

Entre Russomanno e o coronavírus, a População em Situação de Rua segue invisível

Beatriz Fontes de Moraes. Psicóloga, Integrante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da FDUSP;

Bruna Cespedes. Advogada, Pós-Graduada em Direito Penal e Direito Processual Penal na PUC-SP, Integrante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da FDUSP;

Daiane de Lazari, Psicóloga, Pós-Graduada em Economia e Trabalho em DIEESE-SP, Integrante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da FDUSP

Flávia Faraco Sobrado. Advogada, Pós-Graduada em Direito Médico e Da Saúde, Integrante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da FDUSP;

Kelseny Medeiros Pinho. Advogada do Núcleo de Defesa da População em Situação de Rua. Mestranda e Pesquisadora do LabJUTA UFABC;

Laura Cavalcante Salatino. Advogada e Coordenadora da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Maria Clara Fialho. Graduada da Faculdade de Direito da USP, Integrante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da FDUSP

Na terça-feira (13/10), o candidato à Prefeitura de São Paulo Celso Russomanno afirmou que pessoas em situação de rua seriam mais resistentes à covid-19 do que a população em geral, por “[conviverem o tempo todo nas ruas e não terem como tomar banho](#)”. A fala proferida por um político que pretende assumir a cidade com a maior população em situação de rua do país¹ preocupa por demonstrar um profundo desconhecimento da realidade de milhares de munícipes e, ainda, por contrariar o que movimentos sociais da população em situação de rua e especialistas denunciam há meses.

Não há evidências científicas de que viver nas ruas aumente a resistência ao vírus SARS-CoV-2. Na verdade, a afirmação do candidato sobre os casos pontuais de contaminação retoma a discussão sobre a invisibilização de quem vive nas ruas, reproduzida no contexto da pandemia, sobretudo na contagem de óbitos e de contaminados pelo vírus. Essa é a provocação que gostaríamos de apresentar neste breve artigo.

Mesmo antes da pandemia a produção de conhecimento e dados sobre saúde da população em situação de rua já era escassa² e, predominantemente, descolada da realidade

¹ Segundo o [Censo da População em situação de rua 2019](#), na cidade de São Paulo, há 24.344 pessoas em situação de rua, número que vem crescendo e que aumentou mais de 50% nos últimos 03 anos.

² De acordo com Paiva et al (2016), há uma evidência maior de publicações a partir dos anos 2000, caracterizando um importante resultado que pode relacionar-se com a invisibilidade histórica desse grupo.

das ruas, principalmente na análise dos fatores sociais singulares presentes nesse segmento, que podem influenciar em seus processos de saúde-doença.

É comum que os estudos enfatizem aspectos patológicos para compreensão do processo saúde-doença e a incidência apenas de doenças específicas, como tuberculose ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essa perspectiva dificulta uma compreensão global sobre a situação de rua e frequentemente apresenta as condições de vida como fatores agravantes de doenças atribuídas ao sujeito sem, ao menos, promover uma reflexão acerca dos [processos sociais heterogêneos que levam as pessoas às ruas](#). Relações entre saúde e moradia, manutenção de vínculos familiares, condições socioeconômicas, fatores como raça, classe, gênero, sexualidade, permanecem mascaradas por essa abordagem, que responsabiliza individualmente as pessoas em situação de rua.

Mapeamento realizado pela Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama³, através do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua⁴, revela que, até 31 de julho, o número de suspeitos para covid-19 entre a população em situação de rua na cidade de São Paulo era de 767 pessoas, dentre as quais 286 diagnosticadas e 28 óbitos. Os dados foram fornecidos pela Secretaria da Saúde e analisados através de novos dados obtidos a partir de quase 70 pedidos de Lei de Acesso à Informação.

A pesquisa revela que o cálculo sobre o número de pessoas em situação de rua infectadas pela COVID-19 tem como fonte os equipamentos de acolhimento da rede socioassistencial e, principalmente, os consultórios na rua, que são os responsáveis pelo monitoramento epidemiológico da doença na cidade de São Paulo, deixando de contabilizar quem vive e dorme nas calçadas e embaixo das marquises da cidade e não acessa estes serviços. A estimativa é centrada, portanto, em equipamentos específicos para a população em situação de rua, também deixando de fora das estatísticas quem é atendido por outros equipamentos de saúde como UBS e hospitais. Por fim, só são testados os casos suspeitos, excluindo-se assintomáticos.

No caso de equipamentos não-específicos, identificou-se que a exclusão ocorre, também, pela ausência de padronização no preenchimento do logradouro com a informação “em situação de rua” nos formulários epidemiológicos de notificação, o que eleva a

³ A Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama (CDHLG) é um grupo de pesquisa e extensão vinculado à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP) e ao Centro Acadêmico XI de Agosto. Atualmente, a CDHLG ocupa uma cadeira destinada a organizações da sociedade civil no Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (Comitê PopRua). A pesquisa realizada está em fase de revisão para publicação.

⁴ Órgão colegiado que é composto por membros da sociedade civil e do governo, responsável por formular as diretrizes das políticas públicas para população em situação de rua da cidade. Inicialmente previsto pelo Decreto 53.793/2013, o Comitê hoje é instituído pela Lei Municipal 17.252/19

subnotificação de óbitos e contaminados pela COVID-19. Em resposta a um dos pedidos de Lei de Acesso à Informação, inclusive, a Secretaria de Saúde admitiu que a base de dados não é confiável para extrair informações de pessoas em situação de rua, uma vez que essa informação não é registrada ou é omitida pelo fornecimento do endereço de centro de acolhida/endereço diverso.

Os dados transparecem que não se sabe quantas pessoas em situação de rua estão contaminadas e se elas estão mais ou menos vulneráveis ao vírus. Esse cenário incipiente de informações impediu, inclusive, que se pudesse estimar os impactos da pandemia do coronavírus sobre essa população e desenhar medidas preventivas eficazes, além de políticas públicas emergenciais.

A título de contraste, pode-se recorrer à experiência de outros países na leitura da saúde da população em situação de rua e, também, sobre as medidas de enfrentamento ao coronavírus. Países que já conviviam com práticas de recenseamento periódico da população de rua e produção de pesquisas epidemiológicas, como os [Estados Unidos](#)⁵, foram capazes de estimar o número de pessoas em situação de rua que potencialmente seriam atingidas pelo vírus SARS-CoV-2 e, também, [os custos de acolhimento](#) para quarentena e atendimento dessa população em unidades de saúde.

Ainda, realizou-se uma [investigação em abrigos de diversas cidades americanas](#) através de testagem de pessoas acolhidas, apontando que a incidência de casos positivos [nos albergues é maior](#) do que a incidência de casos comunitários nas cidades estudadas⁶. A pesquisa evidencia que a testagem ampla, mesmo em casos assintomáticos, é um meio eficaz para evitar a contaminação das pessoas acolhidas, além de afirmar a vulnerabilidade à infecção pelo novo coronavírus em moradias congregadas⁷.

⁵ Nos Estados Unidos, por exemplo, a “National Alliance to End Homelessness” (Aliança Nacional pelo Fim da Situação de Rua) é uma organização que desenvolve relatórios anuais desde de 2011, conhecidos como “The State of Homelessness in America” (O estado da situação de rua na América), produzindo dados através da metodologia “Point-in-Time Count”, que é uma pesquisa realizada em várias cidades americanas em que voluntários saem, em uma determinada noite de janeiro, a cada dois anos, e fazem uma contagem de pessoas que vivem nas ruas ou em abrigos emergenciais para, assim, ter uma estimativa do tamanho da população de rua no país. Da mesma forma, o “Annual Homeless Assessment Report (AHAR)” é feito para o Congresso Americano, baseado nos sistemas de informação oficiais (Homeless Management Information Systems - HMIS), combinados com as estimativas produzidas pelos relatórios da Aliança descrita anteriormente.

⁶ Taxas de casos positivos detectados: Seattle (17% dos moradores; 17% dos funcionários), Boston (36%; 30%), São Francisco (66%; 16%). Os testes nos albergues de Seattle foram os únicos com casos anteriores confirmados e baixa prevalência de infecção (5% dos moradores; 1% dos funcionários). Entre os abrigos em Atlanta onde nenhum caso foi reportado antes dos testes, uma baixa taxa de infecção também foi reportada (4% dos moradores; 2% dos funcionários). A taxa de infecção nas quatro cidades por 100.000 habitantes, no período dos testes variou, sendo a maior (14.4%) em Boston e a menor (5.7%) em São Francisco.

⁷ Tipo de moradia que se configura por instalações não individualizadas fazendo com que, no compartilhamento do espaço encontre-se problemas com o distanciamento social estipulado como medida de

Trabalhos como os descritos acima permitiram a formulação de [guias de orientação, recomendações](#)⁸, planos de testagem e planos de desenvolvimento de moradias “não-congregadas”, com decretos para aumento e diversificação de vagas de acolhimento, disponibilização de vagas em hotéis, motéis e “hostels”. Também foram identificadas ações para contenção de despejos e remoções, como forma de prevenção à situação de rua. Outros países, como Canadá e [Finlândia](#) adotaram medidas semelhantes. Cabe ressaltar que são Estados que investiram nos últimos anos na política de “Housing First” (moradia primeiro), o que possibilitou à população acolhimento com isolamento social.

O que os dados tornam evidente, portanto, é que a crença em uma suposta “super imunidade” da população em situação de rua não só é cientificamente improvável, como se traduz em mais uma violência praticada contra essa população. Violência ao invisibilizar uma deficiência histórica em entender o processo saúde-doença-cuidado em suas vulnerabilidades específicas. Violência em negligenciar um olhar atento à heterogeneidade dessa população e que promova cuidados que contemplem suas características de raça, gênero e sexualidade. Violência ao justificar e validar respostas do poder público que não se provaram confiáveis em traduzir os impactos da pandemia de coronavírus para as pessoas que vivem nas ruas. E, por fim, violência ao negar a essa população outras possibilidades e políticas públicas. Trata-se de uma reflexão fundamental para qualquer cidadão que terá diante de si a escolha do futuro prefeito da cidade de São Paulo.

prevenção à Covid-19. Além disso, a depender do número de pessoas na instalação, é comum que ocorra aglomerações.

⁸ Destaca-se também a recomendação de não retirar as estruturas de acampamento, como barracas, feita no guia para o cuidado da população em situação de rua em situação de calçada, emitido pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) nos Estados Unidos. Segundo o CDC, a retirada pode contribuir para o agravamento da situação de rua, além da dispersão, o que prejudica os vínculos com as equipes territoriais de cuidado e aumenta as chances de circulação do vírus.