propriamente, uma unidade administrativa, mas sim uma região, mais precisamente uma megarregião (LENCIONI, 2006; LENCIONI, 2015), formada a partir de processos de urbanização e de metropolização difusos (LENCIONI, 2006; LENCIONI, 2015). Lencioni (2015), ao analisar a história do conceito de megalópole (MUMFORD, 1945; GOTTMANN, 1961; GUEDES, 1960; SPLENGER, 1966) faz importante reflexão sobre como a metropolização se caracteriza como uma nova fase do processo de urbanização no Brasil, que produz não apenas intensas fragmentações urbanas e regionais como também promove uma complexa integração entre elas. No estado de São Paulo, estruturas econômicas, urbanas e produtivas têm, pelo menos desde o processo de desconcentração econômica, industrial e populacional (CANO, 2007; BAENINGER, 2010; PASTERNAK e BÓGUS, 2015) se expandido, diferenciado e, ainda, se integrado, dado que se especializaram em atividades econômicas complementares. O resultado destas complexas articulações tem sido a formação de uma megarregião, isto é, de uma nova unidade regional e

urbana, a Macrometrópole Paulista. Segundo Magalhães et al. (2019), essa formação impacta de forma direta na estrutura do emprego no estado de São Paulo, tendo repercussões importantes não apenas nas mobilidades intra-urbanas e pendulares, como também na própria migração internacional.

Segundo Koury, Cavalcanti e Bruna (2019), a MMP é resultado de um processo histórico e estrutural (metropolização no estado de São Paulo), que é condicionado, por sua vez, por processos ulteriores de abrangência nacional, como a industrialização acelerada, via substituição de importações, no Brasil, os intensos movimentos migratórios internos promovidos por essa industrialização e as próprias transições urbana e demográfica no país. Estes processos alteraram a estrutura urbana e regional brasileira: já em meados da década de 1960, a população brasileira passou a concentrar-se especialmente no contexto urbano e não mais no rural; na década de 1970, mais que concentrar-se no urbano, a população brasileira passa a viver em médias e grandes cidades: mais da metade da população urbana residia em cidades de mais de 100.000 habitantes e cerca de 1/3 nas cidades de mais de 500.000 habitantes (BAENINGER, 2010).

Todavia, há também uma dimensão global deste processo, que explica em grande medida os contornos da produção do espaço urbano de forma crescentemente financeirizada. Segundo Abdal et al. (2019),

A metrópole de São Paulo é um bom exemplo das tendências atuais da economia globalizada e de seus impactos em urbanidades compactas, historicamente constituídas em função da indústria nos países em desenvolvimento. Mais precisamente, em São Paulo se observa uma profunda reestruturação da economia urbana, reconfigurada e realocada majoritariamente no espaço regional do entorno ao município de São Paulo e de seus limites metropolitanos originários. Constitui uma nova espacialidade urbana, conectada aos processos de reestruturação produtiva, à disseminação das tecnologias de informação e comunicação e à hegemonia do capital financeiro e de suas interações com o capital imobiliário (ABDAL et al., 2019, p. 146).

Especificamente em São Paulo, a expansão urbana dá-se de forma mais acelerada a partir da segunda metade do Século XX. O ano de 1973 é momento crucial desta expansão, pois é quando se forma a metrópole paulista (numa delimitação institucional que cria outras 7 Regiões Metropolitanas, em Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza), com seus 39 municípios altamente integrados econômica, institucional e logisticamente, formando uma unidade urbana e regional.

Segundo Koury, Cavalcanti e Bruna (2019), a metrópole paulista estimula a formação de outras metrópoles e arranjos urbanos, a ela relacionadas e complementares. Tais

são as Regiões Metropolitanas de Campinas, da Baixada Santista, do Vale do Paraíba e Litoral Norte e de Sorocaba, além das aglomerações urbanas de Jundiaí e Piracicaba.

A elevada diversificação, integração, densidade, complementaridade e pendularidade populacional na região formada por estas 5 Regiões Metropolitanas, 2 Aglomerados Urbanos e uma micro região faz dela uma nova unidade regional e urbana, justamente a Macrometrópole Paulista.

A Macrometrópole Paulista é formada por 174 municípios, que reúnem 33.652.991 habitantes, segundo projeção da Fundação SEADE para 2020, o equivalente a 75,37% da população do estado de São Paulo; no setor industrial está ocupada 10% da população ativa da MMP (BÓGUS e MAGALHÃES, 2019). É a região com maior produção econômica do país, integrada tanto internamente (diversas vias rodoviárias que emanam da capital paulista, mas se capilarizam pelo território da região e que tornam possível a pendularidade de pelo menos 10% da população da região), como externamente, dado que concentra 2 portos e 22 aeroportos, 3 deles internacionais; produz, com isso, 27,7% do PIB brasileiro.

As elevadas densidades, econômica e demográfica, e a integração, tanto interna quanto internacional, da MMP são alguns fatores que nos ajudam a compreender os caminhos da disseminação do coronavírus na região. Destes fatores, destacamos, por ora, duas características socioespaciais da MMP: sua pendularidade populacional e sua vinculação ao município polo da Região Metropolitana de São Paulo, a cidade de São Paulo.

Quanto à pendularidade populacional, a intensa movimentação de pessoas entre os municípios da MMP chega a 1,9 milhão de deslocamentos diários, 671.116 deles com destino a São Paulo, para trabalho e/ou estudo, segundo o último Censo Demográfico (2010). Os principais deslocamentos rumo a São Paulo partem da Baixada Santista, de Jundiaí, de Campinas e de São José dos Campos. Seja para trabalho, estudo ou ambos, há deslocamentos diários significativos também para Campinas e Jundiaí.

A diversificação e complementariedade das estruturas produtivas da MMP permite entender a região como uma unidade, que produz “uma única rede de relações socioeconômicas” (KOURY, CAVALCANTI e BRUNA, 2019).

Isso deveria produzir uma importante transformação em termos de planejamento, gestão do espaço urbano e políticas públicas: a unidade de sua elaboração passar a ser cada vez mais a metrópole e a macrometrópole (e seus conselhos e consórcios) e menos o município. Tal transformação seria de fundamental importância para o planejamento e implementação de estratégias de enfrentamento à pandemia, tendo

em vista o elevado fator de contágio da doença e sua progressiva disseminação pelo interior do Estado.

No que tange à crescente ampliação da dinâmica metropolitana, processo que forma a MMP, é importante considerar que esta estruturação se dá a partir do município de São Paulo, que condiciona outras regionalidades e as vincula enquanto polo dinâmico da organização econômica e territorial da MMP.

Segundo Abdal et al. (2019),

O espaço regional ampliado da MMP referencia parcela importante dos processos geoeconômicos em curso, desencadeados a partir do município de São Paulo. A MMP constitui, assim, o polo hegemônico de uma rede urbana estadual, nacional e subcontinental, que multiplica centros regionais subsidiários, dotados de crescentes atributos econômicos, sociais e culturais em áreas nas quais a metrópole dominante não mais possui condições de capitalizar para si. Esse espaço urbanizado constitui uma área de enorme importância estratégica. Nele, estão superpostas realidades distintas, que se distanciam da espacialização eminentemente industrial que caracterizava a RMSP até os anos 1980, e concentram agudas contradições. As metrópoles contemporâneas são poderosos entroncamentos de redes múltiplas, policêntricas, transfronteiriças, de caráter difuso, articuladas e integradas ao redor de certos polos hegemônicos (ABDAL et al., 2019, p. 148).

Na limitada articulação entre os municípios para criar conselhos e consórcios metropolitanos e macrometropolitanos de planejamento urbano, proteção ambiental e mesmo de saúde pública e prevenção epidemiológica, seguem sendo os municípios as unidades gestoras da megarregião formada, reforçando a internacionalização do espaço urbano e concorrência das cidades entre si (SASSEN, 1998). Mas é importante considerar que, com a MMP, o município passa a atuar em um contexto mais amplo e complexo de hierarquias urbanas e relações intra-metropolitanas.

A macrometrópole paulista tem o município como unidade básica. A definição das regiões metropolitanas leva em conta critérios demográficos; critérios estruturais relativos à ocupação da população ativa em atividades industriais, o movimento pendular da população e também os critérios de integração, isto é, o deslocamento diário da população para outros municípios da área. No caso da macrometrópole paulista, 10% da população ativa está ocupada em atividades industriais; com um movimento pendular de aproximadamente 20%; e pelo menos 10% da população se desloca diariamente para outros municípios da área (KOURY, CAVALCANTI e BRUNA, 2019, p. 602).

Na MMP, os municípios passam, então, a concorrer entre si a partir do entendimento de que a localização, a facilidade de acesso aos maiores centros de consumo, o preço da terra (definir dos custos de compra e aluguel de terrenos e instalações fabris e

logísticas) e os mecanismos municipais de isenção fiscais são critérios importantes levados em consideração pelas empresas em suas decisões de instalar-se na cidade. É claro que esses critérios colocam não apenas as empresas, o capital, em movimento, mas também as pessoas, como atestam os dados de mobilidade pendular na MMP. O deslocamento de pessoas é, em essência, uma consequência ao deslocamento do próprio capital (MARX, 1996). De modo que a mobilidade pendular acompanha uma circulação diária, permanente e dinâmica de bens e serviços (PASTERNAK e BÓGUS, 2019), circulação essa que se converte no próprio caminho de disseminação do coronavírus na MMP.

A disseminação da Covid-19 nos municípios que compõem a MMP perfaz uma trajetória que acompanha, de um lado, os eixos rodoviários que interligam a capital paulista aos municípios polos das RM's, AU's e MR da MMP, e que, por outro lado, se adensa tanto maiores forem as desigualdades socioespaciais dos municípios envolvidos nesta dinâmica.

Investigar a disseminação da Covid-19 na MMP exige, portanto, levar em consideração os diferenciais de renda, de escolaridade, de ocupação, de acesso aos serviços de saúde e de bem-estar urbano que sintetizam as condições econômicas, sociais e ambientais da população residente na região. Segundo o professor Pedro Roberto Jacobi, do Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental (PROCAM/IEE/USP) da Universidade de São Paulo,

no Brasil, os casos começaram nas classes mais abastadas, até que a doença foi se alastrando para os bairros de menor renda, que também são os mais prejudicados em relação ao acesso a serviços de água e saneamento e de condições básicas de habitabilidade. Juntam-se a essa questão problemas preexistentes, como doenças respiratórias, dengue e tantas outras vinculadas à falta de saneamento que tornam essas populações ainda mais vulneráveis à propagação da COVID-19 (ZIEGLER, 2020).

Reveladora de nossas desigualdades, a Covid-19 evidencia, com isso, a centralidade do tema da moradia e das condições da habitação na capacidade de resistir à doença. Segundo Roseta (2020),

embora inicialmente o impacto sanitário tenha atingido sobretudo camadas mais afluentes e com maior mobilidade global, é nas camadas economicamente mais frágeis que a crise se vem agravando a níveis imprevistos. Desde logo, como afirmou Leilani Fahra, relatora especial da ONU para a habitação, 'ter casa pode ser, mais do que nunca, uma situação de vida ou morte' (ROSETA, 2020).

Esse deslocamento dos casos do centro para a periferia das cidades já havia sido descrito por Bógus e Magalhães (2020). Referindo-se à capital paulista ainda no início de abril, os autores observam que

não obstante a doença Covid-19 tenha se manifestado primeiro nas áreas centrais das sedes metropolitanas, cujos moradores possuem melhores condições de vida e maiores contatos com o exterior, ela atingiu rapidamente as áreas pobres e muito precárias, tanto nas periferias distantes como nos enclaves centrais de cortiços e favelas, onde seus efeitos tendem a ser devastadores (...). A doença percorre um trajeto urbano iniciado nas áreas mais ricas, nos hospitais particulares, deslocando-se rapidamente para a periferia, especialmente para as zonas Leste e Norte da cidade de São Paulo; regiões com grande densidade populacional e transporte público superlotado. Passa a pressionar com isso, o sistema público de saúde e os leitos do SUS (...). Embora ainda apresente número menor de registros de morte, a periferia, pelas condições já expostas aqui, possui uma taxa superior de crescimento dos óbitos, apontando uma dramática tendência de se converter em lócus de concentração da Covid-19 na cidade de São Paulo (BÓGUS e MAGALHÃES, 2020, ps. 83-86).

A tendência descrita acima se confirma e se aprofunda, passando a incorporar outras periferias. Segundo o professor Paulo Saldiva, da Faculdade de Medicina da USP, as desigualdades sociais e a superposição de carências nas regiões periféricas tendem a se sobrepor ao padrão etário, incidindo sobre todos os grupos etários e ampliando, com isso, o escopo dos vulneráveis.

A vinculação entre as periferias se dá por meio do deslocamento das pessoas através das rodovias. Segundo o professor Domingos Alves, também da Faculdade de Medicina da USP, “a maior parte dos casos do interior paulista está distribuída em cidades cortadas por grandes rodovias que ligam esses municípios à capital, como Anhanguera, Dutra, Imigrantes, entre outras” (MACHADO, 2020). Como vimos, essa conexão à capital paulista é uma das principais características da MMP.

Etapas da disseminação

É possível se falar em 3 etapas de disseminação da Covid-19 nas cidades brasileiras. Na primeira etapa, iniciada entre fevereiro e março deste ano, os casos se concentraram nas grandes capitais e especialmente naquelas mais intensamente integradas aos corredores globais de circulação de pessoas. A Covid-19 se dissemina da região central para os bairros periféricos destas cidades, através do sistema de transporte público principalmente.

Na segunda etapa, ocorre o primeiro impulso de interiorização da Covid-19, ainda que dentro dos limites das metrópoles envolvidas. A disseminação se dá especialmente pelo deslocamento de pessoas infectadas, sintomáticas ou não, entre os municípios ao longo das rodovias.

A terceira etapa ocorre com o deslocamento, através de estradas vicinais, de pessoas infectadas com o vírus que viajam para as cidades pequenas, afastadas dos municípios polos das regiões metropolitanas, conectadas mais aos municípios médios de seus estados.

A Macrometrópole Paulista guarda em si municípios com perfil demográfico pertencente às três etapas descritas acima. Na seção seguinte, analisaremos os números de casos e óbitos por Covid-19 na MMP desde o início do registro pela Fundação SEADE (dia 26 de março) até o dia 13 de julho. Nosso objetivo é demonstrar que, especialmente em razão da alta pendularidade populacional e da integração, direta ou indireta, dos municípios à capital paulista, o resultado não poderia ser outro que não a grande concentração dos casos e óbitos nessa nova unidade regional.

A Pandemia na Macrometrópole Paulista

O primeiro caso de coronavírus confirmado na MMP foi também o primeiro caso confirmado no Brasil, registrado na cidade de São Paulo, ainda no dia 26 de fevereiro. Foi um caso típico de transmissão importada – o infectado acabara de retornar de viagem da Itália.

Em um mês, no dia 26 de março, quando se deu o início da série de registros, tanto de casos como de óbitos, disponibilizada pela Fundação Seade, já eram 1.013 casos, e 33 municípios com casos confirmados.

Em 26 de março, quase a totalidade dos casos e dos óbitos por Coronavírus foram registrados em municípios integrantes da Macrometrópole Paulista (MMP): 96,29% dos casos totais e 98,28% dos óbitos totais do Estado de São Paulo. A tendência de interiorização, apontada por pesquisadores desde o início do mês de abril (BÓGUS e MAGALHÃES, 2020), se confirmou, reduzindo a participação da MMP para 86,07% dos casos e 91,46% dos óbitos. A diminuição menos acentuada dos óbitos indica uma tendência de importação de registros nos municípios da MMP, tendo em vista a concentração dos leitos e a melhor estrutura de atendimento à saúde, motivando os infectados a se tratarem em outras cidades que não a de registro do caso.

Conforme podemos observar nas Tabelas 1 e 3, essa concentração de casos e de óbitos na MMP ainda é muito condicionada pela própria Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): em 26 de março, todos os óbitos da MMP eram de registros da RMSP. Tanto os casos quanto os óbitos vão, progressivamente, se disseminando para outras regiões metropolitanas: no início, especialmente as RM's da Baixada Santista e de Campinas. Em 13 de abril, chama a atenção a letalidade da Covid-19 na Unidade

Regional de Bragantina: com cinco óbitos, mesmo número da RM do Vale do Paraíba e do Litoral Norte, mas com 37,71% do número de casos desta RM.

Entre 26 de março e 13 de abril, há um crescimento de 741,36% no número de casos, e de 912,28% do número de óbitos na MMP. Esse grande crescimento indica que as cidades da MMP já sofriam, no final de março, as consequências de um isolamento social pouco rígido.

Tabela 1 – Número de casos nas regiões da MMP (26 de março a 13 de julho)

Região	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
RM São Paulo	994	7908	41667	126142	230365
RM Baixada	0	215	2130	12895	28495
RM Campinas	7	143	1257	6320	22736
RM Vale do Paraíba e LN	5	114	935	3493	9490
RM Sorocaba	1	53	723	3429	12300
AU Jundiá	4	16	415	2729	7442
AU Piracicaba	2	31	450	2440	10130
Unidade Regional Bragantina	0	43	185	565	1464
Total	1013	8523	47762	158013	322422

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Ainda segundo as Tabelas 1 e 3, podemos observar a manutenção de uma elevada taxa de crescimento do número de casos e de óbitos por Covid-19 na MMP. Entre 13 de abril e 13 de maio, o número de casos cresce 460,38% e o número de óbitos, 580,06%. Embora ainda muito altas, observa-se que o crescimento das taxas é menor em relação ao período anterior. Entre 13 de maio e 13 de junho, o número de casos na MMP cresce 230,83%, e o de óbitos, 155,19%. Entre 13 de junho e 13 de julho, o crescimento foi, respectivamente, de 104,05% e 63,54%.

Os dois últimos intervalos são, portanto, os únicos em que o número de óbitos cresce menos que o número de casos, indicando, possivelmente, uma redução da letalidade da Covid-19 na MMP e a reversão do cenário de importação de óbitos desde municípios de fora da MMP.

A Tabela 2 nos mostra que, dos 174 municípios que compõem a MMP, 172 deles (98,85% dos municípios da MMP) tiveram pelo menos um caso de Covid-19. As duas únicas cidades sem casos de Covid-19 na MMP até o momento de finalização deste artigo são Lagoinha e São José do Barreiro, ambos da RM do Vale do Paraíba e Litoral Norte, com população de, respectivamente, 4.896 e 4.147 pessoas. Situam-se a 193 km e 268 km da capital paulista.

A evolução do número de municípios com casos confirmados nos evidencia a velocidade de disseminação do vírus e a concomitância, dentro da MMP, das etapas dois e três de transmissão do coronavírus, descritas anteriormente.

Tabela 2 – Casos de COVID-19 no Estado de São Paulo, na MMP e número de municípios com casos registrados

	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
Estado de SP	1052	8895	51097	172875	374607
MMP	1013	8523	47762	158013	322422
% da MMP em relação ao estado	96.29%	95.82%	93.47%	91.40%	86.07%
Número de cidades com Covid-19	33	96	153	167	172

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

A Tabela 4, por sua vez, apresenta o número de municípios da MMP com ao menos um óbito por Covid-19. No início do registro pela Fundação SEADE, (26 de março) já eram 8 municípios, e dos 58 óbitos confirmados pela doença, apenas um deles não era na MMP – na cidade de Ribeirão Preto. O número de municípios com mortes pela Covid-19 passa de 8 para 39 (13 de abril), 96 (13 de maio) e 125 (13 de junho) – quando atinge a marca de 71,83% dos municípios da MMP com mortes pelo coronavírus. Em 13 de Julho, eram 138 municípios com óbitos por Covid-19 na MMP, o equivalente a 79,31% do total de municípios da região.

Tabela 3 – Número de óbitos por COVID-19 nas regiões da MMP (26 de março a 13 de julho)

Região	Óbitos				
	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
RM São Paulo	57	543	3527	8619	13141
RM Baixada	0	8	151	558	1045
RM Campinas	0	9	68	256	781
RM Vale do Paraíba e LN	0	5	41	131	286
RM Sorocaba	0	3	50	170	394
AU Jundiaí	0	1	38	161	377
AU Piracicaba	0	3	34	98	316
Unidade Regional Bragantina	0	5	15	21	37
Total	57	577	3924	10014	16377

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

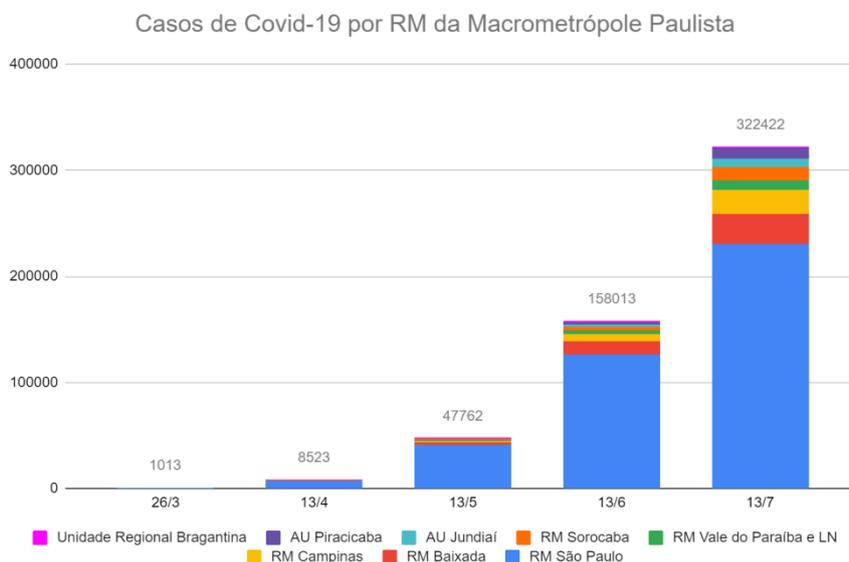
Tabela 4 – Óbitos por Covid-19 no Estado de São Paulo, na MMP e número de municípios com casos registrados

	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
Estado de SP	58	608	4118	10581	17907
MMP	57	577	3924	10014	16377
% da MMP em relação ao estado	98.28%	94.90%	95.29%	94.64%	91,46%
Número de cidades com óbitos por Covid-19	8	39	96	125	138

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Os Gráficos 1 e 2 abaixo nos permitem concluir que há um deslocamento dos registros tanto de casos como de óbitos na MMP, com crescimento da participação de outras regiões que não apenas a RMSP – especialmente as regiões metropolitanas da Baixada Santista, de Campinas e do Vale do Paraíba e do Litoral Norte. Todavia, a RMSP segue concentrando a maior parte dos casos da MMP (71,44% do total) e dos óbitos por coronavírus na MMP (80,24% do total). A diferença nos sugere, novamente, uma importação de óbitos na RMSP, em razão da melhor estrutura médico-hospitalar e da concentração dos leitos.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de COVID-19 na MMP segundo região

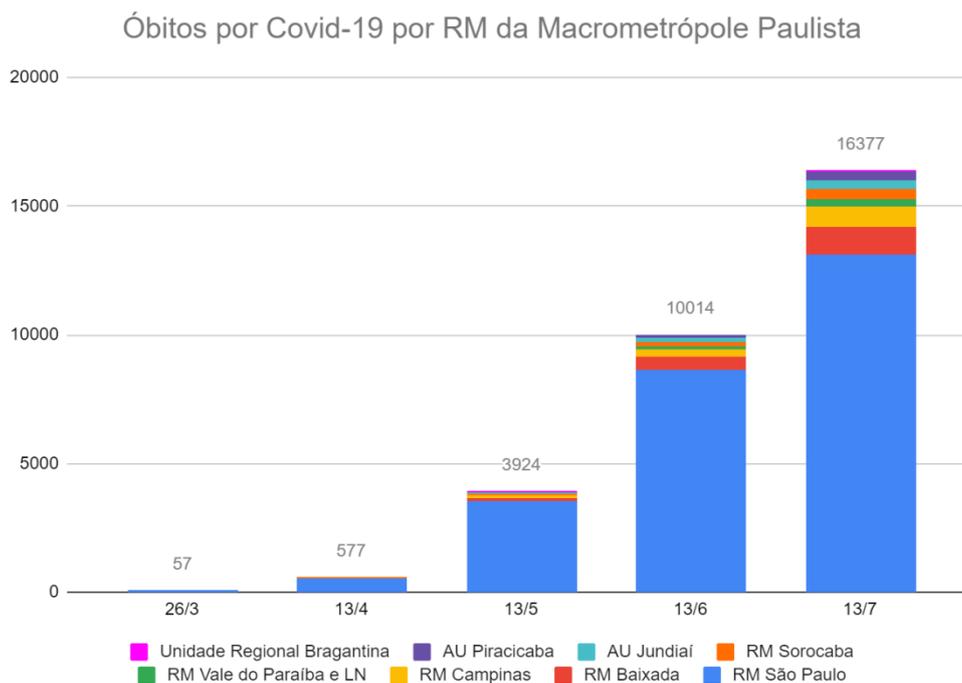


Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Nos gráficos 1 e 2, percebe-se a grande concentração de casos e óbitos na Região Metropolitana de São Paulo. É importante considerar, a este respeito, as enormes desigualdades socioespaciais existentes nesta região metropolitana, os processos de

periferização e de favelização em curso, que promovem, de forma progressiva, a ocupação em áreas de intensa vulnerabilidade ambiental e próximas a áreas de proteção ambiental. Nestas áreas, as condições sanitárias são ainda mais precárias, o que tende a agravar o contágio por coronavírus.

Gráfico 2 – Distribuição dos óbitos de Covid-19 na MMP segundo região



Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Considerações Finais

O padrão de disseminação do novo coronavírus no Estado de São Paulo mostra uma intensa concentração dos casos e dos óbitos na nova unidade regional da Macrometrópole Paulista – respectivamente, 86,07% e 91,46% do total do Estado.

A disseminação da Covid-19 na MMP é um processo que abarca a quase totalidade das cidades, todavia que mantém uma grande concentração de casos e óbitos na RMSP, respectivamente 71,44% e 80,24% do total.

Seguir a trajetória dessa disseminação é um exercício analítico que requer entender a natureza desigual das cidades que pertencem à MMP, a importância da rede de transporte público (metrô e trem) e das rodovias para a conexão entre as cidades.

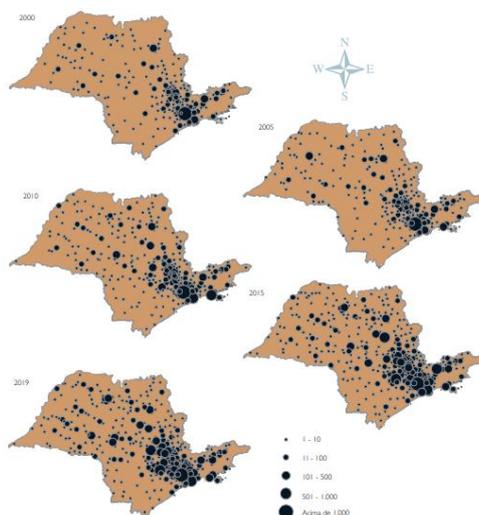
O Brasil, no dia 13 de julho de 2020, apresentava 1.887.607 casos confirmados de COVID-19 e 72.921 óbitos pela doença. A MMP representou, respectivamente, 17,08% dos casos e 22,45% dos óbitos de todo o país. Em outras palavras, quase 1 em cada 4 pessoas que morre no Brasil por conta do novo coronavírus vive em algum dos municípios da MMP. Essa enorme concentração é resultado de dinâmicas sociais marcadas pela intensa pendularidade espacial da população na MMP e pelo alto nível de integração e complementaridade dos municípios entre si. Ambos os fatores são expressão da vinculação econômica da região às cadeias globais de produção e de valor e aos circuitos internacionais de circulação de pessoas, que explicam, particularmente, por que se deu nela os primeiros casos e porque a doença se disseminou tão rapidamente para municípios menores.

Esse padrão de disseminação evidencia, como vimos, a potencialização que a doença adquire ao circular por contextos urbanos tão desiguais. Tem sido uma constante no debate científico sobre a Covid-19 o papel que as desigualdades sociais estão tendo no agravamento da doença. A superposição de carências faz do contexto social uma variável decisiva, o que amplia o leque dos grupos vulneráveis e dispersa mais que em outros países a composição etária dos óbitos.

Um dos grupos sociais mais vulneráveis na estrutura urbana da MMP é formado por imigrantes internacionais, solicitantes de refúgio e refugiados. Segundo o Banco Interativo do Observatório das Migrações em São Paulo (NEPO-Unicamp), entre 2000 e 2017 foram realizados 400.050 novos registros de imigrantes na MMP, o que equivale a 93,94% do total do Estado de São Paulo (425.850 novos imigrantes no mesmo período). O município de São Paulo é o principal local de destino ou de trânsito destes imigrantes, com 293.219 registros, equivalente a 89,90% do total de imigrantes da RMSP (326.160), que responde, por sua vez, a 81,53% dos registros de todo o Estado.

Segundo o recém-lançado Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020), produção de nosso Observatório das Migrações no estado de São Paulo, a MMP concentrou, no ano de 2019, 37.161 dos 40.586 novos registros de imigrantes feitos em 2019 no estado de São Paulo, isto é, quase 92% do total do estado – reforçando com isso a importância da MMP na imigração internacional no estado de São Paulo, importância esta destacada acima.

**Mapa 1 – Imigrantes internacionais com registro ativo no estado de São Paulo
(2000, 2005, 2010, 2015 e 2019)**

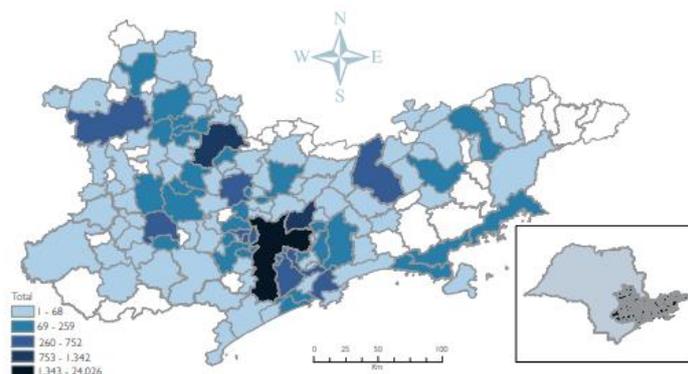


Fonte: Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020, p.57).

A Figura 1 nos mostra que, desde 2000, há uma importante e permanente estadualização das migrações internacionais no estado de São Paulo. Isso se dá especialmente por conta de fluxos como o de haitianos, senegaleses e venezuelanos, que, diferente de fluxos anteriores de outras nacionalidades, têm maior mobilidade e se concentram menos na capital paulista. Paralelamente, ocorre também um movimento de interiorização de fluxos já consolidados na capital paulista, como é o caso dos bolivianos, especialmente para as periferias da cidade de São Paulo e para municípios da Região Metropolitana de São Paulo, como Osasco, Guarulhos e Guararema.

A Figura 1 nos permite concluir que essa estadualização se concentra nos próprios municípios da Macrometrópole Paulista. Dentro da MMP, como a Figura 2 nos permite concluir, há uma importância relativa maior dos municípios de São Paulo, Campinas e Guarulhos.

**Mapa 2 – Imigrantes internacionais com registros ativos residentes na
Macrometrópole Paulista (2019)**



Fonte: Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020, p.82).

O caminho da dispersão da imigração internacional pela MMP se dá através dos municípios no entorno aos principais eixos rodoviários do estado de São Paulo, particularmente as rodovias Anhanguera, Bandeirantes e Dutra. Neste sentido, assemelha-se ao próprio padrão de disseminação da Covid-19, como já pudemos observar.

Em outros artigos, analisamos as interações étnico culturais e as inserções sócio laborais de imigrantes nos municípios da MMP (MAGALHÃES, BÓGUS e BAENINGER, 2018; MAGALHÃES e BÓGUS, 2019). Essas dinâmicas são caracterizadas por distintas vulnerabilidades socioespaciais e habitacionais e uma inserção laboral marcada pela informalidade. Os imigrantes internacionais são, por isso, um grupo ainda mais suscetível ao contágio pela Covid-19. Em que pese a visibilidade crescente que têm assumido, especialmente pela ocupação de espaços públicos, a alteração na Lei de Migrações, no final de 2017 e seu associativismo cultural (MAGALHÃES, BÓGUS e BAENINGER, 2018), os imigrantes seguem invisíveis nas estimativas e dados oficiais sobre óbitos por coronavírus no Brasil, tendo em vista a nacionalidade não ser um quesito dos registros do Ministério da Saúde sobre a doença. Essa invisibilidade compromete de forma direta não apenas o entendimento mais preciso do impacto da Covid-19 entre os imigrantes como também a formulação de políticas públicas específicas de saúde da população imigrante, sobretudo, em tempos de pandemia.

A inexistência do quesito nacionalidade nos registros e, com isso, a invisibilidade de imigrantes internacionais nas estatísticas de contágio e de óbitos por Covid-19 no Brasil revelam a manutenção de uma fronteira em nosso país: não uma fronteira física, geográfica, dessas que separam as cidades, os estados e os países, mas sim uma

fronteira civilizatória, que produz alteridades, que separa níveis de cidadania e de acesso a direitos, dentro da mesma cidade, estado e país. Deste modo, a Covid-19 tem explicitado fronteiras civilizatórias históricas e estruturais de nosso país, que se refletem no acesso desigual aos serviços de saúde. Negros e negras, imigrantes e refugiados, diaristas, moradores de periferia, trabalhadores informais, populações indígenas entre outros grupos estão situados do lado de lá de uma fronteira imposta pela pelo próprio processo de formação de nosso Estado Nacional. Trata-se de uma fronteira sociológica, invisível, mas muito objetiva, que rompe o tecido social de nossas cidades, que produz invisibilidades e alteridades, que reduz ao limite do compreensível a empatia com o outro. Não por outra razão, ao momento em que fechávamos esse capítulo, e o Brasil já superava a marca dos 73 mil mortos por Covid-19, de Norte a Sul se flexibiliza a quarentena, em uma tentativa desumana de um regresso ao “normal” sem a devida reflexão sobre a gravidade do momento. A vigência desta fronteira civilizatória perpetua a indiferença, a falta de empatia e todo e qualquer caminho de construção de uma sociedade mais justa, menos desigual e mais apta a enfrentar com isso os desafios epidemiológicos do presente e do futuro.

Para concluir, na MMP outra carência histórica também tem se mostrado dramaticamente atuante na elevação do número de casos e de óbitos: a limitação dos mecanismos de gestão e de planejamento supra municipais, metropolitanos ou mesmo macrometropolitanos, e a manutenção de hierarquias urbanas nas quais os municípios, mais que isolados, atuam em concorrência uns aos outros, tem se mostrado atualmente um entrave importante na elaboração de estratégias de enfrentamento à doença. A falta de articulação entre os municípios foi, certamente, um fator que elevou o potencial de disseminação da Covid-19 e, portanto, o número de óbitos na região. É urgente, pois, repensar essas lógicas e criar e fortalecer os espaços de governança supra municipais. Não nos parece haver outra forma que não através da atuação coordenada dos organismos competentes, vendo a MMP como uma unidade em si, e não como uma soma de municípios dispersos e conflitantes, como o que ocorre seja na disputa entre eles por equipamentos de proteção individual e respiradores artificiais, seja no lobby político que fazem para que seja permitida a reabertura individual dos municípios.

Referências Bibliográficas

ABDAL, Alexandre; MACEDO, Caio César Ferreira de; ROSSINI, Gabriel; GASPAR, Ricardo

Carlos. **Caminhos e descaminhos da macrometrópole paulista: dinâmica econômica, condicionantes externos e perspectivas.** Cad. Metrop., São Paulo, v. 21, n. 44, pp. 145-168, jan/abr 2019.

CANO, Wilson. **Desconcentração produtiva regional do Brasil: 1970-2005.** São Paulo: Editora da UNESP, 2007.

BAENINGER, Rosana (Org). **População e Cidades** – Subsídios para o planejamento e para as políticas sociais. Campinas: Núcleo de Estudos de População 'Elza Berquó' NEPO/Unicamp; Brasília: UNFPA, 2010.

BAENINGER, Rosana; DEMÉTRIO, Natália Belmonte; DOMENICONI, Joice (Coordenadoras). **Atlas Temático da Imigração Internacional na Macrometrópole Paulista, Regiões Metropolitanas e Regiões Administrativas.** Campinas – SP: Núcleo de Estudos de População 'Elza Berquó – NEPO-Unicamp, 2020. 360p. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/atlas2020/atlas2020.pdf>

Banco Interativo do Observatório das Migrações em São Paulo. **Números da Migração Internacional para o Brasil.** Campinas-SP: Observatório das Migrações em São Paulo – NEPO/UNICAMP. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/>. Acesso em: ago./2019.

BÓGUS, Lucia Maria Machado; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. Desigualdades socioespaciais e pandemia: impactos metropolitanos da Covid-19. In: PASSOS, João Décio (Org). A Pandemia do Coronavírus: Onde estivemos? Para onde vamos? São Paulo: Paulinas. 2020. 240p.

BÓGUS, Lucia Maria Machado; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. Reconversão Econômica e Novos Imigrantes Internacionais no Município de São Paulo. In: MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; BÓGUS, Lucia (Orgs). Cidades e Políticas Públicas – Atualização Pedagógica. São Paulo: Centro Paula Souza, 2019. 112p.

EMPLASA, **Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. Macrometrópole Paulista 2012.** São Paulo, 2012.

GOTTMANN, J. **Megalopolis or the Urbanization of the Northeastern Seaboard.** Economic Geography, v. 33, n. 3, p. 189-200, jul. 1957.

Fundação SEADE – Boletim Coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>

GUEDDES, Patrick. Ciudades en evolución. Buenos Aires: Ed. Infinito, 1960. Original: Cities in evolution: an introduction to the town-planning. Londres: Williams & Norgate, 1915.

KOURY, Ana Paula; CAVALCANTI, Cristina Kanya Caselli; BRUNA, Gilda Bruna. **Metrópoles Brasileiras: Abrangência em macrometrópole e desafios da gestão sustentável.** In: BRUNA, Gilda Collet; PHILLIPI Jr., Arlindo (Eds). Gestão Urbana e Sustentabilidade. Barueri: Manole, 2019. 1088p.

LEOPOLDO, E. **A produção do pensamento sobre a metrópole e o metropolitano na escola de geografia urbana de São Paulo: o lugar de Sandra Lencioni.** Geosp – Espaço e Tempo (Online), v. 20, n. 3, p. 498-517, mês. 2016. ISSN 2179-0892.

LENCIONI, Sandra. **Metropolização do espaço e a constituição de megarregiões.** In: FERREIRA, A.; RUA, J.; MATTOS, R. C. (Org.). Desafios da metropolização do espaço. Rio de Janeiro: Consequência, 2015. p. 35-68.

LENCIONI, Sandra. **Da cidade e sua região à cidade-região.** In: SILVA, J.; LIMA, L.; ELIAS, D.

(Org.). Panorama da geografia brasileira I. São Paulo: Annablume, 2006a.

MACHADO, Leandro. Coronavírus: a rodovia federal que 'levou' a covid-19 para o interior de Pernambuco. BBC News, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52332235>

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; BÓGUS, Lúcia; BAENINGER, Rosana. Migrantes Haitianos e Bolivianos na Cidade de São Paulo: Transformações econômicas e territorialidades migrantes. In: **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 26, n. 52, abr. 2018, p. 75-94.

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. BAENINGER, Rosana; DEMÉTRIO, Natália Belmonte; DOMENICONI, Joice de Oliveira Santos. A Imigração Internacional Contemporânea nos Municípios da Macrometrópole Paulista. In: **Anais do Congresso de 20 Anos do Observatório das Metrôpoles. As Metrôpoles e o Direito à Cidade: Dilemas, desafios e esperanças**. Disponível em: http://congressovinteanos.observatoriodasmetrosoles.net.br/wp-content/uploads/2019/06/01-3_MEGARREGIAO_00.pdf

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. I.

MUMFORD, Lewis. **La Cultura de las Ciudades**. Buenos Aires: EMECE, 1945. 189p.

PASTERNAK, Suzana; BÓGUS, Lúcia. **São Paulo: Transformações na Ordem Urbana**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

OIT – Organização Internacional do Trabalho (2017). Inserção laboral de imigrantes internacionais: transitando entre a economia formal e informal no município de São Paulo.

PASTERNAK, Suzana e BÓGUS, Lúcia (2015). *São Paulo: transformações na ordem urbana*. Rio de Janeiro, Letra Capital.

PASTERNAK, Suzana e BÓGUS, Lúcia. Evolução da situação das favelas na metrópole paulista e desigualdade socioespacial. In: BRUNA, Gilda Collet; PHILLIPI Jr., Arlindo (Eds). *Gestão Urbana e Sustentabilidade*. Barueri: Manole, 2019. 1088p.

ROSETA, Helena. A Pandemia e as Desigualdades. In: Público. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/05/14/opiniao/opiniao/pandemia-desigualdades-1916253>

SASSEN, Saskia. **As cidades na Economia Mundial**. São Paulo: Studio Nobel, 1998.

ZIEGLER, Maria Fernanda. Padrão de disseminação urbana da COVID-19 reproduz desigualdades territoriais. In: Agência FAPESP, 2020. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/padrao-de-disseminacao-urbana-da-covid-19-reproduz-desigualdades-territoriais/33226/#.XsfOC2EcV3M.whatsapp>

SPLENGER, Oswald. *La decadencia del occidente*. Tomo I. Bosquejo de una morfología de la historia universal. Madri: Espasa-Calpe S.A. 1966.

Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: caminho rumo à periferia

*Suzana Pasternak⁵
Camila D'Ottaviano⁶
Ângela Luppi Barbon⁷*

No último dia 24 de março, o governador do estado de São Paulo, João Doria (PSDB), decretou o isolamento social como medida para evitar a propagação do coronavírus, treze dias depois da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar que o mundo vive uma pandemia causada por este agente patogênico. Desde então, o comércio em geral foi obrigado a fechar, mas o funcionamento dos serviços essenciais, como saúde, alimentação e segurança, foi mantido.

O primeiro caso brasileiro confirmado, no dia 25 de fevereiro, foi de um morador de São Paulo que acabava de chegar da Itália. Desde então temos acompanhado com apreensão as notícias e dados sobre o impacto da COVID-19 no Brasil. Hoje, dia 19 de maio, já são quase 18 mil mortos no país⁴ e mais de 5.900 mortes⁵ apenas na cidade de São Paulo.

Em relação à Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), dados publicados no site da Fundação Seade, tendo como fonte informações da Secretaria de Saúde do Estado, mostravam que entre 28 de abril e 12 de maio o número de mortes por COVID-19 na metrópole aumentara 186%. Para a capital, o aumento foi, no mesmo período, de 180%, enquanto para os outros municípios metropolitanos chegou a 205%. Tanto a mortalidade como o aumento da taxa de novos casos nos outros municípios é ainda maior que na capital. Esse aumento expressivo mostra a doença caminhando para o resto da metrópole. Dados do dia 12 de maio mostram que a incidência de casos entre moradores da capital ainda era bem superior que nos demais municípios, com 233,97 casos confirmados para cada 100 mil habitantes em São Paulo, enquanto que no restante da RMSP este número era de 110,33 por 100 mil. Alguns municípios, entretanto, já mostravam alta morbidade: Barueri (200,84 óbitos por 100 mil habitantes), São Caetano do Sul (189,76 por 100 mil), Osasco (189 por 100 mil), Santana do Parnaíba (161,44 por 100 mil).

⁵ Arquiteta e Urbanista, professora titular aposentada da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAUUSP). Pesquisadora do Observatório das Metrôpoles Núcleo São Paulo.

⁶ Arquiteta e Urbanista, docente da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAUUSP). Coordenadora do projeto de pesquisa “Direito à Cidade e Habitação” do Observatório das Metrôpoles.

⁷ Arquiteta e Urbanista, analista de desenvolvimento habitacional e urbano na Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU).

Municípios reconhecidamente industriais, com grande presença de população pobre, ainda não apresentavam, em 12 de maio, alta morbidade. Por exemplo, em Guarulhos a taxa mortalidade era de 80,74 por 100 mil; em Jandira, 90,61; em Cajamar, 117,23; e em Diadema, 111,01. Nos municípios menos integrados à cidade de São Paulo, a taxa de casos por 100 mil habitantes era ainda menor como, por exemplo, em: Juquitiba, 23,03; Salesópolis, 29,69; e Vargem Grande Paulista, 46,39.

Dados posteriores certamente indicarão aumento expressivo de casos e óbitos nos municípios metropolitanos. Fora Osasco, município proletário, os outros com grande número de casos atestam que o início da pandemia foi resultante de infestação inicial pela população de classe média e alta. Daí a alta morbidade de Barueri e Santana do Parnaíba, onde se concentram condomínios fechados de alta renda. Mas o contágio pelos outros segmentos populacionais era inevitável. A atual e a futura expansão vão, infelizmente, demonstrar este fato.

A partir dos dados divulgados pela Prefeitura de São Paulo⁶ procuramos, a seguir, apresentar o panorama geral da mortalidade por COVID-19 na cidade de São Paulo ao longo do último mês.

Os dados consolidados até agora permitem a análise da mortalidade por distrito ao longo de quase um mês (entre 17 de abril e 14 de maio). Essa primeira análise nos mostra o crescimento da Taxa de Mortalidade em direção à periferia do município.

Anel	Mortalidade COVID-19 por 100 mil			aumento 27 dias
	17 de abril	30 de abril	14 de maio	
Central	27,33	34,69	55,19	201,40%
Interior	27,17	34,66	51,99	191,35%
Intermediário	27,22	34,46	50,98	187,29%
Exterior	25,36	33,01	51,7	203,86%
Periférico	18,64	24,7	41,83	224,41%
MSP	22,45	29,25	45,88	204,37%

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade COVID-19 por Anéis. De 17 de abril a 14 de maio de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração Suzana Pasternak.

Numa primeira visão sintética, utilizando como unidade territorial os anéis (Taschner e Bogus, 1998), pode-se notar:

- As taxas de mortalidade por COVID-19, embora subdimensionadas, cresceram em toda a superfície do município, com aumento médio de 204%;
- As taxas dos anéis central e periférico se aproximam: em 17 de abril a taxa do anel central era 1,47 vezes maior que a do periférico; em 24 de maio, 1,32 vezes;
- O incremento no período, embora fosse elevado para todos os anéis, mostrou-se mais forte para o anel periférico.

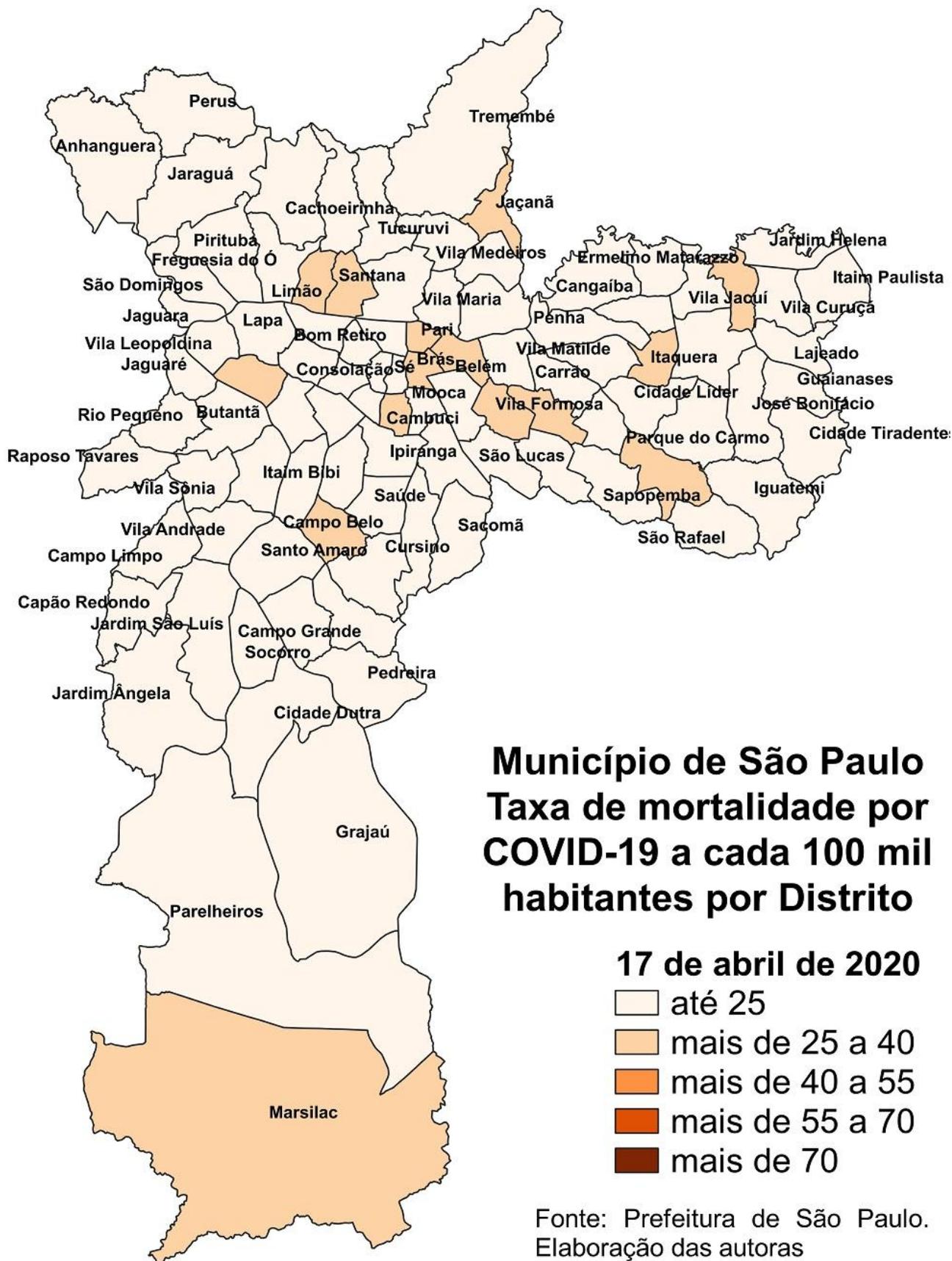
Decididamente, a COVID-19 está se alastrando pela periferia paulistana, incluindo outros municípios da Região Metropolitana mencionados anteriormente.

Para o município de São Paulo, a Tabela 2 mostra os 10 distritos com maior mortalidade e menor mortalidade (em azul) em 17 de abril (são, no total, 96 distritos). Uma vez que o isolamento social se iniciou em 24 de março, os dados de 17 de abril já indicam algum tipo de padrão tanto na expansão da contaminação quanto da morbidade.

Distrito	População (proj. 2020)	17 de abril	
		Mortes até 17.abril	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Água Rasa (zona leste)	82.564	32	38,8
Pari (centro)	19.069	7	36,7
Limão (zona norte)	79.657	29	36,4
Liberdade (centro)	72.797	26	35,7
Marsilac (zona sul)	8.426	3	35,6
Belém (zona leste)	49.213	17	34,5
Vila Formosa (zona leste)	94.100	29	30,8
São Miguel (zona leste)	89.173	27	30,3
Artur Alvim (zona leste)	100.462	30	29,9
Jaçanã (zona norte)	96.054	28	29,2
Grajaú (zona sul)	390.096	33	8,5
Jaguara (zona oeste)	23.950	2	8,4
Anhanguera (zona oeste)	84.719	7	8,3
Parelheiros (zona sul)	153.598	12	7,8
Pedreira (zona sul)	160.976	12	7,5
Jardim Ângela (zona sul)	338.265	23	6,8
Raposo Tavares (zona oeste)	107.426	7	6,5
Vila Andrade (zona sul)	163.508	10	6,1
Butantã (zona oeste)	53.836	3	5,6
Campo Limpo (zona sul)	228.893	10	4,4

Tabela 2 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 17 de abril de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Percebe-se que as maiores taxas de mortalidade (ainda reduzidas, se compararmos com as de 14 de maio) estão tanto em distritos pobres, com alta densidade e presença de cortiços e comércio popular, como o Pari e Belém, como em pontos da periferia leste, como Vila Formosa, São Miguel, Artur Alvim. O Mapa 1 mostra o centro, o centro norte, dois pontos no sul e um caminhar para a zona leste. As taxas de mortalidade menores estavam em distritos periféricos, com exceção do Butantã, perto do centro expandido. Chama a atenção que o distrito de Vida Andrade, onde se localiza a favela de Paraisópolis, com população de 42.826 pessoas em 2010 (ou 34% da população e 49,15% dos domicílios do distrito)⁷, ainda era pouco atingido, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil moradores



Mapa 1 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 17 de abril de 2020. Fonte: PMSP.

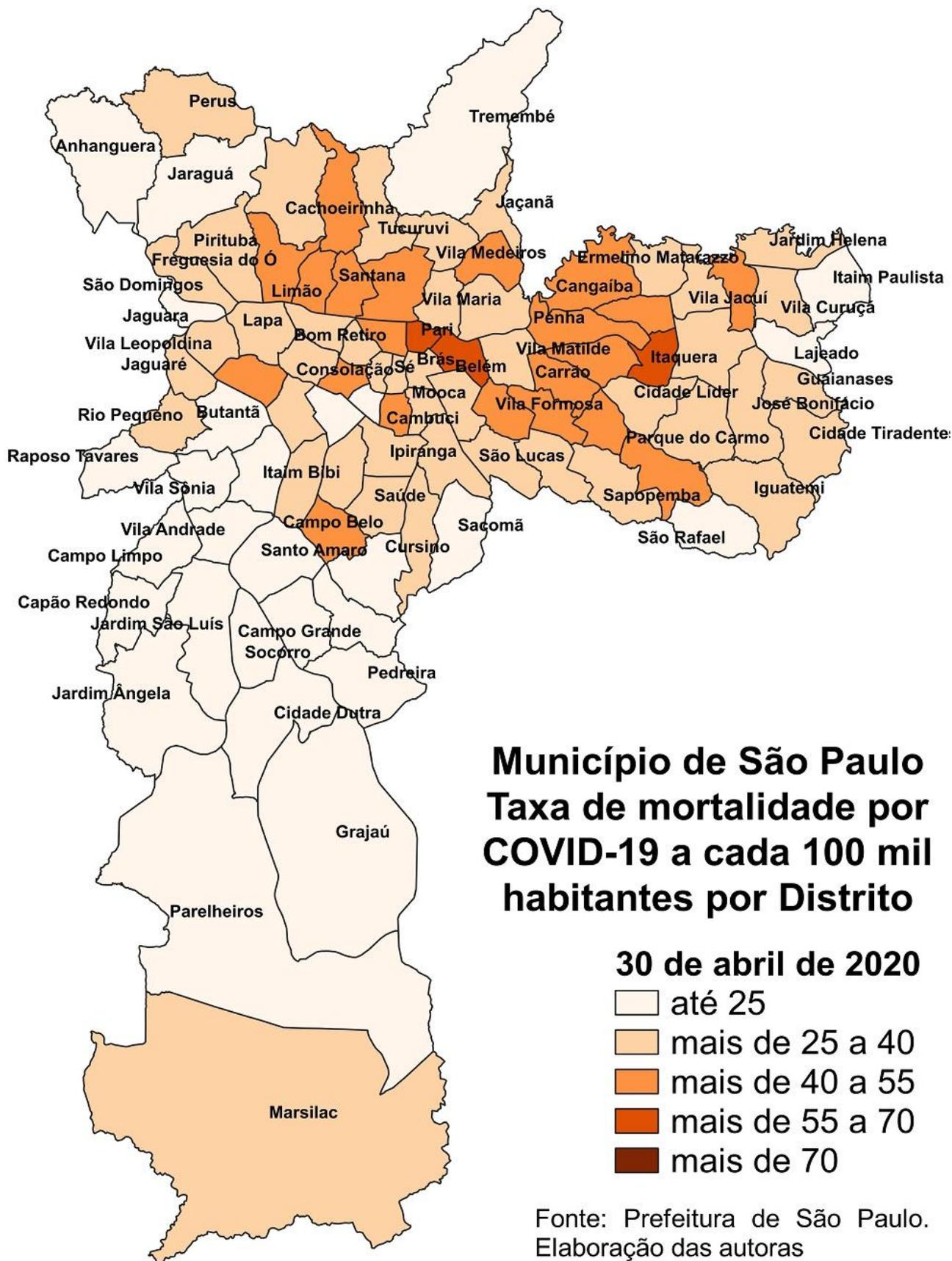
Elaboração Ângela L. Barbon.

Os dados do dia 30 de abril apresentados na Tabela 3 e no Mapa 2 mostram a expansão das taxas mais altas de mortalidade para o leste e para o norte da capital. As maiores taxas de mortalidade continuam acontecendo no Pari, Belém, Água Rasa, Limão e Artur Alvim. Mas entre os dez distritos com maior mortalidade está também o de Alto de Pinheiros, com baixa densidade, casas horizontais e alta renda. Os distritos periféricos continuam a mostrar baixa mortalidade, incluindo o Butantã. Os valores das taxas já apresentam incrementos significativos (no Pari, aumento de 36,7 para 58,9 por 100 mil; no Belém, aumento de 34,4 para 58,9 por 100 mil). Entre os 10 com a menor taxa, continuam muitos dos periféricos: Campo Limpo, Ananguera, Jardim Angela, Raposo Tavares, Vila Andrade, entre outros. Mas nota-se que o aumento de óbitos neste período já mostra forte incremento em alguns distritos periféricos (ver Tabela 6, incremento de 179% no Jardim Helena, 143,5% no Jardim Angela e 168% em Campo Limpo). Na área central também o aumento de mortes foi grande, nos distritos da Sé e da República.

Distrito	30 de abril	
	Mortes até 30.abril	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Belém (zona leste)	29	58,9
Pari (centro)	11	57,7
Artur Alvim (zona leste)	57	56,7
Água Rasa (zona leste)	43	52,1
Limão (zona norte)	41	51,5
Alto de Pinheiros (zona oeste)	20	48,8
Campo Belo (zona sul)	30	47,1
Liberdade (centro)	34	46,7
São Mateus (zona leste)	72	46,3
Cachoeirinha (zona norte)	67	45,8
Jardim Ângela (zona sul)	56	16,6
Vila Sônia (zona oeste)	20	16,4
São Rafael (zona leste)	25	15,7
Parelheiros (zona sul)	24	15,6
Butantã (zona oeste)	8	14,9
Pedreira (zona sul)	23	14,3
Raposo Tavares (zona oeste)	15	14,0
Vila Andrade (zona sul)	21	12,8
Anhanguera (zona oeste)	10	11,8
Campo Limpo (zona sul)	27	11,8
MSP	633	29,3

Tabela 3 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 30 de abril de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.



Mapa 2 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 30 de abril de 2020. Fonte: PMSP.

Elaboração Ângela L. Barbon.

Os dados do dia 14 de maio são apresentados na Tabela 4 e no Mapa 3. Pari, Limão, Belém, Cachoeirinha, Artur Alvim, Campo Belo e Água Rasa seguem entre os distritos com maiores taxas de mortalidade. Porém Alto de Pinheiros, Liberdade e São Mateus foram agora substituídos por Brás (bairro popular da área central), Vila Medeiros e Mandaqui, ambos na zona norte. Entre os distritos com menores taxas de mortalidade, apenas Parelheiros, no extremo sul da cidade, não está mais na lista.

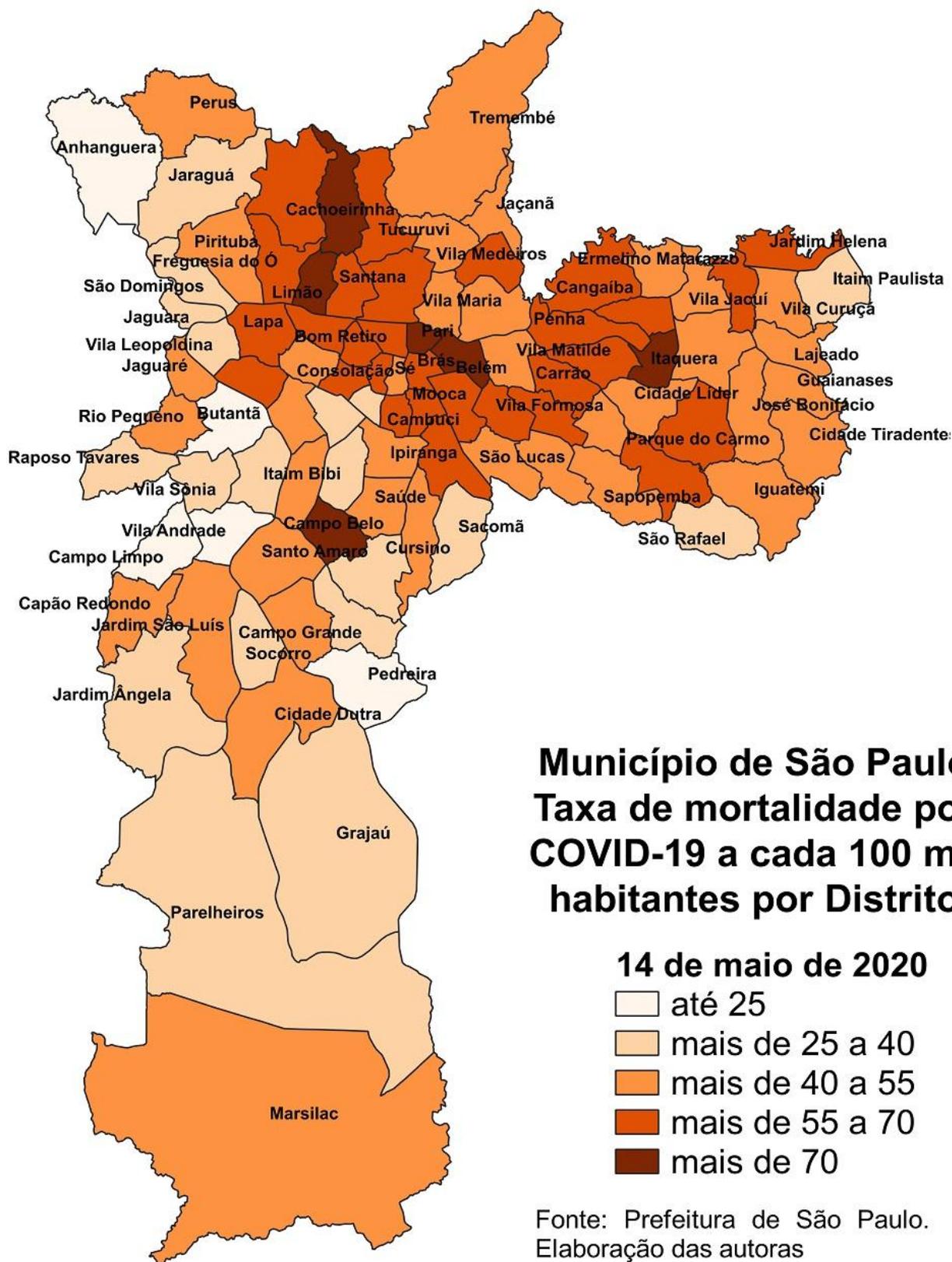
Oito dos dez distritos com as maiores taxas de mortalidade apresentam uma densidade populacional (moradores por hectare) superior à média observada para o município de 95,42 moradores por hectare, segundo dados da última Pesquisa Origem e Destino do Metrô (OD-2017). As exceções são Mandaqui e Cachoeirinha, na zona norte, com densidades de 53,40 e 76,27 moradores/ha respectivamente. Também com base na OD-2017 podemos observar que todos estes dez distritos têm renda média familiar mensal inferior a observada para o município, de R\$ 4.273.

Já entre os distritos com menores taxas de mortalidade por 100 mil habitantes há mais distritos com densidade inferior a média municipal, são cinco casos (Ananguera, Pedreira, São Rafael, Raposo Tavares e Jardim Ângela), todos com renda inferior a média municipal. Por outro lado, quatro dos distritos deste grupo com maiores densidades (Vila Andrade, Butantã, Vila Sônia e Bela Vista) tinham em 2017 renda média familiar mensal significativamente superior à municipal (R\$ 5.628, R\$ 6.359, R\$ 5.454 e R\$ 5.076). Já Campo Limpo apresenta densidade (99,54 moradores/ha) mais próxima da média para o município e renda familiar inferior (R\$ 3.850).

Distrito	14 de maio	
	Mortes até 14.maio	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	18	94,4
Limão (zona norte)	64	80,3
Belém (zona leste)	39	79,2
Cachoeirinha (zona norte)	115	78,6
Artur Alvim (zona leste)	78	77,6
Campo Belo (zona sul)	47	73,7
Brás (centro)	23	69,6
Vila Medeiros (zona norte)	85	68,9
Mandaqui (zona norte)	75	68,7
Água Rasa (zona leste)	56	67,8
Bela Vista (centro)	23	31,4
Jardim Ângela (zona sul)	106	31,3
Vila Sônia (zona oeste)	35	28,8
Raposo Tavares (zona oeste)	29	27,0
São Rafael (zona leste)	43	26,9
Pedreira (zona sul)	40	24,8
Campo Limpo (zona sul)	56	24,5
Butantã (zona oeste)	13	24,1
Vila Andrade (zona sul)	39	23,9
Anhanguera (zona oeste)	19	22,4
MSP	1.003	46,9

Tabela 4 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Se a classificação entre os distritos com maior e menor taxa de mortalidade se manteve estável, o Mapa 3 mostra o aumento das altas taxas de mortalidade por COVID-19 em direção à zona norte e leste da capital. Em apenas duas semanas, entre 30 de abril e 14 de maio, os distritos com taxas superiores a 50 óbitos por 100 mil habitantes passaram de 5 para 45!



Mapa 3 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Ao analisarmos o aumento do número absoluto de óbitos, a variação ao longo das quatro semanas analisadas chega a um aumento de 560% no número total de óbitos por distrito. A análise do número total de óbitos de forma isolada não é um bom indicador, mesmo assim serve para mostrar escalada no número de mortes por COVID-19 na maior cidade do país.

Distrito	Óbitos - Variação 17 de abril- 14 de maio
Campo Limpo (zona sul)	560,0%
Jardim Helena (zona leste)	520,0%
República (centro)	514,3%
Parelheiros (zona sul)	483,3%
Sé (centro)	466,7%
Jardim Ângela (zona sul)	460,9%
Butantã (zona oeste)	433,3%
Itaim Paulista (zona leste)	423,8%
Raposo Tavares (zona oeste)	414,3%
Jaguara (zona oeste)	400,0%
Marsilac (zona sul)	133,3%
MSP	288,3%

Tabela 5 – Aumento de óbitos. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 maio de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

As Tabelas 6 e 7 apresentam a variação percentual da Taxa de Mortalidade para os dois períodos estudados (de 17 a 30 de abril e de 30 de abril a 14 de maio). Novamente os distritos selecionados foram aqueles com os maiores e menores percentuais.

Para o período de 17 a 30 de abril (Tabela 6), o maior aumento na taxa de mortalidade aconteceu no distrito da República, na área central, que apresentou um aumento de mais de 200%. Já o distrito de Marsilac, no extremo sul da cidade e com pouquíssimo habitantes (8.426), não contabilizou nenhuma morte associada à COVID-19.

Distrito	Taxa de Mortalidade
	Varição 17-30/abril
República (centro)	229,2%
Jardim Helena (zona leste)	179,0%
Campo Limpo (zona sul)	168,1%
Sé (centro)	167,6%
Butantã (zona oeste)	165,4%
Jaguara (zona oeste)	148,5%
Jardim Ângela (zona sul)	143,5%
Vila Curuçá (zona leste)	131,2%
Cachoeirinha (zona norte)	131,2%
Perus (zona norte)	130,1%
Brás (centro)	44,6%
Anhanguera (zona oeste)	42,2%
Limão (zona norte)	41,4%
Pinheiros (zona oeste)	38,6%
São Lucas (zona leste)	37,1%
Água Rasa (zona leste)	34,2%
Liberdade (centro)	30,8%
Jaçanã (zona norte)	21,2%
Socorro (zona sul)	16,3%
Marsilac (zona sul)	0,0%
MSP	79,9%

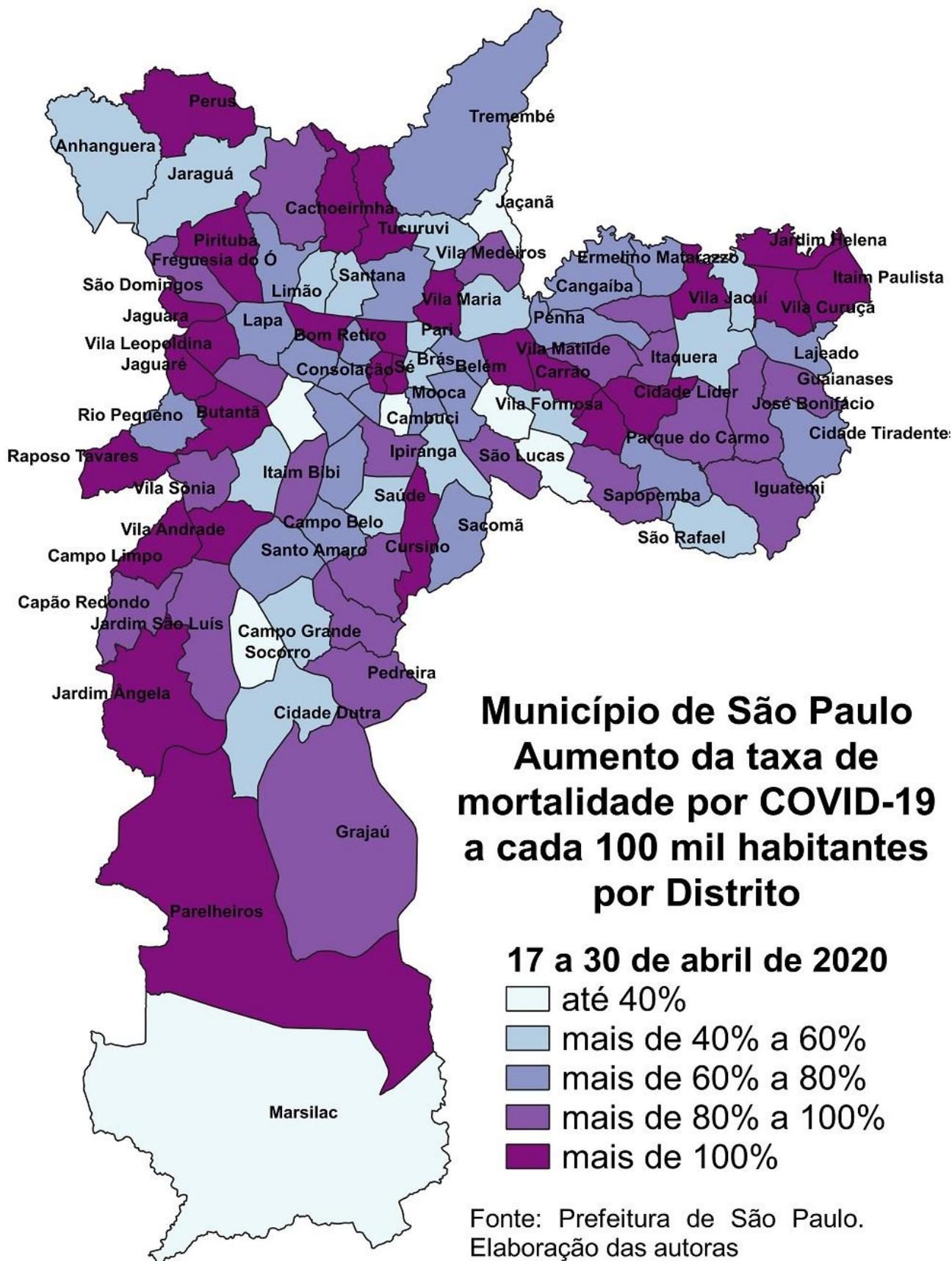
Tabela 6 – Variação Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 17 a 30 de abril de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Já para o segundo período (entre de 30 de abril a 14 de maio), apesar dos percentuais de incremento da taxa de mortalidade serem um pouco menores, o aumento das taxas de mortalidade passa a atingir todos os distritos da cidade. Chama a atenção que as maiores variações estão concentradas sobretudo nos distritos ao sul do município: Parelheiros, Campo Grande, Jardim São Luis, Campo Limpo, Santo Amaro e Socorro.

Distrito	Taxa de Mortalidade
	Varição 30/abril-14/maio
Parelheiros (zona sul)	141,7%
Campo Grande (zona sul)	131,6%
Jardim São Luís (zona sul)	114,5%
Capão Redondo (zona sul)	110,0%
Campo Limpo (zona sul)	107,4%
Itaquera (zona leste)	100,0%
Santo Amaro (zona sul)	100,0%
Socorro (zona sul)	100,0%
Santa Cecília (centro)	96,6%
Parque do Carmo (zona leste)	95,2%
Aricanduva (zona leste)	34,3%
Marsilac (zona sul)	33,3%
Moema (zona sul)	30,8%
São Mateus (zona leste)	30,6%
Tatuapé (zona leste)	30,6%
Vila Mariana (zona sul)	30,4%
Água Rasa (zona leste)	30,2%
Cidade Líder (zona leste)	28,6%
Iguatemi (zona leste)	21,1%
Jaçanã (zona norte)	20,6%
MSP	60,3%

Tabela 7 – Variação Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Os Mapas 4 e 5 apresentam o incremento das taxas de mortalidade para os dois períodos. Se na segunda quinzena de abril a expansão em direção à periferia do aumento das taxas de mortalidade acontecia de forma mais ou menos homogênea (atingindo distritos ao norte, a leste, a oeste e ao sul), na primeira quinzena de maio, conforme mostra o Mapa 5, o aumento da mortalidade se deu sobretudo em direção a porção sul da cidade.



Mapa 4 – Aumento Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 17 a 30 de abril de 2020.

A análise dos dados da mortalidade por COVID-19 mostra que o caminho rumo à periferia está se concentrando cada vez mais nos distritos e áreas com maior precariedade habitacional, com grande concentração de favelas e assentamentos irregulares, locais com os piores indicadores de acesso à infraestrutura e também aos serviços de saúde. Apenas para lembrar, o distrito de Vila Andrade tem 49,15% dos seus domicílios em favela; Brasilândia, 29,50%; Capão Redondo, 27,66%; Campo Limpo, 26,83%; Jardim São Luis, 24,09%; Pedreira, 23,40%. Todos eles com crescimento explosivo de mortalidade.

Referências Bibliográficas:

Prefeitura de São Paulo, Boletim Diário Covid-19. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/18052020boletim_covid_19_diario.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2020.

Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade 2019. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/campanhas/#13> . Acesso em: 19 de maio de 2020.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Painel Coronavírus do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: ainda rumo à periferia do município

Suzana Pasternak

Camila D'Ottaviano

Ângela Luppi Barbon

Em meados de maio, a partir dos dados de mortalidade consolidados até o dia 14 de maio, redigimos um artigo sobre a distribuição dos óbitos da COVID-19 no tecido urbano do município de São Paulo. Naquele dia, eram mais de 15 mil mortos no país e mais de 5.500 mortes apenas na cidade de São Paulo. Conforme dados do final do mês de junho, as mortes no país ultrapassam 52 mil (53.645) e na cidade de São Paulo somam 13.068. Os óbitos brasileiros são 11% do total dos óbitos mundiais, enquanto que os 200 milhões de brasileiros representam menos que 3% da população mundial.

A partir de dados publicados pela Prefeitura de São Paulo (PMSP), neste texto procuramos apresentar o panorama geral da mortalidade no período entre 14 de maio e 27 de maio, últimos dados disponibilizados pela Prefeitura. É importante destacar que desde o final de maio, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo não vem mais disponibilizando os dados oficiais por distrito, por isso, a atualização da análise por anéis para o mês de junho não foi possível.⁸ No texto anterior, foi elaborada uma análise do crescimento da Taxa de Mortalidade em direção à periferia paulistana, a partir da metodologia da distribuição por anéis – Central, Interior, Intermediário, Exterior e Periférico. Na última quinzena de maio, a taxa de mortalidade cresceu em todos os distritos da cidade de São Paulo (Tabela 1). Entre 14 e 27 de maio, o maior aumento da mortalidade aconteceu no anel periférico (35,46%). Até o final de maio, os anéis central (68,86) e intermediário (68,96), onde as primeiros óbitos aconteceram, ainda apresentavam a maior taxa de mortalidade, porém o crescimento da mortalidade em direção à periferia já era uma realidade concreta: no dia 17 de maio, a mortalidade no anel central era 53% maior que no anel periférico; no dia 27 de maio essa diferença era de 22%. E vale lembrar que no anel central vive apenas 3,21% da população do município, enquanto o anel periférico abriga 49% da população paulistana.

Sintetizando:

⁸ O LabCidade, laboratório de pesquisa da FAUUSP, e o Instituto Pólis têm feito um esforço em sistematizar as informações oficiais disponíveis. Ver <http://www.labcidade.fau.usp.br/> e <https://polis.org.br/>.

- As taxas de mortalidade cresceram em todos os distritos da cidade de São Paulo no período, com um aumento médio de 36,44% para o município como um todo na segunda quinzena de maio.
- As taxas dos anéis central e periférico se aproximaram cada vez mais: em 14 de maio a taxa do anel central era 1,32 e a 27 de maio, 1,21;
- O incremento total, embora alto para todos os anéis, mostrou-se mais forte para o periférico.

Taxa de Mortalidade COVID-19 por Anéis. De 30 de abril a 27 de maio de 2020

São Paulo - Anéis	Taxa Mortalidade			Incremento Taxa 14 a 27/maio
	30/abril	14/maio	27/maio	
Central	34,69	55,19	68,86	24,76%
Interior	34,66	51,99	66,96	28,81%
Intermediário	34,46	50,98	68,25	33,86%
Exterior	33,01	51,70	68,62	32,72%
Periférico	24,70	41,83	56,66	35,46%
Município	29,25	46,88	62,60	33,53%

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras

Após mais um mês imersos na pandemia, com retomada crescente das atividades econômicas, o panorama exposto anteriormente não mudou muito: a COVID-19 continua se alastrando pela periferia paulistana. E também pelos outros municípios da metrópole: no mês de maio (entre 28 de abril e 22 de maio) o incremento da taxa de mortalidade no município polo foi de 154%, enquanto que nos demais municípios metropolitanos chegou a 284%. Já no mês de junho (entre 22 de maio e 13 de junho) o aumento da taxa de mortalidade na capital foi de 67%, enquanto que nos outros municípios alcançou 96%.

Um dos municípios com maior taxa de mortalidade é Barueri (76,78 mortes para cada 100 mil pessoas). Nele, condomínios fechados de alta renda, com Alphaville e Tamboré, convivem com populações altamente vulneráveis. Municípios industriais limítrofes à capital também apresentam alta mortalidade, como Osasco (56,39 mortes para cada 100 mil pessoas). São Bernardo e São Caetano do Sul também mostram mortalidade considerável, embora menor que Osasco e São Paulo, assim com Taboão da Serra, todos com mais de 30

óbitos para cada 100 mil pessoas. Municípios dormitório, como Itapevi (42,07), Caieiras (39,76) e Cajamar (37,36) também têm alta mortalidade.

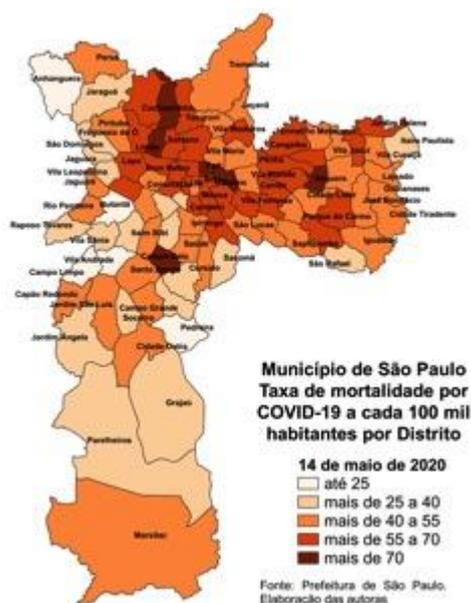
Para o Município de São Paulo, as Tabelas 2 e 3 mostram os 10 distritos com maior (em preto) e menor (em azul) taxa de mortalidade nos dias 14 e 27 de maio.

Tabela 2 –Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 14 de maio de 2020.

Distrito	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	94,39
Limão (zona norte)	80,34
Belém (zona leste)	79,25
Cachoeirinha (zona norte)	78,56
Artur Alvim (zona leste)	77,64
Campo Belo (zona sul)	73,73
Brás (centro)	69,60
Vila Medeiros (zona norte)	68,85
Mandaqui (zona norte)	68,66
Bela Vista (centro)	31,41
Jardim Ângela (zona sul)	31,34
Vila Sônia (zona oeste)	28,77
Raposo Tavares (zona oeste)	27,00
São Rafael (zona leste)	26,93
Pedreira (zona sul)	24,85
Campo Limpo (zona sul)	24,47
Butantã (zona oeste)	24,15
Vila Andrade (zona sul)	23,85
Anhanguera (zona oeste)	22,43

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras

Mapa 1 – Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 14 de maio de 2020.



Fonte: PMSF. Elaboração Ângela L. Barbon.

Percebe-se que, em meados de maio, distritos centrais, mas reconhecidamente com renda baixa, como Pari, Belém, Brás, apresentavam alta mortalidade. São distritos com grande adensamento, intensa circulação de pessoas e grande presença de cortiços. Muitos distritos periféricos de renda baixa, como Jardim Ângela, São Rafael, Campo Limpo, Pedreira e Anhanguera ainda não acusavam a ida do vírus para a periferia. Chama a atenção o distrito de Vila Andrade, onde fica a favela de Paraisópolis (com população de 42.826 pessoas em 2010, 34% da população e 49,15% dos domicílios do distrito) ainda pouco atingido, com taxa de mortalidade de 23,9 óbitos para cada 100 mil moradores. Esta taxa já subiu bastante em relação à taxa do dia 17 de abril, quando era 6,1 mortes por 100 mil.⁹

Tabela 3 –Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 27 de maio de 2020.

Distrito	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	115,37
Limão (zona norte)	99,18
Campo Belo (zona sul)	98,83
Artur Alvim (zona leste)	96,55
Cachoeirinha (zona)	95,64

⁹ Conforme relatório publicado pelo Instituto Polis, a favela de Paraisópolis tem melhor controle da pandemia do que o município de São Paulo devido a ações da própria comunidade e lideranças. Para maiores informações ver: <https://polis.org.br/>

norte)	
Brás (centro)	93,81
Barra Funda (zona oeste)	93,08
Água Rasa (zona leste)	89,63
Carrão (zona leste)	89,49
Grajaú (zona sul)	46,91
Jardim Ângela (zona sul)	46,12
Vila Leopoldina (zona norte)	44,35
Vila Andrade (zona sul)	38,53
Bela Vista (centro)	38,23
São Rafael (zona leste)	38,20
Vila Sônia (zona oeste)	37,81
Campo Limpo (zona sul)	37,57
Pedreira (zona sul)	36,65
Anhanguera (zona oeste)	35,41

Fonte: PMSP elaboração das autoras

Mapa 2 – Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

A Tabela 3 mostra as 10 maiores e menores taxas 13 dias depois. Nota-se:

- Em todos os distritos a taxa de mortalidade subiu, mostrando a expansão do vírus;
- Brás e Pari continuam como pontos de atenção, acrescidos agora pela Barra Funda, outro distrito do anel interior;
- Campo Belo, distrito de renda alta na zona sul, também surge com alta mortalidade;
- Distritos periféricos, que posteriormente vão se mostrar com alta prevalência de casos, ainda se computam entre os de menores taxas, como Grajaú, Jardim Angela, São Rafael e Vila Andrade, agora com mortalidade de 38,5 (era 6,1 em 17 de abril e 23,9 a 14 de maio)

As Tabelas 4 e 5 mostram ao percentual de expansão em cada período, sempre selecionando os 10 distritos com maior incremento e os 10 com menor incremento.

Tabela 4 – Incremento Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 maio de 2020.

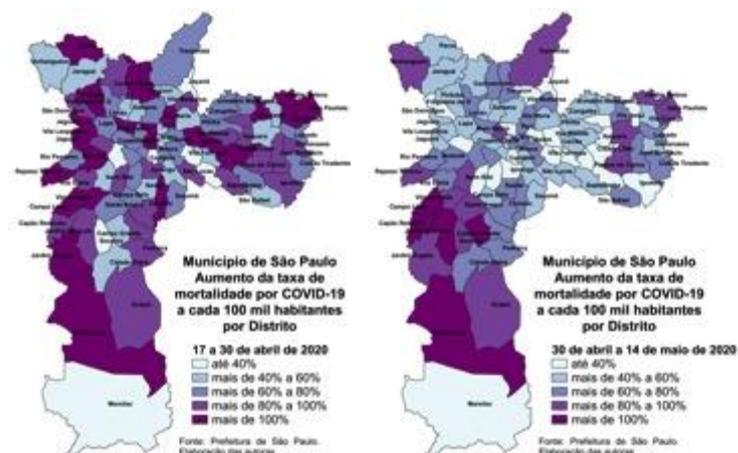
Distrito	Taxa de Mortalidade	
	Variação	30/abril a

	14/maio
Parelheiros (zona sul)	141,7%
Campo Grande (zona sul)	131,6%
Jardim São Luís (zona sul)	114,5%
Capão Redondo (zona sul)	110,0%
Campo Limpo (zona sul)	107,4%
Itaquera (zona leste)	100,0%
Santo Amaro (zona sul)	100,0%
Socorro (zona sul)	100,0%
Santa Cecília (centro)	96,6%
Parque do Carmo (zona leste)	95,2%
Belém (zona leste)	34,5%
Aricanduva (zona leste)	34,3%
Marsilac (zona sul)	33,3%
Moema (zona sul)	30,8%
São Mateus (zona leste)	30,6%
Tatuapé (zona leste)	30,6%
Vila Mariana (zona sul)	30,4%
Água Rasa (zona leste)	30,2%
Cidade Líder (zona leste)	28,6%
Iguatemi (zona leste)	21,1%

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Mapa 3 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 17 a 30 de abril de 2020.

Mapa 4 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 30 de abril a 14 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Conforme mostram os Mapas 3 e 4, o maior crescimento da taxa de mortalidade se deu em distritos periféricos. A única exceção entre os 10 distritos listados é Santa Cecília, distrito de renda média, bastante central e denso. Entre os com menor variação, aparece Belém, que apresentava alta mortalidade, mas com expansão menor, além de Moema, distrito de alta renda. Todos os demais distritos que apresentaram pouco incremento na taxa são periféricos.

Tabela 5 – Incremento Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 14 a 27 maio de 2020.

Distrito	Taxa de Mortalidade Variação 14 a 27/maio
Butantã (zona oeste)	115,38%
Raposo Tavares (zona oeste)	100,00%
Marsilac (zona sul)	75,00%
Jaguara (zona oeste)	75,00%
Tatuapé (zona leste)	63,83%
Vila Andrade (zona sul)	61,54%
Anhanguera (zona oeste)	57,89%
Sé (centro)	57,14%
Sacomã (zona sul)	56,52%
Vila Prudente (zona leste)	54,39%
Lapa (zona oeste)	21,05%
Cambuci (centro)	20,83%
Perus (zona norte)	20,45%
Perdizes (zona oeste)	19,15%
Consolação (centro)	17,65%
Parque do Carmo (zona leste)	14,63%
Mandaqui (zona norte)	13,33%
Liberdade (centro)	13,04%
Belém (zona leste)	12,82%
Vila Leopoldina (zona	11,11%

norte)

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Já no período seguinte, na segunda quinzena de maio, novos distritos periféricos aparecem como os com maior crescimento da taxa de mortalidade: Raposo Tavares, Marsilac, Jaguará, Vila Andrade. Aparecem também Sé, centro da capital, com presença de habitação precária, e com grande concentração de moradores sem teto, e o Sacomã, onde fica Heliópolis, outra grande favela. Belém continua com alta mortalidade, mas em plena redução, assim como Lapa e Perdizes, distritos de renda alta e média alta.

Mapa 5 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 14 a 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Vila Andrade, onde se situa Paraisópolis (em 2010 cerca de metade dos domicílios do distrito situavam-se na favela) registrava 38,5 mortes por 100 mil habitantes quando a média municipal foi de 62,61 óbitos para cada 100 mil moradores. Segundo dados do Instituto Pólis, publicados no jornal O Estado de São Paulo, em 25 de junho de 2020, a taxa de mortalidade de Paraisópolis foi de 21,7 até o dia 8 de maio (a taxa do distrito era de 30,6). É claro que a estrutura etária tem influência sobre este resultado. Mas os índices são também melhores em relação aos idosos, um dos grupos de risco. Na Vila Andrade, a taxa de óbitos acima de

60 anos foi de 219,7, enquanto que em Paraisópolis, 200,6 (quase 10% menor). Em Paraisópolis as condições de precariedade domiciliar conferem maior probabilidade de contágio. Aparentemente a organização comunitária alcançada pela comunidade ajudou a conter a difusão da pandemia, através de um monitoramento contínuo sobre a população da favela, isolamento dos contaminados, capacitação de socorristas e contratação, pela própria comunidade, de ambulâncias, médicos e enfermeiros.

Considerações parciais

O elo entre condições sociais e mortalidade já é um velho conhecido, acentuando os pesos de raça, renda, densidade domiciliar e densidade demográfica. Paulo Lotufo, professor da USP e médico epidemiologista, destacou que a mortalidade depende de dois fatores: a incidência e a letalidade (jornal O Estado de São Paulo, 24 de junho, pag A10). A incidência decorre de condições ambientais: se há isolamento, se existe utilização de transporte público, se a densidade domiciliar e as condições da moradia são adequadas, se existe infraestrutura sanitária. A letalidade liga-se à distância e à qualidade do atendimento médico. Distritos densos, mesmo centrais e com atendimento próximo, mostram mortalidade alta. Distritos periféricos têm ainda mais problemas, mesmo que a rede de hospitais paulistanos tenha uma distribuição razoável.

Rompendo as fronteiras municipais

I. Comparando polo e outros municípios da metrópole

A análise das Tabelas 6 e 7 mostra o forte aumento de casos desde o dia 28 de abril até o fim de junho. Para a metrópole o aumento percentual foi de mais de 850% no período. Este aumento, entretanto, não se deu de forma uniforme durante estes dois meses. Em fins de abril a taxa de morbidade na metrópole era de 96 casos cada 100 mil habitantes, sendo a incidência bem maior na capital que nos demais municípios da metrópole: 1,87 vezes maior.

Tabela 6: Casos de COVID 19 MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Casos de COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril	12/maio	22/maio	13/junho	29/junho

Polo (MSP)	110,33	239,97	362,04	741,60	1.045,56
Outros Municípios	58,88	110,33	190,80	304,90	616,72
RMSP	96,44	179,75	286,96	596,74	857,53

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

Em meados de maio a capital ainda concentrava grande parte dos novos casos, com 2,17 vezes a periferia metropolitana, no dia 12. Já no dia 22 de maio esta razão diminuía para 1,9, mostrando que a doença caminhava em direção aos outros municípios da Grande São Paulo. Nos fins de junho este avanço era ainda mais claro, com o polo mostrando 1,7 vezes o número de casos da periferia.

Tabela 7: Incremento casos de COVID 19, MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Casos de COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril a 12/maio	12/maio a 22/maio	22/maio a 13/junho	13/maio a 29/junho	28/abril a 29/junho
Polo - MSP	80,37%	54,74%	104,84%	40,99%	706,03%
Demais Municípios	104,97%	72,94%	115,53%	49,96%	1.045,76%
RMSP	86,39%	59,64%	107,95%	43,70%	789,18%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

A Tabela 7 exemplifica este fato de forma ainda mais clara: desde meados de junho, o aumento percentual de casos nos outros municípios ultrapassou o do polo. Na capital, nos últimos 15 dias de junho, a disseminação da epidemia aparentemente arrefeceu, com aumento no período de apenas 40%, enquanto que nos outros municípios este aumento ultrapassou 100%. No período completo, de 28 de abril até 29 de junho o aumento relativo foi maior nos demais municípios da região metropolitana.

Tabela 8 – Taxa de Mortalidade por de COVID 19, MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Taxa de Mortalidade por COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril	12/maio	22/maio	13/junho	28/junho
Polo - MSP	11,33%	19,22%	28,24%	47,17%	59,00%
Demais	4,32%	10,22%	16,59%	32,58%	43,18%

Municípios					
RMSP	8,14%	15,19%	23,13%	40,77%	52,06%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

Tabela 9 - Aumento percentual dos óbitos de COVID 19 no polo e nos outros municípios da RMSP, diversos períodos

Unidade Territorial	Taxa de Mortalidade por COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril a 12/maio	12/maio a 22/maio	22/maio a 13/junho	13/junho a 29/junho	28/abril a 29/junho
Polo - MSP	72,67%	46,95%	67,03%	25,08%	430,13%
Demais Municípios	132,25%	65,55%	96,36%	32,52%	900,50%
RMSP	86,52%	52,34%	76,26%	27,68%	539,45%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

As Tabelas 8 e 9 mostram que o crescimento dos óbitos vem sendo sempre inferior ao dos casos, tanto na capital como nos outros municípios. Mas também se observa que o crescimento das mortes nos outros municípios apresenta um gradiente superior ao da capital, culminando num aumento percentual mais do que o dobro da capital se consideramos todo o período.

Do ponto de vista da distribuição populacional, ela é bastante equilibrada na RMSP: a capital concentra 56% da população enquanto os demais municípios respondem por 44% da RM.

Embora o aumento do número de casos a partir de meados de junho tenha sido também maior nos outros municípios que na capital, em meados de junho a capital tinha 2,43 vezes mais casos que a periferia metropolitana, enquanto que na mesma data tinha apenas 1,70 vezes os óbitos. No fim de junho esta relação era ainda mais gritante, com a capital com 2 vezes os casos que os demais municípios, mas com apenas 1,3 vezes os óbitos.

Como é pouco provável grande diferença de estrutura etária e de comorbidades entre São Paulo e os demais municípios da metrópole, globalmente falando, esta mortalidade maior deve estar associada aos cuidados médicos disponíveis, tanto pelo seu acesso (distribuição espacial dos hospitais) como pela qualidade do serviço prestado. A cidade de São Paulo apresenta uma distribuição espacial razoável de equipamentos de saúde, reflexo da sua difusão pelo tecido urbano consolidada após a epidemia de meningite de 1974.¹⁰

¹⁰ Conforme palestra de Márcia Castro, na *live* conduzida pelo professor José Marcos Pinto da Cunha, NEPO-Uncamp, no dia 18 de junho de 2020. Disponível em <https://www.nepo.unicamp.br/cidadeseccovid19>.

II. Dentro dos outros municípios da metrópole

a) Em relação aos casos

A Tabela 10 mostra que:

- O maior número de casos no mês de maio foi no município de São Paulo;
- Em fins de abril dois municípios pequenos e bastante rurais (Biritiba Mirim e Embu-Guaçu, com menos de 70 mil habitantes), não apresentavam nenhum caso confirmado da doença;
- Os municípios com maior número de casos eram, além de São Paulo, Barueri, São Caetano do Sul e Osasco, que assim se mantiveram durante todo o mês. São municípios com grande pendularidade com a capital. Barueri, além de ser importante polo logístico, abriga Alphaville, local de moradia de camadas de renda alta paulistana. Mostra, no início da pandemia, moradores com viagens internacionais. Após o período inicial, o vírus se espalhou pelas áreas populares. Reportagem do Jornal Folha de São Paulo (29 de maio) comenta que, em Barueri, 105 pessoas morreram por causa da Covid-19. Porém, nos bairros mais ricos, Alphaville e Alphaville Empresarial e Industrial, só 2% dos 98 casos foram fatais. No Jardim Mutinga, 27% dos doentes não sobreviveram e no Jardim Imperial, 19%. São Caetano do Sul apresenta uma estrutura etária peculiar: em 2010 sua população com mais de 60 anos alcançava mais que 19% do total; a projeção para 2020 aponta este percentual em 23%. Pelo perfil da doença, pessoas idosas estão mais sujeitas a casos graves, que procuram atendimento, e também estão mais sujeitas a óbitos. Para o município de São Paulo, por exemplo, a proporção dos moradores com 60 anos e mais era cerca de 12% em 2010 e a projeção é de 15,62% para 2020. Osasco é um município com perfil proletário e muitas áreas de ocupação;
- Em meados de maio, São Bernardo, Santo André, Santana do Parnaíba e Caieiras continuavam entre os municípios com maior prevalência;
- Municípios pequenos e rurais, como Embú-Guaçu, Biritiba Mirim, Salesópolis, Juquitiba, Guararema se mantêm como os de menor prevalência.

Tabela 10 – Casos de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 28/abril a 22/maio.

Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab	
Municípios	28/abril	Municípios	12/maio	Municípios	22/maio
São Paulo	129,72	São Paulo	233,97	São Paulo	362,04
São Caetano do Sul	104,47	Barueri	200,84	Barueri	327,17
Barueri	95,69	São Caetano do Sul	189,76	Osasco	310,88
Osasco	94,87	Osasco	189,00	São Caetano do Sul	262,49
Franco da Rocha	76,87	Santana do Parnaíba	161,44	Santana do Parnaíba	257,72
Caieiras	70,57	Caieiras	148,09	Santo André	247,60
Santana do Parnaíba	70,22	São Bernardo do Campo	135,33	Cajamar	237,03
São Bernardo do Campo	69,70	Santo André	133,89	São Bernardo do Campo	229,66
Santo André	60,53	Arujá	122,57	Pirapora do Bom Jesus	228,10
Taboão da Serra	59,89	Franco da Rocha	122,21	Caieiras	218,66
Itaquaquecetuba	27,25	Embú-Guaçu	70,53	Ribeirão Preto	127,77
Vargem Grande Paulista	24,64	Guararema	67,96	Embú-Guaçu	126,37
Mairiporã	21,29	Itaquaquecetuba	61,25	Itaquaquecetuba	114,68
Santa Isabel	19,97	Mairiporã	58,81	Guararema	108,74
São Lourenço da Serra	19,26	Santa Isabel	58,09	Rio Grande da Serra	108,18
Guararema	13,59	Rio Grande da Serra	54,09	Mairiporã	102,41
Juquitiba	9,87	Biritiba-Mirim	46,39	Biritiba-Mirim	102,05
Salesópolis	5,94	Vargem Grande Paulista	36,01	Vargem Grande Paulista	89,08
Biritiba-Mirim	0,00	Salesópolis	29,69	Salesópolis	65,33
Embú-Guaçu	0,00	Juquitiba	23,03	Juquitiba	55,92

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

A Tabela 11 mostra a evolução da prevalência no mês de junho.

- No fim do mês, o número de casos por 100 mil habitantes de São Caetano já ultrapassava o do município polo;
- São Bernardo do Campo, Santo André e Diadema, três outros municípios do ABCD, se encontrava entre os dez mais atingidos;
- Osasco continuava, assim como Cajamar, Barueri e Santana do Parnaíba entre os dez município com maior quantidade de casos de COVID-19;
- Entre os menos afetados o perfil se mantinha parcialmente. Apenas Itaquaquecetuba, município um pouco mais populoso, com 370 mil moradores, não apresenta um perfil de pequeno município rural. Mas Itaquaquecetuba desde o início da pandemia se mantém entre os menos afetados

Tabela 11 – Casos de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 13/junho e 28/junho.

Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab	
Municípios	13/junho	Municípios	29/junho
São Paulo	741,60	São Caetano do Sul	1063,84
São Caetano do Sul	706,14	São Paulo	1045,56
Barueri	608,19	São Bernardo do Campo	908,28
Osasco	594,30	Santo André	877,55
Cajamar	570,68	Pirapora do Bom Jesus	848,76
Santo André	560,48	Osasco	821,63
São Bernardo do Campo	560,41	Cajamar	802,56
Santana de Parnaíba	533,55	Barueri	774,61
Pirapora do Bom Jesus	498,65	Diadema	773,34
Diadema	485,81	Santana de Parnaíba	750,01
Vargem Grande Paulista	261,55	Rio Grande da Serra	400,67
Ribeirão Pires	261,41	Ribeirão Pires	384,98
Guararema	258,25	Jandira	384,29
Rio Grande da Serra	246,41	Vargem Grande Paulista	377,17
Itaquaquecetuba	235,84	Itaquaquecetuba	368,06
Juquitiba	217,10	São Lourenço da Serra	340,20
São Lourenço da Serra	211,82	Juquitiba	335,52
Mairiporã	158,18	Mairiporã	247,41
Salesópolis	148,47	Biritiba-Mirim	222,65
Biritiba-Mirim	142,25	Salesópolis	172,23

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

b) Em relação aos óbitos

A Tabela 12 mostra que até meados de maio a maior mortalidade por 100 mil habitantes dentro da metrópole se dava na capital. A partir de meados de maio, o município de São Paulo, embora liderasse o número de casos por 100 mil habitantes até metade de junho, já apresentava letalidade menor. Em 12 de maio, a mortalidade era liderada por Osasco, assim como em 22 de maio (Mapa 6). Já em junho, Osasco perdia esta triste liderança para Barueri, que estava em segundo lugar em maio. São Paulo era o terceiro município com maior mortalidade, caindo para a quarta posição em junho (Mapa 7).

Entre os municípios com maior mortalidade, Barueri, São Caetano do Sul, Santa Isabel, São Bernardo do Campo, Caieiras e Osasco estão entre os municípios metropolitanos com os maiores IBEUs (São Paulo, como IBEU de 0,757, ocupa a décima segunda posição entre as 39 cidades da RMSP). O único município com alta mortalidade e baixo IBEU (0,734, 21º entre 39 municípios) é Guarulhos. De outro lado, Francisco Morato (com o menor IBEU da metrópole), Rio Grande da Serra, São Lourenço da Serra, com IBEUS baixos, têm também mortalidade relativamente baixa. A relação direta entre índice de bem estar urbano e

mortalidade não se verificou dentro da metrópole. O chamado nível de integração, que varia como a pendularidade, se mostrou mais explicativo.

Tabela 12 - Taxa de Mortalidade por de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 28/abril a 22/maio.

Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab	
Municípios	28/abril	Municípios	12/maio	Municípios	22/maio
São Paulo	11,13	Osasco	22,61	Osasco	35,54
Caieiras	9,94	Barueri	21,94	Barueri	33,66
Juquitiba	9,87	São Paulo	19,22	São Paulo	28,24
Osasco	9,10	Caieiras	14,91	Cajamar	27,05
Santa Isabel	9,08	Cajamar	14,17	São Caetano do Sul	19,17
Franco da Rocha	7,23	São Caetano do Sul	12,56	Itapevi	18,93
São Lourenço da Serra	6,42	Poá	12,12	Caieiras	18,88
Itapevi	6,31	São Bernardo do Campo	11,33	São Bernardo do Campo	18,84
São Caetano do Sul	5,95	Franco da Rocha	11,17	Franco da Rocha	17,74
Salesópolis	5,94	Itapevi	10,94	Poá	17,31
Ferraz de Vasconcelos	2,59	Salesópolis	5,94	Francisco Morato	10,32
Jandira	2,43	Vargem Grande Paulista	5,69	Embú-Guaçu	10,29
Francisco Morato	2,29	Carapicuíba	5,32	Santana de Parnaíba	9,41
Santana de Parnaíba	2,17	Santana de Parnaíba	5,07	Ribeirão Pires	9,25
Carapicuíba	2,03	Rio Grande da Serra	4,01	Vargem Grande Paulista	7,58
Arujá	1,11	Guararema	3,40	Jandira	7,28
Biritiba-Mirim	0,00	Arujá	3,34	Juquitiba	6,58
Embú-Guaçu	0,00	Juquitiba	3,29	Mairiporã	6,08
Pirapora do Bom Jesus	0,00	Biritiba-Mirim	0,00	Biritiba-Mirim	3,09
Rio Grande da Serra	0,00	Pirapora do Bom Jesus	0,00	Pirapora do Bom Jesus	0,00

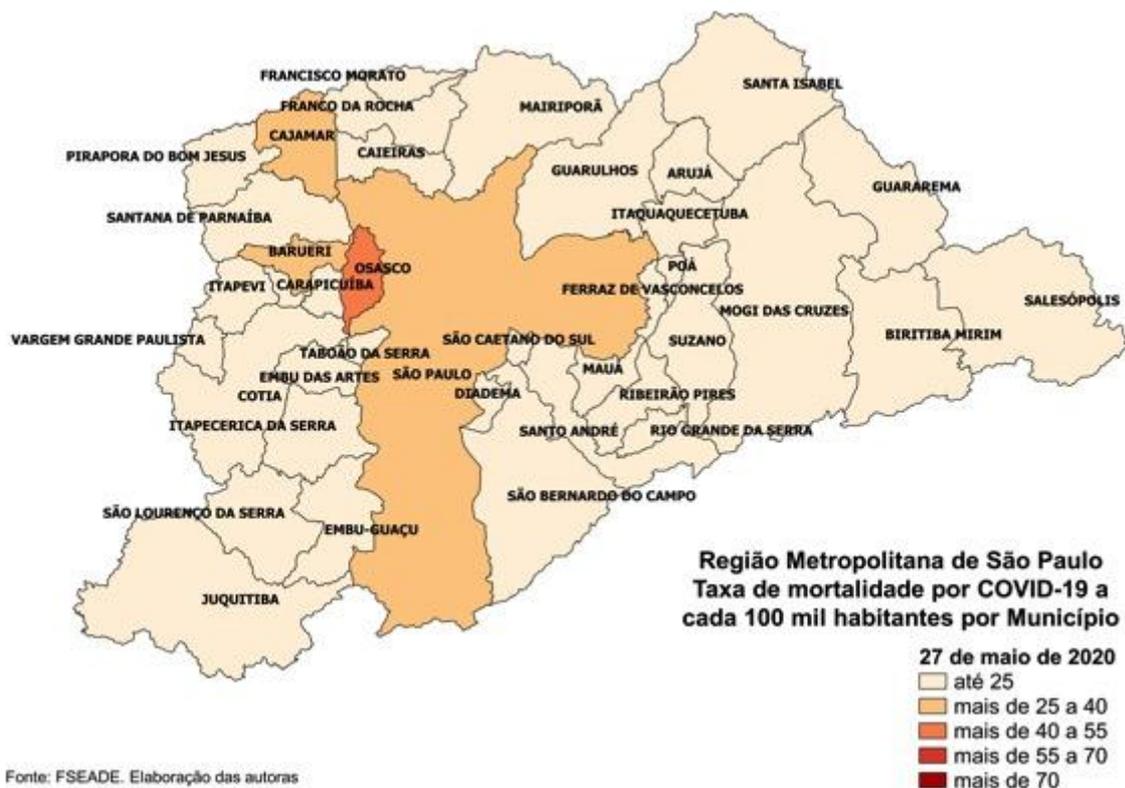
Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

Tabela 13 - Taxa de Mortalidade por de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 13/junho e 28/junho.

Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab	
Municípios	13/junho	Municípios	29/junho
Barueri	61,65	Barueri	76,78
Osasco	56,39	Osasco	70,05
Santa Isabel	49,01	Santa Isabel	67,17
São Paulo	47,17	São Paulo	59,00
Itapevi	42,07	São Caetano do Sul	58,85
Caieiras	39,76	Itapevi	53,85
São Caetano do Sul	39,01	Caieiras	51,68
Cajamar	37,36	Cajamar	51,53
Franco da Rocha	36,14	Guarulhos	49,43
Poá	34,62	Poá	47,60
Guarulhos	34,56	São Bernardo do Campo	44,70
Salesópolis	17,82	Santana de Parnaíba	28,23
Ribeirão Pires	17,65	Mairiporã	25,35
Jandira	16,99	Francisco Morato	25,23
Santana de Parnaíba	16,65	Ribeirão Pires	21,85
Rio Grande da Serra	16,03	Biritiba-Mirim	21,65
Embú-Guaçu	14,69	Rio Grande da Serra	20,03
Juquitiba	13,16	São Lourenço da Serra	19,26
São Lourenço da Serra	12,84	Embú-Guaçu	17,63
Biritiba-Mirim	12,37	Juquitiba	16,45
Pirapora do Bom Jesus	5,30	Pirapora do Bom Jesus	15,91

Fonte: F Seade Boletim coronavirus

Mapa 6 - Taxa Mortalidade. RMSP. 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Mapa 7 - Taxa Mortalidade. RMSP. 29 de junho de 2020.

Referências Bibliográficas:

PASTERNAK, D'OTTAVIANO E BARBON. Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: caminho rumo à periferia. Publicado em 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/mortalidade-por-covid-19-em-sao-paulo-caminho-rumo-a-periferia/?utm_source=Boletim&utm_medium=E-mail&utm_campaign=634&utm_content=Mortalidade+por+COVID-19+em+S%C3%A3o+Paulo%3A+caminho+rumo+%C3%A0+periferia>. Acesso em: Julho de 2020.

D'OTTAVIANO, C.; PASTERNAK, S.; & BARBON, Â. L. (2019). Precariedade Habitacional na Macrometrópole Paulista: um primeiro olhar a partir dos Níveis de Integração. In Anais do XVIII Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional. Natal: ANPUR.

A PANDEMIA EVIDENCIA O REFUGO HUMANO E O MANEJO PELA CARIDADE

*Marisa do Espírito Santo Borin¹¹
Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi¹²
Maria Antonieta da Costa Vieira¹³*

Vimos, até o momento, as principais manifestações espaciais da Covid-19 no estado de São Paulo, identificando na Macrometrópole Paulista uma espacialidade bastante definida no que se refere ao padrão de disseminação da doença. Aspecto particularmente importante desse padrão de disseminação é a sobreposição de carências, que faz de fatores sociais elementos ainda mais importantes que a composição etária da população.

Neste sentido, abordaremos no presente capítulo um grupo social especialmente vulnerável, e ainda extremamente invisibilizado, a população em situação de rua. Analisaremos o impacto da epidemia da Covid-19 sobre aqueles que, despossuídos de moradia e dependentes de espaços de acolhimento restritos e insuficientes, vêm-se ainda mais vulnerabilizados no contexto de isolamento social.

Todos nós temos observado em nossas cidades pessoas vivendo nos espaços públicos e é nítido o seu crescimento nos últimos anos, o que tem demandado, cada vez mais, atenção do Estado, da sociedade civil, entidades assistenciais e filantrópicas, entre outras, exigindo soluções que venham ao encontro das características e reais necessidades dessa população, principalmente aquelas visando à sua saída das ruas.

O cenário atual torna ainda mais explícita a desigualdade social resultante do sistema capitalista e expõe a insustentabilidade dos discursos e práticas neoliberais. Atualmente os cidadãos estão ainda mais conscientes da importância de políticas públicas, ou seja, da relevância da proteção social com a existência de um Estado maior e mais atuante. Pensando nisso, o presente artigo é resultado da necessidade de um olhar cuidadoso e crítico sobre a população em situação de rua no cenário da pandemia, especialmente na cidade de São Paulo. É importante, neste momento, reconhecer as fragilidades e avanços das políticas de atenção à população em situação de rua construindo os alicerces da necessária resistência ao desmonte da assistência que temos presenciado.

¹¹ Mestre e doutora em Ciências Sociais (PUC-SP). Pesquisadora do Observatório das Metrópoles de São Paulo e da Rede Brasileira de Pesquisadores sobre a População em Situação de Rua.

¹² Graduada em Ciências Sociais (PUC-SP), mestrado em Arquitetura e Urbanismo (FAU-USP) e doutorando (Bolsista de Capes) em Ciências Sociais (PUC-SP). Docente de graduação em Psicologia e Serviço Social (UNIP-SP). Pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua e do Observatório das Metrópoles de São Paulo.

¹³ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e Mestre em Ciências Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Tem experiência na área de Antropologia e Sociologia, realiza também pesquisas na área urbana com estudos de grupos vulneráveis, especialmente população em situação de rua e políticas públicas voltadas a estes segmentos.

Diante deste cenário, nos perguntamos: o que há de particular nessa conjuntura quando abordamos a população em situação de rua? Partindo dessa questão tantas outras surgem e responder algumas delas é parte do propósito deste artigo, mas, acima de tudo, visa subsidiar o debate público para que se supere a atuação clientelista e caridosa do manejo das situações de privações extremas. Isso significa reconhecer os avanços e as permanências históricas manifestas nas políticas segmentadas e focalizadas dos últimos 30 anos.

Não é de hoje que entendemos a população em situação de rua como Bauman (2005) denomina “refugo humano”, ou seja, a população em situação de rua é parte da estrutura de classe e de poder, portanto, não representa um segmento excluído socialmente, pois, afinal, ela está em um campo no espaço social e a sociedade a contém.

É também oportuno lembrar que, a cada nova etapa de renovação do capital e desenvolvimento econômico, são produzidos refugos humanos, na forma de refugiados, migrantes, população em situação de rua, favelados, prisioneiros, marginalizados etc. As últimas décadas do século XX e início do XXI colocam sobre o urbano questões como aumento da informalidade das atividades econômicas que encontra efetividade nas cidades. É importante destacar também que pessoas vivendo nas ruas não é uma realidade somente do nosso país e de nossas cidades. Hoje em dia, pessoas em situação de rua estão presentes em todas as cidades mundiais, constituindo, portanto, um fenômeno global. Assim, trata-se de refugo humano, no extremo do espectro da inclusão perversa.

É, por isso, oportuno reconhecer os desafios e contextos de inadequação da política de assistência social pelos processos de desmonte que se somam à pandemia. Partindo dessas premissas, o presente artigo é um convite para se avaliar como estão sendo atendidos os cidadãos e como são tratados os profissionais. Assim, ao trazer evidências desse processo de desmonte ganha mais um sentido de denúncia, de alerta e de construção de resistência técnica pelos avanços e conquistas dos últimos 30 anos. Afinal, devemos aproveitar a oportunidade de crise para construir soluções ainda mais efetivas, mais solidárias e mais democráticas, para esta população.

Compreendendo o fenômeno

No Brasil, a população em situação de rua constitui um dos segmentos mais vulneráveis da pobreza urbana. Nenhum outro segmento partilha de tanta privação para manter e reproduzir sua sobrevivência. A rua é o local de se viver, existir e resistir. Essa realidade revela a grande desigualdade que existe em nosso país, ainda mais em se tratando da maior e mais rica metrópole brasileira, como é o caso de São Paulo. É por isso

que essa questão afeta muito o nosso olhar e nos move em na busca de caminhos e soluções mais adequados para atender essa população. Então, quem são as pessoas que vivem e sobrevivem nas ruas?

Nosso ponto de partida é o conceito institucional adotado pelas instâncias municipais, estaduais e federal, estabelecida por meio do Decreto Federal nº 7.053 de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que, de forma resumida, traz três dimensões que caracterizam essa população: pobreza extrema, vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Sem moradia, utilizam os logradouros públicos, baixos de viadutos, praças, marquises, bem como os serviços de acolhimento fornecidos pelo poder público e realizados por entidades sociais e/ou religiosas.

Quando falamos em população em situação de rua o que nos vem à mente, de imediato, é que todas e todos que têm a rua ou centros de acolhida como seu habitat formam um segmento social homogêneo. Contudo, estamos falando de pessoas e elas são muito diferentes entre si, o que se soma aos diversos fatores que cada um carrega como causa para estarem na situação de rua, compondo, assim, uma população extremamente heterogênea. Esse é um aspecto bastante importante que merece destaque, até mesmo para que sejam avaliadas as políticas socioassistenciais existentes frente às reais necessidades de atendimento que essa população demanda. Assim, é preciso considerar a multiplicidade de características pelas quais se diferem as pessoas que vivem nas ruas e nos centros de acolhida.

Começamos pela trajetória anterior à ida para a rua, ou seja, a herança cultural e social, os valores vividos anteriormente, o tempo e as formas de rompimento dos vínculos familiares. Depois, o tempo em que a pessoa está na rua (tempo de rua), porque há uma diferença de quem está há um dia, um mês, ou até um ano, daqueles que lá estão há cinco, quinze ou trinta anos. Temos que olhar também os tipos de socialização criados na rua, a rotina espacial utilizada no cotidiano e como utilizam a cidade, pois estas condições diferem de pessoa para pessoa. O uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), bem como acesso às políticas de saúde, educação, trabalho etc., também são fatores diferenciadores. Além dessas, mas também importante, e que faz diferença entre eles, é se auferem alguma renda ou não enquanto vivem nesta situação. Essas são algumas das variáveis importantíssimas para se analisar essa população.

Quanto mais tempo na rua, mais distante ficam as memórias, pois estas vão desaparecendo gradualmente, dando lugar ao cotidiano vivido na dimensão do aqui e agora, tendo como preocupação básica a manutenção da vida, a procura da autoestima ou resgate

do eu são traços que fazem parte das experiências de viver nas ruas. (Borin, 2003). São perdas que se sobrepõem até chegarem à rua e que impedem o indivíduo de elaborar um projeto de vida e de futuro

A trajetória de vida na rua tem início com um conjunto de perdas de bens e valores objetivos e simbólicos. Uma vez vivendo na rua ficam sujeitos às regras estabelecidas que inicialmente desconhecem [...]. Nessa interação cotidiana vai-se aprendendo, apreendendo e incorporando um novo estilo de comportamento e de relações. (LANFRANCHI E FERREIRINHO, 2019, p.70).

Encontram-se também vivendo nas ruas imigrantes, refugiados, membros do segmento LGBTQI+, jovens que saíram do sistema penitenciário, crianças, famílias, embora em números variados ao longo de cada período.

Quanto à dimensão dessa população na cidade de São Paulo é preciso se observar que a população de rua não é fenômeno recente. Ela se torna mais visível no final dos anos 1980 e início dos 90, momento este em que passa a ser considerada uma questão social, tornando-se um desafio para o poder público frente às necessidades de políticas de atendimento para essa população.

Nessa direção, foi criada a lei municipal nº12.316 de 16 de abril de 1997 que trata da obrigatoriedade do poder público em prestar atenção à população em situação de rua na cidade de São Paulo, regulamentada pelo Decreto nº40.232 de 2 de Janeiro de 2001, que, entre outros aspectos, determina a realização de censos de pessoas em situação de rua até o terceiro ano de cada gestão (ver artigo 8º) para dimensionar recursos e ações para esta população. Assim, foi possível até hoje na cidade a realização de cinco censos sobre essa população.

O primeiro em 2000, depois em 2009, em 2011, em 2015 e o último em 2019. Em 2000 foram registradas 8.706 pessoas; nove anos depois, em 2009, foram computadas 13.666 pessoas. Em 2015 foram identificadas 15.905 pessoas e pelo último, agora em 2019, foram registradas 24.344 pessoas. São muitas vidas nessa condição de extrema pobreza hoje em nossas cidades. Isso sem deixar de reconhecer os esforços dos técnicos da pasta em realizar contagens em períodos anteriores, no início dos anos de 1990.

Percebe-se um crescimento vertiginoso da população, como demonstram os censos: a população cresceu 56,7% de 2000 a 2009, 16,38% entre 2009 e 2015 e 53,1% entre 2015 e 2019. Do primeiro censo, de 2000 ao último de 2019, enquanto a variação da população geral da cidade foi de 17,8% a da população de rua atingiu 179,1%.

No Brasil não há contagem oficial que permita quantificar seu crescimento, inclusive há significativa mobilização para inclusão da população em situação de rua no Censos do

IBGE¹⁴. De toda sorte, há um esforço dos governos municipais para incluir o povo da rua no cadastro único para acesso a programas sociais (CadÚnico), também registros mensais de atendimento (RMA) realizado nos serviços socioassistenciais e dados de atendimento computados anualmente pelos órgãos municipais para preenchimento do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), entre outras iniciativas locais.

Mas, o que existe são apenas estimativas, como no caso do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que, através da nota nº73 (Natalino, 2020), busca estimar a população de rua no Brasil a partir de dados registrados no CadÚnico e Censo SUAS. Desta forma, indica-se a existência de 220 mil pessoas em situação de rua em nosso país. Isso significa que, em 2019, a população em situação de rua representa 0,1% da população total do Brasil e 0,19% da população geral do município de São Paulo.

Por último, vale observar que o conceito de população em “situação de rua” pode nos levar à ideia da situação como um tempo passageiro de permanência na rua, contudo tem um significado mais amplo. Essa é uma situação-condição em que são conduzidas parcelas expressivas da classe trabalhadora em decorrência das desigualdades sociais, elevado nível de pobreza e exclusão social produzidos por nossa sociedade.

Poderiam perguntar: em que a população em situação de rua se difere dos demais segmentos da pobreza urbana que vive em São Paulo? É possível afirmar que a grande diferença é a inexistência de uma moradia convencional regular. A moradia, seja ela qual for (no barraco, cômodo de cortiço, palafita, entre outros), é o espaço privado de liberdade, é o mundo da sociabilidade primária, é o local de identidade e de acesso à cidadania.

Estudos norte-americanos revelam que a habitação é elemento organizador dos demais aspectos da vida, como trabalho, vínculos familiares etc. Webb (2017) também aponta para os efeitos da ausência e estabilidade tanto nas condições de saúde como na representação ou participação na formulação de políticas. De toda maneira, diversos estudos europeus, australianos e americanos indicam que é a condição instável de habitação e o baixo nível de renda para mantê-la que provocam a ida para as ruas. É por esse fator que a questão da moradia para essa população está no centro dos debates mundiais e também em nosso país, notadamente em São Paulo. Não dá mais para adiar essa discussão que é de imensa relevância para a população que vive nas ruas, considerando-se, é claro, sua heterogeneidade.

Este é o complexo cenário, a partir da conceituação e magnitude da população em situação de rua no município de São Paulo. Por isso, para aprofundar o entendimento dos processos de desmonte, se faz também necessário debruçar nas tipologias e na própria

¹⁴ (Ver Melito, 2019 e Secretaria de Comunicação MPDFT, 2019).

gestão da política na composição territorial dessa rede. Como ressalva Foucault (2008), as violências estão presentes nas práticas discursivas e não-discursivas. Assim, a análise segue observando a forma como estão sendo tratados os sujeitos e os agentes do campo.

Precarização e Desmonte a despeito da expansão de serviços de caráter tradicional-tutelar

A partir deste ponto, a presente análise reconhece que a política de assistência social, em sua formulação constitucional de pretensiosa universalidade, se deslocou da filantropia para o direito focada mais na teoria e pouco aprofundada na prática. Considerando as heranças na gestão das políticas sociais, tem-se que nos anos 1990 atuava de forma segmentada e nos anos 2000 na forma focalizada, sem com isso enfrentar a herança de controle, tutela e responsabilização dos indivíduos, vistos como passivos e não ainda como agentes ativos dotados de plena cidadania.

Milton Santos (2014) fala em cidadão mutilado para compreender a construção brasileira das identidades socioespaciais em extrema desigualdade. Reconhece a construção do capitalismo à brasileira se dando de forma acelerada, além de resultar no subjugamento dos modelos políticos e cívico-territoriais ao modelo econômico, construindo-se cidadãos de classes distintas incluindo os não-cidadãos.

O resultado de todos esses agravos é um espaço empobrecido e que também se empobrece: material, social, política, cultural e moralmente. Diante de tantos abusos, o cidadão se torna impotente, a começar pelas distorções da representação política [...]. A própria existência vivida mostra a cada qual que o espaço em que vivemos é, na realidade, um espaço sem cidadãos. (SANTOS, 2014, p.65).

Marta Arretche (2018), por exemplo, fala em inclusão dos “outsiders”. Ao analisar a trajetória da desigualdade econômica no Brasil, no período democrático contemporâneo, demonstra que a desigualdade foi substancialmente reduzida por um mecanismo de inclusão dos *outsiders*, primeiro pelo desenho das políticas públicas inclusivas e depois pela convergência em torno das preferências dos beneficiários dessas políticas. O combate à extrema pobreza teve, como efeito, serem os *outsiders* mais relevantes como eleitores do que como sujeitos de direitos.

De qualquer modo, tivemos importantes avanços democráticos, ainda que com a tardia construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dadas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 e a Norma Operacional Básica (NOB) de 2005. Em se tratando de população em situação de rua, devemos destacar a Política e a Tipificação Nacionais, ambas de 2009, que permitiram a ampliação da cobertura de

CadÚnico para esse segmento populacional e a ampliação e padronização das ofertas por todo o território nacional.

Partindo dessas premissas, a análise, a seguir, traz evidências para sustentar a afirmação de que na prática testemunhamos a precarização e o desmonte da política de assistência social e de sua sustentação moral.

A primeira evidência está no fato da expansão da cobertura ou ampliação dos serviços que seguiram os modelos mais tradicionais e tutelados de acolhimento, em detrimento da implantação de serviços com maior autonomia e privacidade, como é o caso das Repúblicas¹⁵. Esses dados são comprovados quando analisados os Censos SUAS (de 2012 a 2018), mas também quando analisados os dados do município de São Paulo.

No Brasil, durante o referido período, é possível identificar a ampliação em todas as tipologias de acolhimento apresentando-se uma variação positiva de 22,9% e taxa geométrica de crescimento de 4,4% a.a. das unidades disponíveis nos diversos territórios. Olhando especificamente para a população em situação de rua, em 2012, tem-se 7,5% das unidades na modalidade “Casa de Passagem” e 1,1% “Repúblicas”. Já, em 2018, “Casa de Passagem” representa 9,8% do total e “Repúblicas” 1,5%. Esses dados evidenciam o aumento de cobertura do acolhimento com ênfase na tradicional modalidade de maior tutela dos indivíduos.

Tabela 1 – Distribuição Normal das Unidades de Acolhimento no Brasil, de 2012 a 2018, por tipologia de serviços.

Abrigo Institucional*	3.024	3.043	3.936	3.820	3.781	3.815	3.836
Casa de Passagem**	327	357	286	349	569	544	557
Casa-Lar e Casa-Lar em Aldeia	761	797	699	936	866	830	834
Outros ***	162	122	147	258	338	176	194
República ****	47	46	44	62	71	73	85
Residência Inclusiva	39	58	67	125	156	151	150

Fonte: Censo Suas/SAGI/MDS, 2012-2018

Elaboração: Autoras, jul 2020.

Notas: * em 2016 variáveis agrupadas (ILPI).

** Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados e Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua.

*** Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres, Casa de Apoio, Família Acolhedora.

**** República para adultos em processo de saída das ruas e Repúblicas para Jovens

¹⁵ Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais - Serviço de Acolhimento em Repúblicas: “*Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação. O atendimento deve apoiar a construção e o fortalecimento de vínculos comunitários, a integração e participação social e o desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas. O serviço deve ser desenvolvido em sistema de autogestão ou cogestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Deve contar com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas*” (COLIN E TAPAJÓS, 2013, p.51).

Quando se trata dos serviços na prefeitura de São Paulo, vemos que entre 2016 e 2020 passou-se de uma proporção de unidades de Repúblicas em relação ao total da rede exclusiva para população em situação de rua da ordem de 8% para 6% respectivamente. Ou seja, entre 2016 e 2020 tivemos crescimento negativo de 7,7% a.a. nas unidades e de 3,8% na capacidade de atendimento.

Ressalva deve ser feita, pois as Repúblicas no município de São Paulo não respeitam o padrão de quadro de profissionais estabelecido em nível federal. Este prevê, além de um (1) coordenador, a presença de um (1) psicólogo e um (1) assistente social a cada 20 usuários. Em discordância no município (ver Portaria 46/Smads/2010)¹⁶, estabelece-se para as modalidades “adultos” e “idosos” a proporção de 60 usuários para 1 gerente¹⁷ em até 4 casas¹⁸; Técnicos são previstos somente na modalidade “jovens”, sendo de 1 assistente social e 1 psicólogo para 24 jovens. Aqui se tem mais uma evidência de precarização que se associa ao desmonte.

É preciso sinalizar que as dificuldades encontradas nesses serviços se dão, possivelmente, por não terem a mediação desses profissionais no cotidiano das atividades como alimentação, organização do espaço coletivo etc. Assim, no município, ao invés de qualificar os serviços atendendo ao estabelecido em diretrizes nacionais, foram fechando as poucas unidades existentes.

Um segundo aspecto diz respeito à forma como são tratados os recursos orçamentários, de maneira geral no Brasil e nos demais níveis federativos, levando a um processo de fragilização das políticas sociais. Primeiro com a redução do teto de gastos, pois o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional nº 95 em dezembro de 2016, que estabelece limite aos gastos públicos por 20 anos. Por decorrência, a partir de 2018 se perde o patamar estabelecido em porcentagem que vinha garantindo, em certa medida, expansões das ofertas e, portanto, da própria atenção. Agora, fixar-se-á, com base no critério da inflação¹⁹, sendo calculado considerando-se o ano anterior e aplicando-se uma correção pela inflação do período. Se os efeitos negativos de tal medida já podem ser

¹⁶ A modalidade “adulto” estabelece de 15 a 20 usuários por casa. Na modalidade “idoso” a proporção é de 10 a 12 por casa. Na modalidade “jovem” a proporção é de 6 jovens em cada casa.

¹⁷ Em um edital de chamamento público (nº120/Smads/2019) de República Adulto para a região de Santana/Tucuruvi: vemos a proporção de 60 usuários adultos para 1 gerente e a indicação de valor de repasse mensal de custeio do serviço, sendo de R\$ 14.558,41 para OSC sem isenção e de R\$ 13.215,12 para OSC com isenção de cota patronal do INSS.

¹⁸ Para a modalidade “adulto”, no caso de 4 (quatro) ou mais casas, sugere-se acrescentar um orientador socioeducativo.

¹⁹ IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

sentidos nas áreas de saúde e a educação, as únicas com um piso constitucional de gastos, pode-se imaginar o que ocorrerá com a assistência social?

Um segundo ponto de observação do processo de fragilização dos recursos, reside nos usos e abusos da dotação orçamentária de seguridade social, que já vinham ocorrendo ao longo dos últimos 30 anos. Estudos revelam que há desfinanciamento e inversão dos objetivos da seguridade social no Brasil. Isso quando recursos de exclusividade das políticas de seguridade social viram instrumento para administração da dívida pública ou gestão fiscal, por meio de renúncias tributárias para socorrer a iniciativa privada ou pela desoneração da folha de pagamento com servidores reformados do exército e outros.

[...] retirada de recursos por meio da DRU²⁰ e das renúncias tributárias [que] alcançou o montante de R\$ 269,50 bilhões em 2016 [...], isto é, 37,60% acima dos recursos que foram destinados no mesmo ano para as políticas de saúde e assistência social no orçamento da União, que totalizaram o montante R\$ 195,86 bilhões (SALVADOR, 2017, p.434).

Também quando os recursos são majoritariamente alocados em benefícios em detrimento de investimentos e gastos em serviços: “[...] os recursos destinados ao *Benefício de Prestação Continuada* e ao *Bolsa Família* superam em catorze vezes os recursos destinados aos serviços regulares de assistência social, [...] que atuam diretamente nas necessidades individuais e familiares dos cidadãos [...]” (LOBATO, 2009 p.727). Ou ainda, pelo reconhecimento de que “a ênfase nos benefícios sociais da ação privilegiada sobre os pobres tem obscurecido as severas restrições impostas às políticas universais e não garantem a continuidade da queda da desigualdade” (LOBATO, 2009 p.726).

Em seguida, corroborando, tem-se a distorção da noção de filantropia, pois colocam os benefícios como “privilégio” ou “caridade”, quando, na verdade, são direitos. Nessa distopia de conceitos promovidos pelo neoliberalismo, introduz-se a ação da iniciativa privada como “auxílio” às políticas públicas, quando, na verdade, se caracteriza por ações de benevolência, como assistimos no município de São Paulo, com as doações de recursos privados para implantação de projetos²¹ de acolhimento distorcendo a opinião pública, ao relativizar e ocultar o uso de recursos do fundo municipal para manutenção dessas modalidades de atendimentos. A criação deste tipo de ambivalência serve para a desconstrução de conceitos consolidados e ampliação do protagonismo da iniciativa privada desprivilegiando a ação do Estado.

²⁰ DRU – Desvinculação de Receitas da União é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 30% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas, cortando os recursos que seriam destinados à seguridade social (saúde, assistência e previdência).

²¹ CTA – Centro Temporário de Atendimento, Atende - Atendimento Diário Emergencial

Esses serviços implantados, além de remeterem a modelos anteriores ao SUAS, portanto inadequados, também levam à pressão financeira e, como consequência, ao fechamento de serviços de proteção social especial e básica, esses sim continuados e tipificados. Basta ver que, comparando-se 2020-2009, houve quedas de 2,4% nas unidades e de 2,9% na capacidade de atendimento da rede socioassistencial como um todo. Lembrando-se que a queda foi ainda maior nos serviços exclusivos da população em situação de rua (variação negativa de 7,8% entre 2020-2009).

Tomando como exemplo os Serviços Especializados de Abordagem Social- SEAS- de janeiro de 2016 a janeiro de 2020, se pode ver uma redução geral da ordem de 4 unidades e 160 vagas. Contudo, quando comparamos território por território, vemos que Cidade Ademar, Aricanduva/Formosa/Carrão, Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Tiradentes, Itaquera; M'Boi Mirim, Pinheiros, Santana, Vila Mariana e Casa Verde/Cachoeirinha tiveram reduções em suas capacidades de atendimento. variando de 50 a 300²² vagas em cada unidade. Dentre essas, as mais expressivas reduções foram em Vila Mariana e Pinheiros, também os territórios de Cidade Tiradentes e M'Boi Mirim que ficaram sem referência específica. Já os territórios de Vila Maria/Vila Guilherme, Mooca e Sé tiveram ampliação na capacidade. Nesse cenário, identificaram-se também alterações nas tipologias, diminuindo aquelas exclusivas para crianças e adolescentes e as dirigidas para cenas de concentração de uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse movimento contraria o aprofundamento técnico que a especificação possibilita, colocando-se no lugar a generalização.

O cenário de desproteção é reforçado quando esses dados são comparados aos dados censitários. Entre 2009 e 2019, a Subprefeitura de Pinheiros teve crescimento negativo no total de pessoas em situação de rua (Taxa geométrica anual de 1,7%a.a.), diferente do caso de Vila Mariana, M'Boi Mirim e Cidade Tiradentes que apresentaram taxa positiva de crescimento geométrico anual (de 10,4%a.a., 13%a.a. e 56,5%a.a., respectivamente).

Diante desta conjuntura há preocupações quanto à efetiva capacidade da política municipal de assistência social dar respostas adequadas e à altura do desafio, ainda mais se consideradas as exigências postas pelo COVID-19. Não se trata somente de enfrentar as

²² As capacidades de atendimento dos Seas, de 2016 para 2020, respectivamente: 1) Cidade Ademar - de 250 para 150; 2) Aricanduva/Formosa/Carrão - de 200 para 150; 3) Campo Limpo - de 200 para 150; 4) Capela do Socorro - de 300 para 150; 5) Cidade Tiradentes - de 100 para 0; 6) Itaquera - de 220 para 160; 7) Vila Maria/Vila Guilherme - de 0 para 140; 8) Mooca - de 600 para 1020; 9) M'Boi Mirim - de 100 para 0; 10) Pinheiros - de 460 para 260; 11) Sé - de 4220 para 4820; 12) Santana - de 580 para 480; 13) Vila Mariana - de 440 para 140; 14) Casa Verde/Cachoeirinha - de 250 para 140.

distorções dos conceitos, as perdas na qualidade técnica da atenção prestada e o fechamento de serviços, mas a desconstrução da própria natureza da proteção social.

Ações no COVID-19: na perspectiva do poder público (despreparado, distópico e higienista) e na perspectiva dos profissionais e sujeitos (sem condições).

As orientações de limpeza das mãos, alimentação adequada para aumentar imunidade, limpeza diária, entre outros, ficam impraticáveis, em particular, para a população em situação de rua. Primeiramente, porque já havia uma demanda por serviços diurnos para alimentação e higiene e os dados amostrais de perfis socioeconômicos reforçam isso, quando a alimentação ainda depende significativamente de doações ou coleta nos lixos. Sabemos também que a limpeza de roupas é feita com águas da chuva, doadas, de bicas etc. A secagem das roupas normalmente é feita em varais improvisados, o mesmo acontecendo nos próprios serviços de convivência, ou seja, dependem do clima. Por que não podem ter máquinas de secar roupas nesses serviços? Isso é uma decisão técnico-política que pode e deve ser revista.

Um segundo aspecto diz respeito às condições físicas dos espaços de convivência e acolhimento dessa população, que já estavam em precárias situações. A previsão, em alguns Termos de Parcerias, é que obras edilícias devam ser realizadas pela Secretaria Municipal e pequenas questões com os recursos da parceria. Lembrando-se desta forma, que a gestão da pasta já não estava dando atenção para a manutenção dos espaços.

Um terceiro aspecto é a necessidade de isolamento. A orientação de Smads coloca que, em caso de suspeita ou confirmação, o sujeito seja transferido para quarto separado ou para unidades emergenciais referenciadas, demonstrando incompatibilidade com os serviços, pois a maioria deles (se não a totalidade) não possui quarto extra, ou desocupado.

Outro aspecto a ser considerado é que, ocorreu em um dado momento, uma orientação polêmica de transporte dos casos em suspeita e confirmados de Covid-19, sendo solicitado para ser feito pelos serviços de abordagem social. Esses profissionais vêm acionando o Sindicato, pois compreendem que o adequado transporte deveria ser feito pela Saúde, tanto em termos de higienização, como na possibilidade de complicações durante o deslocamento. Isso sem contar com a possibilidade de contágio desses profissionais e seus familiares.

Essas questões, assim colocadas, reforçam a preocupação de uma relação mais ajustada entre as políticas de saúde e de proteção social. Esperava-se um protocolo integrado de atendimento, como no caso da tuberculose. Essa experiência deveria servir de

exemplo, pois conseguiu reduzir em muito a intensidade dos casos entre a população em situação de rua, em especial a população acolhida.

Além disso, as vagas abertas nesta gestão, até então estiveram focadas na modalidade CTA ou Atende. São serviços sem qualquer espaço privativo e que já eram alvo de denúncias no Comas (Conselho Municipal de Assistência Social) e em outros órgãos de fiscalização e defesa, em especial sobre as condições insalubres (ver Paes, 2019), como banheiros e proteção dos funcionários, entre outros.

No início, não havia uma movimentação para abertura de novas vagas e unidades para atendimento da demanda, seja em caráter emergencial ou continuado, tendo como justificativa o Decreto nº59.283 de 16/03/2020. Pode-se inferir, portanto, ser resultado da pressão da sociedade civil a abertura de 1.022 vagas em 12 unidades (Centros de Acolhida Emergenciais em Santo Amaro, Tietê, Santana, Barra Funda, CEU Jambeiro - Guaianases, Clube Escola Pelezão – Alto da Lapa, Mooca, Vila Mariana, Lapa e Cidade Ademar) sendo que, dessas, 11 devem encerrar atividades 30 dias após o período da pandemia. Lembrando-se que o Ministério Público (MP) solicitou ao Prefeito que colocasse em prática um plano para a criação de 8 mil vagas de acolhimento para pessoas em situação de rua durante a pandemia do Coronavírus (ver Netto e Venceslau, 2020). A mobilização social expressa nas recomendações do MP propõe a inclusão do uso da rede hoteleira e dos prédios municipais ociosos para atendimento da demanda. Medida esta que até o presente ainda não se concretizou.

Por fim, o quarto aspecto foca o quadro de profissionais, sendo que os serviços são realizados, primordialmente, por organizações parceiras. As orientações de Smads estabeleceram a responsabilidade das organizações parceiras na definição de jornadas e RH de Grupos de Risco. Os únicos serviços diretos são CRAS, CREAS e Centro Pop que seguem com quadros defasados e que sofreram baixas com exonerações, adoecimentos e/ou afastamentos. No caso dos Centros Pop, algumas unidades já operavam, antes da pandemia, com dois técnicos, ou um técnico e um administrativo.

Os profissionais, tanto dos serviços da rede parceira quanto dos serviços diretos, estão reclamando da ausência ou insuficiência dos equipamentos de Equipamento de Proteção Individual - EPI. As organizações mencionam os preços exorbitantes que dificultaram a compra na quantia necessária. Neste sentido, acredita-se que o Município, como autoridade maior, teria melhores condições de compra, contudo, transferiu esta responsabilidade para as organizações. Reforçando mais uma vez a postura de precarização e fragilização como conjunturas do desmonte.

Já as unidades de gestão local (SAS – Supervisão de Assistência Social, CRAS, CREAS e Centro pop) receberam da Smads álcool em gel, máscaras e luvas, que, segundo denúncias dos trabalhadores dessas unidades junto ao Sindicato, foram em quantidade insuficiente, chegando algumas não lacradas, fora dos prazos de validade etc.

Esse é o alarmante contexto de trabalho dos profissionais do SUAS, que só recentemente tiveram reconhecida sua função essencial e merecida atenção/proteção, como a despendida aos profissionais da Saúde. A Lei nº 14.023 de 8 de julho de 2020 prevê aos profissionais psicólogos, assistentes sociais, agentes socioeducativos e demais dos CRAS, CREAS e aqueles que trabalham como cuidadores de idosos, portadores de deficiências e doenças raras, a necessidade de fornecimento de EPI e a inserção no Protocolo de Testagem.

Em uma das orientações de SMADS para a rede parceira municipal, é dito para intensificarem as abordagens e visitas domiciliares, como no caso dos serviços Seas e Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico (NPJ – que é o RH terceirizado dos Creas). Segundo os profissionais, os quadros estão reduzidíssimos, inviabilizando a efetivação de tal diretriz. Neste período, não se viram ações de caráter emergencial de aditamento dos serviços, tanto na direção de ampliação de quadro de profissionais como de ampliação do período de funcionamento, como se costuma ver anualmente nas operações de baixas temperaturas. Pelo contrário, como já mencionado anteriormente as capacidades dos Seas foram reduzidas e deslocadas de alguns territórios, mesmo daqueles que apresentaram aumento de demanda entre Censos.

A atual gestão do município de São Paulo passou por sete trocas de secretários e a mais recente parece carregar uma visão distorcida do que sejam serviços continuados do SUAS. É notória uma visão também distante, e até mesmo elitista, do tratamento das situações de risco como, por exemplo, o recém anunciado Cartão Alimentação para acesso ao restaurante popular “Bom Prato”, com refeições de R\$1,00. Provavelmente a realização do cartão (impressão, sistema de controle etc.) sai mais caro do que garantir acesso gratuito à alimentação para todo cidadão que assim entender que seja necessário, pois quem tem fome não deveria ter que provar sua condição.

Os sujeitos em situação de rua reclamam da ausência de máscaras, banheiros, sabonete para higienização pessoal, orientações sobre os sintomas da doença etc. Muitos estão recorrendo às redes de caridade e doações para poderem se alimentar, higienizar, entre outros aspectos básicos. Vale reforçar a dificuldade para se obter doações e auferir recursos, dada a redução da circulação de pessoas pelos espaços ou receio de aproximação.

Na política de assistência social, na cidade de São Paulo, é esse o perverso encontro entre o desmonte e a incapacidade da política de proteção social, resultando em inoperância e insuficiência, ou seja, de desproteção frente às especificidades postas pelo Covid-19 e pela própria situação de rua. O que já era ineficiente fica ainda mais evidente. Neste sentido, de um lado, temos a possibilidade da manutenção da perversidade e agravamento da desproteção, e, de outro, a construção de um debate público capaz de pressionar e efetivar medidas que superem o modelo clientelista e assistencialista.

É necessária uma ética intransigente de defesa dos oprimidos

Atualmente temos três cenários que se somam para a construção da “desproteção” que assistimos: o desmonte da política de assistência social, a pandemia e as frentes frias que se aproximam e nenhuma dessas estão enfrentando com clareza, agilidade ou respeito às tipologias.

É possível se pensar um caminho? Sim, e já temos alguns bons exemplos: os serviços tipificados (República e hotéis sociais) com maior autonomia e que evitam a constituição de guetos e se assemelham a um custo mensal dos demais serviços de caráter mais tutelar e tradicional. Também as experiências de integração entre assistência social e saúde, como no caso da tuberculose e dos consultórios nas ruas. Além disso, tem-se a experiência da própria Smads com a ampliação emergencial de vagas na rede existente durante o período de baixas temperaturas. Além disso, seria importante ampliar-se o conceito de higiene, desde acesso a secagem de roupas até a higienização das ruas (como vimos na China).

Acima de tudo, é preciso se consolidar a concepção de que se tratam de sujeitos de direito, antes de passivos receptores de ajuda, como é o caso dos que precisam comprovar sua condição para obter benefícios e acessar vagas.

A assistência social está abandonada. A equipe de gestão da Smads é distante e não parece se aproveitar do conhecimento do “chão”, conforme diz Koga (2016), ou mesmo da dinâmica interna dos serviços como forma de escuta antes de planejar. Trata-se de uma gestão de gabinete, fechada, ou seja, gestores locais, técnicos e orientadores dos serviços estão deixados à própria sorte. Não existe um alinhamento entre serviços e, quando isto ocorre, ele se dá de forma espontânea e não por intermédio da gestão. Os cidadãos em situação de rua estão também abandonados.

A assistência está à deriva, ou melhor, está sendo comandada por aqueles que têm “horror ao pobre” e, portanto, na verdade, o abandono parece intencional e genocida. É uma mistura de incompetência, com requintes de má fé. Infelizmente, isso sim, é política de

higienização social que tanto se busca criticar e combater. Assim como em outros momentos da História, estamos sendo chamados a resistir tecnicamente e a ampliar a capacidade de mobilização social, tendo como imperativo uma postura de indignação ética frente à miséria e à opressão.

Considerações Finais: novas e velhas questões

1 - Importância da moradia para pop rua revelada pela pandemia

O quadro apresentado nas exposições anteriores sobre o perfil da pop rua e seu crescimento acelerado nos últimos anos torna evidente a necessidade de políticas públicas para enfrentamento desta situação.

A pandemia acirra este quadro. Traz a tona de maneira clara a gravidade da situação vivida pela população em situação de rua e a insuficiência das políticas de atendimento para garantir direitos em relação à saúde, moradia e trabalho.

Como as pessoas em situação de rua podem seguir as recomendações sanitárias de isolamento e higienização?

Como se “manter em casa” em tempos de coronavírus para aqueles que têm as ruas como moradia? Como respeitar regras de higiene, quando não há água disponível nem para beber? Como manter distância confiável de outras pessoas dormindo em centros de acolhida nos quais, por vezes, mais de 100 pessoas dividem o mesmo espaço?

Esta situação revela, por um lado, a importância da moradia como espaço de proteção e privacidade e, de outro, a insuficiência da forma mais utilizada para atender a pop rua, que são os espaços coletivos de abrigo.

Surge a pergunta: Quais as razões de não haver programas de habitação para a pop rua, uma vez que este grupo vive a falta de moradia de forma absoluta? Deve-se dizer que a pop rua não é incluída como beneficiária de HIS tampouco considerada como parte da demanda habitacional. Sabemos do enorme déficit habitacional, que em SP ultrapassa 500 mil famílias, mas os programas dirigem-se basicamente a famílias e estão voltados para a provisão de habitação dentro do modelo de aquisição da casa própria.

Razões da ausência de políticas públicas de moradia para a pop rua

Preconceito e estigmatização

Uma dificuldade de inserção da pop rua em programas habitacionais é a de preconceito e a estigmatização da população em situação de rua, que está presente na sociedade civil e

mesmo em instituições públicas ligadas à habitação, Muitas vezes a população de rua é considerada não como parte da população pobre, mas como grupo desviante. Julga-se que a população em situação de rua é incapaz de adquirir e manter uma moradia seja por ausência de recursos financeiros, seja por falta de condições psicológicas ou problemas de comportamento social, o que resulta em não incluí-la como demanda habitacional. A idéia implícita é que este grupo social precisa ser tutelado e ser objeto de atenção exclusiva da assistência social. Os programas dirigidos a pop rua são basicamente assistenciais respondendo às necessidades imediatas para a reprodução da subsistência diária. A necessidade da moradia é atendida mediante programas de abrigo coletivo e provisório.

E quais as consequências deste modelo?

Ausência de “portas de saída” e ampliação de população institucionalizada.

A ausência de programas habitacionais que possibilitem o acesso à moradia para a população em situação de rua faz com que os usuários dos centros de acolhida tendam a permanecer na rede socioassistencial, muitos permanecem nos abrigos temporários, por falta de alternativas oferecidas pelo poder público, de acesso à habitação.

Quando conseguem sair da rede socioassistencial a obtenção de moradia depende exclusivamente do próprio sujeito que deve enfrentar as condições do mercado imobiliário.

Pesquisa realizada com ex-moradores de repúblicas mostrou que a principal solução de moradia para ex-usuários da República A Casa acolhe a rua no Glicério foi alugar quartos em cortiços da área central, em condições extremamente precárias, pagando um aluguel de 600 a 900 reais.

Não há para estas pessoas oferta de programas habitacionais, como aluguel social, por exemplo, e nem mesmo mediação institucional para contratação de aluguel de imóveis com condições de habitabilidade adequadas e contratos regulares. Além disto, quando surgem problemas para manutenção da moradia conquistada, por perda de emprego, problemas de saúde, etc, a única opção oferecida pela rede de proteção é a volta aos centros de acolhida. Foi constatado na pesquisa que, vários ex-moradores de rua que viviam em quartos alugados, quando tiveram problemas de perda do trabalho não encontraram outra alternativa a não ser retornar para os centros de acolhida.

Nos alojamentos coletivos os usuários ficam submetidos a regras e padrões, que tendem a perpetuar sua permanência nessa condição de tutelados, fragilizando seus laços com sociedade, sem oferecer solução para seu problema principal, a ausência de moradia.

Experiências de vários países têm evidenciado que o acesso a moradia deve ser o eixo central em torno do qual se articulam e se formulam as políticas de atenção à população em

situação de rua, substituindo as formas tradicionais de abrigo. Análise de experiências de programas como housing first e outros de moradia apontam para o sucesso destas iniciativas.

No Brasil pouco se avançou na inclusão da população em situação de rua como beneficiária de habitação de interesse social ainda que em termos institucionais, a demanda de programas de moradia para a população em situação de rua esteja incluída na proposta de Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, na qual a moradia é entendida como um direito e como elemento fundamental no processo de saída da rua.

Uma pergunta que se coloca para a realidade brasileira é quais os parâmetros para a construção de uma política de atenção a pop rua que tenha como eixo a moradia?

Dois aspectos precisam ser considerados: a ação intersetorial e a diversidade da pop rua. A primeira coisa a dizer é que a situação de vulnerabilidade social e habitacional da população em situação de rua requer programas adequados às suas necessidades e que devem ser diferentes do padrão de HIS com projeto de aquisição de casa própria para famílias.

A vulnerabilidade destes grupos repercute tanto na formulação de propostas como na gestão de programas habitacionais, requerendo a presença de serviços de outras áreas como saúde, assistência e trabalho atuando de forma integrada.

2.2 Heterogeneidade interna da população em situação de rua

Alem disto é necessário lembrar que a população em situação de rua não é um todo homogêneo, mas compõe-se de diferentes subgrupos que possuem necessidades e condições de acesso a moradia diferenciadas: homens sós sem trabalho regular (o maior grupo), famílias com filhos, idosos, portadores de deficiência, pessoas com transtorno mental, dependentes químicos, pessoas sós com emprego registrado e renda regular, etc.

Programas habitacionais para a população em situação de rua exigem adaptações que respondam às necessidades dos diferentes subgrupos.

E em relação a estes a ação intersetorial pode assumir formas diferenciadas, dependendo do grau de vulnerabilidade do subgrupo considerado. Assim, moradia para pessoas com transtorno mental e que vivem sós requer uma presença muito mais direta do serviço de saúde, do que para jovens que saíram da rua, trabalham e mantêm uso controlado de substâncias, por exemplo.

No Brasil algumas experiências pontuais de moradia para a população em situação de rua vêm sendo desenvolvidas por organizações sociais, movimentos populares e governos municipais, como o projeto piloto de locação social desenvolvido pela prefeitura de São Paulo. Mas são ainda muito incipientes e iniciais.

Nesse momento emergencial do coronavírus, que agrava o risco de contaminação e de morte da população em situação de rua a necessidade da habitação se mostra de forma clara evidenciando os limites do atendimento da rede constituída e a necessidade de formulação de políticas públicas efetivas.

Surgem, neste momento, novas alternativas de acolhimento como a locação de vagas em hotéis, com apoio social, que se mostra a forma mais viável para assegurar de maneira imediata a proteção à saúde. A adaptação e ocupação de prédios ociosos aparecem como outra possibilidade de acolher com privacidade grupos sem moradia que necessitam de abrigo. No entanto a efetivação destas medidas ocorre de forma lenta e pouco expressiva. Matéria da Revista Exame mostra que o governo britânico exigiu que as prefeituras de toda a Inglaterra oferecessem acomodações em hotéis baratos para todas as pessoas em situação de rua. Segundo a matéria 90% da população recebeu a oferta.

Queria concluir lembrando as consequências da pandemia extrapolam o âmbito da saúde. Temos diante de nós a instauração da grave crise econômica que certamente ampliará as desigualdades e a pobreza, com efeitos desastrosos para os grupos vulneráveis. Assim, se não houver medidas sociais protetivas – moradia, saúde, trabalho – poderemos ter uma catástrofe social com aumento incomensurável de pessoas em situação de rua. Neste sentido é essencial proteger quem está na situação de rua, mas também impedir que, em um futuro próximo, outros encontrem nas ruas e nos espaços públicos o único lugar de sobrevivência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. *Democracia e Redução da Desigualdade Econômica no Brasil: A Inclusão Dos Outsiders*. In: **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo: v. 33, n. 96, e339613, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092018000100508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul 2020. Epub Jan 08, 2018. <https://doi.org/10.17666/339613/2018>.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BORIN, Marisa do E.Santo. **Desigualdades e Rupturas Sociais na Metrópole: Os Moradores de Rua em São Paulo**. Tese de Doutorado defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados, da PUCSP, 2003.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dez. 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. Brasília/DF: dez, 2009.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dez. de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília/DF: dez, 2016.

BRASIL. Lei nº 14.023, de 8 de jul. de 2020. **Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.** Brasília/DF: dez, 2020.

COLIN, Denise. TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza (orgs.). **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília: SNAS, Secretária Nacional de Assistência Social/ CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social/ MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 21 jul 2020.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979).** Eduardo Brandão (tradução). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KOGA, Dirce. *Diagnóstico Socioterritorial: entre o chão e a gestão.* In: **Cadernos IHU Ideias.** São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos/ Instituto Humanitas Unisinos-IHU, Ano 14, v. 14, n. 243, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Dirce_Koga/publication/312557401_Diagnostico_o_Socioterritorial_entre_o_chao_e_a_gestao/links/5882095492851c21ff42d1c5/Diagnostico-Socioterritorial-entre-o-chao-e-a-gestao.pdf> . Acesso em: 21 jul 2020.

LANFRANCHI, Carolina Teixeira Nakagawa; FERREIRINHO, Viviane Canecchio. *Socialização e poder no campo das pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.* **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.** Porto Alegre: v. 19, n. 1, p. 62-81, Apr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-60892019000100062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 July 2020. Epub Apr 08, 2019. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30830>.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988.* In: **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro: v. 14, n. 3, p. 721-730, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300008>.

MELITO, Leandro. *População de rua deve ficar fora do Censo 2020: IBGE diz que assunto está em estudo, mas ainda sem previsão.* **Agência Brasil,** Brasília, 22 de jul. de 2019. Direitos Humanos. Disponível em:

<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Nota Técnica nº 73. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais Brasília: Ipea, junho de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

NETTO, Paulo Roberto Netto. VENCESLAU, Pedro. Promotoria pede a Covas 8 mil vagas para acolhimento de pessoas em situação de rua. **Estadão**. São Paulo, 20 de mai de 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/promotoria-pede-a-covas-8-mil-vagas-para-acolhimento-de-pessoas-em-situacao-de-rua/> Acesso em: 21 jul 2020.

PMSP, Município de São Paulo. Decreto nº59.283 de 16 de mar. de 2020. **Declara situação de emergência no Município de São Paulo e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus**. São Paulo/SP: mar, 2020.

PMSP, Município de São Paulo. Lei nº12.316, de 16 de abr. de 1997. **Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo**. São Paulo/SP: abr., 1997.

PMSP, Município de São Paulo. Decreto nº40.232 de 2 de jan. de 2001. **Regulamenta a Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder Público Municipal a prestar atendimento à população de rua da Cidade de São Paulo, e dá outras providências**. São Paulo/SP: abr., 2001.

SALVADOR, Evilásio da Silva. *O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal*. In: **Serv. Soc. Soc.** São Paulo: n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>>. Acesso em: 06 de Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>.

SMADS, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Portaria nº 46, de 22 de dez. de 2010. **Dispõe sobre a tipificação da Rede Socioassistencial do município de São Paulo e a regulação de parceria operada por meio de convênios**. São Paulo/SP: dez, 2010.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. 7ed, 2. Impr. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2014.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO. *MPDFT e IBGE debatem a inclusão da população em situação de rua no Censo 2020*. **MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT)**. Brasília, 10 de out. 2019.

Disponível em: <<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2019/11335-mpdft-e-ibge-debatem-a-inclusao-da-populacao-em-situacao-de-rua-no-censo-2020>>. Acesso em: 17 jul 2020.

WEBB, Olivia. *Voiceless: The Construction of Homelessness Policies from 1980-2016*. In: DCC, The Andrea Mitchell Center for the Study of Democracy. **2017 - DCC Undergraduate Research Conference - Abstracts and Papers**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 2017. Disponível em: <<https://www.sas.upenn.edu/andrea-mitchell-center/sites/www.sas.upenn.edu/andrea-mitchell-center/files/uploads/Webb%20Paper.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2018.

DUAS DÉCADAS DE CENSOS E PERFIS DA SITUAÇÃO DE RUA DA CIDADE DE SÃO PAULO (2000-2019)

*Viviane Canecchio Ferreirinho*²³
*Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi*²⁴

As pesquisas censitárias e perfis amostrais da população em situação de rua já acumulam duas décadas de dados na cidade de São Paulo. Considerando os desafios da atualidade, tornados mais evidentes pelo contexto de pandemia, parece bastante oportuna uma revisita ao conhecimento acumulado neste período para apurar a capacidade crítica.

A série histórica permite manter a dimensão do volume, escala e espacialidade desse fenômeno. Diante deste acúmulo de conhecimento e dados, o presente artigo tem como objetivo apresentar o histórico dos resultados e dar visibilidade, dentro da série, ao último censo e perfil amostral realizado em 2019.

A Coordenação do Observatório da Vigilância Socioassistencial (Covs), dentro da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (Smads), é responsável por realizar o monitoramento e avaliação da política de assistência social no município. Segundo a definição dada pela NOB/SUAS (2012), em seu artigo 1º: a vigilância socioassistencial é uma função da política de assistência social, conjuntamente com a proteção social e a defesa de direitos.

Assim, induz o planejamento de ações preventivas e contribui para o aprimoramento das ações de restauração de direitos violados e interrupção de situações de violência. Portanto, objetiva o fortalecimento da gestão, qualificação dos serviços e ações de planejamento pelo desenvolvimento de capacidades e meios técnicos. Atuando para que gestores e profissionais conheçam a presença das formas de vulnerabilidade nos territórios pelos quais são responsáveis, investe na conformidade das capacidades às necessidades. É, por isso, considerada crucial para o amadurecimento da assistência social como política pública setorial.

Considerando essas premissas, Covs vem coordenando as pesquisas censitárias e de perfil amostral da população em situação de rua da cidade desde 2000. Diante disso, é

²³ Graduada em Ciências Sociais (USP), mestrado e doutorado em Educação: História Política, Sociedade (PUC-SP). Analista técnica na Coordenadoria do Observatório da Vigilância Socioassistencial (COVS) da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SMADS) e pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua.

²⁴ Graduada em Ciências Sociais (PUC-SP), mestrado em Arquitetura e Urbanismo (USP) e doutorando em Ciências Sociais (PUC-SP). Docente de graduação em Psicologia e Serviço Social (UNIP-SP) e pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua e do Observatório das Metrôpoles de São Paulo.

possível afirmar que essas pesquisas já se consolidaram como um procedimento à cada nova gestão.

É preciso esclarecer que a metodologia utilizada tem sido mantida ao longo dos anos, possibilitando a manutenção de uma série histórica e, portanto, a comparabilidade dos resultados. Sem com isso prejudicar avanços e aprimoramentos que aprofundem a compreensão das especificidades e heterogeneidades desse segmento populacional a cada época.

Historicamente, esses olhares foram acolhidos na divisão da pesquisa em duas etapas: a contagem censitária e a pesquisa amostral do perfil socioeconômico e demográfico da população em situação de rua. Um outro aspecto metodológico é a divisão da cidade em 9 distritos censitários, respeitando a divisão administrativa de 96 distritos e 32 subprefeituras. Esses territórios são percorridos e os sujeitos da pesquisa abordados, deixando para última instância e em caso de recusa à abordagem a atribuição pelo entrevistador. Desde 2015 acresceu-se uma terceira etapa, a pesquisa de identificação de necessidades específicas. Trata-se da oportunidade de aprofundar questões ou perfis que são percebidos pelos profissionais que trabalham e que demandam comprovação, aprofundamento e/ou sustentação técnica.

Esse primeiro esforço, em 2015, resultou em maior visibilidade ao público LGBTQI+ validando sofrerem maior grau de violência tanto de agentes internos como externos, bem como o reconhecimento da insuficiência da proteção social para idosos que estão indo para as ruas já em idade avançada e também a ausência de perspectivas no mercado de trabalho para jovens em idade economicamente ativa. Em 2019, essa etapa da pesquisa esteve focada no serviço de República, permitindo aprofundarmos o debate crítico sobre o modelo de atenção aplicado à população em situação de rua, não só de São Paulo, mas de todo o território nacional.

Além disso, cabe mencionar que considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009). Diante desta definição são aplicadas as perguntas filtro – “Onde o sr(a) vai dormir hoje? Onde o sr(a) tem dormido nos últimos dias?” - como forma de garantir consistência das informações.

A política municipal de assistência social para a população em situação de rua na cidade de São Paulo tem como aspecto predominante a oferta de serviços de acolhimento institucional provisório com pernoite para indivíduos adultos de ambos os sexos e para grupos familiares com ou sem filhos, por meio de uma rede de serviços distribuídos nas diversas regiões da cidade.

A Tipificação Nacional (Brasil/MDS, 2009) denomina República serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em situação de abandono, de vulnerabilidade, risco pessoal e social e sem condições de moradia e autossustentação. A definição, portanto, confere ao perfil de usuários as circunstâncias vividas pelos sujeitos em situação de rua, alinhando-se a definição dada pela Política Nacional da População em Situação de Rua (Brasil, 2009).

Essa tipologia de serviço tem como particular, o seguinte aspecto:

[...] deve ser desenvolvido em sistema de autogestão ou co-gestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Deve contar com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas (BRASIL/MDS, 2009, p.36).

Os serviços de acolhimento institucional, tanto nas modalidades abrigo institucional como Casa de Passagem, diferem da República justamente pela perspectiva de “*autogestão e co-gestão*”. Ao contrário, o acolhimento institucional que prevê participação no estabelecimento das regras de convívio e gestão. Ou seja, possui como pressuposto uma hierarquia na cadeia de comando. É, neste sentido, uma diferença entre tutela e autonomia.

A pesquisa amostral do perfil das pessoas em situação de rua traz a informação de que a maioria, 26,4% das pessoas entrevistadas está em situação de rua há menos de um ano, e em oposição o segundo maior tempo é de mais de 10 anos, com 17,9%. Dessa forma, muitas pessoas que perdem os vínculos familiares e a moradia poderiam ter outras possibilidades de superar essa fase sem, necessariamente, passar pelo penoso período de dormir nas ruas ou em centros de acolhida. Para aqueles que estão nas ruas pela falta de emprego ou moradia e não por uma conjunção de problemas que envolvem a saúde física e psíquica, e que, portanto apresentam pouca autonomia, poderiam ser acolhidos diretamente numa República, sem passar pelo conhecido sistema de “escada” em que se tem que subir todos os degraus das ofertas de políticas de assistência social antes de chegar a um acolhimento mais autônomo, como o serviço de República.

O fenômeno não é exclusividade da cidade de São Paulo, mas é sem dúvida uma pioneira e importante referência para levantamentos dessa natureza bem como das

estratégias de atendimento. Nessas duas décadas, observou-se crescimento desse segmento populacional em extrema privação, vínculos fragilizados ou rompidos bem como sem moradia regular. Na última década houve o espraiamento para além do centro tradicional, surgindo também em regiões de centralidades de concentração de camadas médias e populares. Foi pensando nisso, que a amostra da pesquisa de perfil de 2019 considerou o levantamento para além do centro expandido.

Como fenômeno social, sua existência é sintomática das históricas formas de violência presentes na sociedade capitalista urbanizada que, pautada na desigualdade e na exploração, geram processos de desqualificação, desfiliação e desterramento. Por isso, ainda segue sendo válida a premissa: *“Todas as características violentas que se encontravam dentro de uma sociedade eram descarregadas sobre a vítima [...] e [...] eram conduzidas para fora da sociedade [...]. Quando uma sociedade se identifica com o seu deus da violência ou da guerra, ela própria se ergue agressiva e violenta”* (HAN, 2017, p.34-35).

Esse processo de construção do outro como refugio humano (Bauman, 2005) também está associado à constante negociação com agentes das políticas públicas na aceitação ou resistência do status social desqualificado que as circunstâncias lhes impõem. Também envolve a incorporação (ou não) de discursos institucionalizados e, simultaneamente, de conhecimentos das estratégias específicas para acesso aos recursos da sobrevivência como alimentação, higiene, vestimentas etc.

A presente análise supera o debate da exclusão social, uma vez que o a população em situação de rua não está apartada do sistema econômico e social, mas é produto dele e expõe a perversidade desse sistema quando conseguem se tornar visíveis, o que as pesquisas censitárias auxiliam revelar.

Rigorosamente falando não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar e sua reivindicação corrosiva. Estas reações, por não se tratarem de exclusão, não se dão fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder. Elas constituem o imponderável de tais sistemas, fazem parte deles, ainda que os negando (Martins, 1997, p. 14).

É dentro deste escopo que os dados a seguir são analisados e devem ser lidos. Numa perspectiva democrática, no ato de descrever o fenômeno não podemos perder de vista a perspectiva de reconhecimento da condição humana universal e dos direitos básicos de cidadania. Nenhum sujeito vale mais ou menos, todos são dignos de respeito e de igual espaço de voz e vez na construção do consenso e das institucionalidades.

Série Histórica dos Censos (2000-2019)

A primeira parte da pesquisa envolve a realização da contagem da população. Assim, também o presente artigo. Considerarmos os levantamentos feitos por técnicos da pasta em anos anteriores, tem-se referência a identificação de 3.392 pessoas em situação de rua em 1991. Já o último Censo realizado em outubro de 2019, contou 24.344 pessoas em situação de rua, das quais, 12.651 (51,9% do total) foram contadas pernitando em ruas, praças e outros espaços públicos da cidade e 11.693 foram contadas pernitando nos centros de acolhida.

Considerando-se as duas décadas de pesquisas tem-se em 2015 a identificação de 15.905 pessoas em situação de rua, desses 7.335 pernitando nas ruas (46,1% do total), enquanto em 2009 eram 13.666 pessoas no total, dessas 6.587 nas ruas (48,2% do total) e em 2000 eram 8.706 pessoas, sendo 5.013 identificadas pernitando nas ruas (57,6% do total). Esses dados evidenciam o crescimento dessa população em extrema privação, como também a inversão da tendência da relação entre acolhidos e pernitando nas ruas.

A tendência de superação de acolhidos sobre os que pernitam nas ruas é importante indicador da capacidade de proteção social dirigida a este segmento. É possível identificar que nos primeiros 15 anos da série havia uma tendência de redução da participação de pessoas pernitando nas ruas em relação ao total. Já no último quinquênio, inicia-se uma inversão com o crescimento da proporção de pessoas pernitando nas ruas em relação ao total. A razão entre acolhidos e pernitando nas ruas variou de 0,74 em 2000, para 1,08 em 2009 e 1,17 em 2015, diminuiu para 0,92 em 2019. Ou seja, a capacidade de acolhimento seguiu crescendo em todo o período, porém no último censo retoma patamares iniciais da série, quando a quantidade de acolhida é inferior a quantidade pernitando nas ruas. Deste modo, entre 2000-2009 a taxa geométrica de crescimento que era de 3,1% a.a. pernitando nas ruas, passou para 1,8% a.a. entre 2009-2015, atingindo 14,6% a.a. entre 2015-2019.

Essa inversão é extremamente importante de ser investigada. Pensando nisso, quando analisadas as informações da Coordenadoria de Gestão de Parcerias (CGPar) é possível identificar que entre 2009 e 2020 a rede socioassistencial teve variação negativa de 7,9% nas unidades e 5,8% nas vagas. Ou seja, teve queda, com taxa negativa de crescimento geométrico de 0,7%a.a. nas unidades e de 0,5% a.a. na capacidade de atendimento.

Considerando todas as tipologias, passou de uma capacidade de acolhimento institucional de 18.539 vagas em 2009 para 17.068 vagas em 2020. A capacidade da rede

de acolhimento institucional passou de uma proporção de 57,44% das vagas em 2009 para 56,15% em 2020 em relação ao total da rede exclusiva para a população adulta em situação de rua. Isto significa uma redução também na proporção das vagas de acolhimento em relação à capacidade total de atendimento.

No período, a redução mais expressiva foi na capacidade de abordagem social nas ruas (passou de 10.440 vagas em 2009 para 9.440 vagas em 2020). Contudo, é oportuno observar a ampliação das vagas de atendimento diurno nos Núcleos de Convivência que passou de 2.822 vagas em 2009 para 3.172 vagas em 2020.

Soma-se, a identificação, de queda de 2009 até 2020 de 3,5% no total de recursos destinados à efetivação da rede socioassistencial no município de São Paulo. A redução foi ainda mais acentuada se considerados os repasses específicos para os serviços exclusivos da população adulta em situação de rua, com queda de 7,8% no período. Isto posto, em janeiro de 2020, 21,53% do orçamento da Smads era destinado à realização de serviços socioassistenciais para a população adulta em situação de rua (de abordagem social, de atendimento diurno e de acolhimento)²⁵, de um total de R\$ 81.490.028,36 de repasse mensal para a rede socioassistencial.

Comparado esses recursos com os outros períodos de Censos, temos em janeiro de 2016, um repasse mensal para a rede exclusiva da população de rua representando 18,55% do total de repasses (de R\$ 69.484.910,57). Antes, em janeiro de 2009, os repasses exclusivos representavam 22,56% do total destinado à rede socioassistencial (de R\$ 84.411.671,44).

Sobre os serviços exclusivos para a população adulta em situação de rua da rede socioassistencial, identifica-se que a rede totaliza 30.395 vagas distribuídas em 139

²⁵ Tipologia/modalidade de serviços exclusivos ao atendimento da população adulta em situação de rua (Coordenadoria de Gestão de Parcerias/Smads): **Bagageiro; Centro de Acolhida às Pessoas em Situação de Rua** (Para Adultos I Por 16 Horas; Adultos II Por 24 Horas; Adultos I por 16 horas para apoio à CAPE; Especial para Famílias; Família em Foco; Especial para Idosos; Especial para Mulheres; Especial para Mulheres Imigrantes, Especial para Mulheres Transsexuais; Especial para Pessoas em Período de Convalescença; Com Inserção Produtiva); **Centro de Acolhida para Catadores; para Gestantes, Mães e Bebês; Complexo de Serviços à População em Situação de Rua** (Arsenal da Esperança); **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua; Espaço de Convivência para Adultos Em Situação De Rua** (Tenda); **República** (Para Adultos; para Jovens de 18 A 21 Anos; para Idosos); **Seas - Serviço Especializado de Abordagem Social às Pessoas em Situação de Rua** (Adultos, Crianças e Adolescentes; às Crianças e Adolescentes; à Adultos; à Pessoa em Situação de Rua e Apoio A Emergência; Que Fazem Uso Das Ruas para O Consumo Abusivo de Substâncias Psicoativas em Cenas de Uso); **Serviço de Acolhimento Institucional para Famílias e Indivíduos em Situação de Rua** (Autonomia em Foco); **Serviço de Inclusão Social e Produtiva; Centro de Capacitação Técnica para Adultos em Situação de Rua; Núcleo do Migrante; Projeto de Ações Integradas de Economia Solidária** (Modalidade: População de Rua). Não foram considerados os serviços para atendimento diurno e acolhimento de crianças e adolescentes (Serviço de Acolhimento Institucional; Espaço de Convivência – Tenda).

unidades em janeiro de 2020; antes era composta por 27.600 vagas em 135 unidades (2016) e previamente eram 32.273 vagas em 151 unidades (2009).

Diante desses dados, apesar das oscilações, em duas décadas testemunha-se a redução da capacidade de atendimento tanto no total de unidades, como no total de vagas e no orçamento destinado à rede de serviços exclusivos da população adulta em situação de rua. Portanto, no período de 2009 para 2019 enquanto houve crescimento desta população (variando 179,1%) se assiste à queda de 5,8% nas vagas e 7,9% das unidades. Como já mencionado, também houve queda no orçamento destinado exclusivamente à população adulta em situação de rua.

De forma completar, parece oportuna o olhar para os registros de abordagem, na medida em que revelam a relação entre os sujeitos e os agentes do campo. Considerando os dados de registro de abordagem realizadas durante o mês de dezembro de 2019 (SisRua - Sistema de Atendimento do Cidadão em Situação de Rua) identifica-se um total de 36.785 abordagens, dessas 43,1% tiveram recusa do encaminhamento. Em 2009 das abordagens durante o período de baixas temperaturas (de março a outubro) 41% resultaram em encaminhamento, essa proporção aumenta para 55% em 2016.

Em 2019, considerando este universo que recusou 7,7% estão relacionados à qualidade do serviço ou inadequação em relação ao perfil dos atendidos²⁶. De qualquer forma, usando as informações daqueles que não aceitaram o encaminhamento para acolhimento nos outros anos (2009 e 2015) percebe-se que a maioria está relacionada a tensão existente nessa relação do usuário com a rede socioassistencial de acolhimento.

Assim, tem-se em 2009 o principal motivo de haver ainda referência em residência de um familiar, seguida das regras dos serviços e não querer sair de onde está. Em 2015 o principal motivo era não gostar dos serviços sem especificar o que, seguido da ausência de vagas e depois não aceitar vaga de pernoite (ou seja, uma relação pontual com o serviço), a estrutura do serviço também é fator de recusa. Em 2019 tem-se como principal fator não querer sair de onde está, depois divergência com as regras dos serviços, seguido de não gostar sem especificar motivo e não aceitar pernoite.

²⁶ Motivos de recusa relacionados aos serviços: Sofreu maus tratos nos serviços; Possui animal; Por que o serviço é longe do local onde trabalha; Por problemas com outros usuários; Por não poder ficar com a família/amigos; Por falta de segurança nos serviços; O serviço não aceita suas condições; O serviço não aceita alcoolizados; Não tem vaga; Não gosta / Não tem interesse; Não aceita vaga de pernoite; Não aceita regras do serviço; Catador e não quer deixar o carrinho (1221 abordagens). Motivos outros: Tem vaga fixa num serviço; Tem residência e família; sente-se protegido pela comunidade local; Prefere ir espontaneamente para o serviço; Por utilizar drogas; Não tem documentos; Não quer sair do local onde está; Não conhece nenhum serviço (829 abordagens). Motivos relacionados à abordagem ou sem informação: Somente orientação; Não expressou o motivo de recusa; Evasão; Dormindo (13.571 abordagens).

Quando um agente social, apoiado pelo estado, procura afastar, seja pela força ou pelo convencimento, o sujeito da rua pela via da institucionalização, ele está expropriando seu modo de reprodução baseado no trabalho independente ou livre, também o conhecimento do campo e o habitus que reforçam a tomada de posição e criam a hierarquia de poder. Essa resistência é o que lhe resta querer, enquanto sujeito que ainda quer algo, estando e vivendo à margem do sistema. Não significa afirmar que seja bom estar em situação de rua, mas que o que é poder neste campo tem que ser compreendido pela análise do seu capital simbólico próprio (LANFRANCHI E FERREIRINHO, 2019, p. 74).

O que esses dados revelam é a necessidade de revisão das regras, formas de acesso e condições edilícias dos serviços que estejam alinhadas aos perfis e necessidades reais dessa população, não lhes sendo impostas condições contrárias e, portanto, violentas ou violadoras. No sentido geral, além disso, permite reconhecer que o processo de acolhimento requer a aceitação dos sujeitos das condições impostas pela própria situação de rua. O que, por sua vez, corroborando com a análise de Paugam (2003). Em seu estudo sobre a desqualificação social e a pobreza, afirma que a perda de emprego faz com que os sujeitos recorram às políticas de assistência social, ao ingressar nesta rede ocorre o processo de desqualificação social e sua identificação social como em estado de pobreza. Para o autor o último estágio da autoidentificação da pessoa como pobre é a ruptura, que acontece quando o sujeito recusa as ofertas das políticas sociais na tentativa de recuperar a dignidade e diz que isso é o que explica a recusa das pessoas em situação de rua aos centros de acolhimento. A recusa tem, portanto, duplo sentido: resistência à condição de rua e resistência à institucionalização na rua. Por isso, chama atenção para o fato de a relação dos usuários com os serviços serem pautadas pela negociação de status.

Trata-se de aceitação da condição de extrema privação, aceitação da institucionalidade, das condições das ofertas, das suas localidades, da imposição de renunciar às relações estabelecidas antes e na rua etc. Daí o fato de Stoffels reconhecer o papel mediador dos serviços quando estuda os mendigos de São Paulo. Apesar do termo há muito superado, segue sendo válida sua percepção de que “[...] *a instituição oficial, de caráter repressivo e assistencial, constituirá o local de mediação entre a macro-estrutura e a ideologia dominante, por um lado, e a prática e a ideologia dos mendigos por outro lado*” (STOFFELS, 1977, p. 14).

Para avançar na compreensão dos dados censitários outro aspecto é fundamental, a distribuição territorial dos serviços, em particular os de acolhimento. Por isso, abaixo a análise toma como ponto de partida a evolução da distribuição da população total, aqueles pernoitando nas ruas e a distribuição das unidades de acolhimento.

Antes de iniciar, ressalta-se que o território apropriado se insere na esfera de autonomia relativa das práticas e sua relação dialética com o sistema de proteção social. É a partir de características do ponto de concentração que a sobrevivência nas ruas se faz. É a partir do conhecimento das estratégias de sobrevivência, dos recursos (disponíveis e necessários) e das disputas que essa apropriação do espaço se dá. Por isso, os censos vêm identificando os pontos de concentração da população.

A partir de 2015 identificam-se inclusive aqueles com presença de soluções temporárias-precárias de moradia, como barracas, tendas, abrigos improvisados etc. Naquela oportunidade, foram identificados 332 pontos com barracas e em 2019 foram identificados 2.050.

Considerando a subprefeitura da Sé (centro), vemos que em 2000 concentravam-se nessa região 38,8% da população em situação de rua da cidade, em 2009 passou a abrigar 42,4% desses, depois 45,1% em 2015 e em 2019 abrigava 60%. O que comprova que a população em situação de rua segue preferencialmente concentrada no centro tradicional, contudo outras regiões da cidade apresentaram aumento.

Tomando o total da população em situação de rua como referência para a análise da evolução da distribuição territorial tem-se as maiores taxas de crescimento, entre 2000 e 2020, nas seguintes subprefeituras: Cidade Tiradentes (25,1%a.a.), Guaianases (20,1%a.a.), Casa Verde/Cachoeirinha (18,4%a.a.), Itaquera (17,5%a.a.), e Campo Limpo (16,9%a.a.). Considerando-se somente a população pernoitando nas ruas, as subprefeituras com maior taxa de crescimento entre 2000 e 2020 foram: Cidade Tiradentes (25%a.a.), Campo Limpo (16,5%a.a.), Itaquera (14,9%a.a.), Casa Verde/Cachoeirinha (14,8%a.a.) e Guaianases (13,4%a.a.). Esses dados permitem identificar que essas subprefeituras tiveram crescimento da população em situação de rua, principalmente pelo aumento da presença de pessoas pernoitando nas ruas. O que é reforçado quando olhamos para a rede socioassistencial instalada, pois Cidade Tiradentes e Campo Limpo seguiram sem vagas ou unidades de referência entre 2009 e 2020. Já as subprefeituras de Guaianases, Casa Verde/Cachoeirinha e Itaquera mantiveram a quantidade de vagas do que as presentes em 2009.

A macrorregião Leste 2 abrigava 1,2% em 2000 e a concentração cresceu para 3,6% em 2009, depois para 4,3% em 2015 e atingindo 7,1% da população em 2019. A Leste 1, por outro lado abrigava 35% em 2000, caindo para 31,9% em 2009, depois para 26,1% em 2015 até reduzir para 23,3% em 2019. A macrorregião Norte 2 concentrava 0,8% da população em 2000 e 2009, aumentando para 2,2% em 2015 e para 2,3% em 2019. A Norte 1 também apresentou queda da proporção de pessoas em situação de rua em relação ao

total, mas isso ocorreu com oscilação, pois inicia a década de 2000 concentrando 5,1% da população, depois cai para 3,8%, em seguida sobe para 8,3% em 2015 e novamente cai em 2019 para uma proporção de 6,4% em relação ao total. A região Sul 1 teve uma proporção relativamente estável com oscilação e pequena redução, pois em 2000 era de 4,7% para 5,8% em 2009, depois 4,1 em 2015, reduzindo para 3,9% em 2019. Já a Sul 2 teve aumento, passando de 4,6% em 2000, para 5,2% em 2009, depois 4,4% em 2015, para aumentar para 5,3% em 2019.

Nas duas décadas a subprefeitura da Sé segue concentrando a maioria da população, tendo ampliado a proporção de 38,8% em 2000 passando para 45,4% em 2019. Apesar de seguir concentrando proporção significativa, a subprefeitura da Mooca apresentou redução nessa proporção, passando de 31,8% da população em 2000 para 19,6% em 2019. Interessante notar que em terceiro lugar em 2000 tínhamos a subprefeitura de Pinheiros para 6º lugar em 2009 e ficando em 8º lugar em 2015 e 2019. A subprefeitura de Santana/Tucuruvi passou de 4º lugar em 2000 para 5º e 6º, para em 2019 estar em 3º lugar. A subprefeitura da Lapa teve algumas variações, mas manteve uma proporção de 3,6% entre 2000 e 2019.

É preciso ressaltar que o censo, ao focar na contagem, permite um olhar mais geral. Neste sentido, como esse segmento social se relaciona com o restante da sociedade, ou seja, sua condição social (Bourdieu, 2011). Para aprofundar a abordagem reconhecendo a heterogeneidade dos diferentes segmentos e suas particularidades, então é preciso ter como referência a pesquisa amostral, na medida em que essa busca a construção de perfis com variáveis mais detalhadas, inclusive do acesso às políticas e estratégias de sobrevivência como alimentação, atividades para auferir renda, entre outras. Neste caso, abordando como esse segmento social se distingue entre si no campo social, portanto, sua posição social (Bourdieu, 2011).

É dentro deste entendimento que a seguir são trabalhados os dados das pesquisas amostrais. A análise parte da seguinte questão: Quais seriam os perfis que foram se consolidando nos últimos 19 anos de acúmulo de dados? Quais foram as tendências mantidas e acrescidas? A partir desta problematização é possível a identificação de elementos para se efetivar a crítica ao modelo de atenção prestado à população nas ruas.

Principais Resultados dos Perfis Socioeconômicos da População em Situação de Rua (2000 e 2019).

Em duas décadas, considerando as variáveis demográficas as pesquisas amostrais dos perfis, observa-se uma constante maioria masculina (85,5% em 2019, 88,6% em 2015 e

86% em 2010, 84,8% em 2000), bem como maioria não-branca (71,9% em 2019, 71,5% em 2015, 64,3% em 2010 e 61,7% em 2000), mesma coisa em relação a idade média (variando de 42 e 40 anos). Em 1992 eram 90% homens e 53,4% brancos. Considerando os que pernoitam nas ruas, observa-se a média de idade passando de 38 anos em 2009 para 41 anos em 2015 e 39 anos de idade em 2019. Portanto, verifica-se a manutenção do perfil médio, pois a maioria segue sendo do sexo masculino, entre 30 e 50 anos de idade mantendo o perfil médio de ser uma população de maioria adulta em idade economicamente ativa e majoritariamente composta por não-brancos.

A faixa etária de maior representação segue sendo de 31 a 49 anos, ou seja, a parcela economicamente ativa. Isso revela a perversa associação entre condições vulnerabilidade social e questões de gênero e raça. É pensando nesse contexto que desde 2015 a pesquisa vem se preocupando com questões de diversidade de gênero. O segmento LGBTQ+ sofre mais violência, encontra maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho o que leva a realidade de atividades ilícitas ou prostituição. A pesquisa de 2019 seguiu avançando neste sentido, identificando que 19,5% dos entrevistados indicam terem sido impedidos de acessar um serviço da rede socioassistencial por ser LGBTQ+, sendo que esse número é ainda mais grave naqueles pernoitando nas ruas (29,1%).

Também, em 2019, é oportuno indicar que essa questão foi incluída na etapa do Censo, identificando que cerca de 1,6% fazem parte desse grupo. Por isso, é importante ressaltar que na pesquisa amostral indicam sofrerem violência na sociedade em geral e também dentro do campo da rua, haja visto ser composto por uma maioria heterossexual (87,7%) e cis gênero (95,8%).

Quando a questão é escolaridade verificamos que tem reduzido a quantidade de analfabetos na população em situação de rua (passando de 10,7% em 2000, para 9,6% em 2010, para 9,6% em 2015 e agora 8,4% em 2019). A mesma coisa é observada para os demais níveis de instrução, ampliada a proporção daqueles com fundamental (11% em 2000, para 12,9 em 2010, para 14,6% em 2015 atingindo 20,7% em 2019), médio (7,2% em 2000, para 9% em 2010, para 15,4% em 2015 atingindo 20,7% em 2019) ou superior completos (1,4% em 2000, para 1,9% em 2010, depois 4% em 2015 e hoje 4,1% em 2019). Isso reforça a percepção de que nos últimos 20 anos tivemos forte investimento em universalização da educação, mas, ao contrário do esperado, não representou maior capacidade de inserção no mercado de trabalho ou condições materiais.

Sobre processos migratórios é importante a identificação da ampliação de participação de estrangeiros no total da população em situação de rua (passando de 1,1% em 2000 para 3,4% em 2019). Em 2019, entre os 3,4% de imigrantes, 38,8% são de

venezuelanos, e a entrada dos imigrantes em território nacional, ocorreu principalmente através dos estados de Roraima 34,3%, e São Paulo 29,9%. Entre os que não nasceram na cidade de São Paulo, 63,9% estão na cidade há mais 5 anos. E 60,4% permanecem na mesma região da cidade que começaram a ficar em situação de rua. A proporção de emigrantes da região sudeste segue sendo a mais significativa, tendo ampliado a proporção (de 48,2% em 2000, para 57,7% em 2010, para 57,9% em 2015 e 65,1% em 2019), considerando que a grande maioria migra do próprio estado de São Paulo. Diferente do senso comum, a maioria da população não é composta por populações oriundas de outros estados da federação, ainda que tenha participação significativa da região nordeste.

A condição de rua é sem dúvida um fator importante para o rompimento de vínculos, na medida em que a maioria indica viver com companheiro-cônjuge, filhos ou outros parentes antes de ir para a rua (viviam sozinhos somente 25,9% em 2019, 19% em 2015, 16,3% em 2010). Uma vez nesta condição a massiva maioria indica viver sozinha (75% em 2000, para 66,9% em 2010, para 70% em 2015 e 74% em 2019).

Na difícil trajetória de sobrevivência na rua os serviços de acolhimento seguem representando a principal experiência, sendo que a proporção daqueles que indicam já terem dormido em "albergue" ter diminuído nas últimas duas décadas (passando de 79,1% em 2010, para 77,1% em 2015 e atingindo 75,2% em 2019). No outro extremo, identifica-se um pequeno aumento na proporção daqueles que nunca dormiram na rua (passando de 18,1 em 2015 para 19,2% em 2019). Daí a necessidade de fortalecer a compreensão da importância desses serviços para a condição de rua ao mesmo tempo em que há espaço para a crítica ao modelo focado no acolhimento em modalidades mais tradicionais de serviços de acolhimento institucional no lugar de serviços com maior autonomia como é o caso das Repúblicas. Esses que nunca experimentaram a rua, não precisariam passar pelo acolhimento em centro de acolhida, pois ainda possuem os capitais e estratégias que não tem a referência na rua. Neste sentido, estão sendo forçados a adquirir esse capital e a aceitar a imposição de discursos institucionalizados ou de tutela do indivíduo.

Outro dado que reforça esse entendimento é o tempo de rua, pois a proporção que está na rua há menos de 1 ano cresceu significativamente, passando de 28,6% em 2010, para 29,1% em 2015 e hoje representa 40,3% do total da população em 2019. No outro extremo, vemos a redução daqueles que indicam estar na rua há mais de 5 anos, passando de 40,1% em 2010, para 37,3% em 2015 atingindo 26,4% em 2019. Também é oportuno reconhecer que nos últimos 10 anos a maioria ao perder a última casa buscou outras alternativas antes de encontrar a situação de rua, pois em 2010 eram 83,3% que foram

direto para a rua, reduzindo para 77,5% em 2015 e hoje, em 2019, são 60,9% aqueles que ao perderem foram direto para a rua.

A condição de rua esteve historicamente à capacidade de inserção no mercado de trabalho, inicialmente a centralidade do trabalho estava na responsabilização do sujeito, para depois compreender que se trata de resultado estrutural. Dito isto, o fenômeno é sintomático do processo de precarização que assistimos nos últimos anos, em especial diante do projeto neoliberal. Diferente da visão preconceituosa de que na rua estão aqueles que não querem trabalhar, a maioria realiza alguma atividade produtiva ainda que de maneira precária, rudimentar ou ilícita. As principais atividades exercidas tiveram alteração nas duas últimas décadas, especialmente a coleta de material reciclável, que em 2010 representava 62,1% do total, reduziu para 42,3% em 2015 e em 2019 atinge 19,9%. Isso pode ser resultado da ampliação de participação de empresas privadas nas atividades de coleta de material reciclável ou mesmo na redução dos valores de compra desses materiais. A mendicância também sofreu redução na proporção: passando de 30,2% em 2010, para 30,8% em 2015 e hoje é realizada por 9,4% em 2019. O que vemos de aumento foram nas atividades de ajudante geral, construção civil, comércio ambulante, o que reforça as pesquisas socioeconômicas com a população geral que identificam a precarização das condições e remunerações dos trabalhadores. Sugerindo, assim, que as remunerações dessas atividades são inferiores aos custos de vida, tornando a rua presente na realidade desses trabalhadores.

Neste tocante, é importante, por outro lado, reconhecer os avanços na proteção social dada pelas políticas públicas e implantação do SUAS. Pois, reduziu significativamente nas duas últimas décadas aqueles que apontam não receber nenhum tipo de benefício de transferência de renda (Bolsa Família, BPC, Aposentadoria etc.), na medida em que 94% indicavam não receber nenhuma em 2010, para 69,3% em 2015 atingindo 47% em 2019. Passou de 0,6% em 2010 para 24,8% em 2015 atingindo 45% em 2019 aqueles que indicam receber Bolsa família. Aqui é oportuno destacar o papel fundamental da Política Nacional que permitiu a construção de cadastro específico no CadÚnico para os sujeitos nessas condições. Os beneficiários do BPC (antigamente conhecido como benefício LOAS), passou de 0,8% em 2010 para 2,6% em 2015 e em 2019 passou para 3,9%.

Outra política pública que avançou na cobertura foi a política de saúde. Neste sentido a pesquisa amostral aponta para a mudança de procura de hospitais (alta complexidade) com a ampliação da cobertura de postos de saúde e de atendimento por agentes de saúde como consultório na rua (básica e média complexidade), pois a procura de postos de saúde passou de 21,6% em 2010, para 59,4% em 2015, atingindo 69% da população em 2019.

Mais expressiva foi a indicação de atendimento por agentes de saúde, que passou de 2,1% em 2010 para 12,9% em 2015 e em 2019 já são 18,2%.

Dentro da perspectiva de saúde, ocorreu na situação de rua o mesmo observado para o total da população: a ampliação do uso de álcool e outras drogas. No caso específico da população em situação de rua, passou de 74,4% em 2010 para 84,1% em 2015 para 82,3% em 2019 aqueles que indicam consumir alguma substância psicoativa. O importante da pesquisa amostral é comprovar que não é a rua que leva ao consumo de álcool ou outras drogas, mas é nela que são acolhidos neste consumo, dado que a proporção de consumo anterior à rua é superior do que a observada já na condição dela.

Dentre as principais substâncias psicoativas consumidas o álcool segue sendo a principal. Considerando as mais comuns tem-se: o consumo de maconha passou de 21% em 2010 para 32,7% em 2015 atingindo 28,9% em 2019; a cocaína passou de 11,8% em 2010 para 21,7% em 2015 atingindo 22,3% em 2019. Contudo o crack passou de 27,3% em 2010 para 37,5% em 2015 e em 2019 atinge 18,9% do total de entrevistados.

Em 2019, sobre o uso de drogas antes de morar nas ruas 68,9% declararam fazer uso de cigarro, 68,2% declararam fazer uso de bebidas alcólicas, 40,1% declararam fazer uso de maconha, 35,6% declararam fazer uso de cocaína, 23,9% declaram fazer uso de crack, 13,4% declararam fazer uso de inalantes, 2,4% declararam fazer uso de outras substâncias, e apenas 12,6% declararam não fazer uso de nenhum tipo de drogas.

Após estarem em situação de rua, em 2019 eram 65,0% os que declararam que faziam uso de cigarros, 56,1% declararam fazer uso de bebidas alcoólicas, 28,9% declararam fazer uso de maconha, 22,3% declararam fazer uso de cocaína, 18,9% declararam fazer uso de crack, 5,3% declararam fazer uso de inalantes, 0,9% declararam usar outras substâncias e 17,3% declararam que não faziam uso de nenhuma substância. Esta questão permitia mais de uma resposta. Observa-se que houve redução do uso de drogas em todas as categorias após a situação de rua.

Na perspectiva da cidadania são levantadas as informações sobre documentos pessoais. É surpreendente a redução dos indivíduos que indicam não possuir nenhum documento, passou de 42% em 2010 para 20,4% em 2015 para 18% em 2019. A grande maioria indica possuir RG (de 50,4% em 2010, para 72,3% em 2015 e 92,8% em 2019), seguido de CPF (passou de 36,9% em 2010, para 59,9% em 2015, para 85,3% em 2019), depois carteira de trabalho (passou de 33,2% em 2010 para 47,3% em 2015, para 67,2% em 2019), por fim, o título de eleitor (de 31,1% em 2010, para 41,5% em 2015, para 65,4% em 2019). Nesta dimensão é importante destacar a diferença entre acolhidos e em situação de rua, pois em 2000 eram 46,8% nas ruas que não possuíam qualquer documento, contra

5,9% dos acolhidos. Em 2015 20% nas ruas indicavam não possuir nenhum documento contra 2% dos acolhidos. E em 2019 29,4% nas ruas indicam não possuir nenhum documento contra 4,8% entre os acolhidos. Isso reforça o papel de acesso que os serviços socioassistenciais representam.

Outro aspecto importante diz respeito à trajetória de institucionalização. Passaram por internação 52,5% em 2010, para 65,2% em 2015 e 59% em 2019. Em 2010 e 2015 o sistema prisional era o principal indicado pelos entrevistados, já em 2019 vemos as clínicas de recuperação de dependência superando o sistema prisional. Além disso, em 2019, 31,9% declararam já terem sido internados em clínicas para tratamento de dependência química, 31,2% declararam já terem sido privados de liberdade em instituições do sistema prisional, 13,1% declararam já ter morado em serviços de acolhimento institucional como os abrigos, internatos e orfanatos, 12,8% declararam já ter passado por internação psiquiátrica, e 11,8% declararam ter passagem pelo sistema sócio educativo, Fundação Casa e extinta FEBEM.

Por fim, a pesquisa de 2019 permitiu reconhecer que os principais motivos apontados pelos entrevistados para estarem em situação de rua foram, conflitos familiares, com 40,3%, a dependência química com 33,3% (somados o uso de drogas lícitas e ilícitas), a perda de trabalho, com 23,1%, e a perda da moradia, com 12,9%.

Em 2019, foi aprofundadas as variáveis que permitem compreender as estratégias de sobrevivência e o conhecimento necessário para acesso à recursos nessas condições, tais como alimentação, água, absorvente etc.

Em 2000, as principais formas de acesso à água para tomar banho era em "comunidades, casas de convivência" (20,7%), seguido de entidades beneficentes (18,8%) e depois depósitos (11,2%), postos de gasolina (9,5%) e "canos, bicas, torneiras" (7,9%). Já em 2019 esses dados se diferenciam sobre a finalidade da água. Assim, 50,9% contam com estabelecimentos comerciais e postos de gasolina, seguido de 38,8% em centros de acolhida, 17,4% em serviços de atendimento diurno e 17,7% em estações de metrô, ônibus e trem para água de beber. Para lavar a roupa 61,7% indicam fazê-lo em serviços de acolhimento, 13,5% em serviços diurnos, 9,3% em postos de gasolina ou estabelecimentos comerciais. Chama atenção o fato de 3,3% indicar não costumar tomar banho e 0,1% que não consegue água para beber.

Em 2000 os locais principais locais onde realizam as necessidades fisiológicas são: logradouros (49%), bares e restaurantes (40,2%), seguido de banheiros públicos (11,4%) e entidades (8,4). Em 2019 43,5% indicam usar banheiro dos serviços de acolhimento para defecar, 34,6% banheiros públicos e 23,6% postos de gasolina ou estabelecimentos comerciais.

Foi possível identificar em 2019 que 49,8% se alimentam em serviços da rede socioassistencial, 22,7% ganha/pede a comida de restaurante/lanchonete/bar e 21,6% recebe de grupos que distribuem. Cabe mencionar os 2,7% que coleta/cata, revelando a insegurança alimentar que a rua impõe. Assim, uma informação importante sobre segurança alimentar revelou que 35,3% das pessoas entrevistadas passaram um dia inteiro sem comer nada nos últimos 7 dias. Em números absolutos isso significa que 8593 pessoas em situação de rua passaram pelo menos um dia inteiro sem se alimentar nos últimos 7 dias.

Nesta pesquisa quando perguntados onde conseguem roupas limpas 36% apontam receber doações de pedestres e 25,8% recebe nos serviços da rede socioassistencial e 15,7% compram em brechó. Infelizmente 2,8% indicam não usar roupas limpas. Sobre os calçados a maioria indica também a doação por pedestres (48,2%), compram (41,1%) e recebe dos serviços (16,8%). Esses dados são importantes para revelar que essa necessidade não tem sido garantida pelos serviços, até mesmo porque, os mesmos não possuem orçamento previsto para tal fim, conforme diretrizes da tipificação municipal. Diante destes fatos, é preciso rever a garantia dessas condições básicas depender exclusivamente de doações, pois mesmo nos serviços ela é resultado de ações dessa natureza.

Além dessas informações, foi levantada, pela primeira vez, dados sobre questões específicas da condição da mulher. Deste modo, 57,4% indicam que quando menstruadas usam absorventes. Também identificou que 36,1% pega em serviços da rede socioassistencial, 35,5% compram e 24% vivem de doações. Outro aspecto importante é a possibilidade de lazer. Identificou-se 27,1% não se diverte, 22,9% parques públicos, 22% atividades culturais, 14,2% consumir bebida alcoólica, 10% amigos e conhecidos e 9% shows públicos.

Neste tocante, cabe informar que os serviços especializados de atendimento diurno são importantes referências para as atividades diárias de higiene e alimentação. Foi identificado em 2009 que esses totalizavam 3.294 vagas, aumentando expressivamente para 5.444 vagas em 2016, e drasticamente reduzindo para 3.644 em 2020. Ou seja, ao longo das duas décadas houve um processo de desproteção social no período diurno que requer atenção.

República uma Tipologia que Merece Aprofundamento

Ao longo das duas décadas foi possível identificar os esforços de diversificação dos serviços visando resguardar a heterogeneidade dessa população, com a criação de acolhimento específico para LGBTQI+; gestantes, mães e bebês; pessoas em convalescência; idosos; famílias; catadores, imigrantes etc.

Em 2000, ano do primeiro Censo, existiam duas tipologias de atendimento à população, Casa de Convivência (com 14 unidades e 1.260 vagas) e Albergues (10 unidades com 2.826). Em 2009, existia uma maior diversidade de serviços de acolhimento para população adulta em situação de rua, com 50 unidades de atendimento e 8.593 vagas, constituídos em uma diversidade de cerca de 10 modalidades²⁷.

Já à época do Censo de 2015, verificam-se algumas alterações nessas modalidades por necessidade de enquadramento com a Tipificação Nacional e um refinamento para segmentos específicos da população. Além das modalidades já existentes em 2009, foram identificados os Centros de Acolhida Especial para Mulheres Transexuais, Centros de Acolhida para Pessoas em Período de Convalescença, Centros de Acolhida para Imigrantes, Projeto Autonomia em Foco e Projeto Família em foco. Em janeiro de 2016 eram 75 unidades com capacidade de 11.896 vagas de acolhimento institucional.

É oportuno indicar que a partir de 2012, passa a existir disponibilidade de repasse de recursos Federais para unidades de acolhimento, sendo incluso no Censo Suas anual com questionário específico. De maneira geral, poucas foram as alterações substanciais e o que ocorreu foi uma ampliação das unidades e vagas ofertadas, bem como o espraiamento para regiões mais distantes do centro tradicional e um enquadramento às diretrizes legais nacionais.

Considerando os dados municipais da rede de janeiro de 2020, o que se verifica é existência de 94 unidades de acolhimento com capacidade de 17.011 vagas. Deste modo surgem comparativamente, as modalidades Centro Transitório de Acolhimento (CTA), que totaliza 19 unidades com 4.780 vagas, e Atendimento Diário de Emergência (Atende), totalizando 4 unidades com 982 vagas, visa acolhimento em contêineres adaptados para *“atendimento de dependentes químicos, [... com] banho, alimentação, dormitório, cabeleireiro, barbeiro, oficinas de capacitação [...], encaminhamento de ex-usuários para o*

²⁷ Centro de Acolhida com Inserção Produtiva para Adultos II por 24 Horas (1 unidade e 160 vagas); Centro de Acolhida Especial e Atenção para Adultos em Situação de Rua (2 unidades e 93 vagas); Centro de Acolhida Especial para Famílias em Situação de Rua (1 unidade e 80 vagas); Centro de Acolhida Especial para Gestantes, Mães e Bebês (1 unidade e 100 vagas); Centro de Acolhida Especial para Idosos em Situação de Rua (3 unidades e 340 vagas); Centro de Acolhida para Adultos I por 16 Horas (8 unidades e 1.172 vagas); Centro de Acolhida para Adultos I por 16 Horas e Hotel Social (4 unidades e 948 vagas); Centro de Acolhida para Adultos II por 24 Horas (18 unidades e 3.410 vagas); Centro de Acolhida para Adultos II Por 24 Horas com Centro de Acolhida Especial Para Idosos em Situação de Rua e Lavanderia Social mais Restaurante (Nome Fantasia: “Oficina Boracéia” - 1 unidade e 380 vagas); Centro de Acolhida para Catadores por 24 Horas (1 unidade e 55 vagas); Centro de Referência do Migrante e Adultos em Situação de Rua (1 unidade e 85 vagas); Projeto Especial de Acolhida e Atenção à Pessoa em Situação de Rua (Nome fantasia: “Arsenal” - 1 unidade e 1400 vagas); República para Homens e Mulheres em Situação de Rua (4 unidades e 257 vagas); República para Homens em Situação de Rua (4 unidade e 113 vagas). (SMADS/COPS/CGEO, 2009).

programa Trabalho Novo [...] articulação de apoio familiar aos dependentes, em especial após o tratamento [...]” (SMADS, 2018).

As Repúblicas preveem um grau de autonomia que as diferenciam das tradicionais modalidades de acolhimento institucional. Por isso, se aproximam do modelo conhecido como “*housing-led*”, que vem sendo crescentemente utilizado em países europeus em substituição ao desgastado modelo “escada”.

The term ‘housing-led’ was developed by the jury of the European Consensus Conference on Homelessness in order to describe all policy responses to homelessness that increase access to permanent housing and increase capacity for both prevention and the provision of adequate floating support to people in their homes according to their needs. These approaches represent a significant departure from the ‘staircase’ or ‘continuum of care’ approach, which until recently has dominated responses to homelessness. According to the ‘staircase’ or ‘continuum of care’ approach, stable housing is the end goal in the reintegration process and homeless people, particularly those with complex support needs, move through various stages in different residential services before becoming ‘ready’ for re-housing (FEANTSA, 2011, p.6-7).

Como comprovado, ao longo das últimas duas décadas, de uma maneira geral, observou-se a diversificação particularmente nas modalidades de acolhimento especial, já a rede instalada vinha apresentando tendência de aumento até 2009, depois disso, passou a apresentar queda. De um lado, revela uma crescente e mais pertinente preocupação em atender as especificidades das pessoas em situações de rua. Contudo, do outro, há ênfase nas modalidades de acolhimento mais tradicionais, de maior tutela, na medida em que os serviços de acolhimento institucional representam mais de 98% da rede ao longo e todo o período estudado. Assim, o modelo vigente de evolução gradativa dos indivíduos no processo de institucionalização com vista à autonomia se revela antiquado e sem efetividade comprovada. Esse o sistema é denominado “escada” é se mostra insatisfatório.

Para avançar ainda mais, neste exercício de evidenciar o sistema de atenção traduzido nas ofertas²⁸. Temos uma redução das unidades de Centro de Acolhida I e II de 15.686 vagas em 2009 para 8.826 em 2020. Os projetos especiais passaram de 510 em

²⁸ A presente análise agrupa as diversas tipologias considerando modalidades distintas: 1) Abordagem Social –SEAS, atendimento social nas ruas com foco na busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual, situação de rua, etc.; 2) Serviço Especializado com atendimento diurno, compreendem espaços de convívio, núcleo de serviços, restaurantes populares, etc.; 3) Serviço de Acolhimento Institucional, se dividindo em: 3.1) Centro de Acolhida 16 e 24 horas – CA I e II, possui maior capacidade de atendimento, menor individualidade, considerável quadro de profissionais dada a maior tutela prevista, 3.2) Centro de Acolhida Especial - CAE, pois possui menor capacidade, maior possibilidade de privacidade, como também quadro de RH significativo com vistas à tutela do sujeito no serviço, 3.3) Projetos Especiais de Acolhimento Institucional - Família em Foco e Autonomia em foco e CTA e Atende; 4) Repúblicas, maior privacidade e autonomia dos sujeitos, refletindo em RH mais reduzido próximas à “housing-led”, junto com Hotel Social.

2009 e 2016 para 6.062 vagas em 2020. Os CAEs praticamente foram mantidos, pois passaram de 2.100 vagas em 2009 para 2.180 vagas em 2020. As Repúblicas foram praticamente mantidas, passaram de 243 vagas em 2009, aumentando para 284 em 2016 e reduzindo para novamente 243 vagas em 2020.

Quando consideradas as informações de repasses mensais é possível identificar que nas últimas duas décadas o custo médio de CA I e II fica em torno de R\$ 604,6 per capita mensal. Os CAEs custaram em média 1.322,7 per capita mensal. As Repúblicas apresentam um custo mensal per capita médio de R\$ 753,2. Curioso identificar queda no valor per capita mensal dos CA I e II e manutenção no CAEs. Cabe também indicar que os projetos especial Família e Autonomia em foco apresentaram um per capita mensal médio de R\$1.275,5, na medida em que se aproximam do modelo de acolhimento especial, em unidades menores, com maior privacidade e relativa autonomia dos moradores. Já os projetos especiais CTA e Atende tem como média mensal um valor de R\$ 666,62 per capita e se aproximam da modalidade CA I e II, com maior quantidade de vagas por unidade, um número significativo de profissionais, resultando em menor privacidade e maior tutela.

Compreendido o contexto geral das tipologias é preciso reconhecer as especificidades da República, por isso a terceira etapa da pesquisa de 2019 aprofunda o olhar sobre o perfil dos acolhidos nesta modalidade. Em síntese, a escolaridade do grupo de residentes nas repúblicas era superior à média geral da população em situação de rua, e não parece que o problema seja de baixa escolaridade já que 64,8% dos entrevistados tem ensino superior ao ensino médio.

Quando perguntados sobre os principais pontos positivos indicados pelos entrevistados em relação as Repúblicas, 41,8% indicaram a Autonomia e 32,7% a liberdade. Justamente aqueles aspectos que torna essa oferta mais próxima a “Housing-led” e as distanciam do acolhimento institucional (abrigo ou casa de passagem). Em se tratando do modelo escada é interessante ver que 89,1% estavam em centros de acolhida antes de estarem nas Repúblicas.

Na opinião deles, as principais ofertas para a saída das ruas são: Oportunidade de trabalho (51,8%) e local para moradia (20,9%), seguidos de tratamento para superar a dependência química (12,7%).

Sobre o acesso e permanência no trabalho, verificou-se que a oferta de formação profissional (37,3%) não vem representando inclusão ou acesso ao mercado de trabalho. Outro aspecto apontado, diz respeito ao fato de que a maior parte dos entrevistados considera que o mercado de trabalho não está pronto para recebê-los. Essa mesma percepção foi apresentada em 2015, quando cerca de 58% da população jovem de 18 a 35

anos afirmaram ter feito algum curso profissionalizante, porém enfrentaram as dificuldades postas para esse acesso. Entre as razões apontadas para não conseguir trabalho estão o preconceito dos empregadores, ausência de endereço fixo e problemas com álcool e outras drogas. Para conseguir trabalho, os autônomos mencionaram os caminhos que conhecem: procura de porta em porta/placas com ofertas de emprego, pergunta às pessoas do centro de acolhida ou conhecidos, vai ao CAT /sindicato/ONG/Igreja, procura em agências de emprego ou é recrutado no próprio serviço de acolhimento, ente outras.

A habitação, quando respeita individualidade, privacidade e sociabilidade desejada pelos sujeitos se torna elemento fundamental para a organização social e existencial do sujeito em situação de rua. Neste sentido, é oportuno registrar que em 2019 a maioria dos entrevistados (90,9%) não teriam para onde ir se saíssem das Repúblicas. Para 83,6% seus rendimentos não seriam suficientes para custear uma moradia em São Paulo. Apenas o aluguel médio indicado pelos entrevistados era de R\$ 633,30.

Segundo ele, do ponto de vista individual, a superação da situação de rua dependeria de conseguir um salário melhor (32,7%), ter um trabalho estável (28,2%) ou ter uma moradia (26,4%). A pesquisa aponta ainda que levariam os entrevistados a deixar as Repúblicas se tivessem casa própria (35,5%), um salário mais alto (28,2%) e emprego fixo (21,8%). No outro extremo, quando questionados sobre o que mais atrapalha para sair da situação de rua é justamente não ter trabalho fixo ou perder o trabalho (39,1%) e não ter moradia (35,5%). As principais recomendações para a formulação de políticas públicas seriam a oferta de trabalho (45,5%) e de alternativas de moradias (27,3%).

É dentro deste contexto que se dá a relevância do acolhimento em moradia subsidiada, que tem como premissa a autogestão ou co-gestão, contando com a mediação das atividades por profissionais especializados. Por isso mesmo, há a necessidade de aprofundamento deste modelo que se denomina República.

Essa abordagem se vê reforçada quando 30% dos conviventes das Repúblicas já haviam passado pela vida nas ruas, desses 87,9% deixaram a situação de rua e acabaram voltando. Isso porque, não foram acompanhados durante o tempo que estiveram fora da situação de rua e não encontraram políticas sociais de proteção social que dessem o suporte necessário para a superação da rua como habitat.

Considerações Finais

As informações apresentadas aqui acumulam duas décadas de dados da população em situação de rua na cidade de São Paulo, fato inédito no território nacional. A sua análise

permite dar visibilidade, ao mesmo tempo, subsidiar as lutas por formas de inclusão deste segmento populacional em contagens oficiais por todo o território nacional.

Em face desse quadro, pode-se aventar a hipótese de que o modelo de atenção à população em situação de rua na cidade de São Paulo se aproxima do modelo clássico conhecido como “escada”, amplamente utilizado em países europeus e nos Estados Unidos. Nesse modelo a pessoa em situação de rua se movimenta por vários estágios, em diferentes serviços, com o apoio de uma equipe técnica até estar preparado para a moradia regular, que corresponde à última etapa no processo de construção da autonomia e de integração social. Passando primeiramente pela aceitação à abordagem social, decorrente encaminhamento para serviços de convivência, para assim chegar ao acolhimento institucional, seja na condição de pernoite ou de vaga fixa.

Considerando a totalidade das capacidades das modalidades de acolhimento institucional (Centro de Acolhida, Centro de Acolhida Especial, República e Projetos Especiais) quando comparadas as duas primeiras, vemos a majoritária presença deste desde 2000 até o presente. Esses dados reforçam a centralidade dos modelos de acolhimento mais tradicionais, mesmo quando tratadas as especificidades dadas por segmento etário, composição, familiar etc. Assim, quase a totalidade das vagas ofertadas na rede socioassistencial está nos centros de acolhida, o que dá a dimensão da dificuldade de avaliar a eficácia dos programas quanto ao objetivo principal de conquista da autonomia pelos usuários.

É frequente a permanência de pessoas vivendo por vários anos nos serviços de acolhida, através do expediente de mudança de local, muitas vezes intercalando com períodos de permanência nas ruas. No modelo “escada” o atendimento em Repúblicas é complementar, na medida em que as pessoas são encaminhadas pelos centros de acolhida. Neste sentido, como já mencionado, se aproximam de modelos de moradia subsidiada com relativa autonomia e privacidade, ou experiências de “*housing-led*”.

Na primeira década havia um processo de expansão e diversificação, tendência esse que acabou invertida na segunda década da série histórica. Cabe mencionar que essas experiências supramencionadas resultaram na recente publicação do Plano Municipal de Habitação de São Paulo (2016), que pela primeira vez considerou prioritário o atendimento àqueles marcados pela “falta de moradia digna para parcela da população em situação de rua”. Na primeira linha programática prevê três modalidades específicas de atendimento a esse segmento populacional, sendo o acolhimento institucional intensivo; aluguel de imóveis privados para abrigo transitório, locação social para serviço de moradia social e bolsa aluguel.

O programa De Braços Abertos também consiste num novo modelo de atenção às pessoas em situação de rua da área central da cidade, vivendo em condições de extrema vulnerabilidade decorrente, em parte, do consumo abusivo de álcool e outras drogas que recebem atendimento preferencialmente ambulatorial. Constitui também um programa na linha de “*housing-led*”, no qual a garantia de acesso à moradia estável e regular é acompanhada de outros serviços como alimentação, trabalho e renda, cuidados com a saúde e garantia de direitos. Diferente do projeto Redenção que encaminha para modalidade de acolhimento aos moldes dos centros de acolhida mais tradicionais, bem como pelo foco em internações, com intervenções referenciadas em hospitais psiquiátricos e residências terapêuticas.

Um aspecto que chama a atenção é a existência de outras tipologias de acolhimento institucional que não são destinadas exclusivamente à população em situação de rua e não são consideradas para a contagem censitária. São os Centros de Acolhida para Mulheres Vítimas de Violência, Instituição de Longa Permanência para Idosos e Residências Inclusivas para Jovens e Adultos com Deficiência. Esses serviços acolhem pessoas em situação de risco ou violência, ou oriundas de acolhimento institucional para crianças e adolescentes e que, caso não estivessem nesses serviços, estariam em situação de rua ou mesmo em situações extremas de risco. Neste sentido, podem ser considerados grupos em condição de extrema vulnerabilidade que sem a moradia subsidiada poderiam estar em situação de rua.

Para concluir, a partir da leitura dos programas, projetos e serviços ofertados para a população em situação de rua, pode-se afirmar que há uma clara intenção de prestar um atendimento aos acolhidos, na perspectiva de proteção social à vida e acompanhá-los em seu objetivo de alcançar a autonomia. Contudo, observa-se que na prática, ainda não estão presentes todas as condições necessárias para a superação da rua como habitat, em especial tendo como modelo de gradativa saída da rua, até que tenham condições de autonomia sem tutela do estado ou com relativo subsídio. Essa inadequação do modelo pode ser percebida tanto pela diversidade de trajetórias na rua, como os casos de resistência ao acolhimento nessas modalidades.

Os conhecimentos acumulados tornam o olhar mais crítico, o que dá outro sentido ao serviço de acolhimento em República, ao mesmo tempo que reconhece a centralidade da necessidade de superação da rua como habitat. Sem com isso aniquilar as subjetividades dos indivíduos nessas condições com a imposição de discursos e práticas institucionalizadas que anulam suas vozes. É tempo de consolidar e defender o SUAS e para isso é preciso reconhecer suas potencialidades e suas fragilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dez. de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Brasília/DF: dez, 2009.

BRASIL. MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**, da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf. Acesso em: 19 de jun 2018.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Mariza Corrêa (trad.). 11ed. Campinas/SP: Papirus, 2011.

CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social. MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS**. Brasília/DF: dez. 2012.

FEANTSA, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. **Housing-led policy approaches: Social innovation to end homelessness in Europe**. Brussels/Belgin: FEANTSA, nov. 2011. Disponível em: https://www.feantsa.org/download/14_11_2011_hf_position_paper_final_en2408443683520304907.pdf. Acesso em: 19 de Jun de 2018.

HAN, Byung-Chul. **Topologia da violência**. Enio Paulo Giachini (trad.). Petrópolis/RJ: Vozes, 2017.

MARTINS, José de Souza. **A exclusão e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

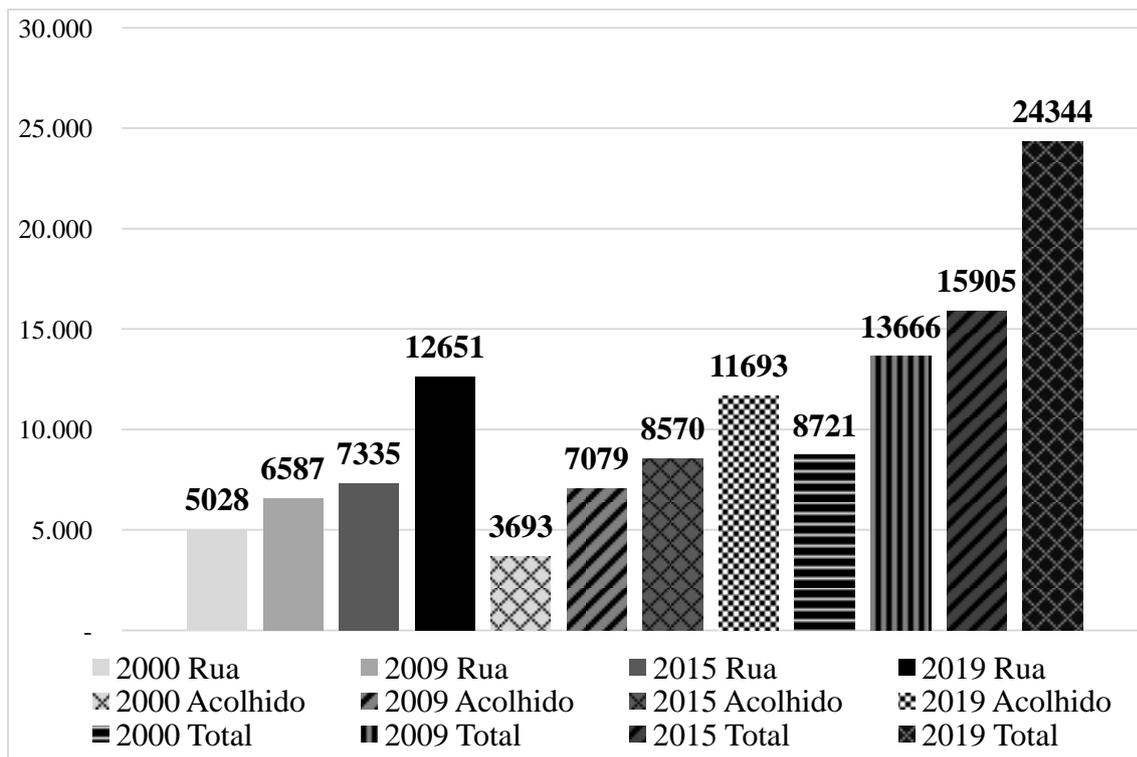
PAUGAM, Serge. **A desqualificação social. Ensaio sobre a nova pobreza**. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

SMADS, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. ATENDE - Atendimento Diário Emergencial. São Paulo: **SMADS, 2018b**. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia_social/index.php?p=248253. Acesso em: 19 Jun de 2018.

STOFFELS, Marie-Ghislaine. **Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

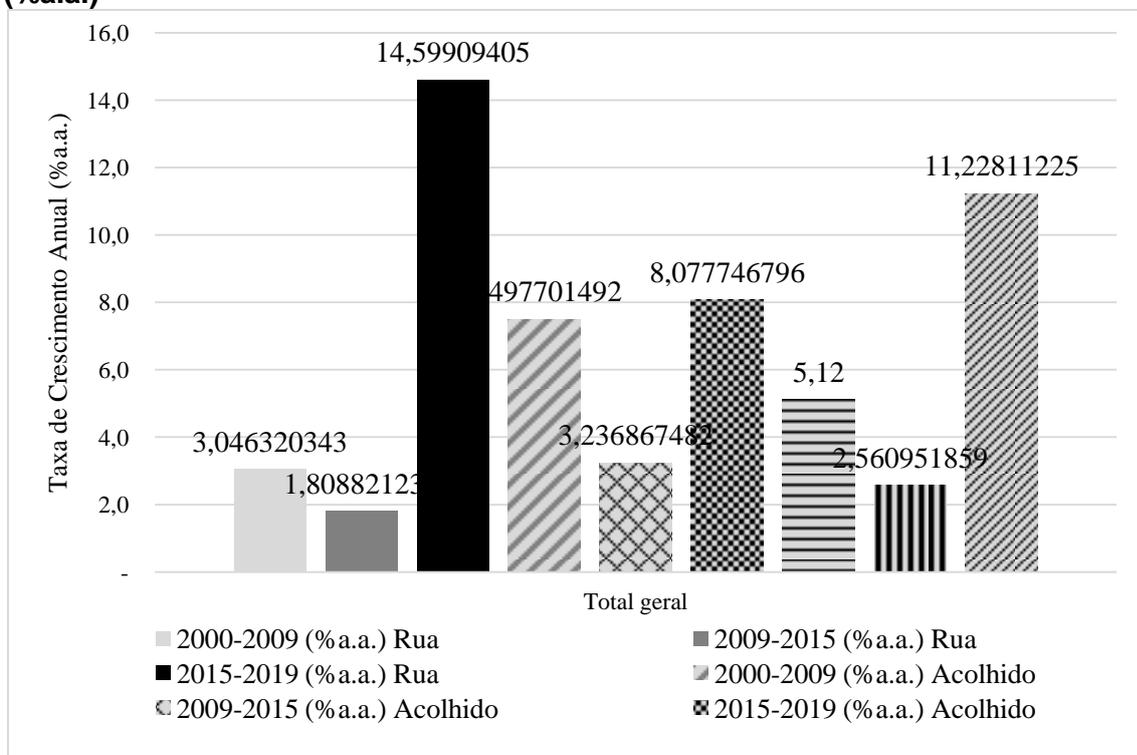
ANEXOS:

GRÁFICO 1 – Município de São Paulo: Distribuição Normal da População em Situação de rua (por acolhidos, nas ruas e total) em 2000, 2009, 2011 e 2015 (n.a.).



Fonte: CPMT-COVIS/SMADS, 2019.
Elaboração: Autoras.

GRÁFICO 2 – Município de São Paulo: Taxa Geométrica de Crescimento da População em situação de Rua, na Cidade de São Paulo, em 2000-2009, 2009-2015 e 2015-2019 (%a.a.)



Fonte: CPMT-COVIS/SMADS, 2019.
Elaboração: Autoras.