

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - FCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TÚLIO BOSO FERNANDES DOS SANTOS

RUAS E PANDEMIA: as determinações na saúde da população em situação de rua

FRANCA – SP

2022

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TÚLIO BOSO FERNANDES DOS SANTOS

RUAS E PANDEMIA: as determinações na saúde da população em situação de rua

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Estadual Paulista, nível Mestrado em Serviço Social.

Área de concentração: Estado, Políticas Sociais, Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA – SP

2022

S237r

Santos, Túlio Boso Fernandes dos

RUAS E PANDEMIA : as determinações na saúde da população em situação de rua / Túlio Boso Fernandes dos Santos. -- Franca, 2022
231 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. População em Situação de Rua. 2. Pandemia da COVID-19. 3.
Necropolítica. 4. Epidemiologia Crítica. 5. Pesquisa-Ação. I. Título.

TÚLIO BOSO FERNANDES DOS SANTOS

RUAS E PANDEMIA: as determinações na saúde da população em situação de rua

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Estadual Paulista, nível Mestrado em Serviço Social. Área de concentração: Estado, Políticas Sociais, Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Prof.^a Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

1^a Examinadora:

Prof.^a Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

2^a Examinadora:

Prof.^a Dra. Joana das Flores Duarte

Franca, 17 de outubro de 2022.

À Karina e Belchior, pelos instantes ausentes
sepultados nestas palavras.

*Ninguém pode ser considerado vivo
Comendo sobras de lixeiras
Erguendo mãos para pedir esmolas
Fumando crack
Perdendo a saúde puxando carroças de papelão
Não existe vida em dps cdps, viaturas, reformatórios,
presídios e tribunais
Não existe vida nos subempregos, com salários de fome
Nas casas devastadas pelo lícito alcoolismo
Nas, mulheres reféns do machismo e da violência doméstica
Não existe vida nas esquinas e puteiros
Que estupram as crianças invisíveis do Brasil
Não existe vida nos bolsões de miséria
Que fazem arma serem atrativas para meninos e meninas
Que antes dos 25 estarão em caixões lacrados
Quem vive de luto já tá enterrado com o ente que se foi
Quem viu o filho desaparecer depois do enquadro da polícia
Perdeu qualquer razão para viver
Quem é o número de matrícula prisional
Não passa de uma alma que vaga pelo cárcere de presídio
em presídio
Morremos quando rimos do menor
Que aparece na internet sendo torturado em supermercados
Quando aceitamos as versões oficiais
Que alegam que o excluído executado pela PM atirou
primeiro
Quando aceitamos os laudos manipulados que apontam
Que as balas que mataram a criança negra
Saíram do armamento do tráfico
Morremos quando votamos nos que afirmam
Que a pacificação do país passa pela aniquilação dos menos
favorecidos
Se não fôssemos corpos vazios
Equilibrados por sistemas esqueléticos
Não teríamos opiniões formadas pelos que monopolizam os
meios de comunicação
Se não fôssemos apenas sistemas respiratórios aspirando
pólvora*

Tiraríamos do poder

*Os tiranos que aprovam decretos que acabam em
helicópteros brincando de tiro ao alvo em comunidades
carentes*

Aí, opressor

*Eu sei que você comprou com a sua riqueza suja o direito da
existência*

Eu sei que você conhece a estrita legalidade

Conhece o respeito à integridade física, psíquica e moral

Tem o privilégio de pensar de forma independente

Sem coação televisiva e educacional

*Eu sei que você sabe que o código penal e o martelo do juiz
jamais de alcançarão*

E é por essa e outras, arrombado

Que quanto mais retalham o nosso direito a uma vida digna

Mais põe seu coração podre na mira de uma 'sig sauer'

Vamos segurar faixas de luto

Pelas escolas militarizadas

Pela liberação das armas

Vamos prestar condolências

Para a sociedade que aplaude

A política do confronto

Em conjunto com a política do nepotismo

Do 'fake news'

Do judiciário partidário

Do roubo de presidências

Irmão de guerra

Sinto muito em te informar

*Que quem não tem o padrão de vida estabelecido na
constituição federal*

Já tá em estado avançado de putrefação

Quem tem a probabilidade de uma morte violenta

Por sua condição financeira e cor de pele

Já sobrevive dentro de um túmulo

A coroa de flor

É só um detalhe para nós

Que caminhamos sem vida

Na escuridão da indigência

Viver é ter a opção de crescer profissionalmente

*E intelectualmente
De não ser metralhado pela polícia
De não ser torturado num sistema prisional
Puramente vingativo
Enquanto não pudermos impedir o genocídio
O racismo
A alienação
O aprisionamento em massa
A pobreza extrema e a anulação social
Não passaremos de cadáveres que respiram
Meus pêssames para todos nós que vegetamos
No necrotério dos vivos*

“Estamos Mortos”,
Carlos Eduardo Taddeo.

SANTOS, Túlio Boso Fernandes dos. **Ruas e Pandemia:** as determinações na saúde da população em situação de rua. 2022. 231 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2022.

RESUMO

A presente pesquisa-ação, pautada em uma perspectiva ético-política de superação das iniquidades, elabora seu objeto ancorado na compreensão das determinações do processo saúde-doença na população em situação de rua e no fortalecimento desse processo, durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, acolhe como objetivo principal, analisar as determinações sociais, econômicas e políticas da pandemia, no processo saúde-doença dessa população vivente no município de Franca/SP, a partir da articulação de trabalhadoras(es) e usuárias(os) dos serviços públicos. Por sua vez, os objetivos específicos desdobram-se em: 1) Analisar a gestão de enfrentamento da pandemia realizada pelo governo federal, do Estado de São Paulo e do município de Franca; 2) Refletir as relações de necrobiopoder que incidiram nesse território; 3) Identificar o perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente no território e; 4) Analisar como esse perfil epidemiológico foi afetado durante a pandemia. Como metodologia, utilizamos a Pesquisa-Ação Existencial, definida enquanto “arte de rigor clínico, desenvolvida coletivamente, com o objetivo de uma adaptação relativa de si ao mundo” (BARBIER, 2007, p. 60), tendo como universo a população em situação de rua vivente em Franca e os serviços especializados nessa população existentes no território. Já os cenários da pesquisa são: 1) Reorganização do Fórum da População de Rua de Franca; 2) Criação do grupo de pesquisa do Censo da População em Situação de Rua de Franca e; 3) Criação do grupo de pesquisa com a equipe do Consultório na Rua. Ademais, nos valem de uma abordagem qualitativa, complementada por um momento quantitativo, para a compreensão do fenômeno. Por fim, como resultado, percebemos o significativo aumento da mortalidade da população em situação de rua durante o período analisado, o qual se deve às determinações sociais, econômicas e políticas promovidas pela pandemia da COVID-19, e suas conflitantes gestões de enfrentamento nas diferentes esferas de governo do país. Estas afetaram de forma agressiva o perfil de reprodução social dessa população, ao possibilitar o incremento de significativos processos eventuais destrutivos aos já inúmeros processos detratores impostos estruturalmente ao seu processo saúde-doença. Entretanto, diante da mobilização e articulação de diferentes atores, pudemos organizar, implantar e avaliar um entremeado conjunto de ações no intuito de fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua vivente em Franca, sem os quais as possibilidades de aperfeiçoamento desses processos seriam bastante restritas.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Pandemia da COVID-19. Necropolítica. Epidemiologia Crítica. Pesquisa-Ação.

SANTOS, Túlio Boso Fernandes dos. **Streets and Pandemic:** health determinations in the homeless population. 2022. 231f. Dissertation (Mester in Social Work) Faculty of Humanities and Social Sciences, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2022.

ABSTRACT

The present action-research, based on an ethical-political perspective of overcoming inequities, elaborates its object anchored in the understanding of the determinations of the health-disease process in the homeless population and in the strengthening of this process, during the COVID-19 pandemic. To this end, the main objective is to analyze the social, economic and political determinations of the pandemic, in the health-disease process of this population living in the municipality of Franca/SP, based on the articulation of workers and users of the services. public. On the other hand, the specific objectives unfold in: 1) To analyze the management of coping with the pandemic carried out by the federal government, the State of São Paulo and the municipality of Franca; 2) Reflect the necrobiopower relationships that affected this territory; 3) Identify the epidemiological profile of the homeless population living in the territory; 4) Analyze how this epidemiological profile was affected during the pandemic. As a methodology, we use Existential Action-Research, defined as “an art of clinical rigor, developed collectively, with the objective of a relative adaptation of the self to the world” (BARBIER, 2007, p. 60), having as a universe the population in street situation living in Franca, and the services specialized in this population existing in the territory. The research scenarios are: 1) Reorganization of the Fórum da População de Rua de Franca; 2) Creation of the research group about the Census of Population in Street Situation of Franca and; 3) Creation of the research group with the Consultório na Rua team. Furthermore, we use a qualitative approach, complemented by a quantitative moment, to understand the phenomenon. Finally, as a result, we noticed the significant increase in the mortality of the homeless population during the analyzed period, which is due to the social, economic and political determinations promoted by the COVID-19 pandemic, and its conflicting coping strategies in the different spheres of government in the country. These aggressively affected the profile of social reproduction of this population, by enabling the increase of significant eventual destructive processes to the already numerous detractors processes imposed structurally on their health-disease process. However, in view of the mobilization and articulation of different actors, we were able to organize, implement and evaluate an intertwined set of actions in order to strengthen the health-disease process of the homeless population living in Franca, without which the possibilities of increasing these processes would be quite restricted.

Key words: People in Street Situation. COVID-19 Pandemic. Necropolitics. Critical Epidemiology. Action-Research.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 A EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA EM AÇÃO.....	17
1.1 O movimento dos projetos de saúde	17
1.2 Compreensões sobre a relação entre saúde e doença	24
1.3 A epidemiologia crítica.....	28
1.4 Pesquisa-ação na saúde coletiva	35
1.5 A organização metodológica dessa pesquisa	41
CAPÍTULO 2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PANDEMIA DA COVID-19	48
2.1 O Brasil não pode parar: genocídio no governo federal	48
2.2 O plano São Paulo: restrições no governo estadual.....	60
2.3 Confusão na terra do imperador: o que pode abrir hoje?.....	68
2.4 E quem não tem casa?	80
2.5 O vírus da população em situação de rua	88
CAPÍTULO 3 A SEGREGAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19	93
3.1 A questão das políticas públicas para população em situação de rua em Franca	93
3.2 Necropolítica, necrobiopolítica, raça e classe.....	100
3.3 A criação do inimigo ficcional	109
3.4 O não-ser população em situação de rua.....	112
3.5 Do centro de humanização ao espaço dignidade	122
3.6 Destruindo os invasores	125
CAPÍTULO 4 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE FRANCA	130
4.1 O retrato da reprodução social	130
4.2 O processo saúde-doença e a pandemia da COVID-19.....	161
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
APÊNDICES	191
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE AÇÃO SOCIAL DE FRANCA	192

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA.....	193
APÊNDICE C – FORMULÁRIO DO CENSO AS POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE FRANCA	194
ANEXOS	223
ANEXO A – PLANO DE AÇÃO DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19 JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	224
ANEXO B – INFORMAÇÕES SOBRE ÓBITOS DE USUÁRIOS(AS) DA ECR DE FRANCA	230

INTRODUÇÃO

A pesquisa-ação entrelaçada nesta dissertação eclode em um momento fúnebre de nossa sociedade, carregado de verdades mentirosas e descaso com a existência humana. Essa decadente miséria que vivenciamos já adoecia nossos corpos antes mesmo da repentina emergência da pandemia da COVID-19, tendo em vista a expansão da inimizade e da violência com que convivíamos, resultando na escalada de líderes autoritários e segregacionistas em diferentes países do mundo. Entretanto, a emergência em saúde pública de importância internacional soprou “bons” ventos aos trópicos para o asseveramento das iniquidades que estruturam nossa sociedade, intensificando a eficiência do Estado na defesa dos interesses das classes dominantes. Afinal, nada melhor para equilibrar o exponencial crescimento das massas regurgitadas ao desemprego e à miséria do que a absorção de suas vidas pela morte.

Estamos todos no mesmo barco, bradaram aqueles que mascaram a realidade na busca por uma conciliação pacífica entre a morte e a política e referenciada em uma equivocada leitura etiológica. Enquanto outros preferiam mirabolar e propagar toda a sorte de teorias conspiratórias no intuito de sustentarem suas verdades incontestáveis, expondo-se, inclusive, à própria morte. Contudo, com avançar da situação pandêmica pudemos compreender que estávamos diante de uma doença mortífera que reconhecia classe, sexo e raça.

Como tentativa de enfrentamento às consequências diretas e indiretas da pandemia da COVID-19 em nosso país, cada esfera de governo lançou-se em uma colossal cruzada, com nítidos sinais eleitoreiros, expedindo inúmeras normativas de acordo com seus interesses e responsabilidades. Vale inclusive ressaltar a intensa desarmonia e incoerência que tiveram as diversas estratégias de enfrentamento (ou propagação) da pandemia entre os diferentes entes federativos. Todavia, essas estratégias de enfrentamento pouco dialogavam com a realidade das inúmeras pessoas que fazem da rua seu local de sustento e moradia e que, possivelmente, sofreriam drásticas consequências durante a pandemia da COVID-19 - consequências estas que infelizmente foram engrossadas por um carniceiro ódio, edificado contra essas pessoas, por parte considerável da população proprietária ou em posse de bens imóveis e institucionalizado em diversos espaços sociopolíticos ao longo de nossa colonizadora história.

Nesse sentido, a presente pesquisa-ação, pautada em uma perspectiva ético-política de superação das iniquidades, elabora seu objeto ancorado na compreensão das determinações do processo saúde-doença da população em situação de rua e no fortalecimento desse processo, durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, acolhe como objetivo principal, analisar as

determinações sociais, econômicas e políticas da pandemia, no processo saúde-doença dessa população vivente no município de Franca/SP, a partir da articulação de trabalhadora(es) e usuárias(os) dos serviços públicos. Já, os objetivos específicos desdobram-se em: 1) Analisar a gestão de enfrentamento da pandemia realizada pelo governo federal, do Estado de São Paulo e do município de Franca; 2) Refletir as relações de necrobiopoder que incidiram nesse território; 3) Identificar o perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente no território; 4) Analisar como esse perfil epidemiológico foi afetado durante a pandemia.

Como metodologia, a pesquisa foi realizada a partir da Pesquisa-Ação Existencial, definida enquanto “arte de rigor clínico, desenvolvida coletivamente, com o objetivo de uma adaptação relativa de si ao mundo” (BARBIER, 2007, p. 60), tendo como universo a população em situação de rua vivente em Franca, no interior do estado de São Paulo, e os serviços especializados nessa população existentes no território do município. Já os cenários da pesquisa se manifestam na: 1) reorganização do Fórum da População de Rua de Franca (FPR); 2) criação do grupo de pesquisa do Censo da População em Situação de Rua de Franca e, 3) criação do grupo de pesquisa com a equipe do Consultório na Rua. Nesse sentido, tais espaços foram empenhados pelos(as) participantes dessa pesquisa-ação: usuários(as) e trabalhadores(as) dos serviços especializados em população em situação de rua, discentes e docentes universitários e membras(os) de conselhos municipais. Vale destacar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 45405421.3.0000.5408.

Além disso, a pesquisa foi realizada a partir da abordagem qualitativa, complementada por um momento quantitativo, resultando em uma análise crítica e complexa da realidade. Dessa forma, por meio da escuta sensível, organizamos a coleta e construção de dados através de reuniões, entrevistas fechadas e abertas, e de conversas com as(os) participantes da pesquisa-ação, sendo todo o material registrado no diário de campo do pesquisador e em relatórios e planilhas.

Por sua vez, enquanto referencial teórico, a pesquisa-ação se debruça no campo da saúde coletiva, ancorando-se na Epidemiologia Crítica no intuito de compreender como o processo saúde-doença do coletivo é determinado pelas dimensões sociais, econômicas e políticas. Vale destacar que os objetivos da Pesquisa-Ação Existencial e da Epidemiologia Crítica se entremeiam, tendo em vista a proposta multicultural e emancipatória em que estas se estruturam no intuito da superação das iniquidades existentes em nossa sociedade capitalista, racista e machista. Por sua vez, a necrobiopolítica nos permite compreender como essas iniquidades se

estruturam nos territórios cuja colonização ocorreu, esquartejando as relações de inimizade elaboradas contra corpos abjetos a serem exterminados em um pestilento estado de exceção.

Para tanto, essa pesquisa, para a dissertação de mestrado, foi organizada em quatro capítulos. No Capítulo 1, abordamos as questões teórico-metodológicas que sustentam e promovem a presente pesquisa-ação. Dessa forma, realizamos uma análise histórico-política referente aos projetos relacionados à saúde cujos intuitos perpassam relações políticas de poder e controle, universalização da saúde em mercadoria e possibilidades de emancipação de pessoas. Além disso, demonstramos nossa preferência pela Epidemiologia Crítica, tendo em vista sua compreensão imbricada da determinação social do processo saúde-doença do coletivo estruturada a partir da teoria marxista. Finalmente, apresentamos as possibilidades de diálogo entre a Pesquisa-Ação Existencial e a Epidemiologia Crítica, descrevendo o percurso metodológico realizado nesta pesquisa.

Já no Capítulo 2 apresentamos uma exaustiva análise jurídico-política das gestões de enfrentamento da pandemia da COVID-19, abarcando a esfera federal, estadual (São Paulo) e municipal (Franca). Nesse sentido, localizamos as políticas públicas específicas para a população em situação de rua implementadas por esses entes federativos e sua relação com a realidade das pessoas que fazem da rua seu espaço de sobrevivência

Por sua vez, no Capítulo 3, por meio da etnografia de uma singular votação na Câmara Municipal de Franca, durante a pandemia da COVID-19, dissecamos a relação de inimizade entre a população proprietária ou em posse de imóveis contra a população em situação de rua vivente no território. Com isso, podemos perceber como as relações de necrobiopoder se constituem no modo de produção colonial racista e compreender as políticas públicas que promovem contra a população em situação de rua, organizada em diversas táticas para a segregação, enclave, sofrimento e morte dessa população, cuja eficiência é exponenciada diante da emergência da pandemia da COVID-19 e o asseveramento do estado de exceção.

Por fim, no Capítulo 4, costuramos o perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente no território de Franca, no intuito de percebermos os impactos da pandemia da COVID-19 nesse grupo. Para tanto, elaboramos a imbricamento entre o perfil de reprodução social desse grupo, (observando suas relações com o momento de produção e consumo), com o perfil dos resultados de seu processo saúde-doença (formas de adoecer e morrer), atentando-nos às determinações sociais, econômicas e políticas emergentes durante a pandemia da COVID-19 resultantes nos processos fortalecedores e destrutivos eventuais do processo saúde-doença desse grupo.

Portanto, as páginas que se seguem são fruto da implicação de diversas pessoas em processos de emancipação, contra as distintas iniquidades estruturadas em nossa sociedade e ampliadas durante a pandemia da COVID-19. Nesse sentido, tem como fio condutor a intersecção entre a política e a saúde, cuja articulação foi possível graças ao trabalho ético realizado pelas(os) profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que participaram dessa pesquisa, em especial as(os) Assistentes Sociais.

CAPÍTULO 1 A EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA EM AÇÃO

Nas páginas que se seguem iremos abordar as questões teórico-metodológicas que sustentam e promovem a presente pesquisa. Para tanto, partiremos de uma análise histórico-política referente aos projetos relacionados à saúde cujos intuitos perpassam relações políticas de poder e controle, universalização da saúde em mercadoria e possibilidades de emancipação de pessoas. Em um segundo momento, tentaremos compreender as diferentes concepções de saúde e doença existentes nesses projetos, e por fim nos ateremos na Epidemiologia Crítica, corrente a qual nos filiamos, elucidando suas particularidades metodológicas de aplicação.

Uma vez explicada a perspectiva de saúde a partir da qual interagimos com o objeto da presente pesquisa, avançaremos para seu desenvolvimento prático e teórico cujo principal referencial será a proposta de Pesquisa-Ação Existencial desenvolvida pelo pensador francês, René Barbier (BARBIER, 2007).

1.1 O movimento dos projetos de saúde

A partir dos estudos dos distintos projetos de saúde ao longa da história, Vieira-da-Silva (2015) aponta uma intrínseca relação entre o advento do Estado moderno e as ações de saúde, tendo em vista o fato de que os problemas decorrentes da saúde, no âmbito populacional e em uma perspectiva histórica, demandaram certa organização administrativa através da gestão estatal. Para tanto, é nesse momento de constituição dos Estados nacionais que se edifica uma preocupação sobre aspectos gerais da população vivente em seus territórios, censos passam a ser realizados e analisados, desenvolvendo-se, pois, outros mecanismos de controle social, mais racionais e econômicos do que os sanguinários suplícios. Entretanto, é apenas entre o século XVIII e XIX que tais mecanismos de controle são aperfeiçoados enquanto estratégias da biopolítica, fato que marca, conforme estabelece Foucault (2015), o nascimento da medicina social.

É através de certa identidade com essa medicina social europeia, principalmente a que se desenvolveu no século XIX, que na América Latina, a partir da década de 1970, verificou-se a constituição de um campo que viria a ser o da saúde coletiva (NUNES, 1994 *apud* VIEIRA-DA-SILVA, 2015). Entretanto, antes de pularmos da medicina social europeia do século XIX, para a saúde coletiva latino-americana da década de 1970, iremos compreender melhor o que foi o nascimento dessa medicina social.

Foucault (2015), em conferência proferida na UFRJ, em 1975, demonstra a relação entre a medicina moderna e o corpo social, estabelecendo a medicina enquanto prática social que apenas em uma de suas facetas valoriza as relações individualistas entre médico-doente. Nesse sentido, estabelece enquanto hipótese o curioso fato de que:

[...] com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que o foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu na sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 2015, p. 144).

É justamente nessa conferência que aparece, pela primeira vez, o termo biopolítica que posteriormente viria a ser desenvolvido enquanto conceito no curso ministrado no College de France entre 1978 e 1979 (FOUCAULT, 2008).

De acordo com Foucault, três etapas marcaram a formação da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana e, por fim, a medicina da força de trabalho. Portanto, o corpo apenas transformou-se em objeto de controle por parte da medicina social em último momento, tendo antes perpassado por questões administrativas e urbanísticas (FOUCAULT, 2015).

A medicina de Estado começou sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII, através da organização de uma administração estatal da saúde com intuito de melhorar as condições de vida da população. Apesar de que, desde o final do século XVI e início do XVII, as nações europeias já demonstravam certa preocupação com o estado de saúde de suas populações, na medida em que na Alemanha desenvolvia-se uma efetiva prática médica cuja finalidade centrava-se na melhorias das condições de saúde da população, na Inglaterra e França observava-se um acúmulo de dados, pelo Estado, a respeito da natalidade, índice de saúde, mortalidade e aumento populacional, sem promover qualquer intervenção organizada para aprimorar seus níveis de saúde (FOUCAULT, 2015).

Entre essas práticas administrativas destacamos a polícia médica (*medizininichepolizei*). Esta foi criada em 1764 por W. T. Rau, sendo consolidada no início do século XIX e consistia em: 1) estruturação de um complexo sistema para observação da morbidade; 2) no fenômeno de normalização do saber e da prática médica - ou seja, antes do Estado normalizar o doente, normalizou a medicina e o médico; 3) organização administrativa cuja finalidade era o controle da prática dos médicos, subordinando-a, pois, um poder administrativo, estatal e; 4) a

regionalização do espaço subordinado a funcionários médicos nomeados pelo governo. (FOUCAULT, 2015).

Portanto, para Foucault (2015), no modelo de medicina de Estado, o foco do poder manifesta-se, não no corpo que trabalha, mas no “[...] próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos” (FOUCAULT, 2015, p. 151). Sendo assim, podemos constatar a máxima estatização da medicina antes do aparecimento da medicina clínica.

Já a medicina urbana aparece na França nos fins do século XVIII, tendo como suporte, não a estrutura de Estado, como na Alemanha, mas os fenômenos relacionados à urbanização. As grandes cidades na França constituíam-se em territórios cujo controle era extremamente fragmentado, fato que pouco dialogava com os interesses da burguesia cada vez mais fortalecida. No intuito de concentrar maiores poderes sobre esses territórios, detidos até então nas mãos de tradicionais autoridades em decadência, a burguesia lança mão do modelo de intervenção médico-político da quarentena.

A respeito da quarentena, este constituía um regulamento de urgência para ser aplicado em casos de epidemias, existindo em toda a Europa desde o final da Idade Média. Sua aplicação, de acordo com Foucault (2015), consistia em:

- 1º) Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar. Cada família em sua casa e, se possível, cada pessoa em seu próprio compartimento. Ninguém se movimenta.
- 2º) A cidade devia ser dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso. Esse chefe de distrito tinha sob suas ordens inspetores que deviam durante o dia percorrer as ruas, ou permanecer em suas extremidades, para verificar se alguém saía de seu local. Sistema, portanto, de vigilância generalizada que dividia, esquadrihar o espaço urbano.
- 3º) Esses vigias de rua ou de bairro deviam fazer todos os dias um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado. Sistema, portanto, não só de vigilância, mas de registro centralizado.
- 4º) Os inspetores deviam diariamente passar em revista todos os habitantes da cidade. Em todas as ruas por onde passavam, pediam a cada habitante para se apresentar em determinada janela, de modo que pudessem verificar, no registro-geral, que cada um estava vivo. Se, por acaso, alguém não aparecia, estava, portanto, doente, tinha contraído a peste, era preciso ir buscá-lo e colocá-lo fora da cidade em enfermaria especial. Tratava-se, portanto, de uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos.
- 5º) Casa por casa, se praticava a desinfecção, com a ajuda de perfumes que eram queimados. (FOUCAULT, 2015, p. 155-6.

Desse modelo de quarentena surgiu, enquanto uma sofisticada variação, a higiene pública, e com ela, o desenvolvimento da medicina urbana na França. Esta correspondia: 1) à análise de locais de acúmulo de elementos que pudessem promover e difundir doenças, tais

quais os cemitérios e matadouros; 2) ao controle da circulação de elementos e coisas, principalmente a água e o ar; 3) à organização das “distribuições e sequências” dos distintos elementos necessários à vida comum na cidade, incluindo questões relativas ao direito de propriedade privada do solo e subsolo (FOUCAULT, 2015).

Vale destacar que, segundo Foucault (2015), é através da medicina social urbana que a prática médica passa a se relacionar com outras ciências, tal qual a química. Sendo assim, foi graças à medicina social e não a individualista, que a se deu a passagem para a medicina científica.

Além disso, é através da medicina social urbana que surge o conceito de salubridade, em momento prévio à Revolução Francesa. De acordo com Foucault (2015),

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. É a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. É correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública - no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa - é o controle político-científico deste meio. (FOUCAULT, 2015, p. 163).

Sendo assim, percebemos que, antes de ter como objeto de intervenção os indivíduos, é o meio de existência desses indivíduos e os elementos e coisas que compõem e circulam neste meio que serão alvo primeiro de conhecimento e intervenção pela medicina social urbana.

Por fim, como último modelo a ser desenvolvido observamos a medicina da força de trabalho, desenvolvida principalmente na Inglaterra já no século XIX, momento marcado por intensa urbanização, industrialização e agitações populares que eclodiram nas cidades. Diferente da medicina francesa, na qual a população pobre não era encarada como perigo, pelas classes dominantes, como perigo, na medicina inglesa constatamos preponderante preocupação com essa população. Tal fato se deve, não só pela ainda ausência de expressivo acúmulo de pessoas pobres nas cidades francesas, mas também pela importante função que essa população tinha no espaço urbano: “levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc.” (FOUCAULT, 2015, p. 165).

Para Foucault (2015), foram três os motivos que estimularam a perspectiva de ameaça e perigo contra a população pobre na Europa do século XIX: 1) política, diante das agitações populares na Inglaterra e da Revolução Francesa; 2) social, decorrente da perda da instrumentalização de seus trabalhos nas cidades com o surgimento de serviços substitutos, tal

qual os serviços postais; 3) saúde, tendo em vista que, com a cólera de 1832 iniciada em Paris, as classes dominantes perceberam, a suposta utilidade de segregar espacialmente os pobres dos ricos.

Dessa forma, uma vez percebidas enquanto perigosas, inevitavelmente políticas de controles sobre a população pobre começaram a surgir. A respeito de tais políticas, ressalta Foucault (2015) que:

É essencialmente na Lei dos Pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre. [...] Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. (FOUCAULT, 2015, p. 166-7).

Vale destacar que essa política foi aperfeiçoada em 1870 por John Simon, através da organização de um serviço autoritário cujo principal intuito era o controle médico da população, e não o seu cuidado. Tal prática foi desenvolvida através de sistemas de *health service* e de *health officers* que manifestavam três principais funções: 1) o controle e a compulsoriedade de vacinação dos diferentes elementos da população; 2) registro organizado de epidemias ou doenças infecciosas que deveriam obrigatoriamente serem declaradas pela população e; 3) localizar e destruir eventuais focos de insalubridade. (FOUCAULT, 2015).

Portanto, diferente dos outros modelos de medicina social do século XVIII, emerge no século XIX, e sobretudo na Inglaterra, “uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 2015, p. 169), concentrando uma medicina assistencial, administrativa e privada.

Chama a atenção a similaridade dos modelos de medicina social descritos por Foucault (2015) com as políticas implantadas na capital do Brasil República, no início do século XX, às quais culminaram, em 1904, na Revolta da Vacina. Diante do controle autoritário da vacinação das classes pobres somado a toda uma reestruturação urbana pela qual a cidade passava, multidões dominaram partes de seu território, tendo como reação o bombardeamento da capital pela Marinha. Tal reforma urbana, financiada em parte Fundação Rockfeller, se estruturara nos moldes da reforma de Paris (após as Revoltas de Junho de 1848 e da Comuna de Paris, momentos em que multidões rapidamente conquistaram a capital) e tinha como um dos principais objetivos a "modernização" de sua região portuária, expulsando, pois, o acúmulo de

peessoas pobres que lá viviam para incrementar a circulação de mercadorias para exportação e importação, bem como a abertura de largas avenidas cuja intenção era a de dificultar o sítio da cidade por revoltosos, além de, novamente, facilitar a circulação de mercadorias (SEVENCKO, 1984). A respeito da expansão dos modelos de saúde europeus aos territórios colonizados, Breilh (2003) pontua que:

Os programas de abertura sanitária de portos e territórios econômicos da época colonial até o último terço do século XIX, se inscreviam no propósito de consolidar o aparato econômico e político nos espaços de conquista que os centros coloniais abriram no mundo colonizado, a aplicação de uma versão 'ultramarina' do modelo de contágio e da polícia médica, ao mesmo tempo em que 'casa adentro' se implantava a versão central da polícia médica, com seu paradigma epidemiológico de contágio e seu paradigma normatizador, centralista e autoritário, lógica que contribuiu para consolidar a nova configuração do espaço urbano, especialmente do capitalismo da Grande Indústria (BREILH, 2003, p.140).

Avançando um pouco mais, vemos nesses primeiros anos do século XX no Brasil o desenvolvimento de pesquisas em doença infecciosas - tais quais as investigações realizadas por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, ou mesmo a escola tropicalista da Bahia e, inclusive, com um movimento sanitarista, com aspiração eugenista e nacionalista, voltado para a luta pelo saneamento. Além desse movimento interno podemos observar também, principalmente a partir de 1917, uma estratégica presença de Fundações estadunidenses, tais quais Kellogg, Milbank e, novamente, Rockefeller, cuja finalidade era “modernizar” o ensino da medicina, na tentativa de substituir o modelo francês pelo modelo preventivista norte americano através do financiamento de bolsas de estudo e pesquisa. (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

Em sua tese de doutorado, Arouca (1975) estabelece, através de uma análise crítica - ou seja, constando quais os pressupostos que constituíam a essência desse fenômeno -, as principais pretensões dessa medicina preventiva que aqui se instalou e desenvolveu-se. Nesse sentido, assim observa:

A Medicina Preventiva, como a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar, é: qual a viabilidade deste projeto no interior do modo de produção capitalista? (AROUCA, 1975, p. 172).

Portanto, constatamos o distanciamento da medicina preventiva com a medicina social e com a saúde pública, afirmando sua própria identidade com a medicina clínica. Inclusive,

Arouca ressalta que “o fundamento da delimitação baseava-se em que a Medicina Preventiva era simplesmente uma nova forma da Medicina privada, enquanto as outras duas representavam uma participação estatal.” (AROUCA, 1975, p. 177). Além disso, saltam aos olhos o forte entrosamento da medicina preventiva com os interesses do capital, promovendo, pois, a mercantilização da assistência em saúde, bem como a reprodução de uma mão de obra produtiva, apta para o trabalho.

É curioso percebermos que é justamente a partir desse financiamento estrangeiro para a promoção de uma medicina preventiva e privada que surge, no país, o campo da saúde coletiva, enquanto um arcabouço teórico e prático de percepção e intervenção que dialoga a saúde e o social, através de uma abordagem marxista, por vezes articulada com outras referências como Foucault, Althusser e Bourdieu, e eventualmente caindo em certas contradições. Portanto, é das contradições internas inerentes à medicina preventiva que vemos eclodir uma perspectiva crítica e emancipadora, com forte entrosamento latino-americano, no campo da saúde.

Vieira-da-Silva (2015) aponta, nesse mesmo sentido ao considerar a saúde coletiva não só enquanto uma ruptura teórica, mas também a estruturação de um projeto de ruptura de práticas e da organização dos serviços de saúde vigentes no Brasil até a década de 1970. Além disso, a autora destaca três principais subespaços implicados nesse processo: “os departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina, algumas instituições governamentais e internacionais, como o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde e a Opas” (VIEIRA-DA-SILVA, 2015, p. 34). Inclusive, um dos marcos de ruptura teórica é a própria tese de doutorado de Arouca (1975), citada anteriormente, consagrando-se em um dos principais atores políticos do projeto de Reforma Sanitária no país.

Não podemos nos esquecer que a saúde coletiva eclode em um momento nefasto na América Latina, cravado pela esmagadora presença de ditaduras necrófilas e alinhadas aos interesses dos Estados Unidos da América (EUA) e do capital. Pois é nesse terreno podre em que o projeto da saúde coletiva é germinado em espaços, por vezes clandestinos, como o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o projeto Andrômeda¹, ou mesmo em associações legais, tais quais o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

¹ De acordo com Lígia Maria Vieira-da-Silva tal projeto “[...] era uma articulação clandestina de cerca de 15 a 20 pessoas, da qual participavam principalmente médicos que ocupavam postos em organismos internacionais ou em instituições públicas federais, além de alguns membros do PCB (Macedo, 2008; Goulart, 1996; Franco Netto & Abreu, 2009 *apud* VIEIRA-DA-SILVA, 2015, p. 36).

Dessa forma, é a partir de uma perspectiva crítica, em diálogo com questões político-econômicas e sociais, que a saúde passa a ser percebida e estudada, se estruturando, enquanto saúde coletiva, nos seguintes pressupostos:

1. A saúde, como estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade por meio das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, tendo, portanto, uma historicidade.
2. As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.
3. O objeto da saúde coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, além do estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Assim, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento, e não no plano da estratégia de reunir profissionais com múltiplas formações
4. O ensino da saúde coletiva envolve a crítica permanente dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde, surgidas nos países capitalistas, que têm influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde: Reforma Sanitária, medicina social, medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária.
5. O processo ensino-aprendizagem não é neutro e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção.
6. O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.
7. A participação ativa e criativa do educando e do educador no processo ensino aprendizagem pressupõe o privilegiamento de uma prática pedagógica fundamentalmente dialógica e antiautoritária, na qual o aluno não se limita a receber os conteúdos emitidos pelo professor.
8. O ensino de saúde coletiva remete a uma concepção ampla da prática. Nela se incluem a prática técnica, a prática teórica e a prática política, entendidas como dimensões da prática social. Nessa perspectiva, as práticas exercidas pelos alunos e professores tendem a se articular com os movimentos mais amplos das forças sociais. (PAIM, 1982 *apud* VIERA-DA-SILVA, 2015, p. 38-9).

Por fim, percebemos um movimento inconstante de distintos e contraditórios projetos de saúde, que por vezes se sobrepõem, por vezes se distanciam. Entretanto, apesar desse aparente embaraço, tais projetos podem ser identificados a partir das flagrantes diferenças em suas finalidades: o de controle, o de mercantilização e o de emancipação do ser humano através da saúde.

1.2 Compreensões sobre a relação entre saúde e doença

Em uma perspectiva histórica do conhecimento científico a respeito da saúde, percebemos que esta foi percebida enquanto um conceito ausente ou negativo. Dessa forma, por vezes não se tinha qualquer preocupação sobre sua conceituação ao passo que em outros momentos esse conceito manifestava-se de forma negativa, ou seja, saúde como um estágio de ausência de doenças. Já com relação ao conceito de doença, observamos sua relevância na

medida das singularidades que cada doença manifestava, a um tipo específico de sofrer que denominava e organizava os conhecimentos existentes relativos àquele sofrer. (AROUCA, 1975)

Para Breilh (2003), tal incapacidade de definição do conceito de saúde por si mesma, bem como a tendência por defini-la na negativa da doença impõe um grave obstáculo para uma visão nova de saúde, que a distancie de um modo de conhecer medicalizado e alinhado à lógica neoliberal de mercantilização da saúde. Além dessa barreira ontológica, outro fator que emperra o avanço de novas perspectivas emancipadoras é a persistente resistência em abarcar não só o indivíduo, mas também o coletivo.

Uma interessante tentativa de abertura do conceito de saúde, apesar de ainda centrar-se na perspectiva biológica, é a definição elaborada por Canguilhem (1966), estabelecendo a necessidade de:

[...] considerar a normalidade como uma norma de vida que incorpora o saudável e o patológico, deixando a saúde de ser considerada simplesmente como a obediência a uma norma ou modelo, pois é parte dela a desobediência e desvio, e abordando a discussão dessa ‘saúde filosófica’, livre e incondicional, que se forja no cenário prático do médico frente a seu paciente e que também se projeta a uma saúde pública ligada às noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade; um processo que finalmente se realiza no fenótipo e é observável. (CANGUILHEM, 1966;2000 *apud* BREILH, 2003, p. 69)².

Ainda na visão de Canguilhem (1971), agora sobre a questão da doença, o filósofo ressalta duas formas otimistas, oscilantes no pensamento médico, para representar a enfermidade: 1) doença enquanto uma visão ontológica do mal entrando e saindo do corpo do ser humano; 2) doença enquanto um conjunto de forças que desequilibra o corpo, necessitando, pois, de um novo equilíbrio (CANGUILHEM, 1971 *apud* AROUCA, 1975). Dessa forma, em ambas as perspectivas percebemos a existência de uma luta, por parte do organismo, ora contra um agente externo, ora para uma luta interna para o equilíbrio de forças.

Já Leavell e Clark (1965) assumem o conceito de saúde apropriado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conceito este que na visão dos autores seria mais dinâmico. Dessa forma, consideram que “[...] Saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e função do corpo que resulta de seus ajustes dinâmicos bem-sucedidos às forças que tendem a perturbá-lo.

² Tradução nossa de “[...] considerar la normalidad como una norma de vida que incorpora lo saludable y lo patológico, dejando la salud de ser considerada simplemente como la obediencia a una norma o modelo, pues es parte de ella la desobediencia y desviación, y abordando la discusión de esa ‘salud filosófica’, libre e incondicional, que se forja en el escenario prático del médico frente a su paciente y que también se proyecta a una salud pública ligada a las nociones de utilidad, calidad de vida y felicidad; un proceso que finalmente se realiza en el fenotipo y es observable.” (CANGUILHEM, 1966;2000 *apud* BREILH, 2003, p. 69).

Não é uma interação passiva entre as forças do corpo trabalhando para o reajuste.” (LEAVELL; CLARK, 1965 *apud* AROUCA, 1975, p. 111). Sendo assim, percebem saúde enquanto um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, ao passo que a doença se manifesta em um processo de interação entre o homem e estímulos patogênicos. (AROUCA, 1975, p. 112).

Nesse sentido, podemos perceber, através das características básicas do conceito saúde/doença e em sua espacialização elucidada no conjunto de seu discurso, a essência da prática preventivista:

- 1) O atendimento hospitalar e de consultório representam apenas alguns dos pontos onde se pode impedir a evolução da doença como processo, e por certo, os piores lugares para prevenir a gênese das mesmas. Prega-se, portanto, uma medicina que seja familiar, comunitária e também hospitalar. Propõe-se, pois, o reencontro da medicina com a gênese e evolução da doença no espaço social, medicina que se liberta do hospital, mantendo-se presa a ele.
- 2) A difusão da medicina no espaço social leva a uma ampliação da clientela, que passa teoricamente a ser todo e qualquer indivíduo, em todos os momentos de sua vida, portanto, propõe-se o reencontro da medicina com a vida em sua totalidade, libertando-se do episódio, porém mantendo-se presa a ele.
- 3) No encontro da Clínica com a Epidemiologia, a Medicina Preventiva propõe o encontro dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência pacífica entre o político e o existencial. (AROUCA, 1975, p. 116-7).

Portanto, chama a atenção na medicina preventiva a planificação dos fatores causais, igualando, pois, o estado econômico do indivíduo com as características biológicas do vírus que o infecta ou com conhecimento terapêutico existente, por exemplo, fenômeno que promove um espaço infinito de associações causais, possivelmente inconclusas. Esse reducionismo que opera o conceito de causalidade na medicina preventiva assume uma linearidade monótona e homogênea das categorias, libertando-se do unicausalismo para ancorar-se nas redes de causalidades difusas.

Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com BARTHES (1972), de mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma-se o social em mito. Entendendo como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os (BARTHES, 1972 *apud* AROUCA, 1975, p.124).

Segundo Laurell (1982), ocorreu, na América Latina na década de 1960, “um questionamento profundo do paradigma dominante da doença que a conceitua como um fenômeno biológico individual” (1982, p. 2). Esse movimento, que veio a constituir a saúde coletiva, foi entremeado pelas experiências de lutas sociais e populares em diversas localidades, inspirando-se nestas para reclamarem a importância da base social na compreensão da saúde e da doença.

Já no âmbito interno da medicina, surgem questionamentos relacionados à inefetividade da prática médica clínica em possibilitar melhorias nas condições de saúde das populações, fato percebido diante do contraste dessas condições entre diferentes grupos sociais. Nesse sentido, a autora ressalta que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (LAURELL, 1982, p. 3), manifestando-se empiricamente de forma mais tangível, não no indivíduo, mas a nível da coletividade. Vale ainda destacar a relevância da percepção não só das especificidades de adoecer de distintos grupos sociais, mas também das formas de morrer, principalmente quando estas decorrem de causas que sequer são ordinariamente mortais. É a respeito da percepção dessas causas que essa pesquisa se debruça, em última instância, ao confrontar os motivos que levaram à morte as pessoas em situação de rua em Franca, durante a pandemia da COVID-19.

Dessa forma, Laurell (1982) destaca a inerente afetação do caráter social no processo saúde-doença, fato perceptível através da organização de dados a nível de um coletivo constituído, primeiramente, em função de suas características sociais e recortado por meio de uma teoria social, deixando para um segundo plano as características biológicas que afetam esse processo. Sendo assim, a autora estabelece a seguinte definição para o processo saúde-doença, no intuito de superação da perspectiva linear de causalidade de fatores de risco:

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade. (LAURELL, 1982, p. 11).

Portanto, na saúde coletiva, diferente da medicina preventiva, a saúde e a doença são compreendidas através de sua interrelação dialógica, constituindo, pois, um processo que varia diante das condições sociais, econômicas e políticas, em dado momento histórico, às quais este indivíduo, membro de uma coletividade identificada a partir de uma teoria social, convive, bem como diante de suas características biológicas particulares. Nesse sentido, “a relação entre o processo de saúde-doença coletiva e o do indivíduo fica, então estabelecida, porque o processo saúde-doença coletivo determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual” (LAURELL, 1982, p. 13).

1.3 A epidemiologia crítica

No campo da saúde coletiva surgem diversas correntes de pensamento que irão se apropriar de distintos referenciais teóricos para estruturar a relação entre o social e a saúde. Entre essas correntes destacamos a de Naomar de Almeida Filho, que estabelece um “ciclo lógico desde a crítica antropológica e biológica até a teoria mais geral sobre saúde” (ALMEIDA, 2001 *apud* BREILH, 2003, p. 67)³ e a de Jaime Breilh (2003), na qual elabora seu pensamento “desde a crítica da economia política e da sociologia até às especificidades do gene-fenótipo” (BREILH, 2003, p. 67).⁴ É a esta última que nos filiamos nessa pesquisa, corrente de pensamento que recebe o nome de Epidemiologia Crítica.

De acordo com Breilh (2003), a proposta da Epidemiologia Crítica é emancipadora e multicultural, estabelecendo, pois, que a crítica em epidemiologia não é um ato puramente acadêmico ou de laboratório, mas também um ato ético e político.

A respeito dessa crítica acadêmica, devemos estar atentos ao fato de que o pensamento em saúde foi construído em bases positivistas e, portanto, alinhado às necessidades do capital industrial e, posteriormente, financeiro. Dessa forma, percebemos uma tendência restritiva no conhecimento científico, diante de sua tendência positivista em reduzir a saúde em três formas: 1) reduzir a saúde à doença e ao individual; 2) reduzir a realidade em saúde ao plano único dos fenômenos empiricamente observáveis e; 3) atribuir ao movimento dessa realidade a simplicidade unidimensional de uma ordem mecanicamente determinada por leis deterministas (BREILH, 2003).

No intuito de fugirmos a essas noções reducionistas em saúde, devemos compreendê-la através da noção de processo, ou seja, no movimento de algo determinado no tempo e no espaço, entremeado pelo princípio da contradição. Nesse sentido, independente de qual corrente de pensamento da saúde coletiva partamos, a sua essência compartilhada é a inerente “ideia do movimento dialético de unidade e hierarquia que entrelaça as dimensões da determinação da saúde coletiva” (BREILH, 2003, p. 48).⁵

Para tanto, Breilh (2003) propõe que podemos perceber a saúde em três dimensões: ontológica, epistemológica e praxiológica. A primeira “se refere à análise dos conceitos, noções

³ Tradução nossa de: “[...] ciclo lógico que camina desde la crítica antropológica y la biológica hacia esa teoría más general sobre la salud” (ALMEIDA, 2001 *apud* BREILH, 2003, p. 67).

⁴ Tradução nossa de: “se tejió desde la crítica de la economía política y la sociología hacia las especificidades de lo geno-fenotipo” (BREILH, 2003, p. 67).

⁵ Tradução nossa de: “idea del movimiento dialéctico de unidad y jerarquía que entrelaza las dimensiones de la determinación de la salud colectiva” (BREILH, 2003, p. 48).

e explicações do modo de ser de uma realidade” (BREILH, 2003, p. 80),⁶ e estabelece a saúde como objeto. Já a segunda “se refere à análise dos processos, da lógica, operações e práticas ligadas à construção do saber em uma formação social” (BREILH, 2003, p. 80),⁷ percebendo a saúde enquanto conceito. Por fim, a dimensão praxiológica “se refere à análise das formas e práticas e sua importância para a vida econômica, social, política do saber e as relações com a natureza” (BREILH, 2003, p. 80)⁸ e se relaciona com a saúde enquanto campo da ação. Dessa forma,

Como processo, a saúde se realiza na dimensão geral da sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos em seu cotidiano. No terreno da intervenção também pode-se trabalhar na dimensão da curativa, preventiva e da promoção. E com relação ao epistemológico, a saúde pode ser observada na perspectiva de diversas culturas (BREILH, 2003, p. 48-9).⁹

Breilh destaca, inclusive, a definição de saúde estabelecida por Minayo (2001), uma vez que esta assume as distintas dimensões da saúde, interrelacionando-as. Sendo assim, para Minayo, a saúde é compreendida enquanto “a síntese do bem estar, qualidade de vida individual e coletiva, formas culturais de preservação da existência e das espécies, e sobretudo dos esforços e disputas coletivas por grupos sociais diferenciados para estabelecer parâmetros acerca do que significa estar saudável” (MINAYO, 2001 *apud* BREILH, 2003, p. 50).¹⁰

Motivado pela necessidade de superar a noção negativa do conceito de saúde - de saúde enquanto a ausência de doença -, decorrente do positivismo, e de compreendê-la de forma dialética, ou seja, abarcando suas múltiplas dimensões e movimentos contraditórios, é que Breilh (2003) desenvolve uma proposta interpretativa de saúde através dos perfis epidemiológicos: um sistema multidimensional de contradições positivas (fortalecedoras) e negativas (destrutivas) do processo saúde-doença. De acordo com o autor, a preferência pela noção de “perfil” se deu pela intenção de valorizar sua condição de síntese das características

⁶ Tradução nossa de: “se refiere al análisis de los conceptos, nociones y explicaciones del modo de ser de una realidad” (BREILH, 2003, p. 80).

⁷ Tradução nossa de: “se refiere al análisis de los procesos, de la lógica, operaciones y prácticas ligadas a la construcción del saber en una formación social” (BREILH, 2003, p. 80).

⁸ Tradução nossa de: “se refiere al análisis de las formas y práctica y su importancia para la vida económica, social, política, del saber y las relaciones con la naturaleza” (BREILH, 2003, p. 80).

⁹ Tradução nossa de: “Como proceso se realiza en la dimensión general de la sociedad, en la dimensión particular de los grupos sociales y en la dimensión singular de los individuos y su cotidianidad. En el terreno de la intervención también puede trabajarse en la dimensión curativa, preventiva y de promoción. Y en lo que atañe a lo epistemológico la salud puede mirarse desde la perspectiva de diversas culturas” (BREILH, 2003, p. 48-9).

¹⁰ Tradução nossa de: “la síntesis del bienestar, calidad de vida individual y colectiva, formas culturales de preservación de la existencia y especies, y sobre todo de los esfuerzos y disputas colectivos por grupos sociales diferenciados para establecer parámetros acerca de lo que significa estar sano.” (MINAYO, 2001 *apud* BREILH, 2003, p. 50).

essenciais. Arelada a essa noção de perfil epidemiológico, o autor também insere a perspectiva de classe, no intuito de ressaltar a diferenciação substancial entre os padrões de saúde em distintas classes sociais. (BREILH, 2003, p. 71). Para tanto, estabelece como noção central no perfil epidemiológico a reprodução social, categoria esta:

[...] que se refere ao movimento de produção e consumo que ocorre na base produtiva, e que ao desenvolver formas de consciência, organização e relação com a natureza, contribui, por sua vez, em desenvolver e transformar sob uma determinada forma de práxis a referida base produtiva. A categoria reprodução social permite estabelecer o movimento interdependente entre a dimensão da vida cultural, da vida organizacional política e da vida ecológica dos grupos. (BREILH, 2003, p. 72).¹¹

Entretanto, com o avanço do conhecimento científico, outras categorias que percebem as relações de iniquidades, que não só classe, passam a ser articuladas para a estruturação do perfil epidemiológico, tais quais a de gênero e de etnia. Sendo assim, as categorias de classe, etnia e gênero, na medida em que amecham sentido para compreensão das relações de poder e, portanto, determinam a experiência dos processos protetores e destrutivos nos perfis epidemiológicos de distintos grupos tornam-se indispensáveis para a compreensão desses perfis.

Além disso, no intuito de superar as inerentes contradições que eclodem nas três dimensões de saúde, Breilh (2003) propõe um novo paradigma da saúde, preocupado em: 1) na dimensão ontológica, superar o reducionismo causal e a noção do objeto epidemiológico como fator de risco, compreendo, pois, as determinações em saúde enquanto processos complexos que devem ser percebidos, organizados e explicados; 2) na dimensão epistemológica, promover uma visão metacrítica, ou seja, integrada, coerente, nutrida de fontes multiculturais e construída na interdisciplinaridade, cuja finalidade é emancipadora e; 3) na dimensão praxiológica, “abarcas todas as dimensões da estrutura de opressão, de classe, de gênero e étnica - como um projeto global de transformação” (BREILH, 2003, p. 85).¹²

Para tanto, a Epidemiologia Crítica, diferentemente da velha epidemiologia positivista - que estrutura sua unidade coerente através “da ideia da realidade dividida em ‘fatores’; da concepção causalista do paradigma de fatores de ‘risco’; e da redução da ação na correção

¹¹ Tradução nossa de: “[...] que se refiere al movimiento de producción y consumo que ocurre en la base productiva, y que al desarrollar-se permite que sigan construyéndose formas de conciencia, de organización, y de relación con la naturaleza que contribuyen, a su vez, a desarrollar y transformar bajo una determinada forma de praxis a dicha base productiva. La categoría reproducción social nos permite establecer el movimiento interdependiente entre la dimensión económica de la vida y las dimensiones de la vida cultural, de la vida organizativo política y de la vida ecológica de los grupos” (BREILH, 2002, p. 72).

¹² Tradução nossa de: “[...] abarcar todas las dimensiones de la estructura de opresión, de clase, de género y étnica - como un proyecto global de transformación” (BREILH, 2003, p. 85).

funcional dos riscos para manutenção do status quo” (BREILH, 2003, p. 88)¹³- propõe uma concepção de realidade enquanto:

[...] um processo que se desenvolve como movimento organizado em torno de modos de vida ou reprodução social, com suas contradições e relações; a concepção dialética de que esses são modos de devir ou determinações das condições de vida e das confrontações que finalmente ocorrem em nossos genótipos e fenótipos; e a projeção da ação em saúde como uma ruptura contra os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emancipar (proteção), e a favor de processos que nos protegem e nos aperfeiçoam, tanto coletiva como individualmente (promoção)” (BREILH, 2003, p. 88-9).¹⁴

A respeito do paradigma de risco que visa a ser superado, este surge enquanto variante da concepção causalista, estando fortemente ligado ao funcionalismo e à manipulação cosmética de fatores da realidade com a intenção de maquiar os níveis epidemiológicos de forma a possibilitar certa governabilidade sobre estes. Ademais, Breilh (2003) tece as seguintes considerações sobre o causalismo:

O causalismo eleva a relação causa-efeito como princípio organizador de toda a realidade, assumindo as causas como forças externas aos objetos e estabelecendo pressupostos que segundo Almeida (‘A Ciência Tímida’) implicam um mundo discreto ou escondido em ‘causas’ e ‘efeitos’; uma realidade onde suas partes, alienadas de qualquer totalidade, se conectam apenas linearmente; e onde qualquer fluxo é visto desde a lógica das conjunções (ALMEIDA, 2000 *apud* BREILH, 2003, p. 204).¹⁵

Ao invés dessa perspectiva linear, sem história e apolítica, Breilh (2003) propõe a análise das determinações sociais que interferem nos modos de vida e condições de saúde dos grupos sociais. Vale destacar, inclusive, a confusão que se faz entre o determinismo e a determinação. Enquanto o determinismo define-se pela “designação que se estabelece para a doutrina filosófica que sustenta que qualquer tipo de evento provém diretamente de uma causa e que, dada a causa aceita o evento deriva inevitável” (BREILH, 2003, p. 125), a determinação pressupõe a ideia da possibilidade de ocorrência ou não do evento.

¹³ Tradução nossa de: “[...] la idea de la realidad como dividida en ‘factores’; la concepción causalista del paradigma de los factores de ‘riesgo’; y la reducción de la acción a la corrección funcional de riesgos para mantener el status quo” (BREILH, 2003, p. 88).

¹⁴ Tradução nossa de: “[...] un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida ou reprodução social, con sus contradicciones y relaciones; la concepción dialéctica de que esos son modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida y de las confrontaciones que finalmente ocurran en nuestros genotipos y fenotipos; y la proyección de la acción en la salud como una ruptura contra los procesos que destruyen nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención), y a favor de los procesos que nos protegen y perfeccionan, tanto colectiva como individualmente (promoción)” (BREILH, 2003, p. 88-9).

¹⁵ Tradução nossa de: “El causalismo eleva la relación causa-efecto a principio organizador de toda realidad, asumiendo las causas como fuerzas externas a los objetos y estableciendo presupuestos que según Almeida (‘la Ciencia Tímida’) implican un mundo discreto o escindido en ‘causas’ y ‘efectos’; una realidad donde sus partes, alienadas de cualquier totalidad, se conectan sólo linealmente; y donde cualquier flujo es mirado desde la lógica de las conjunciones” (ALMEIDA, 2000 *apud* BREILH, 2003, p. 204).

Três são as acepções mais frequentes que aparecem na ciência a respeito do conceito de determinação: 1) que estabelece processos com características definidas; 2) que estabelece conexões inequívocas e constantes e; 3) que possuem modos de devir definidos. (BREILH, 2003). É a esta última acepção que nós nos filiamos, pois se relaciona com o modo de devir, ou seja, a forma (ato ou processo) com o qual o objeto adquire suas propriedades, incorporando todas as possibilidades sem que assuma qualquer delas enquanto princípio absoluto. Além disso, a determinação também incorpora o princípio da dialética, uma que assume “as contradições que ocorrem dentro e entre as sociedades como a força da história humana” (BREILH, 2003, p. 130), inexistindo, pois, uma prioridade ontológica nem da sociedade e nem do indivíduo. É esse processo de determinação dialética entre as contradições de existência social e de existência geno-fenotípicas individuais que Breilh (2003) tenta sistematizar na elaboração do perfil epidemiológico, a partir da categoria de reprodução social e dos processos protetores e destrutivos que se relacionam com os distintos modos de devir da saúde.

Dessa forma,

Os modos de devir que determinam a saúde se desenvolvem mediante um conjunto de processos. Esses processos adquirem projeção distinta frente à saúde, de acordo com os condicionamentos sociais de cada espaço e tempo, ou seja, de acordo com as relações sociais em que desenvolvem - condições que podem ser de construção de equidade, manutenção e aperfeiçoamento, ou que pelo contrário podem tornar-se elementos de iniquidade, privação e deterioração (BREILH, 2003, p 210).¹⁶

Devemos enfatizar, que sendo a realidade contraditória, o mesmo processo que determina a saúde pode ser protetor ou destrutivo, dependendo da classe, gênero e etnia com a qual se relacionam, bem como às características específicas do indivíduo. Ademais, constatamos, pois, que a prevenção epidemiológica profunda, diferente da prevenção etiológica de vacinas, por exemplo, atua na dimensão dos processos, e não necessariamente de forma direta com indivíduos. Isso decorre por concentrar sua atenção no fortalecimento ou criação de processos protetores e no enfraquecimento ou interrupção de processos destrutivos da saúde implicados na reprodução social de grupos particulares, compostos por indivíduos específicos.

Vale destacar, também, a reflexão a respeito da exposição dos grupos sociais e indivíduos aos processos protetivos e destrutivos de suas condições de saúde. Sendo assim, devemos distinguir entre processos de exposição eventual, dos de exposição crônica ou diária e

¹⁶ Tradução nossa de: “Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Estos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan - condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionismo, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro (BREILH, 2003, p. 210).

daqueles processos permanentes ou contínuos de exposição, inerentes, pois, ao modo de devir, ao qual o autor prefere designar como imposição. A importância da separação entre processos de exposição (eventual e crônica) dos de imposição (inerentes) é que “permite separar aqueles processos que são contingentes e tem um grau de possibilidade [de ocorrência] daqueles processos que são inerentes ao modo de vida e que operam de modo invariável, e que portanto tem zero grau de liberdade [de ocorrerem]” (BREILH, 2003, p. 213).¹⁷

Por fim, Breilh (2003) aponta para a necessidade chave de organizarmos, dentro do pensamento Epidemiológico Crítico, a noção de equidade/iniquidade, uma vez que essa categoria permite compreender a distribuição dos modos de vida e as condições às quais estão expostos a processos protetores e destrutivos.

As condições de vida são produzidas coletivamente e nesse mesmo processo de produção são geradas as relações sociais e de poder que determinam a distribuição do sistema de bens do qual depende a reprodução social. A produção dos processos para a vida (protetores e destrutivos) determina, por sua vez, a forma de distribuição dos mesmos, a parcela de bem-estar que os grupos podem acessar, ou de sofrimento que padecem por suas carências ou contravalores. É por isso que o conhecimento epidemiológico, para compreender os processos geradores de saúde - aqueles que ocorrem nos ambientes de trabalho, na esfera do consumo, nos espaços político-organizacionais, no domínio da vida cultural e nas relações ecológicas -, tem, necessariamente, que estudar as relações sócio-estruturais. (BREILH, 2003, p. 214).¹⁸

Com base na teoria marxista, Breilh (2003) define a iniquidade estabelecendo-a, pois, enquanto “a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum, e institui a inviabilidade de uma distribuição humana que conceda a cada um de acordo com sua necessidade e lhe permite contribuir plenamente de acordo com sua capacidade” (BREILH, 2003, p. 217).¹⁹ Dessa forma, iniquidade é uma categoria analítica que se atém à essência do problema, na perspectiva crítica, tendo como sua manifestação observável, ou seja, seu efeito, na desigualdade.

¹⁷ Tradução nossa de: “[...] permite separar aquellos procesos que son contingentes y tienen un grado de probabilidad de aquellos procesos que son inherentes al modo de vida y que operan de modo invariable, y que por consiguiente tienen 0 grado de libertad” (BREILH, 2003, p. 213).

¹⁸ Tradução nossa de: “Las condiciones para la vida se producen colectivamente y en ese mismo proceso de producción se generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes de los que depende la reproducción social. La producción de los procesos para la vida (protectores y destructivos) determina, a su vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos, o la de sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores. Es por eso que el conocimiento epidemiológico, para comprender los procesos generativos de la salud - aquellos que se producen en los escenarios del trabajo, en la esfera del consumo, en los espacios organizativo-políticos, en el dominio de la vida cultural y en las relaciones ecológicas -, tiene necesariamente que estudiar las relaciones socio-estructurales” (BREILH, 2003, p. 214).

¹⁹ Tradução nossa de: “[...] “[...] la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, y instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad” (BREILH, 2003, p. 217).

Nesse sentido, os processos de iniquidade compreendidos a partir das categorias de classe, gênero e étnica, não ocorrem de forma desconexa, uma vez que “uma estrutura de poder é atravessada e reproduzida tanto por relações de apropriação e exploração econômica, quanto por relações de subordinação étnica e gênero” (BREILH, 2003, p. 220).²⁰

Collins irá denominar essa estrutura de poder baseada na iniquidade de classe, gênero e etnia enquanto “matriz de dominação” (COLLINS, 1991 *apud* BREILH, 2003, p. 220), estrutura esta que se organiza nos níveis pessoais, comunitários e institucionais. São nesses espaços que a dominação se reproduz e nos quais podemos, se não devemos, promover relações de resistência e luta contra-hegemônica.

Entretanto, apesar das três fontes de iniquidade estruturarem unidade e movimento entre si, tal fato não estabelece o mesmo *status* hierárquico no conhecimento da realidade. Para tanto, devemos estar atentos à necessidade de diferenciar a ordem histórica (cronológica) de estruturação dessas iniquidades, da ordem hierárquica de determinação social e distribuição do poder.

[...] essa ordem histórica não implica primazia ou maior hierarquia na determinação dos modos de vida desses fenômenos mais antigos sobre o processo econômico de concentração de poder. Isso porque, primeiramente, para que houvesse acumulação de poder, inclusive de gênero ou étnica, teve que dar-se a matéria básica, apesar de insuficiente, dessa concentração de poder, que é a apropriação do excedente econômico acumulado. Entretanto, em segundo lugar, a ordem histórica antes descrita não implica primazia ou status separado na determinação, uma vez que a história mostrou que os processos culturais e as formas de poder simbólico não são estruturados separadamente das formas de dominação econômica (BREILH, 2003, p. 220-1).²¹

Dessa forma, Breilh (2003) destaca a impossibilidade de um poder estruturado em relações de gênero ou étnicas exclusivamente sustentadas em relações culturais ou elementos simbólicos, uma vez que temos que considerar também a concentração econômica e seu domínio político. Portanto, devemos perceber a existência de um movimento dialético entre o poder

²⁰ Tradução nossa de: “[...] una estructura de poder, atravesada y reproducida tanto por relaciones de apropiación y explotación económica, cuanto como por relaciones de subordinación étnica y de género” (BREILH, 2003, p. 220).

²¹ Tradução nossa de: “[...] ese orden histórico no implica primacía o mayor jerarquía en la determinación de los modos de vida de dichos fenómenos más antiguos sobre el proceso económico de la concentración de poder. Es así, primeramente, porque para que exista acumulación de poder, incluso la de género o la étnica, tuvo que darse la materia básica aunque no suficiente de dicha concentración de poder que es la apropiación de excedente económico acumulado. Mas en segundo lugar, el orden histórico antes descrito no implica primacía o estatuto separado en la determinación, pues la historia ha demostrado que los procesos culturales y las formas de poder simbólico no se estructuran por separado con respecto a las formas de dominación económica” (BREILH, 2003, p. 220-21).

econômico e o poder simbólico (em termos de Bourdieu), movimento este que se manifesta entre as relações de poder de gênero e étnicas e a estrutura de classes.

Nesse sentido, “o poder econômico se concentra em certas classes sociais e se expressa em uma estrutura de classes, mas a dominação econômica requer relações culturais adequadas e estrutura simbólica, que viabilize a hegemonia” (BREILH, 2003, p. 221).²² Ademais, diante desse caráter dialético, percebemos, pois, que as relações de gênero e étnicas possuem relativa autonomia com relação à estrutura econômica, não sendo dela apenas um mero reflexo e, inclusive, manifestando a capacidade de promover mudanças em sua totalidade.

Sendo assim, a Epidemiologia Crítica não deve privilegiar uma ou outra categoria, mas compreender seu movimento como parte de uma estrutura de poder e promover, pois o fortalecimento ou criação de processos protetores das condições de saúde e promotores de equidade, bem como o enfraquecimento ou anulação de processos destrutivos e mitigadores de iniquidades.

1.4 Pesquisa-ação na saúde coletiva

É no intuito de dialogarmos com o paradigma ontológico, epistemológico e praxiológico das dimensões saúde, consagrado por Breilh (2003), que propomos a organização metodológica da presente pesquisa através da aplicação do método da Pesquisa-Ação Existencial (P-AE).

Tal método foi elaborado por René Barbier (2007) em consonância ao segundo período de desenvolvimento da Pesquisa-Ação. Dessa forma, diferente do primeiro período, manifestado entre a Segunda Guerra Mundial e a década de 1960, cujo foco recaia na emergência e consolidação do método, observamos maior inquietação, a partir da década de 1960, para a radicalização política e existencial, embasada na Escola de Frankfurt, e desencadeando, pois, uma preocupação emancipatória. Sendo assim, essa preocupação emancipatória da Pesquisa-Ação promove um importante imbricamento com a Epidemiologia Crítica, na medida em que esta, também, tem como objetivo a emancipação.

De acordo com Barbier, a P-A emancipatória pressupõe que as(os) pesquisadoras(es) reconheçam o próprio processo educativo enquanto objeto a ser pesquisado, bem como que tais pesquisadoras(es) percebam a natureza social e as consequências das transformações que

²² Tradução nossa de: “[...] el poder económico se concentra en ciertas clases sociales y se expresa en una estructura de clases, pero la dominación económica requiere de relaciones culturales y una estructura simbólica adecuadas, que viabilizan la hegemonía” (BREILH, 2003, p. 221).

ocorrem ao seu entorno, resultando, pois, na pesquisa enquanto uma atividade social e política, e, portanto, ideológica. (BARBIER, 2007). Nesse sentido, Georges Lapassade estabelece sete aspectos que caracterizam a essência da P-A emancipatória:

1. O problema nasce na comunidade que o define, o analisa e o resolve.
2. A meta da pesquisa é a transformação radical da realidade social e a melhoria de vida das pessoas nela envolvidas. Os beneficiários da pesquisa são, portanto, os próprios membros da comunidade.
3. A pesquisa participativa exige a participação plena e total da comunidade durante o processo de pesquisa.
4. A pesquisa participativa envolve todo um leque de grupo de pessoas que não possuem poder: explorados pobres, oprimidos, marginais....
5. O procedimento da pesquisa participativa pode suscitar nos participantes uma melhor conscientização de seus próprios recursos e mobilizá-los de maneira a prepará-los para um desenvolvimento endógeno.
6. Trata-se de um método de pesquisa mais científico do que a pesquisa tradicional, pois a participação da comunidade facilita uma análise mais precisa e mais autêntica da realidade social.
7. O pesquisador é aqui um participante engajado. Ele aprende durante a pesquisa. Ele milita em vez de procurar uma atitude de indiferença. (BARBIER, 2007, p. 60-1).

Construída, pois, através dessas características, a Pesquisa-Ação Existencial será definida, enquanto uma “arte de rigor clínico, desenvolvida coletivamente, com o objetivo de uma adaptação relativa de si ao mundo” (BARBIER, 2007, p. 60). Dessa forma, ao mesmo tempo em que o método permite uma abertura à realidade ambígua e imprevisível através da intuição, criação, sensibilidade e empatia, exige-se uma organização rigorosa na articulação dos campos conceituais e teóricos, bem como, na permanente avaliação das ações relativas aos objetivos intermediários.

Além disso, inexistente P-AE sem um sujeito coletivo e implicado que nela participe, construindo um grupo diverso cuja composição mínima perpassa por pesquisadores e sujeitos da comunidade a qual a pesquisa se desenvolve, inclusive sem deixar de lado os embargos metodológicos, a negociação, e principalmente os conflitos decorrentes desse sujeito coletivo. (SANTOS, 2019, p. 22).

Ademais, a P-AE possui uma finalidade específica, qual seja a implicação de processos de mudança de atitudes junto aos participantes, enquanto grupo e indivíduos, para com a realidade que se impõe. Uma vez que essa realidade é organizada de forma complexa, esse resultado almejado no empenho da P-AE deverá possibilitar “uma adequação relativa entre os desejos, os interesses, os valores de cada um e a realidade do mundo que contrapõe a inércia gigantesca.” (BARBIER, 2007, p. 72).

Para cumprir com sua proposta, Barbier estrutura a P-AE em espiral, na qual momentos de organização, planejamento, avaliação e teorização são intercalados por momentos de ação, de criação e de desorganização. A essa abordagem oscilantes, noções são entrecruzadas no

intuito de sustentar a estrutura da P-AE, bem como permitir seu movimento, avivando, pois, seu compromisso ético-político de emancipação.

É apresentado pelo autor seis noções-entrecruzadas: complexidade, escuta sensível, pesquisador coletivo, avaliação, negociação e mudança. A respeito da complexidade, esta é constituída pelas seguintes características: 1) Auto-eco-organização permanente, na qual o sujeito é concomitante autônomo e dependente; 2) Admissão da incerteza, do contraditório e do imprevisível da realidade em oposição à ânsia de tornar o todo coerente e; 3) Recusa dos excessos da racionalização, sem deixar de se inserir na ordem da realidade. Nesse sentido, Edgar Morin estabelece três princípios da realidade, sendo eles: 1) Dialógico, no qual os fenômenos insociáveis devem dialogar através de uma lógica da complementaridade antagônica; 2) Recursão Organizacional, no qual uma ordem organizacional pode surgir de uma desordem, uma vez que o fenômeno complexo é ao mesmo tempo produto e produtor de sua existência e; 3) Hologramático, percebendo, pois, a relação existente entre o todo e parte, estando esta presente naquele e vice e versa. Dessa forma, a complexidade concebe a realidade através de um sistema aberto, combinando diversos fenômenos de organização, informação, energia, retroação, produtos, e fluxos, sem prender-se em um claustro teórico.

Por sua vez, a escuta-sensível,

[...] apoia-se em um escutar/ver de bases rogerianas, e pende para o lado meditativo. Carl Rogers [1981] sustenta sua psicoterapia na ideia de uma Abordagem Centrada na Pessoa, apoiada em três princípios, quais sejam a consideração positiva incondicionada; a congruência, tida como a coerência interna do próprio terapeuta e a empatia. Sobre este último, Barbier destaca que ‘o pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para ‘compreender do interior’ as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, valores, símbolos e mitos (existencialidade interna)’ (SANTOS, 2019, p. 23; BARBIER, 2007, p. 94 *apud* SANTOS, 2019, p.23).

Já o pesquisador coletivo manifesta a ideia de grupo-sujeito, no qual pesquisadoras(es) acadêmicos interagem com membros da comunidade com a qual se desenvolve a pesquisa-ação, constituindo, pois, uma entidade dotada de história, afetividade e de estratégia própria, que de forma alguma deve ser reduzida à soma individual de seus membros. O pesquisador coletivo surge da constante negociação entre os membros internos e demais atores externos, bem como da constante avaliação da estratégia e das ações programadas e executadas. É através desse eterno movimento de negociação e avaliação que o pesquisador coletivo pode empenhar a mudança, finalidade última da P-AE, cujo foco recai na transformação de sua atitude perante a realidade, tendo em vista que:

[...] se observamos a existência de um problema, este se constitui por incapacidade da ordem estabelecida em resolvê-lo ou por simplesmente não almejar modificação alguma no sistema vigente. Nesse sentido, a P-A aparece sempre como um questionamento político no sentido etimológico de uma organização da cidade. (BARBIER, 2007, p. 75).

Vale destacar, portanto, que a P-AE promove imbricamentos com a Epidemiologia Crítica, na medida em que se propõe a: 1) compreender a realidade através da noção da complexidade (dimensão ontológica da saúde); 2) promover uma visão sobre o fenômeno a partir do diálogo de diferentes atores envolvidos neste, de forma integrada e coerente, com o intuito de emancipação (dimensão epistemológica da saúde) e; 3) empenhar um projeto de transformação da realidade que seja contra-hegemônico e atento à superação das iniquidades nas relações de classe, gênero e étnicas (dimensão praxiológica da saúde). Dessa forma a utilização do método da P-AE aparece enquanto uma interessante oportunidade para se explorar a prática da Epidemiologia Crítica e fazer cumprir seu compromisso ético-político emancipador.

É nesse sentido que as enfermeiras Vilma Machado de Queiroz e Maria Josefina Leuba Salum (1996) apresentam a proposta de reconstruir a intervenção em saúde coletiva, no intuito de ressuscitar a prática em saúde em consonância às diretrizes latino americanas que surgiam naquele momento, substituindo, pois, o foco no controle de saúde das populações por um “conjunto de práticas voltadas para o monitoramento das condições de saúde de todos aqueles que trabalham e vivem num espaço geo-social delimitado” (QUEIROZ; SALUM, 1996, p. 1). Para tanto, deve-se deslocar o objeto da saúde do âmbito individual para o do coletivo, tendo em vista a intrínseca relação de determinação existente entre o processo social e o processo saúde-doença, e vice e versa.

Nesse sentido, devemos superar algumas noções que interferem na prática do cuidado em saúde, tais quais:

[...] 1) toda intervenção em saúde é intervenção em Saúde Coletiva, dado o caráter multifacetado do objeto; 2) intervir em Saúde Coletiva é intervir nos determinantes do processo saúde-doença e não somente na expressão bio-psíquica; 3) intervir no coletivo implica em superar os limites da assistência individual ou à família; 4) o coletivo é a totalidade dos habitantes do território e não a demanda dos serviços; 5) o coletivo não é homogêneo e a sua heterogeneidade se manifesta a partir da inserção social dos grupos sociais que comporta, e não a partir das suas diferenças cronológicas; 6) ainda que as diferenças cronológicas sejam relevantes para caracterização de algumas das necessidades e problemas do coletivo, devem elas se subordinar às necessidades e problemas do grupo social a que pertencem; 7) o coletivo é o objeto de todas as práticas sociais em saúde, o que requer a construção de um saber/tecnologia sobre o trabalho coletivo e sobre o trabalhador coletivo, para a partir daí recompor a especificidade de cada prática profissional frente ao novo objeto/finalidade. (QUEIROZ; SALUM, 1996, p. 10).

Entretanto, tomarmos o coletivo enquanto objeto “implica então em contorná-lo pela totalidade, decompô-lo em grupos sociais, localizando o indivíduo e sua família nos grupos sociais homogêneos nos quais se insere e estes por sua vez na totalidade” (QUEIROZ; SALUM, 1996, p. 3). Portanto, faz-se necessário uma teoria crítica, ou seja, atenta às determinações essenciais do coletivo sem as quais este não se constituiria, que nos permita desagregar a totalidade e, em seguida, agregá-la de forma organizada.

Dessa forma, percebemos que utilizar a categoria da reprodução social, articulação dialética entre os momentos de produção e de consumo, no intuito de compreender o coletivo é bastante assertiva, tendo em vista que essa categoria reorganiza “a relação de determinação e subordinação entre produção e consumo, e entre trabalho e vida, que, por sua vez, acolhem os diferentes potenciais de fortalecimento e de desgaste do coletivo” (QUEIROZ; SALUM, 1996, p. 4).

Além disso, a reprodução social do coletivo e as determinações do processo saúde-doença ocorrem de maneiras específicas diante das distintas realidades sociais existentes no território. Nesse sentido, o território:

[...] dinamiza outros processos de natureza política, técnica e administrativa que se passam, tanto ao interior do conjunto das instituições que fazem parte do sistema de saúde, quanto ao interior de outras instituições estatais e no âmbito das organizações populares. Ou seja, pressupõe e implica ações a serem desencadeadas em outros espaços - específico e geral - da realidade de saúde e em outros planos da realidade social que determina e condiciona a situação de saúde objeto de intervenção no âmbito do [território] (MENDES, 1994 *apud* QUEIROZ e SALUM, 1996, p. 6).

Sendo assim, a partir de uma perspectiva marxista, o território é constituído por uma estrutura, que é garantida por uma instância jurídico-política-ideológica. Dessa forma, a sociedade se estrutura através de uma base econômica, de uma base social e de uma base geo-social. A primeira qualifica o coletivo em determinado modo de produção, no nosso caso, capitalista, no qual o coletivo se distribui entre aqueles que controlam e detêm o capital e aqueles que vendem suas forças de trabalho. Já a base social é resultado das responsabilidades que cada grupo do coletivo possui para atender às necessidades dos demais, promovendo, pois, relações de inclusão ou de exclusão no capitalismo global. Por fim, a base geo-social,

[...] evidencia a distribuição das classes e/ou grupos sociais no usufruto do território delimitado como o espaço onde se dará a produção, o atendimento das suas necessidades e onde se processará a vida. De igual forma, sua ocupação e usufruto se dá de modo distinto para cada grupo. (QUEIROZ; SALUM, 1996, p. 6).

Essa estrutura social determina certa dinâmica da sociedade, denominada reprodução social. Nesta, dois momentos se interrelacionam no intuito de atender às necessidades sociais:

o momento de produção e o momento de consumo, conforme apresentamos anteriormente. (p. 29). Por fim, a instância jurídico-política-ideológica irá legitimar e garantir que a estrutura e dinâmica da sociedade permaneça ou não organizada em iniquidades.

É sobre essa instância, principalmente, que essa pesquisa se debruça, ao analisar a forma como se manifestam as relações de inimizades elaboradas a partir de imbricamentos sociais, econômicos e políticos, entre a população domiciliada do território, o poder legislativo e executivo do território contra a população em situação de rua, e como a imagem de inimigo impacta no processo saúde-doença dessa população no município de Franca. Ademais, ao assumirmos o pressuposto de que “intervenção em Saúde Coletiva se constitui em um processo de produção de serviços de saúde” (GARCIA, 1989; GONÇALVES, 1994 *apud* QUEIROZ e SALUM, 1996, p. 5), percebemos a relevância das(os) trabalhadoras(es) dos serviços enquanto executores das políticas públicas tanto em nível central, regional como local.

Por conseguinte, esse processo de produção de serviços é constituído por diferentes processos complementares de trabalho, decompondo-se em 1) objeto/finalidade; 2) meios e instrumentos e; 3) o próprio trabalho. Dessa forma, o processo de produção de serviços de saúde, a partir de uma perspectiva de monitoramento em saúde, um sistema dinâmico de informações, processamento, análise e intervenção, deve constituir:

- 1) como objeto, os perfis epidemiológicos - perfis de reprodução social e perfis da saúde-doença - do coletivo na sua totalidade, nos grupos sociais homogêneos e na sua singularidade;
- 2) como finalidade, a transformação destes perfis, visando o aperfeiçoamento dos processos saúde-doença do coletivo;
- 3) como meios e instrumentos, os recursos materiais e tecnológicos e a força de trabalho em saúde, que pauta sua ação modelo assistencial proposto pelo SUS, que, fundamentalmente, sobredetermina também a organização e a divisão do trabalho.
- 4) como trabalho em si, os atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde orientados por um projeto que articula clínica e epidemiologia, sob a perspectiva do pensamento social em saúde, e que, na sua articulação, produzem transformação no objeto. (QUEIROZ; SALUM, 1996 p. 5).

Além disso, o trabalho em si é decomposto em quatro práticas sociais em saúde: 1) o trabalho de assistência à saúde; 2) o de investigação em saúde; 3) o de ensino, enquanto educação permanente e; 4) o de gerenciamento (QUEIROZ; SALUM, 1996).

Portanto, utilizarmos o método da Pesquisa-Ação Existencial com o intuito de fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua vivente em Franca significa organizar

e perceber nossa intervenção enquanto processos de produção de serviços socioassistenciais²³ e de saúde no território. Para tanto, devemos nos ocupar desses processos em suas distintas dimensões: objeto, finalidade, meios e instrumentos e o trabalho em si, decomposto em quatro práticas sociais. É sobre essa articulação coletiva de intervenção enquanto distintos processos para produção de serviços socioassistenciais e de saúde que trataremos no tópico a seguir.

1.5 A organização metodológica dessa pesquisa

Esse pesquisador começou a desenvolver pesquisa-ação com população em situação de rua e com trabalhadoras(es) dos serviços socioassistenciais e de saúde, existentes no município de Franca, e específicos para essa população a partir da extensão universitária Núcleo de Cidadania Ativa, em idos de 2016. Através dessa experiência escrevi meu Trabalho de Conclusão de Curso, no qual me aprofundo de forma mais íntima desse momento inicial de atuação, com foco em práticas de redução de danos no consumo de crack por pessoas em situação de rua (SANTOS, 2019).

No mestrado, surgiu a opção por permanecer no mesmo campo de pesquisa, tendo em vista a oportunidade de amadurecer a pesquisa e atuação em um espaço onde a minha legitimidade junto às(aos) atoras(es) locais já estava constituída. Dessa forma, a identificação do problema desta presente pesquisa pode ser fermentada em um nutritivo caldo de entrosamentos coletivos, perspectiva necessária para a constituição da PA-E.

Vale destacar que a proposta inicial de pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social tinha como foco os diálogos institucionalizantes entre a população em situação de rua e o consumo de substâncias psicoativas. Sendo assim, o projeto inicial eclodia dos desdobramentos da pesquisa empenhada na graduação, no intuito de avançar nos seus limites apresentados.

Entretanto, com a deflagração da pandemia da COVID-19, necessitamos readequar o objeto de pesquisa às excessivas transformações da realidade que a situação de emergência nos impôs. Nesse sentido, a pesquisa inicial proposta manifestava-se defasada em dois aspectos: 1) as novas determinações sanitárias impossibilitaram a já difícil entrada em instituições carcerárias para a realização da pesquisa; 2) as novas determinações sanitárias impactaram o

²³ Tendo em vista que o processo saúde-doença possui determinações sociais, econômicas e políticas, para seu fortalecimento, é importante não perdemos de vista a perspectiva intersetorial e, portanto, nos atentarmos a outros serviços que não apenas os inseridos no âmbito da saúde.

cotidiano da população em situação de rua e das(os) trabalhadoras(es) dos serviços expandido demandas essenciais de existência dessa população e de seus serviços específicos.

Dessa forma, pautada em uma perspectiva ético-política de superação das iniquidades, a presente pesquisa-ação reorganizou seu objeto ancorado na compreensão das determinações do processo saúde-doença da população em situação de rua e no fortalecimento desse processo, durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, acolheu como objetivo principal, analisar as determinações sociais, econômicas e políticas da pandemia, no processo saúde-doença dessa população vivente no município de Franca/SP, a partir da articulação de trabalhadora(es) e usuárias(os) dos serviços públicos. Já, os objetivos específicos desdobram-se em: 1) Analisar a gestão de enfrentamento da pandemia realizada pelo governo federal, do Estado de São Paulo e do município de Franca; 2) Refletir as relações de necrobiopoder que incidiram nesse território; 3) Identificar o perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente no território; 4) Analisar como esse perfil epidemiológico foi afetado durante a pandemia.

É importante destacar que apesar da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência do coronavírus ter sido encerrada no final de março de 2022 (BRASIL, 2022), a construção dos dados dessa pesquisa-ação se desenvolve no período compreendido entre 19 de março de 2020, com a declaração de situação de emergência no município de Franca através da publicação do Decreto nº 11.018 (FRANCA, 2020a) e 22 de outubro de 2021, diante da exoneração da coordenadora do Centro POP de Franca (FRANCA, 2021a). A escolha desse período se justificada tendo em vista a data inicial representa o marco normativo do reconhecimento da pandemia da COVID-19 no território em que a pesquisa foi realizada e a data final manifesta o pedido de saída da coordenação do Centro POP, diante da permanente precarização que o serviço sofreu no período, encerrando, pois, uma longa parceria de luta dessa profissional com a população em situação de rua vivente no município. Além disso, com essa escolha arbitrária de datas, demarcamos uma curiosa simetria temporal entre os dez últimos meses da gestão municipal e dez primeiros meses da nova gestão vitoriosa nas eleições. Entretanto, apesar dessa simetria objetiva de tempo, não podemos perder de vista a permanente dinâmica de mudanças que a pandemia manifestou em seus diferentes momentos, conforme analisamos no Capítulo 2 desta dissertação.

Para concretizar os objetivos desta pesquisa-ação necessitamos, pois, constituir a participação ativa e coletiva com atoras(es) da população em situação de rua vivente no território, com trabalhadora(es) dos serviços específicos para essa população e com discentes e docentes da universidade. Dessa forma, a pesquisa constituiu três coletivos de pesquisadoras(es)

e atoras(es): 1) o Fórum da População de Rua de Franca (FPR); 2) o grupo de pesquisa do Censo da População em Situação de Rua e; o grupo de pesquisa com a equipe do Consultório na Rua.

O primeiro reuniu trabalhadoras(es) do Centro POP, Abrigo Provisório, Casa de Passagem e da equipe do Consultório na Rua, usuárias(os) desses serviços, conselheiras(os) do Conselho Municipal de Ação Social (CMAS) e do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMAD) e estudantes da UNESP, membros de dois grupos de extensão: do Núcleo de Cidadania Ativa e da Assessoria Jurídica Popular (AJUP). De acordo com a Carta de Princípios do movimento social:

Art. 2º - O Fórum tem como objetivo articular e mobilizar usuários, trabalhadoras(es), gestores e demais pessoas e instituições competentes para:

I - Defesa e luta:

- a) dos direitos da população em situação de rua;
- b) de condições dignas de trabalho na rede de serviços que atendem essa população no município de Franca;
- c) de infraestrutura adequada e disponibilidade de recursos materiais nos serviços que atendem essa população no município de Franca.

II - Participação na proposição, elaboração, efetivação e avaliação de políticas públicas intersetoriais;

III - Capacitação permanente das(os) trabalhadoras(es) da rede de serviços que atendem a população em situação de rua no município de Franca;

IV - Promoção de eventos e atividades que favoreçam a proposição, elaboração, efetivação e/ou avaliação políticas públicas adequadas para a população em situação de rua no município de Franca. (FÓRUM DA POPULAÇÃO DE RUA DE FRANCA, 2020)

O Fórum surgiu como um importante espaço de rearticulação da rede de atenção à população de rua no município, preocupando-se, principalmente, com os impactos da pandemia da COVID-19 que atingiram direta e indiretamente essa população e os serviços específicos existentes no território.

Já o grupo de pesquisa do Censo da População em Situação de Rua foi constituído tendo em vista a escassez de informações quantitativas e qualitativas sobre a população em situação de rua vivente em Franca. Conforme Queiroz e Salum (1996) nos ensinaram, um sistema articulado de informações a respeito da população existente no território é um elemento indispensável para a produção de serviços de saúde. Dessa forma, diante da demanda das(es) trabalhadoras(es) do serviço a respeito de informações específicas sobre as condições de vida dessa população vivente no território, iniciamos um inovador Projeto de pesquisa para realizar o censo demográfico da população de rua de Franca, atento às particularidades que essa população apresenta.

O Projeto foi proposto pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMAD), enquanto estive como conselheiro presidente, e elaborado em parceria com as(os)

trabalhadoras(es) e usuários do Centro POP, Abrigo Provisório, Casa de Passagem e equipe do Consultório na Rua, membros do grupo de extensão Assessoria Jurídica Popular (UNESP), e com um docente e discente do curso de Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Faculdade de Tecnologia de Franca. Nesse sentido, o Projeto foi desenvolvido na perspectiva da Tecnologia Social, cujos fundamentos constituem-se em um “conjunto de técnicas e metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida” (INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL, 2007, p. 29).

A organização do Projeto se deu em quatro momentos: 1) desenvolvimento da metodologia do censo; 2) formulação das perguntas 3) criação e avaliação do formulário; 4) aplicação do formulário e; 5) análise e divulgação dos dados. Além disso, o censo tinha como objetivo responder a três perguntas: 1) Quantas pessoas em situação de rua vivem em Franca; 2) Quais espaços do território essas pessoas ocupam e; 3) Quais são as condições de vida dessas pessoas, articuladas à categoria da reprodução social.

Para o desenvolvimento da metodologia, pesquisamos práticas de levantamento de dados com a população de rua em diferentes cidades do país e percebemos duas possibilidades: 1) a utilização dos dados do Cadastro Único e; 2) a prática de um censo, com respostas a questionários em um determinado período de tempo. Optamos pela segunda opção, tendo em vista que os dados existentes no Cadastro Único são mais gerais e não comportam as especificidades da população em situação de rua, dificultando, pois, a análise complexa do fenômeno. Além disso, nem todas as pessoas em situação de rua estão cadastradas no sistema, sendo que, justamente as que não estão cadastradas encontram-se em condições mais extremas de vulnerabilidades sociais e econômicas, uma vez que não acessam a benefícios e, possivelmente, têm dificuldades de acesso à serviços públicos.

Entre as metodologias para censo levantadas, localizamos a realização, em 2019, de um censo com a população em situação de rua pela Secretaria Municipal de Assistência Social de São Carlos (SP) no território do município. Entramos em contato com a referida Secretaria, que se dispôs a conversar conosco para nos relatar como foi sua experiência e as principais dificuldades enfrentadas. Nesse momento, percebemos que poderíamos utilizar a ferramenta do formulário Google para a aplicação do questionário, bem como que este deveria ser reduzido para a garantia de sua aplicação.

As perguntas foram formuladas em conjunto às(aos) trabalhadoras(es) dos serviços e seus usuários, tendo como base as perguntas do censo de pessoas domiciliadas realizado pelo

Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), mas atento às demandas de informações pelas(os) trabalhadoras(es) e às especificidades que a população de rua apresenta. Para tanto, nos reunimos em diversas ocasiões para a formulação coletiva das perguntas, resultando em 30 perguntas, conforme APÊNDICE C.

Uma vez estabelecidas as perguntas a serem realizadas, o formulário google foi criado e testado para avaliação em três momentos. Os testes foram realizados em parceria com pessoas em situação de rua, no intuito de adentrarmos em distintos territórios de forma adequada e legítima para que nossa presença não trouxesse incômodo. A partir das avaliações pudemos melhor calibrar o questionário e também nos apercebemos das suas dificuldades de aplicação.

A princípio, a aplicação do censo seria realizada por voluntários, principalmente estudantes universitários da UNESP Franca. Entretanto, estávamos em agosto de 2020 e diante da imposição do estudo remoto, a esmagadora maioria dos estudantes haviam voltado para suas cidades e a universidade encontrava-se esvaziada. Dessa forma, a aplicação do censo estava suspensa enquanto pensávamos outra forma de aplicá-lo ou aguardávamos a melhora da situação pandêmica.

Todavia, bons ventos sopraram a nosso favor, e em dezembro de 2020 a Secretaria Municipal de Ação Social de Franca contratou a prestação do Serviço Especializado em Abordagem Social, cuja responsável técnica, e companheira de longa data de atuação com a população em situação de rua, de prontidão se dispôs a articular o serviço para a aplicação do censo. Vale destacar que o Serviço Especializado Abordagem Social:

[...] é ofertado de forma continuada e programada com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifi que, nos territórios, a incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, como: trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, uso abusivo de crack e outras drogas, dentre outras (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013, p. 6).

Dessa forma, o serviço era composto por 5 (cinco) trabalhadoras(es) que se mostraram interessadas(os) em aplicar o censo da população em situação de rua no município. Para tanto, o território foi organizado em cinco regiões, conforme divisão utilizada pela Saúde e Assistência Social: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. A coleta dos dados deveria ocorrer de forma setorizada em cada região, iniciando pela região Central, depois região Norte, Sul, Leste e por fim, Oeste.

Apesar de sua característica ser a oferta contínua, o serviço fora contratado de forma temporária por 3 (três) meses, com a possibilidade de prorrogação por igual período. Contudo, com a troca da gestão municipal e de acordo com a Secretária de Ação Social que assumiu o cargo, por desinteresse da entidade contratada para execução do serviço, não ocorreu a

prorrogação do contrato. Tal fato apresentou uma enorme dificuldade para a execução do censo, tendo em vista que era necessárias mais três semanas para que ocorresse a coleta de dados nas regiões faltantes (Sul, Leste e Oeste). Portanto, o censo não pode ser completado, mesmo diante da explicação, para a Secretaria Municipal de Ação Social, de sua importância e singularidade.

Entretanto, mesmo com o reduzido número de recenseadores e desinteresse da nova gestão municipal em garantir a finalização do censo, pudemos coletar os dados de 157 pessoas vivendo em situação de rua, principalmente nas regiões Centro e Norte. É a partir desses dados que iremos elaborar o perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente em Franca, e observar a inserção dessas pessoas na reprodução social do capitalismo.

Por fim, o grupo de estudos com a equipe do Consultório na Rua foi constituído enquanto último momento desta pesquisa, no intuito de analisar e validar os dados do perfil epidemiológico, além de possibilitar a coleta de outros dados importantes não abarcados pelo censo, tal qual as demandas que as(os) usuárias(os) apresentam ao serviço (perfil saúde-doença) e o número de motivos de mortes destes em 2019, 2020 e 2021 (consequências individuais no perfil epidemiológico).

A respeito do serviço, a equipe:

[...] foi implantada no Município em 2013 [entretanto, apenas em 2015 que o serviço recebe um veículo para melhor se deslocar pelos territórios], sendo sua Modalidade a III. A eCR é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) itinerante que atende exclusivamente a população em situação de rua e foi criada a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Por meio de uma van, o serviço se desloca pela cidade, indo a espaços de concentração da população de rua e garantindo acesso à Saúde para estes. As distintas modalidades – I, II e III – referem-se ao número de profissionais, e suas categorias, assim como ao valor de financiamento. A Modalidade III pressupõe seis profissionais: três de nível superior e três de nível médio, além de um médico. (SANTOS, 2019, p. 10-1).

A proposição do grupo de estudos ocorreu em março de 2021 e foi de prontidão acolhida pelo serviço. No total ocorreram 8 (oito) encontros, com a presença da Assistente Social, Enfermeiro, duas Auxiliares em Saúde e Psicólogo. Para a construção e análise dos dados, partimos do exaustivo estudo da pesquisa desenvolvida por Queiroz e Salum (1996), no qual pudemos nos apropriar dos conceitos e do método de elaboração dos perfis epidemiológicos através da perspectiva da Epidemiologia Crítica.

Portanto, esta pesquisa-ação dialoga com o monitoramento em saúde, e consequente implementação de processos de produção de serviços de saúde e socioassistenciais, na medida em que: 1) tem como objeto a construção e análise do perfil epidemiológico da população em situação de rua vivente em Franca; 2) tem como finalidade o implemento de processos

fortalecedores dos processos de saúde-doença desse grupo e dos indivíduos; 3) utiliza como meios e instrumentos o censo da população em situação de rua de Franca e outros dados construídos com a eCR e; 4) propõe intervenções no trabalho em si, ao articular estudantes universitários, trabalhadora(es) e usuárias(os) de diferentes serviços (Fórum da População de Rua de Franca) para a promoção de políticas públicas que minorem as consequências diretas e indiretas da pandemia da COVID-19 na população em situação de rua existente no território.

CAPÍTULO 2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PANDEMIA DA COVID-19

No capítulo que se segue, faremos uma gradual aproximação do geral para o particular até o singular. Para tanto, partiremos da declaração emitida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional diante da pandemia da COVID-19 e passaremos pela gestão dos impactos dessa emergência no âmbito federal, estadual e municipal. Também nos atentaremos às especificidades do diálogo dessas gestões com a realidade da população em situação de rua, até chegarmos, por fim, ao indivíduo: uma mulher em situação de rua, vivente em Franca, interior do estado de São Paulo, que através de seu diário, compartilha conosco seu cotidiano afetado pela pandemia. Dessa forma, apresentamos uma análise jurídico-política da gestão do enfrentamento da pandemia da COVID-19 e de suas consequências sociais, econômicas e políticas no governo Federal, Estadual e Municipal, através da investigação do robusto arcabouço normativo criado nesse período e sua relação com a realidade das pessoas em situação de rua, migrando, pois, dos Diários Oficiais, para um diário particular.

2.1 O Brasil não pode parar: genocídio no governo federal

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) diante do surto de coronavírus (SARS-CoV-2) que se espalhou pelo mundo (OMS, 2020). De acordo com o Artigo 1º do Regulamento Sanitário Internacional, promulgado pelo Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020:

Art. 1º - ‘emergência de saúde pública de importância internacional’ significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como:
(i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e
(ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada; (BRASIL, 2020b)

No Brasil, cinco dias após essa declaração, o Ministério da Saúde (MS) publica a Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a), que declara a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Tal Declaração teve como finalidade proporcionar uma atuação coordenada e conjunta das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do evento complexo com o qual nos deparamos.

De acordo com o Art. 2º do Decreto nº 7.616, de 2011, a ESPIN “ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.” (BRASIL, 2011).

As situações que provocam a declaração da ESPIN são elencadas nos incisos do *caput* do art. 3º, podendo ser epidemiológicas, de desastres, ou de desassistência à população. (BRASIL, 2011). A respeito das situações epidemiológicas, o §1º do Art. 3º assim define:

§ 1º Consideram-se situações epidemiológicas, para os fins de aplicação do inciso I do caput, os surtos ou epidemias que:

- I - apresentem risco de disseminação nacional;
- II - sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados;
- III - representem a reintrodução de doença erradicada;
- IV - apresentem gravidade elevada; ou
- V - extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2011).

Logo em seguida à Declaração de ESPIN, foi publicada a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020c), primeiro diploma legal que apresenta medidas para enfrentamento da ESPII resultante do novo coronavírus. Tal normativa aparece como importante marco na gestão da pandemia, tendo sido aprimorada por diversas leis entre maio e setembro de 2020 (BRASIL, 2020d; 2020e; 2020f; 2020g; 2020h; 2020i; 2020j).

Entre as alterações que ocorreram durante o ano de início da pandemia, destacam-se as possibilidades, das autoridades competentes, em: 1) exigir o uso obrigatório de máscaras de proteção individual; 2) restringir, de forma excepcional e temporária, a locomoção de cidadãos; 3) importar e distribuir insumos da saúde, medicamentos, equipamentos e demais materiais sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), desde que autorizados em entidade competente dos respectivos países; ampliação do Regime diferenciado de Contratação e relativização dos procedimentos para aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos com a finalidade de enfrentar a ESPII; 4) bem como a necessidade das autoridades competentes em: manter o funcionamento de serviços relacionados ao atendimento de mulheres, crianças e adolescentes e de pessoas idosas e com deficiência em situação de violência; 5) garantir que receitas de medicamentos médicos e odontológicos de uso continuado tenham a validade estendida durante períodos de isolamento social; 6) 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;

Entretanto, o principal destaque recai sobre o Art. 3º da Lei nº 13.979 de 2020, alterado pela Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020, que estabeleceu a possibilidade dos entes federados

adotarem as referidas medidas de enfrentamento a ESPII, de acordo com suas competências (BRASIL, 2020i). O referido artigo provocou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.341, julgada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 15 de abril de 2020 (BRASIL, 2020k), que confirmou o entendimento da inafastabilidade da competência concorrente e da tomada de providências normativas e administrativas pelos municípios, estados e Distrito Federal diante da adoção de medidas de enfrentamento da ESPII pelo governo federal.

Por fim, a Lei nº 13.979 de 2020 teve sua validade atrelada à vigência do Decreto Legislativo nº 6, de 30 de março de 2020 (BRASIL, 2020l), que reconheceu o estado de calamidade pública até a data de 31 de dezembro de 2020, estado este que não foi prorrogado no ano de 2021. Ademais, o estado de calamidade pública está definido no art. 2º, VIII do Decreto nº 10.593 de 2020, que estabelece:

VIII estado de calamidade pública - situação anormal provocada por desastre que causa danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do Poder Público do ente federativo atingido ou que demande a adoção de medidas administrativas excepcionais para resposta e recuperação (BRASIL, 2020m).

Vale pontuar que a definição de estado de calamidade pública foi alterada pelo Decreto nº 10.593, de 24 de dezembro de 2020 (BRASIL, 2020m). Sendo assim, do início da pandemia até a data de publicação do Decreto nº 10.593 de 2020, a definição de estado de calamidade pública era a de “situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do poder público do ente atingido” (BRASIL, 2010), conforme art. 2º, IV do Decreto nº 7.257, de 4 de agosto de 2010. Portanto, constatamos a inclusão da possibilidade de se estender o estado de calamidade para o momento em que o desastre já ocorrera, mas há a necessidade de extrapolar metas orçamentárias ou procedimentos administrativos no intuito de promover respostas, ou mesmo recuperação, dos danos e prejuízos causados pelo desastre.

Dessa forma, observamos que o Decreto Legislativo nº 6, de 2020 (BRASIL, 2020l) abriu um leque de possibilidades ao Executivo para realizar a gestão do enfrentamento da ESPII, uma vez que autorizou a dispensa dos resultados fiscais previstos na Lei Orçamentária de 2020 e da limitação do empenho. Sendo assim, diante das novas exigências em políticas públicas que a pandemia da COVID-19 apresentou, o governo federal dispôs de autorização para empenhar recursos de acordo com as necessidades que fossem manifestadas, sem se preocupar com o que fora programado anteriormente em 2019 para o orçamento de 2020, muito menos com a o teto de gastos estabelecido pela Emenda Parlamentar nº 95 (BRASIL, 2016).

É a partir dessa maleabilidade fiscal que se permitiu a o empenho de 321,8 bilhões de reais, em 2020, para o pagamento do auxílio emergencial, com o intuito de minorar os impactos sociais e econômicos causados pela pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2021a). O referido auxílio foi criado pela Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020 (BRASIL, 2020n), no qual estabelecia o pagamento de R\$ 600,00 mensais, durante o período de três meses a contar do mês de abril, para quem cumprisse com os seguintes critérios:

Art. 2º [...]

I - seja maior de 18 (dezoito) anos de idade;

II - não tenha emprego formal ativo;

III - não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§ 1º e 2º, o Bolsa Família

IV - cuja renda familiar mensal **per capita** seja de até 1/2 (meio) salário-mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos;

V - que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e

VI - que exerça atividade na condição de:

a) microempreendedor individual (MEI);

b) contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do **caput** ou do inciso I do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; ou

c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20 de março de 2020, ou que, nos termos de autodeclaração, cumpra o requisito do inciso IV. (BRASIL, 2020n).

Vale destacar que a proposta inicial do Poder Executivo era a concessão de três parcelas de apenas R\$ 200,00 mensais, sendo o valor alterado diante da proposta do Congresso Nacional, inicialmente de R\$ 500,00 mensais e posteriormente de R\$ 600,00 (BRASIL, 2021a). Com relação à gestão do auxílio emergencial, esta ficou na responsabilidade do Ministério da Cidadania, que editou a Portaria nº 394, de 29 de maio de 2020 (BRASIL, 2020o), na qual estabeleceu o arranjo de governança e competências dos setores envolvidos.

Em 1 de julho de 2020, o auxílio é estendido por mais dois meses (BRASIL, 2020p) e com o seu término, é editada a Medida Provisória nº 1000, de 2 de setembro de 2020 (BRASIL, 2020q) na qual institui o auxílio emergencial residual que consistia no pagamento de quatro parcelas mensais no valor de R\$ 300,00, representando, pois, metade do valor do benefício anterior e vigorou até 31 de dezembro de 2020.

O auxílio emergencial irá retornar apenas em março de 2021, com a Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021 (BRASIL, 2021b), determinando o pagamento de quatro parcelas mensais variando de R\$ 375,00, em caso de mulher provedora de família monoparental à R\$ 150,00, nos casos de famílias unipessoais. Além disso, não foram abertas inscrições para

mais beneficiárias(os), uma vez que o público-alvo do benefício eram apenas os que foram beneficiários do auxílio emergencial e residual de 2020 (BRASIL, 2021a). Por fim, em julho foi prorrogado o auxílio emergencial pelo período de mais três meses (BRASIL, 2021c), totalizando, pois, o pagamento de sete parcelas do auxílio emergencial em 2021, representando o custo de 63,2 bilhões de reais até a data de 20 de agosto de 2021 (BRASIL, 2021a), valor bastante inferior ao empenhando para auxílio emergencial no ano anterior (321,8 bilhões de reais). Entretanto, as coisas ocorreram diferente do previsto no art. 3º, §1º da Lei nº 13.979 de 2020, que estabelecia a necessidade de existirem evidências científicas para a que autoridades competentes determinassem qualquer medida de enfrentamento contida no *caput* do referido artigo (BRASIL, 2020c),

Na realidade, o que vivenciamos naqueles primeiros dias de pandemia e experienciamos até hoje é a apoteose de nossa irracionalidade, expurgada do grotesco flerte de ideias fascistas com uma morbidade carnavalesca. Distante de qualquer caminho racional e ético, a atuação do governo federal teve como principais pilares a imunidade de rebanho e o tratamento precoce, ditada por um grupo de charlatões, empresários e milicianos reunidos nas sombras de um Gabinete Paralelo.

Conforme consta no Relatório Final aprovado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia²⁴ (BRASIL, 2021a), em 26 de outubro de 2021, foram apresentados elementos de prova suficientes para:

[...] comprovar a existência de um gabinete paralelo, composto por médicos, políticos e empresários, que, ao longo dos anos de 2020 e 2021, prestava orientações ao Presidente da República sobre o modo como a pandemia da covid-19 deveria ser enfrentada, bem como participava de decisões sobre políticas públicas, ao arripio das orientações técnicas do Ministério da Saúde, sem ter investidura formal nos cargos públicos responsáveis por essa função. (BRASIL, 2021a, p. 34).

Tais orientações e participação nas deliberações do governo federal, tinham como principal proposta de política pública o enfrentamento da pandemia por meio do atingimento da imunidade de rebanho (BRASIL, 2021a) e da utilização de tratamento precoce através da “propagação de medicamentos cientificamente comprovados como ineficazes para o tratamento

²⁴ A CPI é instrumento de minorias parlamentares, “criada para investigar fatos determinados e funcionar por prazo certo, no exercício pelo Poder Legislativo, de sua função típica de fiscalizar os atos praticados pela Administração Pública” (BRASIL, 2021a, p. 9). Vale mencionar que a CPI da Pandemia foi instaurada através dos Requerimentos nº 1.371 e 1.372 de 2021, iniciou seus trabalhos em 13 de abril de 2021 e o Relatório Final em 3 de novembro de 2021.

da covid-19, sem processo avaliação pela Conitec e sem registro na Anvisa de tais fármacos para tratamento da doença”. (BRASIL, 2021a, p. 38).

Inclusive, observamos a preponderância do Gabinete Paralelo sobre o Ministério da Saúde, diante da troca recorrente de ministros que não acataram as recomendações antiéticas do órgão oculto. Conforme pontuou o ex-ministro Luiz Henrique Mandetta, em oitiva na CPI:

Havia, portanto, um claro conflito interno no governo. De um lado, estava o Ministério da Saúde e as recomendações médico-científicas; de outro lado, o Presidente da República, seu círculo íntimo de assessores, seu gabinete paralelo de aconselhamento e um apego ideológico à cloroquina. (BRASIL, 2021a p. 92).

Já o ex-ministro Nelson Teich, em sua oitiva na CPI, “confirmou [...] a afirmação de que a responsabilidade pela persistência na indicação do medicamento seria exclusivamente do Presidente Jair Bolsonaro, o que motivou sua saída do Ministério, pois divergia do Presidente em relação à defesa da cloroquina.” (BRASIL, 2021a, p. 93-94).

Mandetta permaneceu à frente do MS até 16 de abril de 2020, enquanto Teich, de 17 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020. Com a saída de Teich, Eduardo Pazuello, até então secretário-executivo do MS, foi elevado a ministro interino só em 3 de julho, e apenas foi devidamente empossado enquanto ministro efetivo em 16 de setembro de 2020. Diante do desgaste de sua obediente administração e com os trabalhos da CPI da Pandemia se iniciando, Pazuello é substituído, em 23 de março de 2021, por Marcelo Queiroga, ministro que permanece até a data de 12 de janeiro de 2022 (BVSMS, 2022; BRASIL, 2020r).

Dessa forma, constatamos que caso o ministro da saúde discordasse com a ideologia propagada pelo Gabinete Paralelo e pelo Presidente da República, não conseguiria durar por muito tempo no cargo. Assim, foi com o ex-ministro Mandetta e com Teich, conforme observamos em suas oitivas. O primeiro permaneceu por 77 dias, contados do início da declaração da ESPII, enquanto o segundo, por apenas 28 dias. Situação oposta ocorreu com a permanência do ex-ministro Pazuello (263 dias, sendo 75 dias enquanto ministro interino) e do atual ministro Queiroga (295 dias até a data dessa escrita, 12 de janeiro de 2022). Ainda, vale destacar a vacância de ministro no MS entre a saída de Teich (17 de abril de 2020) e posse de Pazuello como ministro interino (3 de julho de 2020), período que corresponde a 77 dias, fato que corrobora a existência de uma instância deliberativa extraoficial responsável por fazer a gestão de enfrentamento da pandemia.

O principal objetivo dessa instância extraoficial denominada Gabinete Paralelo: deliberar e aconselhar o Presidente da República na sabotagem de qualquer medida de enfrentamento à pandemia, que gerasse supostas consequências negativas imediatas à produção

capitalista e seus lucros, através da propagação de medidas pseudocientíficas, com grave potencial de incremento da mortalidade.

Essa missão é diluída no material de propaganda do governo federal, elaborada pela Secretaria de Comunicação (SECOM), que teve sua distribuição proibida pelo ministro do STF, Luís Roberto Barroso, uma vez que ia contra as indicações de distanciamento social recomendadas pela OMS e pelo MS (BRASIL, 2021a). A propaganda intitulada “O Brasil não pode parar” (MIGALHAS, 2022), através de uma música inspiradora e de fotografias de trabalhadores informais e da saúde, conclama a população a manter sua rotina laboral, uma vez que assim estariam defendendo a vida dos brasileiros e brasileiras. Além disso, a previsão de gasto com a propaganda foi de R\$4,8 milhões. (CAMPANHA, 2020).

Entretanto, de forma velada, a propaganda defendia um dos pilares da política pública elaborada pelo Gabinete Paralelo: o atingimento da imunidade de rebanho por meio da contaminação coletiva do vírus. Para tanto, a “estratégia era favorecer a propagação do novo coronavírus, contrapondo-se à adoção de medidas não farmacológicas que contribuíssem para evitar a contaminação, sobretudo o distanciamento social e o uso de máscaras.” (BRASIL, 2021a, p. 50). É nesse contexto que o Presidente da República estruturou seu mórbido discurso realizado em 24 de março de 2020, no qual vomita os seguintes dizeres:

[...] O vírus chegou, está sendo enfrentado por nós e brevemente passará. Nossa vida tem que continuar. Os empregos devem ser mantidos. O sustento das famílias deve ser preservado. Devemos, sim, voltar à normalidade. Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa. (UOL, 2020, 1m 48s a 2m 21s).

A respeito da imunidade de rebanho, a microbióloga Natália Pasternak explicou, durante seu depoimento na CPI da Pandemia, ser este um termo necessariamente vacinal, ou seja, a imunidade só será alcançada com o avanço de campanhas de vacinação, e não pela livre transmissão do vírus. (BRASIL, 2021a, p. 56). A situação fica mais absurda com a explanação da infectologista Luana Araújo, ao elucidar que o SARS-CoV-2 é um vírus RNA, e portanto possui uma tendência altamente mutável, impossibilitando a imunidade de rebanho pela livre transmissão. (BRASIL, 2021a). E mais mórbida, com a elucidação do sanitarista Cláudio Maierovitch, que ressaltou, em seu depoimento, o fato de que “no cenário da covid-19, a teoria da imunidade de rebanho pela transmissibilidade da doença implica uma quantidade tão grande de doentes e mortos, que não seria sequer eticamente aceitável cogita-la.” (BRASIL, 2021a, p. 56).

Já sobre o tratamento precoce, outro pilar de enfrentamento à pandemia propagada pelo

Presidente da República e pelo Gabinete Paralelo, tal medida foi explicitamente adotada pelo MS a partir da publicação da Nota Informativa nº 9, de 20 de maio de 2020, do MS (BRASIL, 2020s)²⁵, momento em que o MS não possui ministro oficial nem interino.

Precisamos, antes de avançar, definir o termo de tratamento precoce, e diferenciá-lo do tratamento preventivo e do tratamento hospitalar. Nesse sentido:

Tratamento preventivo seria aquele adotado antes da doença com o propósito de evitar o contágio ou, ao menos, mitigar os efeitos da doença ainda não instalada. Sendo assim, poder-se-ia imaginar que, nesse tipo de tratamento, o uso do kit-covid se prolongaria indefinidamente no tempo.

Tratamento precoce seria aquele utilizado nos dias iniciais de contágio da covid-19. A Prevent Senior chegou, inclusive, a cunhar a expressão “Golden Day”, isto é, aquele que seria o melhor dia para o início da utilização do kit-covid. Em tese, a utilização desses medicamentos se daria por um prazo determinado, de poucos dias.

Tratamento hospitalar seria aquele utilizado já no ambiente de um hospital, inclusive dentro das unidades de tratamento intensivo. (BRASIL, 2021a, p. 58-59).

Portanto, nesse estudo, acompanhamos a definição utilizada no Relatório Final da CPI da Pandemia (BRASIL, 2021a) que estabelece:

[...] tratamento precoce é a utilização de um ou mais medicamentos para o tratamento da covid-19 após a existência de um diagnóstico suspeito ou confirmado. Dentre os fármacos que fazem parte desse chamado kit-covid, os mais conhecidos são a cloroquina, a hidroxicloroquina, a ivermectina e a azitromicina. Esse não é um rol fechado porque, a depender de quem se expressa, podem ser incluídos a flutamida, proxalutamida, colchicina, spray nasal, bem como vitaminas diversas e suplementos alimentares. (BRASIL, 2021a, p. 59).

Conforme matéria da revista Piauí (SAYRARE, 2020), em 21 de março de 2020, o Presidente da República Jair Messias Bolsonaro passou a defender de forma pública o tratamento por cloroquina (CQ) dois dias após o então presidente dos Estados Unidos da América, Donald Trump, dar coletiva de imprensa promovendo a mesma medida. Ainda segundo a matéria, logo após a declaração de Trump surgem os primeiros relatos de falta de CQ nas farmácias do Brasil, bem como Bolsonaro dá ordens para que o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército ampliasse a produção desse medicamento, sem consulta ou participação do MS na decisão.

No início da pandemia, devido à novidade da infecção, pouco se sabia sobre a existência de tratamento da doença e hipóteses naturalmente surgem. O problema é que com o avanço de estudos científicos, tais hipóteses não foram revistas e passaram a ter, infelizmente, um status de constatação científica diante da politização dos riscos apresentados pelo SARS-CoV-2.

²⁵ A referida Nota Informativa foi substituída pela Nota Informativa nº 11, e posteriormente, pela Nota Informativa nº 17, de 30 de julho de 2020 (BRASIL, 2020t), mantendo as recomendações de utilização do kit-covid.

Além disso, não houve qualquer parecer oficial da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) com relação a utilização dos kit-covid. Referido órgão é responsável por assessorar o MS:

[...] na incorporação, exclusão ou alteração dos medicamentos, produtos e procedimentos disponibilizados pelo SUS. Esse assessoramento é prestado por meio de uma recomendação a respeito da tecnologia avaliada, externalizada por meio de pareceres e relatórios do Plenário da Conitec. Após a recomendação da Conitec, a decisão final sobre a incorporação, exclusão ou alteração é do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2021a, p. 71).

Mais uma vez constatamos a preferência do Presidente da República e do MS em se valer do Gabinete Paralelo, em detrimento às instituições oficiais devidamente constituídas dentro de nosso Estado Democrático de Direito.

Ademais, em 20 de maio de 2020, mesma data em que o MS lança a Nota Informativa nº 9, de 20 de maio de 2020 (BRASIL, 2020s), a Fundação Oswaldo Cruz publica a Nota sobre uso da cloroquina/hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19, na qual conclui:

Não há evidências científicas favoráveis que sustentem o uso de CQ/HCQ em qualquer dose ou estágio da COVID-19, quer no nível individual quer no de políticas públicas; Por outro lado, há estudos que demonstram que o uso de CQ/HCQ para o tratamento de Covid-19 pode estar associado à maior frequência de eventos adversos graves e com maior letalidade; O uso de CQ/HCQ deve ser restrito a protocolos de pesquisa aprovados por comitês de ética em pesquisa; (FILHO *et al*, 2020, p. 4).

Todavia, mesmo com os flagrantes evidências científicas que se avolumavam e permitiam a compreensão de que apenas medidas não farmacológicas e a vacinação poderiam reduzir o contágio e a mortalidade da COVID-19, o Presidente da República permaneceu com o indefensável discurso e prática de disseminação da utilização do kit-covid, vendendo-o enquanto uma milagrosa solução. Nesse sentido, discursou na abertura da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 21 de setembro de 2021:

Desde o início da pandemia, apoiamos a autonomia do médico na busca do tratamento precoce, seguindo recomendação do nosso Conselho Federal de Medicina. Eu mesmo fui um desses que fez tratamento inicial. Respeitamos a relação médico-paciente na decisão da medicação a ser utilizada e no seu uso off-label. Não entendemos porque muitos países, juntamente com grande parte da mídia, se colocaram contra o tratamento inicial. A história e a ciência saberão responsabilizar a todos. (VEJA, 2021).

Aliás, ao observarmos o drástico aumento de vendas dos medicamentos que compõem o kit-covid, constatamos a confluência de interesses na propagação de seu uso pelas indústrias farmacêuticas. De acordo com o Relatório Final da CPI da Pandemia (BRASIL, 2021a):

Dados apresentados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), a quem compete a adoção, implementação e coordenação de atividades relativas à regulação econômica do mercado de medicamentos, demonstram um aumento expressivo das embalagens comercializadas em 2020, em comparação ao ano de 2019, dos medicamentos Ivermectina (648%), Azitromicina (106%), Cloroquina e Hidroxicloroquina (48%). (BRASIL, 2021a, p. 120).

Inclusive, o referido Relatório evidencia também “o patrocínio pela farmacêutica Vitamedic de diversos anúncios publicitários, em jornais de grande circulação, em nome da Associação Médicos pela Vida” (BRASIL, 2021a, p. 122), associação esta que se manifesta a favor do tratamento precoce para a COVID-19, e cujo manifesto já fora assinado por 4.911 médicos de todo o país, publicado em 16 de fevereiro de 2021. (MÉDICOS PELA VIDA, 2021).

Outro fato, que reafirma a assunção de interesses de grandes empresas contra a saúde da coletiva praticada pelo Presidente da República e pelo seu Gabinete Paralelo, foi evidenciado no mórbido pacto destes com a operadora de saúde Prevent Senior. Esta atingiu grande crescimento no mercado diante da priorização de pessoas idosas como público-alvo, grupo facho-etário que costuma ser “rejeitado” pelas demais operadoras de saúde tendo em vista a baixa projeção de lucro. Se levarmos em consideração que, até a data de 31 de julho de 2021, 68,7% dos mortos pela COVID-19 tinham 60 anos ou mais (CONHEÇA, 2021), constatamos a situação desfavorável na qual a Prevent Senior se encontrava, atuando desesperadamente para achar qualquer situação milagrosa diante da inevitável queda nos lucros.

Diante da perspectiva de instabilidade financeira na empresa e receosa com o aumento do número de óbitos nos seus hospitais, a diretoria da Prevent Senior buscou aliados próximos à Presidência da República, uma vez que o MS se mostrou refratário a sua aproximação. “Essa confluência de interesses desaguaria na promoção do chamado tratamento precoce como ‘uma pílula de esperança’” (BRASIL, 2021a, p. 890).

Nesse sentido, o Relatório Final da CPI da Pandemia (BRASIL, 2021a) ressalta que, perante o sentimento de segurança de que não sofreria qualquer fiscalização do MS ou de órgãos a este vinculados, a diretoria da Prevent Senior pode alimentar a maquinação de um protocolo experimental para o ineficaz e, possivelmente, prejudicial tratamento precoce dentro de seus hospitais. Para tanto, desenvolveu um suposto estudo científico, sem autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e sem autorização ou conhecimento por parte dos participantes, inclusive pressionando os beneficiários que não consumisse o kit-covid, que era distribuído de forma gratuita, ao comunicar que a empresa não se responsabilizaria pela piora da doença nem pelos custos da internação.

De acordo com o documento legislativo, a diretoria da Prevent Senior também pressionou médicos que não aderissem ao protocolo do tratamento precoce. Além disso, alterou os resultados do “estudo”, modificando, no prontuário do beneficiário, qualquer informação que comprovasse a ineficácia ou os perigos da prescrição e manejo do kit-covid de forma inescrupulosa, inclusive mascarando as mortes decorrente das complicações da COVID-19 que ocorrem sem seus hospitais, em um frenesi incontrolável de pseudociência. Foi dessa fonte que o Presidente da República e seu Gabinete Paralelo bebeu o sangue de milhares de vidas ceifadas pela propagação de verdades esotéricas e incontestáveis para saciar seu mórbido vazio, ávido por qualquer substância destilada da morte.

Ademais, o Relatório Final da CPI da Pandemia (BRASIL, 2021a) constatou uma grave oposição do governo federal na propagação de qualquer Medida Não Farmacológica (MNF) bem como recusa e atraso na aquisição de vacinas, ambas principais medidas recomendadas pela OMS e adotada pela maioria dos países do mundo. De acordo com o referido documento, as MNF têm como principal função “achatar a curva” de contágio para que não ocorra a superlotação dos serviços de saúde, minorando, pois, a mortalidade decorrente da falta de assistência. Para tanto, tais medidas:

[...] abrangem um conjunto de políticas, condutas e procedimentos cotidianos que visam a impedir o contágio e a consequente disseminação do Sars-Cov-2, sem o uso de intervenções medicamentosas profiláticas ou terapêuticas. Em resumo, são estratégias que visam a evitar que o novo coronavírus chegue fisicamente ao trato respiratório de mais indivíduos, seja pela redução do contato entre pessoas ou pela assepsia dos ambientes ou do corpo. (BRASIL, 2021a, p. 156-7).

Portanto, as MNF constituem ações de saúde pública com alcance individual, comunitário e ambiental.

As medidas individuais incluem a lavagem das mãos (com sabão ou álcool em gel), a etiqueta respiratória, o uso de máscaras e o distanciamento social. O distanciamento social, por sua vez, inclui o isolamento de casos, a quarentena aplicada a contatos e a conduta de não frequentar locais com aglomerações de pessoas. (BRASIL, 2021a, p. 157).

Vale destacar, novamente, a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020c), principal norma federal que permitia ao Poder Público utilizar as MNF contra a disseminação da COVID-19, tendo terminado sua vigência junto ao ano de 2020. Em 2021, o governo federal não sancionou nenhuma lei para promover tais medidas, mas, pelo contrário, estimulou a aglomeração de pessoas e a não utilização de máscaras através das “motociadas” - desfiles de apoiadores fanáticos de Bolsonaro em motos, prática copiada do fascista Benito Mussolini

(ZANINI, 2021) -, bem como propagou tais práticas de relativização dos impactos da pandemia da COVID-19 e da vida em qualquer espaço de fala em que se fez presente.

Já com relação à vacinação, constatamos injustificável desinteresse e atraso nas negociações por imunizantes, preferindo ignorar ofertas sólidas e confiáveis - com as oferecidas pela Pfizer e Sinovac - para valorizar negociações irregulares com a Bharat Biotech (empresa indiana responsável pela produção da vacina Covaxin) e com a CanSino (laboratório produtor da Convidecia). (BRASIL, 2021a).

Conforme o Relatório Final da CPI da Pandemia (BRASIL, 2021a),

O valor da dose da Covaxin mostrou-se ao menos 50% mais caro que a média das demais vacinas contratadas e significativamente superior ao valor da dose ofertada inicialmente (cerca de 1.000%), a compra foi feita por meio de um intermediário, a empresa Precisa Comercialização de Medicamentos Ltda., vinculada à outra empresa (Global Gestão em Saúde) que já tivera problemas com o Ministério da Saúde, e a desenvolvedora do imunizante não tinha, no momento da contratação, certificado de boas práticas de fabricação concedido pela Anvisa. (BRASIL, 2021^a, p. 249).

Além disso, o Brasil poderia ser o primeiro país do mundo a iniciar a imunização, ainda em 2020, se tivesse fechado acordo com a Sinovac, que garantiria a entrega de 60 milhões de doses até dezembro de 2020 (BRASIL, 2021a). Entretanto, devido à preferência e agilidade nas negociações com laboratórios duvidosos, só fechou acordos para compra de imunizantes em 7 de janeiro de 2021, com a Sinovac/Butantan (BRASIL, 2021a), e em março de 2021, com a Pfizer. (BRASIL, 2021a).

A respeito dessa marcante clivagem na percepção de riscos que a pandemia da COVID-19 apresenta, ou mesmo de sua existência, Beck (2013) nos elucida duas hipóteses, sendo a primeira relacionada à lógica de produção de riscos, enquanto a segunda, ao potencial político de catástrofe desses riscos. Dessa forma, na lógica de produção dos riscos, os riscos “desencadeiam danos sistematicamente definidos, por vezes irreversíveis, permanecem no mais das vezes fundamentalmente invisíveis” (BECK, 2013, p. 27) e, portanto, são apresentados apenas no âmbito cognitivo por meio da ciência, ou anticiência, fato que possibilita uma abertura a processos sociais de definição. Sendo assim, “instrumentos e posições das definições dos riscos tornam-se posições chave em termos sociopolíticos” (BECK, 2013, p. 27). Tal fato é facilmente perceptível ao contrastarmos os vídeos produzidos por Olavo de Carvalho, afirmando a inexistência da Pandemia (ISTOÉ, 2020), com as *lives* de Atila Iamarino, doutor em microbiologia (ATILA IAMARINO 2020).

Ademais, sobre o potencial político da catástrofe, Beck explica que os riscos contêm um elemento político explosivo, transformando aquilo que outrora era tido como apolítico em político. Para tanto, a disputa da definição em torno dos riscos se desenvolve no âmbito “não apenas dos problemas de saúde resultantes para a natureza e o ser humano, mas dos efeitos colaterais sociais, econômicos e políticos desses efeitos colaterais.” (BECK, 2013, p. 28). Aparece, dessa forma, o potencial político das catástrofes, na qual “sua prevenção e seu manejo podem acabar envolvendo uma reorganização do poder e da responsabilidade” (BECK, 2013, p. 28), assim como “o estado de exceção tende a converter-se em normalidade.” (BECK, 2013, p. 28).

Tal potencial política da catástrofe pode ser percebido nas disputadas entre os entes federados diante dos antagônicos projetos de gestão da pandemia da COVID-19 que almejavam implantar. Como exemplo observamos as carreatas mobilizadas por apoiadores de Bolsonaro, promovidas semanalmente com o intuito de ataques ao Governador do Estado de São Paulo, João Dória, tendo em vista as medias de distanciamento social e paralização de serviços, comércio e indústrias que este determinou no território enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Por fim, percebemos o asseveramento do estado de exceção provocado pela mórbida atuação do governo federal. Essa afirmação é evidenciada tendo em vista que Jair Messias Bolsonaro foi indiciado por nove crimes pela CPI da Pandemia, sendo eles: prevaricação, charlatanismo, epidemia com resultado morte, infração de medidas sanitárias preventivas, emprego irregular de verba pública, incitação ao crime, falsificação de documentos particulares, crimes de responsabilidade (violação de direito social e incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo), crimes contra a humanidade (nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos) (BRASIL, 2021a). Portanto, diante do alargamento da exceção, até a data em que escrevo essas palavras (22 de outubro de 2022), acumulam-se, no país, 687.527 mortes decorrentes de complicações da COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Volume no qual não são contabilizadas as mortes geradas pela péssima gestão de políticas públicas para acalantar os efeitos adversos da pandemia, resultando, pois, em fome, miséria e desassistência biopsicossocial. É justamente sobre essas mortes que esse estudo irá se debruçar, sobre a morte dos excluídos.

2.2 O plano São Paulo: restrições no governo estadual

Diferente da atuação criminosa do governo federal, o governo do Estado de São Paulo se mobilizou para promover medidas racionais de enfrentamento à pandemia da COVID-19 em seu território.

Em 16 de março de 2020, o governo do Estado publica o Decreto nº 64.864, no qual estabelece, em seu Art. 3º, o Comitê Administrativo Extraordinário COVID-19, cuja atribuição é a de assessorar o Governador em assuntos administrativos relacionados ao enfrentamento da pandemia (SÃO PAULO (Estado), 2020a). Já em 21 de março de 2020, publica o Decreto nº 64.879, de 20 de março de 2020, que reconhece o estado de calamidade pública no estado. (SÃO PAULO (Estado), 2020b), ato que, conforme observamos outrora, possibilita maior maleabilidade dos gastos públicos para a gestão do enfrentamento da pandemia. Posteriormente, publica o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, estabelecendo a quarentena em todo o Estado, até a data de 7 de abril de 2020 (SÃO PAULO (Estado), 2020c), conforme o Art. 3º, §7º, II, da Lei Federal nº 13.979 autorizava (BRASIL, 2020c). Ademais, a quarentena foi prorrogada periodicamente por diversos decretos até a data de 16 de agosto de 2021.

Conforme estabelecido na legislação federal, a quarentena consiste na:

[...] restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus. (BRASIL, 2020c)

Além disso, a Portaria nº 356, de 11 de março de 2020 estabeleceu parâmetros para a utilização de medidas de isolamento e de quarentena, tendo esta o objetivo de “garantir a manutenção dos serviços de saúde em local certo e determinado” (BRASIL, 2020u).

Por conseguinte, a quarentena estipulada pelo governo do Estado consistia na “restrição de atividades de maneira a evitar a possível contaminação ou propagação do coronavírus.” (SÃO PAULO (Estado), 2020c). Para tanto, em seu Art. 2º, suspendia:

I - o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços, especialmente em casas noturnas, “shopping centers”, galerias e estabelecimentos congêneres, academias e centros de ginástica, ressalvadas as atividades internas;

II – o consumo local em bares, restaurantes, padarias e supermercados, sem prejuízo dos serviços de entrega (“delivery”) e “drive thru”. (SÃO PAULO (Estado), 2020c).

Bem como, estabelecia as seguintes atividades enquanto essenciais, ou seja, que não deveriam ser suspensas pela quarentena:

1. saúde: hospitais, clínicas, farmácias, lavanderias e serviços de limpeza e hotéis;
2. alimentação: supermercados e congêneres, bem como os serviços de entrega (“delivery”) e “drive thru” de bares, restaurantes e padarias;

3. abastecimento: transportadoras, postos de combustíveis e derivados, armazéns, oficinas de veículos automotores e bancas de jornal;
4. segurança: serviços de segurança privada;
5. comunicação social: meios de comunicação social, inclusive eletrônica, executada por empresas jornalísticas e de radiofusão sonora e de sons e imagens;
6. demais atividades relacionadas no § 1º do artigo 3º do Decreto federal nº 10.282, de 20 de março de 2020;

§ 2º - O Comitê Administrativo Extraordinário COVID19, instituído pelo Decreto nº 64.864, de 16 de março de 2020, deliberará sobre casos adicionais abrangidos pela medida de quarentena de que trata este decreto. (SÃO PAULO (Estado), 2020c).

Vale destacar que as demais atividades indicadas no item 6 estabelece 57 categorias de serviços e atividades consideradas enquanto essenciais e que foram sendo modificadas ao longo da pandemia.

No intuito de organizar a quarentena no Estado, bem como a suspensão e possível retomada das atividades tidas como não essenciais que o governo do estado publica o Decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020 (SÃO PAULO (Estado), 2020d) no qual institui o Plano São Paulo, um dos principais pilares, junto ao desenvolvimento e compra de vacinas, para realizar a gestão da pandemia no estado.

O Plano São Paulo foi resultado da atuação coordenada do estado, municípios e sociedade civil e teve como principal objetivo o de “implementar e avaliar ações e medidas estratégicas de enfrentamento à pandemia decorrente da COVID-19” (SÃO PAULO (Estado), 2020d). Para tanto determinou-se dois critérios para analisar semanalmente as condições epidemiológicas e estruturais existentes nas áreas de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS)²⁶: 1) capacidade de resposta do Sistema de Saúde; 2) evolução da epidemia. O primeiro critério era observado através de dois indicadores: 1) taxa de ocupação de leitos UTI COVID-19 e; 2) leitos UTI COVID-19 para cada 100 mil habitantes; enquanto o segundo critério era aferido por três indicadores: 1) taxa de contaminação; 2) taxa de internação e; 3) taxa de óbitos. De acordo com o menor resultado observado em um dos critérios, o Departamento Regional de Saúde era classificado em uma das seguintes fases: 1) vermelha; 2) laranja; 3) amarela; 4) verde, que previam as seguintes normativas para funcionamento, de acordo com o Quadro 1 - Atividades permitidas em cada fase do Plano São Paulo.

Quadro 1 - Atividades permitidas de acordo com as fases do Plano São Paulo

Atendimento Presencial	Fase 1 (vermelha)	Fase 2 (laranja)	Fase 3 (amarela)	Fase 4 (verde)
------------------------	-------------------	------------------	------------------	----------------

²⁶ Divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo instituída pelo Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (SÃO PAULO (Estado), 2006) estabelecendo a existência de 17 Departamentos Regionais de Saúde no estado.

“Shopping center”, galerias e estabelecimentos congêneres	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Praças de alimentação: funcionamento de acordo com a categoria do estabelecimento; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (12 horas): após as 6h e antes das 22h; Praças de alimentação: funcionamento de acordo com a categoria do estabelecimento; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Comércio	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (12 horas): após as 6h e antes das 22h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Comércio varejista de mercadorias: lojas de conveniência	Venda de bebidas alcoólicas: após as 6h e até as 20h	Venda de bebidas alcoólicas: após as 6h e até as 20h	Sem restrições	Sem restrições
Serviços	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 20h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Consumo local (restaurantes e similares)	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Consumo local e atendimento exclusivo para clientes sentados; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 22h; Consumo e atendimento exclusivo para clientes sentados; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas): após as 6h e antes das 22h; Consumo e atendimento exclusivo para clientes sentados; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Consumo local (bares)	Não permitida	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 22h; Consumo e atendimento exclusivo para clientes sentados; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas): após as 6h e antes das 22h; Consumo e atendimento exclusivo para clientes sentados; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos

Salões de beleza e barbearias	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 22h; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Academias de esportes de todas as modalidades e centros de ginástica	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Agendamento prévio e hora marcada; Permissão apenas de aulas e práticas individuais, suspensas as aulas práticas em grupo; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 22h; Agendamento prévio e hora marcada; Permissão apenas de aulas e práticas individuais, suspensas as aulas práticas em grupo; Adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Eventos, convenções e atividades culturais	Não permitida	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (8 horas): após as 6h e antes das 20h; Obrigação de controle de acesso, hora marcada e assentos marcados; Assentos e filas respeitando distanciamento mínimo; Proibição de atividades com público em pé; Adoção dos protocolos geral e setorial específico	Capacidade 40% limitada; Horário reduzido (10 horas): após as 6h e antes das 22h; Obrigação de controle de acesso, hora marcada e assentos marcados; Assentos e filas respeitando distanciamento mínimo; Proibição de atividades com público em pé; Adoção dos protocolos geral e setorial específico	Capacidade 60% limitada; Horário reduzido (12 horas); Obrigação de controle de acesso, hora marcada; Filas e espaços com demarcações, respeitando distanciamento mínimo; Adoção dos protocolos geral e setorial específico
Atividades religiosas	Não permitida	Atividade permitida com adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Atividade permitida com adoção dos protocolos geral e setorial específicos	Atividade permitida com adoção dos protocolos geral e setorial específicos
Demais atividades que geram aglomeração	Não permitida	Não permitida	Não permitida	Não permitida

Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/> Acesso em: 26 jul. 2022.

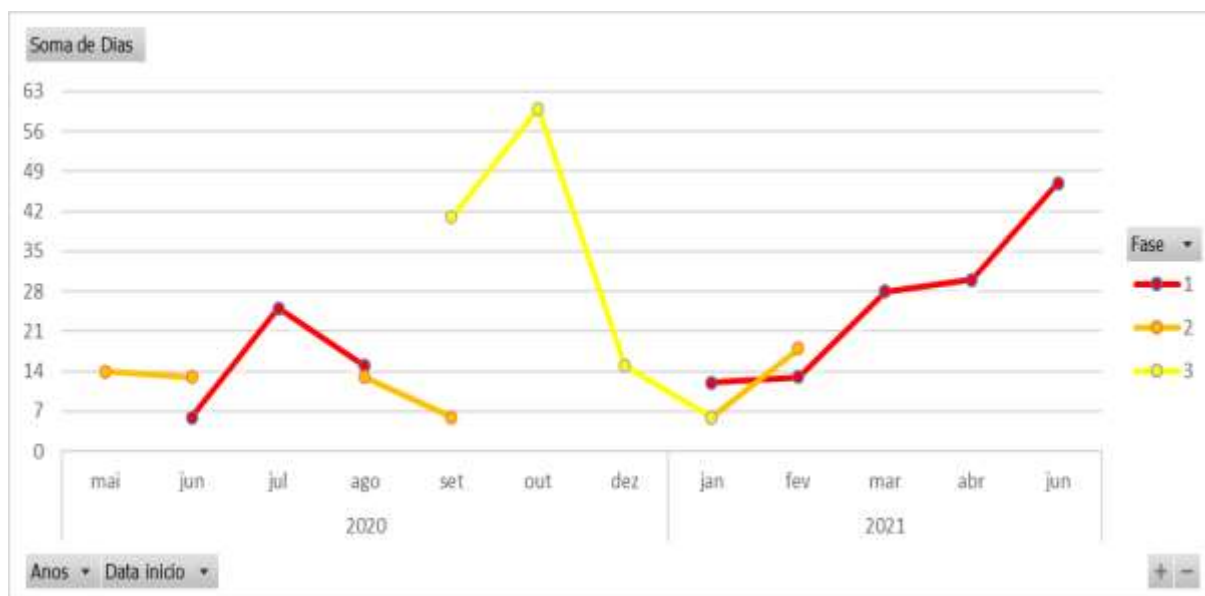
Vale destacar que as atividades tidas como essenciais foram sendo expandidas com o passar da pandemia, diante das pressões de grupos da sociedade civil organizados em torno de

certa atividade econômica, como foi o caso das atividades religiosas, que estavam ausentes de regulação e, portanto, não permitidas, conforme o Decreto.

Além disso, através do Quadro 1, podemos perceber a complexidade de efetivação do Plano São Paulo, tendo em vista as especificidades das atividades econômicas que exigiam “adoção dos protocolos setoriais específicos”, trazendo uma vasta regulação de procedimentos dentro da atividade econômica, bem como, diante da dinâmica modificação das fases nos territórios, resultando em inúmeras dúvidas sobre o que e como deveriam funcionar os estabelecimentos.

Na Figura 1 - Modificação das fases no DRS VIII, podemos observar como o respectivo território, que congrega 22 municípios na região de Franca, foi classificado durante a vigência do Plano São Paulo, entre 31 de maio de 2020 e 29 de julho de 2021.

Figura 1 - Modificação das fases no DRS VIII



Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo.

Dessa forma, observamos que o DRS VIII permaneceu majoritariamente na fase amarela em 2020, somando 116 dias, enquanto no ano de 2021, a fase que mais se destacou foi a vermelha, totalizando 130 dias. Já a fase laranja apareceu principalmente em alguns momentos como uma etapa de transição entre a vermelha e a amarela e vice-versa.

Outro fato que chama a atenção é que o Plano São Paulo fora finalizado com a publicação do Decreto nº 65.897, de 30 de julho de 2021 (SÃO PAULO (Estado), 2021a), que intuiu a data final da quarentena em 16 de agosto de 2021. Para tanto, o Decreto ampliou de forma significativa o funcionamento das atividades econômicas não essenciais em todo o

território, mesmo existindo regiões do Estado classificados, em momento anterior à publicação do decreto, na fase vermelha.

Portanto, não houve uma retomada organizada e escalonada das atividades, mas sim momentos extremamente restritivos intercalados por momentos de intensa aglomeração e circulação de pessoas. Esses momentos foram instituídos não só diante da aferição dos critérios no Plano São Paulo, mas também pela promoção de atividades fiscalizatórias e, principalmente, pela capacidade política do governo do Estado em articular restrições às atividades econômicas cujos representantes da sociedade civil mobilizaram continuamente manifestações contra tais restrições, amparados pelos discursos e atitudes do Presidente da República. Tais manifestações receberam o nome de “carretas”, uma vez que ocorriam através de desfiles de carros buzinando pelas principais vias das cidades paulistas aos gritos de “fora Dória”, e se materializaram durante todo o momento de imposição e gestão da quarentena no estado.

Entretanto, o que irá principalmente nos interessar com relação ao Plano São Paulo será o impacto na população em situação de rua da diminuição da circulação de pessoas pelas ruas das cidades e, também, das restrições do funcionamento dos comércios, tendo em vista que essa população depende de doações diárias para garantir a subsistência. Tais doações são solicitadas às pessoas que transitam no cotidiano da cidade, bem como, aos comerciantes locais ou mesmo pedidos realizados em casas. Contudo, restrições à circulação de pessoas pelos territórios obstam maior escassez de oportunidades para se “manguear” – nome dado pelas pessoas em situação de rua para se referirem ao ato de pedir pequenas doações à pessoas -, o que impõe dificuldades em se garantir padrões mínimos de subsistência até então estabelecidos em momentos prévios ao Decreto das restrições de circulação de pessoas, serviços e mercadorias. Por fim, outro ponto a ser mencionado é que a restrição de circulação de pessoas nas vias públicas implementa mais um dispositivo jurídico-político para a proibição da presença de pessoas em situação de rua nas cidades.

Já com relação à vacinação, o governo do Estado, através do Instituto Butantan, realizou uma parceria, em junho de 2020, com a empresa farmacêutica chinesa Sinovac cujo objetivo era de produzir e realizar testes em estágio avançado de uma vacina (CoronaVac) contra o coronavírus (BUTANTAN, 2020). A parceria foi fruto de relações paradiplomáticas estabelecidas, desde de agosto de 2019, entre o governo do Estado e a China (BUTANTAN, 2020) e minaram relações de inimizade entre o Governador e o Presidente da República, tendo em vista os posicionamentos políticos de ataque deste contra o país asiático, responsabilizando-o pela pandemia da COVID-19. Além disso, o Presidente desautorizou a compra, pelo

Ministério da Saúde da CoronaVac (BOLSONARO, 2020), apesar de posteriormente, em janeiro de 2021, assinar contrato para a compra das 100 milhões de doses de vacina que o instituto iria produzir (MACHADO *et al.*, 2021), uma vez que seriam utilizadas para efetivação do Programa Nacional de Imunização (PNI).

Sendo assim, a parceria realizada com a Sinovac permitiu que o Estado tivesse acesso antecipado à vacina, aplicando a primeira do país em uma enfermeira, trabalhadora da linha de frente contra a COVID-19, na tarde de domingo do dia 17 de janeiro de 2021, logo após a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovar o uso emergencial da CoronaVac (MACHADO *et al.*, 2021).

Para organizar a imunização no Estado, o governo lança, em janeiro de 2021, a Campanha de Vacinação Contra a COVID-19 (SÃO PAULO (Estado), 2022), cujo objetivo principal foi a “redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais” (SÃO PAULO (Estado), 2022). Para tanto, estabeleceu os seguintes objetivos específicos:

- Vacinar os grupos de maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos pela doença;
- Vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população;
- Vacinar os indivíduos com maior risco de infecção;
- Vacinar os trabalhadores dos serviços essenciais. (SÃO PAULO (Estado), 2022).

Dessa forma, diante da inicial disponibilidade limitada de doses de vacina, fez-se necessário o estabelecimento de grupos prioritários para receberem o imunizante. Nesse primeiro momento, foram definidas as seguintes populações-alvo, em consonância ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 (BRASIL, 2021d) para a realização da primeira etapa de vacinação:

- Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas.
- Indígenas vivendo em terras indígenas homologadas e não homologadas.
- Trabalhadores de saúde.
- Pessoas com 18 anos ou mais portadoras de deficiência, institucionalizadas.
- Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas.
- Povos e comunidades tradicionais quilombolas. Pessoas com 60 anos ou mais.
- Pessoas portadoras de deficiência permanente grave de 18 a 59 anos.
- Pessoas com morbidades de 18 a 59 anos (ver Anexo 1).
- Gestantes e Puérperas de 18 a 59 anos.
- População privada de liberdade e Funcionários do sistema de privação de liberdade.
- Pessoas em situação de rua.
- Trabalhadores da educação (creche, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, profissionalizantes e Educação para Jovens e Adultos - EJA).
- Forças de segurança e salvamento.

Forças Armadas. Caminhoneiros.
 Trabalhadores portuários.
 Trabalhadores industriais.
 Trabalhadores de transporte coletivo metroviário, ferroviário, aquaviário, aéreo e rodoviário (transporte rodoviário é feito por estradas, rodovias, ruas e outras vias pavimentadas ou não, com a intenção de movimentar pessoas de um determinado ponto a outro).
 Trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos. (SÃO PAULO (Estado), 2022).

Posteriormente, foram criadas outras etapas de vacinação, cada qual abrangendo públicos-alvo específicos, diante de critérios de risco de morbimortalidade e da importância da atividade de trabalho desenvolvida, resultando na imunização (aplicação de duas doses ou da dose única) de 87,78% da população do Estado de São Paulo. Sendo assim, constata-se que no referido Estado encontra-se a maior porcentagem de pessoas totalmente imunizadas no país, pouco à frente do Estado de Piauí, com 87,69% e do Ceará, com 84,7% de sua população total imunizada (MAPA, 2022).

2.3 Confusão na terra do imperador: o que pode abrir hoje?

Chegamos finalmente à esfera de governo cujo território subordinado coincide com o território objeto dessa pesquisa: o do município de Franca. Para analisar a gestão dos impactos da pandemia no município, nos valem das publicações ocorridas no Diário Oficial Municipal que contivessem a palavra-chave “covid”, bem como as vivências do pesquisador enquanto presidente do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e membro do Fórum da População de Rua de Franca. Além disso, vale destacar que a pandemia eclode em ano de eleições municipais, fato que adiciona um elemento preponderante no caldeirão de complexidades fervilhantes da gestão da pandemia da COVID-19. Afinal, é justamente na esfera municipal que o território atinge sua unidade administrativa mínima, apresentando, pois, maior intimidade com o cotidiano da vida das pessoas que lá vivem.

Em Franca, a primeira normativa para conter a propagação da COVID-19 fora o Ato da Mesa Diretora nº 04, de 16 de março de 2020 (FRANCA, 2020b), que restringiu o acesso da população em geral casa legislativa, devendo agora assistir às sessões de forma remota. Já a Prefeitura preocupou-se, primeiramente, em suspender as aulas no âmbito das unidades escolares municipais, recomendando ao setor privado que assim também procedesse com as aulas na educação básica (FRANCA, 2020c), bem como em estabelecer protocolo para afastamento de atividades presenciais das(os) trabalhadoras(es) da educação consideradas(os)

como grupo de risco. (FRANCA, 2020d). Tal suspensão das atividades escolares foi incentivada pelo governo do estado que não só recomendou o ato, como também o executou no âmbito da educação estadual (SÃO PAULO (Estado), 2020e).

Entretanto, em 19 de março de 2020, através do Decreto nº 11.018 (FRANCA, 2020a) a Prefeitura estabelece a situação de emergência no município, impondo as seguintes medidas para seu enfrentamento: 1) dispensa de licitação para a aquisição de bens e serviços relacionados à situação de emergência da COVID-19; 2) criação do Comitê de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19, cuja atribuição recai em planejar e fiscalizar a execução do Plano Municipal de Contingência; 3) resguardar a manutenção integral dos serviços essenciais; 4) determinar a possibilidade do estabelecimento de procedimentos compulsórios tais quais exames laboratoriais e medidas de isolamento; 5) possibilitar o teletrabalho para lactantes, gestantes, pessoas com 60 anos ou mais, ou com comorbidades que agravem a infecção da COVID-19; 6) suspender as férias das(os) trabalhadoras(es) municipais da saúde, segurança urbana, obras e meio ambiente e ação social; 7) suspender as reuniões presenciais, no âmbito de sua administração, devendo estas ou serem adiadas ou realizadas de forma remota; 8) suspender todos os cursos, oficinas disponibilizados pela Prefeitura, as feiras-livres, eventos esportivos, educacionais e de lazer, bem como fecha parques, museus, bibliotecas e a casa da cultura para o atendimento ao público externo; 10) proibir viagens para fora do município, exceto em casos excepcionais²⁷; 11) estabelecer determinações específicas aos órgãos da administração direta, autarquias e fundações; 12) ressaltar a aplicação de sanções administrativas, sanitárias e penais ao não cumprimento das medidas estabelecidas no decreto; 13) no âmbito privado, suspender o funcionamento, entre 20 de março à 27 de março, de:

Art. 21, I, b) [...] mercados populares urbanos, teatros, cinemas, estabelecimentos comerciais, shopping centers, galerias, academias, templos religiosos, salão de festas, buffets, clubes, entidades de classe e indústrias, restaurantes, bares e congêneres, excetuados os serviços de e-commerce, delivery e sistemas de drive-thru (FRANCA, 2020a).

E, por fim; 14) autorizar o funcionamento apenas dos seguintes estabelecimentos:

Art. 27. [...] de saúde, farmácias, drogarias, supermercados, padarias, casas de carnes, comércio e distribuição de gêneros alimentícios, postos de combustíveis, revendas de gás, lojas de conveniência, lojas de material e insumos hospitalares; casas agropecuárias, insumos agrícolas, máquinas agrícolas, transportadoras. (FRANCA, 2020a).

²⁷ Tal dispositivo trouxe bastante alarde na população local e fora posteriormente alterado pelo Decreto nº 11.021, de 23 de março de 2020 (FRANCA, 2020e) estabelecendo, pois, a proibição de saída do município apenas para servidores municipais e em casos autorizados pelo Comitê de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19.

Dessa forma, com a publicação do decreto observamos o incremento de restrição nas atividades administrativas e econômicas no município, evitando a circulação desnecessária de pessoas, bem como as aglomerações, de forma a minorar o contágio pelo novo coronavírus. Vale destacar que, com relação às(aos) trabalhadoras(es) municipais, percebemos a preocupação em resguardar aquelas(es) que fossem considerados em grupo de risco, ao passo em que suspende as férias daquelas(es) que trabalhassem em atividades estratégicas, fato que agrava o esgotamento de suas forças de trabalho.

Além disso, com a suspensão de reuniões presenciais, percebemos uma acelerada diminuição nas relações intersetoriais no município, tendo em vista que os serviços não dispunham de meios adequados e/ou suficientes para suporte às reuniões remotas promovidas por videoconferências, tais quais acesso à internet de qualidade, roteadores de rede sem fio, computadores em número suficiente e caixas de som - inclusive, o departamento de informática da Prefeitura não autorizava, nos computadores municipais, o acesso a algumas plataformas de videoconferências gratuitas, tal qual a *google meet*. Os impactos das reuniões remotas também foram sentidos nos Conselho Municipais, que acertadamente passaram a aderir a essa modalidade de atuação no intuito de mitigar aglomerações. Entretanto, com a atuação remota, percebemos considerável esvaziamento desses espaços de exercício da democracia participativa, diante da falta de suporte da prefeitura em promover, com agilidade, uma plataforma adequada às reuniões, bem como diante das limitações estruturais que as videoconferências trazem para o manejo de reuniões com diversas interações simultâneas e pela dificuldade inicial das pessoas em dialogarem com tal formato de reunião.

Por sua vez, a respeito do Comitê de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19 criado no referido decreto, sua composição consistia na participação do Prefeito Municipal, Chefe de Gabinete, do Secretário de Saúde, Secretário de Planejamento Urbano, Secretária de Finanças, Secretário de Ação Social Secretário de Segurança e Cidadania e Secretário de Obras e Meio Ambiente e de representantes dos Hospitais. Esse espaço, responsável por estabelecer quais serviços públicos e privados poderiam funcionar e como deveria ser realizado o seu funcionamento, concentrando, pois, denso poder sobre as atividades econômicas no município. Suas reuniões eram periódicas e marcadas pela presença de diferentes representantes das distintas atividades econômicas desenvolvidas no território, solicitando autorizações para o funcionamento de seus estabelecimentos.

Posteriormente, as decisões do Comitê eram publicizadas através dos decretos publicados pelo prefeito, em consonância às determinações do Plano São Paulo, quando este

passou a vigorar. A respeito dessas determinações sobre o que e como as atividades econômicas poderiam e deveriam funcionar, percebemos uma complexa especificação de atividades atrelando protocolos distintos a cada uma em etapas diferentes da gestão da pandemia, o que gerava grande confusão na população sobre o que poderia abrir.

Em 27 de março de 2020, o Comitê publicou o Plano de Contingência do Município de Franca para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus - COVID-19 (FRANCA, 2020f) - em sintonia ao Plano de Contingência do Estado de São Paulo -, no qual instituiu a Câmara Técnica de Enfrentamento do Novo Coronavírus 2019 (CONATEC), coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde e composta pela Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), Rede de Atenção à Saúde Pública (atenção básica, ambulatorios de especialidades, pronto atendimentos e serviços de urgência e emergência), Hospitais (geral e psiquiátrico), Ministério Público e Polícia Militar, cujo objetivo principal era a promoção de articulações intersetoriais e intrasetoriais e o assessoramento da Secretaria Municipal de Saúde na organização e normatização de ações de prevenção, vigilância e controle de infecções por COVID-19. Posteriormente, em 22 de agosto de 2020, o Comitê e a Câmara serão unificados sob o nome de Comitê Municipal de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19 (FRANCA, 2020g).

Com relação ao Plano de Contingência Municipal (FRANCA, 2020f), este foi estruturado em 3 eixos: 1) Vigilância em Saúde; 2) Assistência à Saúde e; 3) Comunicação. O primeiro teve como foco a identificação, notificação e investigação da morbidade e mortalidade da COVID-19, diferenciando o fluxo de usuários com e sem Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) através de dois critérios objetivos: frequência respiratória (maior ou igual a 24 incursões por minuto, para SRAG) e/ou saturação de oxigênio no sangue (menor ou igual a 93% para SRAG), não devendo ser notificado o usuário sem SRAG, mesmo que suspeito, nem testado o usuário infectado assintomático ou com suspeita de infecção porém sem SRAG.

Já no segundo eixo, de Assistência em Saúde, estabeleceu as atribuições dos serviços de saúde no atendimento aos casos de síndrome respiratória, no intuito de agilizar os atendimentos, bem como atentar-se ao número de leitos hospitalares disponíveis especificamente para COVID-19. Dessa forma, os usuários com suspeita de síndrome respiratória deveriam ser acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, e em caso de sintomas graves, seriam encaminhados ao Pronto Socorro de Referência “Dr. Álvaro Azzuz” ou ao Pronto Socorro Infantil Dr. Magid Bachur Filho”. Para tanto, o Pronto Socorro de Referência passaria a atender apenas usuários com SRAG e em caso de necessidade, seriam encaminhados aos Hospitais de Referência. Além

disso, estabeleceu que as Unidades de Pronto Atendimento do Jardim Anita e do Aeroporto I seriam responsáveis por acolher as demais necessidades de urgência e emergência que não fossem relacionadas à SRAG, inclusive ressaltando o fluxo de atendimento psiquiátricos nestas unidades e em caso de necessidade, encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

Por fim, o eixo 3 atentou-se na propagação de informações a respeito da situação da pandemia no município, estipulando a publicação, pela Secretaria Municipal de Saúde, de boletins informativos contendo dados sobre o número de novos casos de COVID-19 confirmados.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sua primeira publicação ocorreu com Resolução nº 02, de 20 de março de 2020 (FRANCA, 2020h) cujos principais objetivos eram: 1) resguardar os profissionais enquadrados no grupo de risco; 2) possibilitar o remanejamento interno de profissionais para setores estratégicos ao enfrentamento da pandemia; 3) fornecer equipamentos de proteção individual (EPIs) e orientações aos servidores municipais e; 4) estabelecer o funcionamento dos serviços de saúde durante a emergência da COVID-19, mantendo apenas atendimentos de urgência e emergência e casos de síndrome gripal. Posteriormente, em 02 de junho de 2020 será publicada a Resolução nº 06 (FRANCA, 2020i), na qual irá permitir os demais atendimentos que não apenas urgência e emergência e casos de COVID-19, com capacidade reduzida para 50% para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de Saúde da Família (eSF) e Unidades de Saúde da Família (USF) e 60% para os demais serviços.

A partir dessas informações e dados, é importante destacar essas alterações no funcionamento dos serviços promovidas tanto pelo Plano de Contingência quanto pela resolução mencionada, uma vez que tais reconfigurações nos protocolos de funcionamento e fluxos de referência e contrarreferência dos serviços de saúde no município, bem como nos de assistência social, implicaram em processos detratores dos processos saúde-doença das populações nos territórios, diante da limitada organização e programação administrativa. Bem como, dissonante capacidade de estrutura e equipamentos, para atender às diversas necessidades latentes que não fossem relacionadas diretamente à infecção pelo coronavírus, ou que conseguisse abarcar, simultaneamente, as exigências sanitárias para controle da infecção e as demandas de saúde e assistência social. Dessa forma, essas reconfigurações são analisadas nessa pesquisa, principalmente atendo as que se relacionam com a população em situação de rua vivente no município. Vale destacar que a Resolução municipal estabeleceu a suspensão dos atendimentos

que não fossem urgentes, bem como dos atendimentos em grupo e individuais e das visitas domiciliares dos diversos profissionais que integram a saúde.

Por sua vez, a Secretaria Municipal de Ação Social, nesse primeiro ano de pandemia, não promoveu publicações com o intuito de publicizar o funcionamento dos serviços sob sua responsabilidade, durante a emergência da COVID-19, com exceção do Anexo II presente no Plano de Contingência do Novo Coronavírus, que trata sobre as condições dos serviços para a população em situação de rua, documento este que será analisado no tópico seguinte.

Em 07 de abril de 2020, através do Decreto nº 11.033 (FRANCA, 2020j), o estado de emergência foi convertido em estado de calamidade pública, estado este que posteriormente será estendido até a data de 31 de dezembro de 2020 (FRANCA, 2020g). Além disso, vale destacar que em 05 de setembro de 2020, o prefeito criou o Comitê de Transparência, Controle e Fiscalização Administrativa no intuito de realizar a gestão orçamentária e financeira referente às ações de enfrentamento à pandemia de forma transparente.

Dessa forma, nestes primeiros meses iniciais de pandemia percebemos uma principal atenção da gestão municipal em: 1) reorganizar a força de trabalho das(os) trabalhadoras(es) municipais; 2) alterar o funcionamento dos serviços públicos, no intuito de mitigar aglomerações e de priorizar o acesso e o atendimento do usuário com SRAG e; 3) dar resposta ao setor privado, estabelecendo protocolos de funcionamento para as distintas atividades econômicas considerando a evolução da pandemia no território.

Essa análise pode ser aprofundada com os dados da Modificação das Fases no DRS VIII, da Figura 1, acerca do segundo semestre de 2020 foi marcado por melhores índices de morbidade e mortalidade e/ou capacidade de resposta dos serviços de saúde, o que ensejou a classificação do território na fase amarela entre setembro e dezembro. Sendo assim, esse último período da gestão municipal foi marcado pela retomada de algumas atividades econômicas que estavam até então proibidas de funcionar, com destaque para a Resolução nº 16, de 16 de dezembro de 2020, que determinou medidas para o retorno das atividades avaliativas no setor da educação (FRANCA, 2020k) e para Resolução nº 18, de 22 de dezembro de 2020, que estabeleceu protocolos para o funcionamento de cinemas, teatros e auditórios (FRANCA, 2020l).

Entretanto, na virada do ano de 2020 para 2021 o cenário da pandemia é alterado, exigindo, pois, a retomada de medidas restritivas para a redução dos impactos da COVID-19, bem como ocorre a troca da gestão municipal, tendo em vista a derrota nas urnas eleitorais do até então prefeito, Gilson de Souza (Democratas), que obteve apenas 6,73% dos votos válidos

no 1º turno (ELEIÇÕES, 2020) e consequente vitória do candidato Alexandre Ferreira (Movimento Democrático Brasileiro), com 57,62% no 2º turno (ELEIÇÕES, 2020).

Como primeiro ato no intuito de estabelecer medidas de enfrentamento à pandemia, o novo prefeito publica o Decreto nº 11.172, de 16 de janeiro de 2021 (FRANCA, 2021b), no qual mantêm o estado de calamidade pública no município, enquanto este permanecer reconhecido na esfera estadual e/ou federal. Vale mencionar que o conteúdo deste é bastante similar ao Decreto nº 11.018, de 19 de março de 2020 (FRANCA, 2020a - emergência), com exceção de alguns pontos, do qual ressaltamos: 1) a transformação do Comitê Municipal de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19 no Centro Municipal de Enfrentamento à COVID-19 (CEMEC), incluindo a participação de segmentos como o Conselho Municipal de Saúde, sociedade civil organizada e universidades (FRANCA, 2021c); 2) a priorização, e não mais a exigência, de reuniões administrativas em formato virtual; 3) a inclusão expressa do Plano São Paulo enquanto norteador dos protocolos para abertura e funcionamento das atividades econômicas; 4) a revogação de 15 decretos publicados em 2020 referente à medidas de enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Já em 22 de janeiro de 2021, Franca é rebaixada para a fase vermelha (SÃO PAULO (Estado), 2021b), fato que impõe o retorno de medidas mais restritivas, e consequente revogação de protocolos de reabertura de atividades econômicas que passaram a ser permitidas no final do ano anterior, (FRANCA, 2021d), tais quais o setor de educação e de cultura e lazer, apesar de permitir o funcionamento de atividades religiosas (FRANCA, 2021e), em desacordo ao Plano São Paulo. Além disso, com relação ao funcionamento dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde estabelece a possibilidade de cada unidade de saúde organizar seus atendimentos de acordo com as necessidades do território, bem como em conformidade aos protocolos sanitários estaduais e federais, revogando, pois, a Resolução nº 06, de 1º de junho de 2020 (FRANCA, 2021f).

Vale destacar que em 11 de março de 2021, todo o estado de São Paulo foi classificado na fase emergencial, ocasionando medidas mais restritivas do que aquelas determinadas na fase vermelha (SÃO PAULO (Estado), 2021c). Tais determinações serão encampadas pelo município através da publicação do Decreto nº 11.214, de 12 de março de 2021 (FRANCA, 2021g). Dessa forma, foi estabelecida: 1) a obrigatoriedade de teletrabalho em escritórios em geral; 2) a impossibilidade de compra presencial e retirada de produtos no local (*take-away*), sendo apenas permitida nas modalidades de *drive-thru* e *delivery*, para o comércio em geral; 3) a venda de bebidas alcoólicas permitida apenas depois das 6h e até as 20h e 4) a proibição de

abertura de academias, salões de beleza e barbearias, atividades culturais e de realização e atividades coletivas em templos religiosos, apesar de permitida a abertura desses templos.

Posteriormente, as medidas restritivas são ampliadas - não de forma gradativa, mas em movimentos de restrição e ampliação - culminando na imposição do toque de recolher entre 20h e 5h²⁸ (FRANCA, 2021h) exponenciado no *lockdown* em 25 de maio de 2021, através da publicação do Decreto nº 11.271 (FRANCA, 2021i).

De acordo com o mencionado decreto, o *lockdown* consistiu no “protocolo de emergência destinado a prevenir a mobilidade de pessoas, mediante a restrição, o fechamento, bloqueio e/ou suspensão das atividades descritas no ANEXO ÚNICO e, assim, reduzir o risco iminente à vida provocado pelo Coronavírus SARS-CoV2” (FRANCA, 2021i). A medida fora estabelecida sem orientação do governo do estado, mas diante da alta taxa de ocupação de leitos de UTI no município, bem como pela baixa taxa de isolamento social observadas nos 30 dias anteriores e impunha as seguintes restrições: 1) toque de recolher, medida que já era aplicada há 6 dias; 2) comercialização proibida de bebidas alcóolicas; 3) proibição de encontros de pessoas nos espaços públicos; 4) proibição de festas e confraternizações em espaços privados; 5) suspensão do transporte coletivo e; 6) intensificação da fiscalização. Já sobre as atividades econômicas permitidas e seu funcionamento, o decreto estabeleceu apenas a permissão de funcionamento para: 1) postos de combustíveis; 2) clínicas médicas, odontológicas e veterinárias em atendimento de urgência e emergência e; 3) comércio de gêneros alimentícios, medicamentos, insumos agrícolas e hospitalares, no formato de entrega à domicílio (*delivery*).

No intuito de atender às novas exigências sanitárias diante da decretação do *lockdown*, a Secretaria Municipal de Saúde irá publicar a Resolução nº 11, de 26 de maio de 2021 (FRANCA, 2021j), na qual estabelece um protocolo de funcionamento da Atenção Primária e Secundária bastante similar à Resolução nº 02, de 20 de março de 2020 (FRANCA, 2020h), priorizando a urgência e emergência e os casos de síndrome gripal.

O *lockdown* vigorou por 15 dias, sendo finalizado com a flexibilização das medidas restritivas através da publicação do Decreto nº 11.280, de 08 de junho de 2021 (FRANCA, 2021k), no qual permitia o atendimento presencial com limitação de público e a circulação pelas ruas, apesar de manter o toque de recolher entre às 22h e 05h, medida que só seria revogada em 01 de agosto, conforme estabeleceu o Decreto nº 11.299, de 28 de julho de 2021 (FRANCA, 2021l). Tal decreto, inclusive, foi a última normativa do prefeito municipal estabelecendo

²⁸ O horário do toque de recolher irá variar, durante sua vigência, tardando seu início para às 21h, 22h e, por fim, 23h.

medidas restritivas de enfrentamento da pandemia e permitia o funcionamento de diversas atividades até então proibidos, tais quais *shopping center*, academias, atividades culturais, entre outras, limitadas em até a 80% da capacidade de público.

Durante esse período de emergência, podemos perceber, pois, diversas restrições que impactaram de forma negativa a população em situação de rua, uma vez que desconsideravam suas condições de vida e rotinas diárias de sobrevivência. Dessa forma, a restrição de circulação pelas ruas da cidade, manifestadas no toque de recolher e na proibição de encontros de pessoas nos espaços públicos, além da imposição do comércio por entrega a domicílio, penalizou a condição de se encontrar em situação de rua e dificultou seu acesso a bens básicos de consumo como alimentos e medicamentos. Além disso, vale novamente mencionar que com a diminuição do fluxo de pessoas pelas ruas, conseguir “manguear” tornou-se uma atividade mais escassa.

Ademais, com o avanço da vacinação e consequente restabelecimento dos fluxos dos serviços públicos, a Secretaria Municipal de Saúde promove o retorno da rotina ordinária à Atenção Primária, não mais destinando-a apenas a casos de síndrome gripal. Para tanto, designa, em um primeiro momento, duas UBSs para permanecer atendendo apenas à síndrome gripal (FRANCA, 2021m) abrindo, posteriormente, ambas unidades para os demais atendimentos (FRANCA, 2021n). Por sua vez, com relação à assistência social, observamos uma única publicação nesse segundo ano de pandemia, em 25 de agosto de 2021, na qual estabelece o atendimento presencial à população e a retomada das atividades dos serviços, respeitando os protocolos sanitários de distanciamento social, utilização de máscara e higienização das mãos (FRANCA, 2021o).

Outro importante aspecto que observamos na nova gestão municipal é a criação do programa Renda Franca, através da promulgação da Lei nº 8.994, de 02 de março de 2021 (FRANCA, 2021p), e regulamentado pelo Decreto nº 11.213, de 12 de março de 2021 (FRANCA, 2021q). O programa foi uma das fortes bandeiras eleitorais do candidato eleito para Prefeito Municipal, e teve como finalidade a “transferência de renda mediante auxílio financeiro temporário, condicionado à participação em ações voltadas à qualificação profissional, fomento ao emprego e renda para população afetada pelos efeitos econômicos da pandemia causada pelo COVID-19” (FRANCA, 2021p).

Sendo assim, o Programa destinava-se às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, considerando, pois, aquelas que se encontrassem “em condição precária ou privada de renda e sem acesso aos serviços públicos, assim como aquelas cujas características sociais e culturais são desvalorizadas ou discriminadas” (FRANCA, 2021p). Para tanto, estabeleceu-se

alguns critérios objetivos para classificação e eliminação das(os) possíveis beneficiárias(os). Os critérios eliminatórios e classificatórios eram:

Art. 5º [...]

II. Residência no município há mais de 3 (três) anos: comprovação mediante apresentação de talão de conta de energia em nome do titular da inscrição ou declaração de frequência escolar dos filhos nos últimos 3 (três) anos ou comprovante de votação nas 2 (duas) últimas eleições em Franca ou carteira de vacinação dos filhos ou contrato de aluguel ou cartão SUS. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

III. Situação de desemprego por período igual ou superior a 6 (seis) meses: comprovação mediante apresentação de cópia da Carteira de Trabalho com informações atualizadas e/ou extrato de comprovação de recebimento do seguro desemprego. Este critério corresponde a 1 (um) ponto. (FRANCA, 2021q).

Já os critérios apenas classificatórios podem ser observados nos demais incisos:

Art. 5º [...]

I. Atendimento em serviços socioassistenciais: compreende participação em atividades de acolhida, oficinas, ações particularizadas e encaminhamentos para rede de serviços públicos, realizadas pelas equipes dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS e do Centro Pop, pelo período igual ou superior a 12 (doze) meses. Acompanhamento em serviços socioassistenciais: compreende a inserção em à Famílias e Indivíduos – PAEFI; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço no Domicílio para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias; Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional (abrigo institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem, Residência Inclusiva); Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências. Informações que serão validadas pelas unidades estatais no ato da classificação dos inscritos. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

[...]

IV. Renda familiar per capita: compreende a soma dos rendimentos brutos auferidos por todos os membros da unidade domiciliar com idade a partir de 16 anos, conforme preenchimento da composição familiar no formulário de inscrição, comprovada através da apresentação de holerith, demonstrativo de pagamento ou autodeclaração se não tiver registro em carteira. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

V. Família monoparental: compreende o grupo familiar chefiado por mulher sem cônjuge ou companheiro(a), com, no mínimo, uma pessoa menor de dezoito anos de idade, comprovada mediante o preenchimento da composição familiar no formulário de inscrição. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

VI. Crianças e adolescentes sob medida protetiva: compreende aqueles(as) em atendimento em serviço de acolhimento institucional de abrigo, casa lar e família acolhedora. Informação que será validada pelas unidades estatais no ato da classificação dos inscritos. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

VII. Adolescente sob medida socioeducativa: compreende aquele(a) em cumprimento de Liberdade Assistida, Prestação de Serviço à Comunidade, Semiliberdade e Internação em Estabelecimento Educacional. Informação que será validada pelas equipes de CREAS no ato da classificação. Este critério corresponde a 1 (um) ponto.

VIII. Família com pessoa portadora de deficiência na sua composição: comprovação mediante apresentação de laudo médico com CID. Este critério corresponde a 1 (um) ponto. (FRANCA, 2021q).

Dessa forma, a(o) candidata(o) poderia atingir um máximo de 8 pontos, sendo disponibilizado um total de mil vagas, cuja inscrição deveria ser realizada pelo *site* da Prefeitura entre 17 e 31 de março de 2021. O Programa teria vigência enquanto perdurasse o estado de calamidade pública provocado pela pandemia da COVID-19 e consistia no recebimento mensal, por no máximo 3 meses, de R\$300,00 por beneficiária(o), desde que esta(e) frequentasse ao menos 85% das aulas teóricas e práticas de cursos de qualificação profissional, bem como realizasse as avaliações mensais dos cursos.

Observamos, pois, uma interessante política pública municipal para enfrentamento dos efeitos sociais e econômicos da pandemia da COVID-19 que atingiram, principalmente, as pessoas em situação de vulnerabilidades. Entretanto, percebemos também a imposição de óbices para acesso da população em situação de rua ao benefício, tendo em vista a necessidade de acesso à internet para realizar a inscrição ao programa, bem como a necessidade de comprovar residência no município há mais de 3 anos.

Por fim, e não menos importante, outra questão com a qual a nova gestão municipal teve que lidar foi com relação à vacinação. De acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 (BRASIL, 2021d) eram competências da gestão municipal: 1) coordenação e execução das ações de vacinação definidas no plano; 2) gerência do estoque de vacinas e insumos, incluindo o armazenamento e transporte adequados; 3) descarte adequado dos resíduos da vacinação e; 4) gestão do sistema de informação de vacinação.

Para tanto, no intuito de ampliar o acesso do município ao imunizante, o Prefeito ratificou a participação de Franca no consórcio público intermunicipal para aquisição de vacinas contra o coronavírus (FRANCA, 2021r), bem como promulgou a Lei nº 9.001, de 12 de março de 2021 (FRANCA, 2021s), na qual autorizou a compra de vacinas pelo Poder Executivo Municipal.

Já com relação às informações relativas à vacinação, foi promulgada pelo Presidente da Câmara Municipal a Lei nº 9.011 de 01 de abril de 2021 (FRANCA, 2021t), na qual se exigiu a publicação, no site da prefeitura e no Diário Oficial do Município, a relação de pessoas vacinadas contra o coronavírus. A partir dessa transparência, um jornal local realizou a análise

dos dados e divulgou o fato de que ao menos 508 pessoas haviam sido vacinadas mesmo tendo idade inferior à estipulada pelo calendário de vacinação (FRADIQUE, 2021), denominando-os de “fura-filas”. Pressionada, a prefeitura determinou a abertura de uma sindicância, pelo Departamento de Ouvidoria, Corregedoria, Controladoria e Controle, para auditar a relação de pessoas vacinadas contra o coronavírus e analisar a possível ocorrência dos “fura-filas”, bem como estabeleceu um prazo de 24 horas para que a Secretaria Municipal de Saúde apresentasse protocolo sobre aplicação de doses sobresselentes da vacina (FRANCA, 2021u).

Dessa forma, cumprindo com o prazo estipulado, o referido Protocolo foi publicado em 28 de abril de 2021 e priorizou, inicialmente, o acesso das(os) trabalhadoras(es) de saúde às vacinas sobresselentes, além de exigir o cadastramento prévio no site da prefeitura municipal (FRANCA, 2021v). Posteriormente foram priorizados o acesso das vacinas sobresselentes a pessoas com faixas etárias específicas de acordo com o avanço das etapas da campanha de vacinação (FRANCA, 2021w; 2021x; 2021y). Por sua vez, a sindicância da aplicação de vacinas resultou na identificação de 917 inconsistências na relação de pessoas vacinadas e provocou a exoneração do Diretor de Vigilância e do Gerente da Vigilância em Saúde alguns dias após a abertura da sindicância (G1, 2021).

Destarte, foi apenas no dia 06 de maio de 2021 que a Secretaria Municipal de Saúde publicou a Resolução nº 09 (FRANCA, 2021z), na qual são estabelecidas as ações da campanha de imunização contra o coronavírus em consonância às ações estaduais e federais. Dessa forma, determinou que a campanha municipal deveria seguir estritamente o disposto no Plano Nacional de Operacionalização Contra a COVID-19 (BRASIL, 2021d) e no Documento Técnico: Campanha de Vacinação Contra a COVID-19 (SÃO PAULO (Estado), 2022), priorizando, pois, o acesso de vacinas às trabalhadoras(es) da saúde e grupos de risco.

Como resultado da campanha municipal de vacinação, Franca aplicou 313.935 vacinas da 1ª dose, das quais 9.301 são de dose única, ao passo que a quantidade de aplicação da 2ª dose cai para 290.706 vacinas (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2022). Dessa forma, considerando a estimativa populacional do município pelo IBGE 2021, que supõe a população de Franca em 358.539 pessoas (IBGE, 2022) e que a imunização da COVID-19 é considerada a partir da aplicação de duas doses da vacina, ou da vacina de dose única observamos que Franca imunizou 83,7% de sua população total até a data de 16 de agosto de 2022.

Portanto, diferente da gestão municipal passada, a nova gestão teve que lidar com o asseveramento da pandemia da COVID-19, estabelecendo, para tanto, medidas mais restritivas de funcionamento de serviços e de circulação de pessoas, bem como com a campanha de

vacinação contra o coronavírus e posterior retomada das atividades econômicas e administrativas. Além disso, vale destacar a preocupação da nova gestão em mitigar as consequências sociais e econômicas da pandemia, promovendo, pois, o Programa Renda Franca, enquanto medida de transferência de renda.

2.4 E quem não tem casa?

Logo no início da pandemia da COVID-19 se popularizou uma distorcida percepção da realidade de que todas(os) estavam no “mesmo barco”, uma vez que o vírus poderia infectar qualquer pessoa de forma indiscriminada. Entretanto, não foi bem isso que observamos. Na realidade, o contrário se manifestou, tendo em vista que apenas pessoas em condições de trabalho específicas e de classes sociais mais abastadas, puderam empenhar medidas de distanciamento social e quarentena. Ao passo que a grande massa da classe que vive do trabalho, principalmente a parcela que se encontra em condições precárias deveria escolher entre passar fome ou se isolar do vírus.

Tal fato manifesta-se latente quando a primeira morte por COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, foi a de uma empregada doméstica, mulher negra e idosa, que adquiriu a infecção enquanto trabalhava na casa de seus patrões. Estes haviam voltado da Itália, e testaram positivo para o patógeno, permanecendo em isolamento social em sua própria residência (G1 RIO, 2020; BERLINCK, 2020). Entretanto, esse isolamento social não abarcava o distanciamento com a empregada doméstica de grupo de risco. E assim, constatamos que a diminuição da exposição às ameaças da COVID-19 relaciona-se enquanto um privilégio de certos grupos e classes.

É nesse sentido que Davis (DAVIS et al, 2020) se posiciona, ao afirmar que:

[...] o surto expôs instantaneamente a divisão de classes na saúde americana. Aqueles com bons planos de saúde que também podem trabalhar ou ensinar de casa estão confortavelmente isolados, desde que sigam salvaguardas prudentes. Os funcionários públicos e outros grupos de trabalhadores sindicalizados com cobertura decente terão de fazer escolhas difíceis entre renda e proteção. Enquanto isso, milhões de trabalhadores com baixos salários, trabalhadores rurais, desempregados e sem teto estão sendo jogados aos lobos. (DAVIS et al, 2020, p. 9).

Nessa mesma linha, David Harvey argumenta que existe “um mito conveniente de que as doenças infecciosas não reconhecem classe ou outras barreiras e limites sociais” (DAVIS et al, 2020, p. 21). Dessa forma, “os impactos econômicos e sociais são filtrados através de discriminações ‘costumeiras’ que estão evidentes em todos os lugares” (2020, p. 21). Além

disso, destaca que essa “nova classe trabalhadora” se apresenta na “vanguarda e suporta o peso de ser a força de trabalho que corre maior risco de contrair o vírus através de seus empregos ou de ser demitida injustamente por causa da retração econômica imposta pelo vírus” (2020, p. 21). Assim sendo, para Harvey, “o progresso da COVID-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça” (DAVIS et al, 2020, p. 21).

Portanto, torna-se necessário questionarmos quais políticas públicas foram criadas para minorar os impactos diretos e indiretos da pandemia da COVID-19 nos diferentes grupos inseridos em situações de vulnerabilidades sociais, econômicas e políticas. É nesse intuito que realizamos a presente pesquisa, especificando nosso objeto de análise ao que foi proposto para promover condições seguras e adequadas de existência à população em situação de rua durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, nesse momento, iremos analisar as principais políticas públicas, no âmbito federal, estadual e municipal criadas para a população em situação de rua neste período.

Partimos da Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020 (BRASIL, 2020v), principal normativa federal para garantia de proteção social à população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. Entretanto, antes de avançarmos, vale ressaltar que, de acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, considera-se população em situação de rua:

Art 1º [...]

Parágrafo único: [...] 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. (BRASIL, 2009).

Além disso, de acordo com a mencionada portaria (BRASIL, 2020v), até março de 2020, existia o cadastro, no Cadastro Único, de 150 mil pessoas em situação de rua em todo o território nacional. cujo perfil era predominante era de:

[...] homens adultos, negro, de família unipessoal, que está há mais de 1 ano na rua, não possui contato com parente que vive fora da rua e se concentra principalmente na Região Sudeste. Estudou até o Ensino Fundamental, possui variadas formas de conseguir dinheiro, trabalha nas ruas do país e possui renda mensal de até R\$ 89,00 (oitenta e nove reais). (BRASIL, 2020v).

Ainda, segundo os dados colhidos no Cadastro Único, mais de 80% dessa população recebeu atendimento, nos últimos meses, nos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), nas Instituições de Acolhimento e demais

serviços da Assistência Social, manifestando, pois, a indispensável importância das redes socioassistenciais para a existência das pessoas que integram essa população (BRASIL, 2020v).

Outro importante aspecto, que não podemos deixar de observar, são os dados referentes às condições de saúde dessa população. Dessa forma, o documento ressalta que os principais problemas de saúde apresentados de forma concorrente pela população em situação de rua manifestam-se em “problemas nos pés, IST/HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo abusivo de álcool e outras drogas, problemas de saúde bucal e tuberculose” (BRASIL, 2020v). Já as principais casas de internação estão relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, problemas respiratórios, acidentes e violência (BRASIL, 2020v).

Sendo assim, a normativa preocupou-se, principalmente, em mitigar os riscos da pandemia da COVID-19 que atingiriam a população em situação de rua relacionados à: 1) exposição a riscos nos espaços públicos e; 2) dificuldades para o distanciamento social (BRASIL, 2020v). Para tanto, estabeleceu recomendações ao 1) órgão gestor da política de assistência social; 2) unidades e serviços socioassistenciais de média e alta complexidade que atendam população em situação de rua e; 3) trabalhadoras(es) desses serviços socioassistenciais, para que cada localidade efetuasse as seguintes ações:

2.8.2. [...]

- a) Orientações e informações claras e acessíveis sobre a pandemia e sobre serviços e locais de atendimento do SUAS, horários de funcionamento e formas de acesso.
- b) Itens básicos de subsistência como, por exemplo: alimentação, água potável, produtos de higiene, limpeza, máscara facial, vestuário e outros.
- c) Espaços e materiais para a realização de higiene pessoal (banheiros e chuveiros) e higienização de roupas.
- d) Segurança de acolhida, por meio do acesso a Serviços de Acolhimento, moradia provisória, alojamento ou outras alternativas relacionadas e destinação de espaços específicos para acolhimento em casos de suspeita ou confirmação de contaminação.
- e) Benefícios eventuais.
- f) Inclusão no Cadastro Único e acesso a programas sociais e benefícios, a exemplo do Programa Bolsa Família, auxílio emergencial criado no contexto da pandemia e Benefício de Prestação Continuada (BPC).
- g) Segurança de renda, com orientações e encaminhamentos necessários.
- h) Ações de Abordagem Social nos territórios.
- i) Apoio na adoção de medidas e logísticas que previnam aglomerações nos espaços públicos.
- j) Atenção especial àqueles que integrem grupos de risco, visando sua proteção.
- k) Atendimento e encaminhamentos à rede de saúde, inclusive nos casos de suspeita ou contaminação pelo novo Coronavírus.
- l) Atendimento e encaminhamentos para a rede socioassistencial, das demais políticas e órgãos de defesa de direito.
- m) Suporte ao transporte para os Serviços de Acolhimento ou alojamentos provisórios e outras necessidades, como atendimento na saúde. (BRASIL, 2020v).

Nesse sentido, recomendou que o Plano de Contingência local abarcasse tais ações, bem como fosse organizada a rede socioassistencial em articulação com a Saúde, garantindo a

continuidade dos serviços essenciais com a devido acesso à EPIs para as trabalhadoras(es). Tal articulação deveria ser suportada por estratégias para a realização de reuniões não presenciais, proporcionando, pois, a contínua elaboração, atualização e informação dos fluxos de referência e contrarreferência vigentes nos territórios em cada etapa da pandemia da COVID-19. Além disso, o órgão gestor da política socioassistencial deveria também adotar medidas de reposição de força de trabalho em situações de afastamento de trabalhadoras(es) em grupo de risco, no intuito de não deteriorar a proteção social oferecida nos territórios (BRASIL, 2020v).

Com relação ao funcionamento dos Centros POP, ou Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), onde não existisse Centro POP foi ressaltada sua importância enquanto serviço de referência nos territórios, devendo, para tanto, realizar a articulação com os atores locais que atuassem com a população em situação de rua, de forma intra e intersectorial. Além disso, recomendou a execução descentralizada do serviço, no intuito de “reduzir aglomerações dentro das unidades e facilitar o acesso ao atendimento em estruturas mais próximas aos locais de circulação/concentração dessas pessoas” (BRASIL, 2020v). Nesse sentido, os atendimentos individuais deveriam ser mantidos e realizados de acordo com protocolos sanitários, apesar de suspender as atividades coletivas.

Por sua vez, com relação aos serviços de acolhimento para a população em situação de rua, recomendou-se a organização de novos espaços e/ou alternativa para o acolhimento, tendo em vista a já ordinária lotação desses serviços, sugerindo, inclusive, a adoção de medidas emergenciais tais quais a oferta de moradia provisória, acolhendo na modalidade de repúblicas e hospedagem na rede hoteleira local. Ademais, no intuito de minorar a transmissão do coronavírus nas unidades de acolhimento, sugeriu-se a implementação de procedimentos de avaliação de novos acolhidos, bem como precauções de convívio com os demais acolhidos, nos primeiros 14 dias. Na hipótese de casos suspeitos ou confirmados, o usuário deveria ser destinado à espaço específico para sua condição (suspeita de infecção ou confirmação de infecção) a serem estruturados, preferencialmente, nas dependências do serviços de acolhimento, sendo que quando não houvesse tal disponibilidade estrutural, o usuário deveria ser encaminhado à rede de saúde. Vale mencionar que é ressaltada a importância da autonomia da pessoa em situação de rua em decidir pelo acolhimento ou não, não devendo, em hipótese alguma, ser forçada a ser acolhida em um serviço, mesmo quando confirmada sua infecção (BRASIL, 2020v).

É importante não perdermos de vista a realidade desses serviços de acolhimento institucional, nos quais há uma grande procura por vagas ao passo em que há baixa

disponibilidade destas. Sendo assim, a recomendação de criar espaços específicos internos para o acolhimento de pessoas com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus torna-se de difícil empenho, tendo em vista a insuficiência estrutural dos serviços, bem como a composição mínima da equipe profissional, que ficaria bastante reduzida em caso da separação de subequipes para o atendimento direcionado ao COVID-19.

Além dessas recomendações expedidas, constatamos também a importância dos auxílios emergenciais criados para conter os danos sociais e econômicos da pandemia da COVID-19. Dessa forma, o benefício trouxe maior segurança de renda à população em situação de rua, garantindo acesso imediato a quem já recebesse o Bolsa Família, bem como possibilitando o cadastro ao auxílio pelos Correios, em caso de inexistir acesso à internet. (BRASIL, 2020o). Vale destacar, principalmente com relação aos auxílios emergenciais de 2020, que nunca antes a população em situação de rua recebera tal quantidade de dinheiro através de um benefício, o que possibilitou o acesso dessa população a bens de consumo essenciais, bem como a possibilidade de dispor do aluguel de quartos em pensões, por exemplo, para sua garantir seu isolamento da COVID-19, e conseqüentemente, sua segurança.

Já no âmbito da Saúde, observamos apenas a publicação de “Recomendações para os Profissionais no Âmbito das Equipes de Consultório na Rua Referentes ao COVID-19” (BRASIL, 2020w), expedida pelo Ministério da Saúde em abril de 2020, na qual orienta as equipes de Consultório na Rua (eCR), sendo uma equipe multiprofissional que atua de forma itinerante no intuito de implementar acesso da população em situação de rua à ações integrais de saúde, à: 1) promover especial atenção à busca ativa; 2) articulação com a rede intersetorial; 3) sensibilização da população em situação de rua a respeito da COVID-19 e de suas medidas de enfrentamento; 4) utilização de EPIs pelas(os) trabalhadoras(es) e disponibilização de máscaras às pessoas em situação de rua sintomáticas e; 5) atenção às pessoas enquadradas em grupo de risco.

Na esfera do Poder Executivo do Estado de São Paulo constatamos especial atenção à segurança alimentar da população em situação durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, o governo estadual emitiu o Decreto nº 64.897, de 31 de março de 2020 (SÃO PAULO (Estado), 2020f), no qual autorizou a adoção de providências para que a Secretaria de Desenvolvimento Social fornecesse refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar), todos os dias da semana, inclusive em feriados, durante o estado de calamidade pública, através das unidades do Restaurante Popular, situadas no âmbito do programa “Bom Prato”. Além da ampliação da oferta das refeições, o Estado também autorizou que a referida secretaria promovesse o

fornecimento gratuito das refeições para a população em situação de rua (SÃO PAULO (Estado), 2020g) tendo em vista as vulnerabilidades sociais e econômicas as quais essa população estava exposta.

Por fim, no âmbito municipal, nos valem de um interesse estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020a) cujo objetivo foi o de identificar medidas emergenciais para enfrentamento da pandemia da COVID-19, destinadas à população em situação de rua, implantadas pelas gestões municipais nas capitais das regiões Nordeste e Sudeste entre março e abril de 2020. Tal recorte se deu pelo fato de que ambas regiões concentram 73,4% da população em situação de rua existente no país, sendo 56,2% no Sudeste e 17,2% no Nordeste (NATALINO, 2010 *apud* IPEA, 2020a). Além disso, as informações referentes às medidas emergenciais foram obtidas através dos sites das prefeituras municipais dessas capitais e com entrevistas com atores locais. No Quadro 2, a seguir, é reproduzido os resultados obtidos pela pesquisa:

Quadro 2 - Medidas municipais para a população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19 – regiões Sudeste e Nordeste (mar.-abr. 2020)

Categoria	Iniciativas	Detalhamento
Abrigamento	Novas unidades.	Disponibilização de novas unidades de acolhimento.
	Unidades emergenciais.	Criação de unidades provisórias, em espaços públicos ou privados.
	Unidades para doentes e pessoas com suspeita de doença ou pertencentes ao grupo de risco.	Implantação de unidades específicas para doentes, suspeitos ou pessoas em grupo de risco da Covid-19.
	Ampliação da concessão de auxílio moradia.	Concessão de recurso para aluguel.
Alimentação	Restaurantes populares abertos durante fins de semana.	Ampliação do horário de atendimento dos restaurantes, em geral, com entrega de marmitas para evitar aglomeração.
	Descentralização dos restaurantes populares.	Atendimento em pontos alternativos, para evitar aglomeração.
Orientação	Normativas municipais orientadoras para execução dos serviços.	Portaria com orientações para atendimentos à população em situação de rua durante a pandemia.

	Intensificação do Serviço Especializado de Abordagem Social.	Ampliação de equipes e/ou horário de funcionamento.
	Oficinas de cuidados.	Atividades de orientação das pessoas em situação de rua em vias públicas ou em ações específicas em Centros Pop ou unidades de acolhimento.
	Abordagem social acompanhada de profissionais de saúde.	Avaliação de sintomas da Covid-19 no processo de abordagem.
Higiene	Entrega de kits de higiene.	Fornecimento de kits de higiene em equipamentos e em vias públicas. Algumas iniciativas articulam recursos públicos com doações privadas.
	Higienização intensificada e especializada nos equipamentos.	Higienização reforçada em unidades de acolhimento.
	Instalação de equipamentos de limpeza.	Instalação de equipamentos em vias públicas para mitigar as limitações de acesso à higiene.
Saúde	Consultórios na Rua voltados para o combate da Covid-19.	Intensificação, ampliação das equipes e concentração das atividades das Equipes de Consultório na Rua para combate à Covid-19.
	Triagem médica em abrigos.	Verificação médica, avaliação quanto aos sintomas da Covid-19 e encaminhamento para centro de testagem, quando necessário.
	Vacinação contra gripe voltada para pessoas em situação de rua.	Direcionamento de vacinação contra a gripe pelos eCR ou antecipação de campanha.
Serviço	Equipamentos multiprofissionais emergenciais.	Criação de equipamentos emergenciais para atendimento multiprofissional.
	Centro de convivência emergencial	Espaços de convivência emergencial, com concentração de serviços como alimentação e orientação.

Fonte: IPEA - Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada, 2020a.

A pesquisa, portanto, separou as iniciativas municipais em seis categorias que se interrelacionam e constatou que:

Entre as 13 capitais, as ações mais reportadas foram abrigamento (12), higiene (9) e alimentação (8). Conquanto medidas como centros emergenciais de serviço (2) ou atividades específicas de orientação (6) tenham sido menos frequentes, não raro, este tipo de oferta está vinculado, em maior ou menor escala, a outros serviços, como abrigamento. Nesse sentido, a maior ausência foi de medidas específicas de saúde (identificadas notícias em apenas 6 capitais, dentre as analisadas). Também estiveram pouco presentes, nas notícias veiculadas, medidas voltadas às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas e transtornos mentais. O mesmo em relação a medidas específicas para crianças e adolescentes em situação de rua. (IPEA, 2020a, p. 14).

A pesquisa também observou que os principais desafios das gestões municipais para a efetivação dessas medidas estavam relacionados à “dificuldade de testagem das pessoas em situação de rua, a insuficiência das vagas de abrigamento e os obstáculos para acesso às transferências de renda para esta população, especialmente vinculadas ao acesso à informação, documentação e tecnologia” (IPEA, 2020a p. 14). Ademais, o estudo concluiu que, apesar da heterogeneidade das ações, a preocupação com as consequências da pandemia da COVID-19 para a população em situação de rua mostrou-se presente em todas as capitais analisadas. Entretanto, ressalta a necessidade de que tal preocupação não se dissipe com o fim da pandemia, mas se aperfeiçoe e qualifique, tendo em vista o possível aumento do número de pessoas em situação de rua diante do incremento acentuado do desemprego e da inflação.

Por sua vez, no município de Franca, constatamos uma única menção à população em situação de rua no Diário Oficial do Município. Esta pode ser observada no Anexo II - Ação Protetiva Intersetorial para a População em Situação de Rua de Franca, do Plano de Contingência do Município de Franca para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus - COVID-19 (FRANCA, 2020f), publicada em 27 de março de 2020. Na referida ação, a Secretaria Municipal de Ação Social decide pela não ocorrência de novos acolhimentos no Abrigo Provisório nem na Casa de Passagem, ambos serviços de abrigamento para a população em situação de rua que somavam 88 (oitenta e oito) vagas disponíveis.

Já com relação ao Centro POP, no intuito de evitar aglomerações e continuar garantido acesso à alimentação, higiene pessoal, orientações sobre o coronavírus e encaminhamentos para a rede, o serviço é descentralizado para o Parque Fernando Costa. Nesse espaço, a atuação das(os) trabalhadoras(es) socioassistenciais é organizada junto às trabalhadoras(es) da saúde e da Guarda Civil Municipal, na qual estas(es) ofereceriam vigilância, essas(es), orientações sobre a infecção e materiais de prevenção, bem como encaminhamentos ao Pronto Socorro e, por fim, aquelas(e), alimentação, produtos de higiene pessoal e acesso a sanitários e banhos. Entretanto, o documento não menciona sobre a oferta de atendimentos individuais no âmbito da Assistência Social, nem no local organizado para funcionamento do Centro POP foi disponibilizado um espaço reservado para tais atendimentos que contasse com equipamentos mínimos como computador e acesso à internet.

Ademais, a Ação Protetiva Intersetorial também se atém à necessidade de disponibilizar um espaço adequado para que as pessoas em situação de rua assintomáticas, ou com sintomas leves, permanecessem em isolamento social. Para tanto, afirma que a Secretaria de Ação Social já identificara um espaço para funcionamento deste serviço, responsabilizando a Secretaria

Municipal de Saúde pela criação de normas e oferta de cuidados nesse espaço, bem como a Guarda Municipal, pela oferta de apoio e vigilância. Todavia, o serviço nunca veio a funcionar, conforme mencionaremos em momento oportuno.

Apesar dessa preocupação inicial pelo município de Franca com a população em situação de rua, o que posteriormente observamos será o: 1) desmonte do Centro POP, principal serviço de referência a população em situação de rua; 2) a criação de óbices para o funcionamento da equipe do Consultório na Rua e; 3) a imposição de regras, nos serviços de abrigo, que pouco dialogavam com a realidade das ruas e com as exigências sanitárias. No entanto, também observamos o implemento de ações adequadas, porém descontínuas, que expandiram, por exemplo, o número de vagas para abrigo, bem como a contratação do Serviço Especializado de Abordagem Social ou mesmo a criação de benefício emergencial. É com os impactos dessas ações que essa pesquisa se preocupa.

2.5 O vírus da população em situação de rua

As palavras que se seguem foram transcritas do diário de Adriana, mulher em situação de rua, que o escreveu nos primeiros dias da pandemia da COVID-19. É a partir dessas palavras que podemos nos aproximar, de forma íntima, da percepção da pandemia pela população em situação de rua do município de Franca, e de suas consequências políticas e sociais. Dessa forma, a partir dessas palavras está evidenciada a análise realizada pelo pesquisador em relação aos aspectos relacionados aos impactos da despreparação em relação à proteção social, das medidas de quarentena e de alterações nos funcionamentos das atividades econômicas. Além disso, fica evidente as relações de inimizade e de segregação que são às pessoas que utilizam das vias públicas seu local de sustento e moradia.

29/03/2020

Oi

*Graças a Deus estamos vivendo mais um dia de vida.
Apesar das dificuldades da vida estamos tirando de letra. Como na vida tudo é uma
luta, estamos passando por uma guerra,
A algumas semanas chegou ate nos a noticia sobre uma grave doença que se chama
Covid 19
Mais conhecida como Corona Vírus*

*Isto foi como uma bomba em nossas cabeças.
As pessoas estão entrando em panico,
Eu fiquei sem saber o porque as pessoas estão tão euforicas.*

Vierão ate mim dizer que eu deveria estar ficando em casa trancada sem contato com ninguém.

Me perguntei porque???

Logo me responderão!!!

Que esta doença se pegava por contato fisico.

Tipo

Aperto de mão

Abraço

Espirros

Tosses

Por que???

Isso se pega por gotículas que saem por estes membros , se por um acaso voce tossir ou espirrar nas mãos automaticamente se voce estiver contaminado voce contamina o seu companheiro atravez de um simples abraço ou aperto de mão.

Infelizmente isso fez com que as pessoas se distanciem mais.

As pessoas estão se precavendo atravez de luvas, mascaras e alcool em gel.

O consumo esta sendo tão ecessivo que estava até em falta nas farmacias e supermercado da cidade.

Aqui em nossa cidade ainda não tem casos confirmados, mas o prefeito decidiu abrir uma quarentena.

O que significa?

Isolamento Total sobre os cidadãos da cidade. Ninguem entre e nem sai da cidade.

So que o que o prefeito esqueceu foi que na cidade existem uma população imença de moradores de rua.

Isso se tornou uma polemica.

Por que?

Nós que moramos na rua dependemos de ajuda social.

O que aconteceu foi dada a noticia que o Centro Pop seria fechado por acaso desse motivo.

Agora eu me pergunto o que devemos fazer?

E assim foi feito.

Durante uns 4 dias ficamos sem saber o que fazer. No 5º dia chegou a noticia que iriam dar o almoço nas ruas.

Montarão uns pontos estratégicos dos quais irão entregar as marmitas, assim foi feito com carinho.

Durante alguns dias o pessoal do Centro Pop fez o serviço social.

Depois deixarão avisado que a ajuda seria efetuada em um só lugar.

Qual seria este lugar?

No Parque Fernando Costa conhecido como

Expoagro

La derao banho e almoço, por estes dias derão até cafe da manhã.

Graças a Deus ainda tem pessoas que tem conhecimento que somos seres humanos e que precisamos também de atenção.

Mas infelizmente existem pessoas excrotas neste mundo, os proprios beneficiados desta ajuda, fizeram o favor de estragar a linda operação dessas pessoas.

A ação estava indo muito bem, estavamos tomando banho, tomando café e almoçando.

Mas descobrirão que ums moradores haviam roubado torneiras do lugar aonde estavam nos ajudando.

O que aconteceu?

Foi cancelado o banho e o almoço que ião dar para nos aos

Sabados e Domingos

Infelizmente a historia ira tomar outro rumo.

30/03/2020

Como eu havia dito que a historia iria tomar outro rumo e assim aconteceu.

*Fomos informados que iriam voltar dar o almoço nas ruas.
Seria como antes, voltarão a dar nos pontos combinados e derão também banho só que dias e hora marcadas.
Os dias estes saos todas as segundas, quartas e sextas das 8:30 as 10:00.
Bom, pelo menos tiverão a generosidade de nos ajudar mais uma vez.
Fim.*

06/04/2020

*Hoje eu vou começar uma outra história.
Falarei sobre as dificuldades de pessoas usuarias de drogas, moradoras de ruas e quais são as dificuldades que estão passando por motivo dessa doença que apareceu agora.
Estive conversando com varios moradores de rua e as respostas são sempre as mesma. Eu também passo pelas mesma dificuldades.
As vezes nos saimos para catar reciclados e não temos mais aonde vender.
Se pedimos comida nas casas as respostas são sempre as mesmas.
Ah! Me desculpe mas estamos evitando de sair nas ruas e não temos como te atender.
Ninguém que te dar atenção com medo até de você chegar perto delas.
É triste saber que as pessoas estão com preconceito e as vezes não medo.
Eles acha que nos que moramos na rua, somos culpados até por este triste caso.
Eu já cheguei até a ouvir que nos que moramos na rua que iriamos passar isto para eles.
Por um acaso estes dias eu fui entrar em um supermercado e fui barrada na porta, eles me perguntarão o que eu queria eu falei que gostaria de beber um pouco de agua.
Eles me disserão que eu não podia entrar.
Eu armei foi o maior barraco.
Porque eu acho que eu fui humilhada, mas acabei foi deixando para lá.
Sabe o que eu acho mais engraçado para nos que mexemos com drogas não afetou em quase nada.
Estamos achando aonde comprar normal, so que em quantidade bem menor. Chega a ser desafio.
Sera que o governo vai esperar isto se tornar uma guerra.
Para você ter uma ideia até os postos de saude estão deixando de fazer as suas tarefas.
Por exemplo, eu sou soro[soropositiva], de 3 em 3 meses eu sou obrigada a fazer exame para controlar a carga viral.
Eu tinha um exame marcado para o dia 4 de abri. Cheguei lá, me informaram que não iriam fazer os exames até que normalizacem tudo. Porque isto serviria para nos proteger.
Ah! Eu chapei, logo eu já respondi.
Me polpe, proteger do que? Da picada da agulha?
Não é porque eu já moro na rua, não tenho casa, comida e ainda sou obrigada a ouvir que to sendo protegida pelo estado.
Respeita a minha História.*

12/04/2020

*Olha hoje ta sendo o pior dia de todos.
Sabe aqueles dias que você nem devia ter levantado, pois é esse foi o dia.
Como todos os dias me levanto e vou para os meus afazeres.
Catar os meus reciclados, como a gente anda bastante, logicamente nós sentimos calor e sede, mas uma vez eu fui proibida e barrada na porta do Savenhago [Savegnago, rede de supermercados].
O guarda chegou fechar a porta na minha cara e que eu não poderia pegar agua ali.
Eu fiquei tão sem graça porque tinha tanta gente na porta.
Olha sabe de uma coisa este Corona Virus já esta me dando é nos nervos. Para mim algumas pessoas já está fazendo disso um verdadeiro picadeiro de circo.
A doença é a piada e os palhaços estão se incorporando demais.
Está certo que temos que nos proteger mas a ponte de negar agua? Já é demais.*

Se não pode pegar água porque estão pondo pessoas dentro do mercado para comprar?

Se é assim deveria fechar as portas de uma vez.

Você não acha?

Ah! mais eu esqueci eu sou apenas mais um vírus na sociedade que contamina os magnatas, os cidadãos de bem.

Não é mesmo?

A verdade é uma só nós estamos sendo esmagados pelo preconceito. Comprar carne para churrasco e cerveja ou ovos de páscoa para fazer bunito para as pessoas não pega o tal do

CORONA VIRUS

FAÇA ME O FAVOR

24/04/2022

Bom, vamos começar mais um dia.

Hoje eu vou contar tudo o que aconteceu durante a semana.

A cada dia que passa eu fico mais chateada com as situações que acontece.

Já não sei mais para onde correr.

A cada dia que passa fica mais difícil a convivência entre a população. Na segunda-feira eu presenciei um absurdo, havia um morador de rua lutando também para defender os seus interesses e suas necessidades.

Ele estava pedindo [dinheiro] em um certo lugar do qual o estacionamento é aberto. Sabe o que aconteceu?

Ele foi brutalmente agredido.

Pelo segurança do local, perante todos os clientes que ali estava.

Só que, comigo o buraco é mais em baixo.

Já logo cabei foi um pedaço de ferro e um bloco de concreto, porque se não até eu tinha apanhado.

Eu quase que quebrei foi um carro.

Só que eu consegui tirar a atenção do segurança do menino para mim.

Ai juntou nos 2 para acabar de tumultuar o local.

Eles resolverão dar tregua antes que nós machucarem alguém.

Sei que não é correto mas, se não fosse dessa forma eles iriam acabar machucando aquele menino, e ninguém fez nada para a agressão, aí eu resolvi entrar em ação. Não era a minha intenção machucar ninguém mas foi só assim que eu achei uma forma de ajudar.

Assim que passou as guerrinha puxei ele pelo braço, ele chorava muito, levei ele para uma pracinha ali próxima para conversar com ele.

Ele estava bem machucado. Ele me falou que não estava fazendo nada de mais, só estava pedindo esmola, pois ele mora na rua e é usuário de drogas e não sabe fazer outra coisa a não ser pedir.

Perguntei a ele se ele tinha família ele me respondeu que não e quase morri de dó porque eu sei o quanto é difícil a gente ser sozinho no mundo.

Automaticamente hanei mais um filho de rua. Eu já não sei aonde que eu vou parar com tantos filhos assim.

Por um acaso hoje eu ouvindo o rádio eu escutei uma propaganda no rádio que dizia o seguinte que o lugar onde o rapaz foi agredido estava fazendo uma campanha solidária.

Estão pedindo 1kg de alimento não perecível para ajudar pessoas carentes.

É brincadeira não é.

Sabe aonde que é? O lugar se chama City Posto

Vai para o meio do inferno com este povo podre.

Se vão ajudar ajudar pessoas carentes, porque agredem uma pessoa tão carente que estava lá pedindo, e outra não é só carente de comida é pior é carente de amor carinho e amizade.

Eu fico triste com isso.

A minha vontade é sair atropelando todo mundo que se acha melhor do que a gente.

*Se ninguém lutar por por nos eu não sei o que vai acontecer não.
Não vai demorar muito para aparecer caso de segurança matando gente na rua.
Ai sim a coisa vai feder.
Sabe porque? porque a gente vai se revoltar e vai revidar a agressões de outras forma
mais ruins do que a deles.
Ontem o secretario da prefeitura veio até a praça aonde nos pegamos almoço e deu
o prazo de uma semana para que as pessoas que ali esta se retirar do local pois estão
incomodando a vizinhança.
É mole ou você que mais*

HEIN?

CAPÍTULO 3 A SEGREGAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19

A manifestação da segregação na pandemia da COVID-19, a partir de uma abordagem social, econômica, política e cultural, intenciona a análise de como se manifestam as relações da necropolítica (MBEMBE, ano) e de necrobiopoder (BERENICE, 2018; ESTÉVEZ, 2019) contra a população em situação de rua de Franca durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, define um recorte das disputas entre os atores – o Fórum da População de Rua de Franca (FPR), Prefeitura e Câmara Municipal e a população proprietária ou em posse de imóveis em um bairro municipal -, deflagradas em torno da existência do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

Porém, para analisar como se manifestam as relações de necrobiopoder contra a população em situação de rua, é preciso desvendar as relações políticas entre os atores envolvidos, a imagem de inimigo construída contra essa população em situação de rua e, também, as políticas públicas essa imagem de inimigo retroalimenta.

A partir da abordagem qualitativa, elege como universo o município de Franca e como cenário, as disputas entre os atores envolvidos, deflagradas em torno da existência do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) em Franca/SP. Enquanto técnica de coleta e construção de dados, o uso da análise documental do Projeto de Lei Ordinária nº 24 de 2021 (FRANCA, 2021), que exigia a realização de Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) e posterior anuência dessa vizinhança para instalação do Centro POP, e como amostra o relato etnográfico da 8ª sessão da Câmara Municipal e a transcrição e análise das falas dos moradores domiciliados no bairro em que o Centro POP seria instalado e de vereadores na referida sessão legislativa e participação em reuniões do Fórum da População de Rua de Franca.

3.1 A questão das políticas públicas para população em situação de rua em Franca

Os conflitos municipais relacionados ao Centro POP constituem sua história, envolvendo diversos atores nas disputas políticas em torno de sua existência no território. O serviço é destinado a atender a população em situação de rua e está previsto no Decreto Federal nº 7.053 de 2009 (BRASIL, 2009), e foi instalado na região central de Franca, em setembro de 2013, atendendo em torno de 300 pessoas ao mês (OLIVEIRA, 2020, p. 68).

O Centro POP tem como principais objetivos, além da promoção de acesso à rede socioassistencial e demais políticas públicas, “a contribuição para a construção e/ou reorganização de projetos de vida, apoio para a integridade e autonomia e oferta de novos repertórios de convivência que fortaleçam os vínculos familiares e comunitários.” (OLIVEIRA, 2020, p. 68). Além disso, vale destacar que a instalação do serviço em Franca ocorreu diante de pressões exercidas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública contra a Prefeitura Municipal, diante de violações de direitos que a população em situação de rua vinha sofrendo, como a prática da Polícia Militar e Guarda Civil Municipal em realizar detenções dessa população por mendicância. Conforme destaquei em outra pesquisa:

[...] Apesar da atipificação dessa prática [a contravenção penal tipificada como mendigar foi revogada pela Lei nº 11.983 de 2009 (BRASIL, 2009)], as detenções eram ‘maquiadas’ por justificativas de atos ainda tipificados como contravenções penais tais quais: a perturbação do sossego ou o consumo de SPA [substâncias psicoativas] ilícitas. (SANTOS, 2019, p. 10).

Desde de sua implantação, conforme pontua Oliveria (2020), coordenadora do Centro POP de Franca, de 2019 até outubro de 2021, o serviço sofreu inúmeros ataques para que não fosse instalado. Entre estes, a vizinhança domiciliada nas redondezas mobilizou um abaixo-assinado, em janeiro de 2014, para que o serviço fosse transferido de localidade, dando início a uma constante relação de inimizade promovida pela vizinhança contra as(os) trabalhadores e a população usuária do serviço, com afínco apoio da mídia local, Câmara Municipal e gestões posteriores da Prefeitura.

No legislativo municipal de Franca, desde o início do seu funcionamento em 2013, o serviço é pauta constante nas sessões da Câmara,

[...] questionando sua eficácia e exigindo relatórios a respeito dos trabalhos realizados. Os relatórios são apresentados com resultados bastante positivos, a questão é ‘engavetada’ e após alguns meses, novamente aparecem como pauta questionamentos acerca de seus resultados. Em Audiência Pública realizada em 11 de abril de 2018, convocada pelo vereador Correa Neves Jr. (PSD), a respeito do serviço Centro POP, o vereador Pastor Otávio (PTB) afirmou que o serviço é responsável pelo aumento da população de rua no município uma vez que acomoda o vagabundo ao fornecer alimentação e produtos de higiene pessoal. (SANTOS, 2020, p. 8).

Vale destacar que nas eleições municipais de 2020 para o legislativo, 8 (oito) vereadores foram reeleitos dos 18(dezoito) assentos existentes.²⁹

Já na gestão do Executivo municipal entre 2017 e 2020, o Centro POP sofrera diversas precarizações, ocasionando a sua “situação de rua”, no início da pandemia da COVID-19,

²⁹ As cadeiras da Câmara Municipal reduziram de dezoito para quinze nas eleições municipais de 2020.

quando o serviço foi expulso de sua sede e realocado em diferentes espaços inadequados ao longo dos meses, sendo apenas devidamente reinstalado em junho de 2021.

Além disso, para melhor ilustrar o projeto político para a população em situação de rua no município, observamos em 2017 o início da campanha, pela Prefeitura Municipal em parceria o Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-Facef), “Não dê esmolas: um não que transforma” (PMF, 2017). A campanha, que ainda persiste, tem como objetivo desestimular a prática de dar esmolas, uma vez que esta, de acordo com a confusa visão da Prefeitura, além de incentivar o “pedinte” a continuar nas ruas, promove um mercado de esmolas que atrai mais “pedintes”. Ao serem sustentados por esse mercado de esmolas, o “pedinte” passa a não aceitar apoio da Secretaria Municipal de Ação Social (SEDAS), além do fato da esmola ser utilizada para compra de substâncias psicoativas.

Em junho de 2018, a Prefeitura realizou o corte das refeições oferecidas, no Centro POP, à população usuária. Após as “marchas por comida” e pressões por diversos atores, as refeições voltam a ser oferecidas no serviço em novembro de 2018, entretanto, é “diminuída a quantidade da oferta de 90 (noventa) para 60 (sessenta) refeições diárias, apesar do serviço ser acessado diariamente por aproximadamente 100 pessoas” (SANTOS, 2019, p. 4). O motivo do corte, segundo a Prefeitura, era o fato de ser bastante elevado o gasto com tais refeições e de que a população usuária do serviço era beneficiária do bolsa-família e, portanto, poderiam usar o Bom-Prato para se alimentar. Entretanto, o valor recebido pelo bolsa-família, de R\$82,50 mensais, é insuficiente para garantir um mínimo existencial a essa população, quem dirá segurança alimentar através do Bom-Prato, que cobrava R\$1,00 por almoço.

Diante dessa permanente relação de guerra, o Conselho Municipal de Ação Social (CMAS) convoca, em julho de 2018, atores envolvidos na rede de proteção à população em situação de rua para mobilizar uma resistência coesa na proteção dos direitos dessa população. É desse espaço que surge o Fórum da População em Situação de Rua de Franca (FPR), onde participaram das reuniões trabalhadores e população usuária do Centro POP, equipe do Consultório na Rua, Abrigo Provisório, membros do Fórum Regional das Trabalhadoras e Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social da Região de Franca (FORTTSUAS-RF) e da extensão universitária Núcleo de Cidadania Ativa - grupo ao qual esse pesquisador representava junto a outros estudantes da UNESP.

Nos encontros, que ocorriam na Secretaria Municipal de Ação Social, foi levantada a necessidade de divulgarmos como os serviços desenvolviam suas atividades com a população usuária, enquanto reação aos diversos preconceitos que eram proclamados contra a existência

desses serviços. Outra necessidade, constatada pelo coletivo, foi a de qualificarmos nossa atuação na luta pelos direitos da população em situação de rua. Portanto, decidimos organizar um evento no município composto por dois momentos: um dia de evento na rua e outro no auditório da Uni-facef. O primeiro, teria como objetivo divulgarmos à população de Franca a existência dessa rede de proteção. Para tanto, estaríamos presentes no centro da cidade em um sábado de manhã, para dialogar com a população que lá passasse sobre a existência dessa rede de proteção, apresentando os serviços, horários de funcionamento e localização. Enquanto no segundo momento, receberíamos palestrantes que estivessem na luta pelos direitos da população em situação de rua.

Em uma das reuniões do Fórum, o Diretor de Proteção Especial da Ação Social esteve presente, um ex-policial militar que conheci nas “marchas por comida”, nas negociações com a Secretaria. Sua participação foi decisiva para mitigar um dos dias do evento, justamente o que marcaria nossa presença nas ruas. Ele apareceu na reunião, apresentou uma série de empecilhos para que o evento acontecesse e gritou com uma das representantes do CMAS, quando esta insistiu que se a Prefeitura não autorizava o evento acontecer no centro da cidade, na Uni-facef ela nada poderia fazer. Como em uma *blitzkrieg*, ele saía do recinto na reunião para falar ao celular, e voltava para a roda para pressionar quem não acatasse suas ordens.

Enquanto resistência, o evento foi realizado na Uni-facef e contou com a presença de Darcy Costa, coordenador estadual do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR-SP), dos serviços que atendem majoritariamente população em situação de rua, e demais atores como Defensoria Pública, docentes e discentes da UNESP, etc. Nesse dia, Darcy Costa nos ensinou sobre a necessidade de lutar primeiramente pelo direito à moradia, em contraposição às políticas escalonadas nas quais para se ter acesso a esse direito, antes deve-se passar por tratamento por dependência química ou estar inserido no mercado de trabalho.

Após a realização do evento, a extensão universitária da UNESP, a Assessoria Jurídica Popular (AJUP) grupo de extensão da UNESP, juntamente com as trabalhadoras do Centro POP e a população usuária do serviço, passaram a se reunir, às quartas-feiras de manhã, para mobilizarem um núcleo de atuação do MNPR em Franca. Esses encontros ocorreram até o início da pandemia da COVID-19, em março de 2020. A expectativa era convidar, novamente, outros representantes do MNPR para que também apresentassem suas experiências de luta, mas com as novas exigências sanitárias, isso não mais era possível. Vale ressaltar que esse novo evento estava programado para acontecer ao final do ano de 2019, mas teve que ser adiado para início de 2020 por desinteresse da Secretaria de Ação Social.

Apesar do sucesso do evento realizado em setembro de 2018, o Fórum da População de Rua de Franca não voltou a se reunir nos meses seguintes. A mobilização pela luta de direitos da população em situação de rua continuou a acontecer de forma difusa, porém extremamente voraz, através de duas frentes: nas mobilizações do MNPR no Centro POP, e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesta última, principalmente na Comissão de Álcool e Drogas, em defesa de políticas de redução de danos para a população em situação de rua, com a massiva presença da equipe do Consultório na Rua.

Entretanto, com a emergência pública que a pandemia da COVID-19 deflagrou, ambos espaços foram desarticulados. O Centro POP perde sua sede, trabalhadores em grupo de risco são afastados e de forma precária continuam distribuindo marmitas para a população em situação de rua, trabalhando de domingo a domingo. Já a RAPS deixa de realizar suas reuniões, não aderindo aos encontros virtuais, por dois motivos: a falta de internet de qualidade nos serviços para que estes participassem das reuniões virtuais, o desinteresse da Prefeitura em promover essa acessibilidade digital necessária para as mobilizações à distância.

É nesse momento, que iniciamos nossos trabalhos para reestruturação do FPR. Através do grupo de *whatsapp*, marcamos uma primeira reunião para julho de 2020. Todavia, as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços e sua população usuária apresentavam dificuldades para acessar reuniões virtuais, novamente pela falta de acesso à internet ou à computadores e celulares. Fizemos algumas tentativas de encontros por videochamada, sendo que todos fracassaram. Diante da necessidade de mobilização, não tivemos escolha a não ser nos encontrarmos presencialmente.

Cumprindo protocolo de distanciamento social, utilização de máscaras e espaço ventilado, combinados de realizar as reuniões no Centro POP, que, na época estava em um ginásio esportivo com um amplo espaço aberto. Com a presença de um representante de trabalhadoras e trabalhadores do Centro POP, Abrigo Provisório, Casa de Passagem, população usuária, CMAS, ForttSuas-RF, NCA e AJUP, traçamos algumas estratégias para pressionar a SEDAS à implementar ações, com prazos bem estabelecidos, para reestruturação do precarizado Centro POP.

Conseguimos algumas reuniões com a Secretaria de Ação Social, que constantemente reafirmava a impossibilidade de se estabelecer qualquer prazo para que o Centro POP dispusesse de estrutura física e quantidade de profissionais adequados. Portanto, logo compreendemos o desinteresse em realizar as adequações necessárias ao serviço cuja existência é de extrema importância para a sobrevivência da população em situação de rua. Seu valor é

exponenciado em momento de pandemia, cujos drásticos reflexos sociais e econômicos propiciam excelentes condições para que mais pessoas passem a fazer da realidade das ruas seu precário espaço de moradia e sustento.

O Ministério Público (MP) foi convidado a comparecer em uma reunião junto ao FPR, CMS e SEDAS, para que contribuísse em pressionar a gestão em readequar o Centro POP. A questão da população em situação de rua, no MP, havia trocado recentemente de mãos e, agora, estava sendo revezada entre dois Promotores, fato que afeta o monitoramento das demandas. Diante disso, apesar do Promotor estipular a necessidade de delimitar e cumprir prazos para a readequação do serviço, a Secretaria de Ação Social não empenhou o combinado.

Alguns dias depois, conseguimos uma reunião com o Prefeito, quando apresentamos algumas demandas com relação à população em situação de rua. Com pouco interesse, e apressado para sair, fomos recebidos enquanto o Prefeito aguardava o motorista manobrar seu carro e levá-lo ao seu próximo compromisso. Novamente fomos enrolados pela gestão do Executivo Municipal, cujo governo já se vislumbrava poente, sem chances de eleger-se para o próximo mandato. Esse é um importante fato que engrossa a complexidade da situação social, econômica e política, além do início da pandemia, ocorreu em 2020 as eleições municipais, fenômeno que traz um ritmo atravancado à administração pública.

No dia 04 de novembro de 2020, organizamos uma manifestação em frente à Prefeitura para apresentarmos nosso manifesto em defesa do Centro POP. Nesse dia, Conselheiras do CMAS, estudantes da UNESP, pessoas em situação de rua, trabalhadoras e trabalhadores da rede de proteção a essa população, compareceram com indignação às portas da Prefeitura Municipal para demandar o retorno do Centro POP. O estopim da manifestação decorreu da confusão que a SEDAS fez, ao comunicar às trabalhadoras e trabalhadores do Centro POP que iriam se mudar para um espaço mais adequado, mas ao chegarem no local determinado, já com alguns pertences e móveis da mudança, foram recebidos com um portão fechado e com os dizeres de que nada disso havia sido combinado. Tiveram que retornar para a quadra de esportes.

O manifesto escrito relatava a grave situação cuja inexistência de instalações e recursos humanos adequados para o Centro POP vinha gerando, ao desmobilizar toda uma rede de proteção desenvolvida em torno desse serviço. Além disso, também denunciava o processo de sucateamento pelo qual o serviço, processo esse intensificado desde o início da pandemia da COVID-19, em um momento cuja situação de vulnerabilidades sociais e econômicas e de saúde vivenciadas pela população em situação de rua se assevera.

A mudança mais drástica foi o fechamento da sede do serviço [Centro POP], os improvisos criados pela gestão municipal, ora em um local, ora em outro, com precárias condições de atendimento (higiene pessoal e de pertences, alimentação, atendimento técnico) desconstruindo um trabalho que teve início há sete anos. Tudo isso ocorreu em um momento em que as pessoas em situação de rua mais precisam de acolhimento e atendimento. (FORTTSUAS-RF, 2020, p. 2).

Dessa vez não fomos recebidos pelo Prefeito. Portanto, colamos cópias do nosso manifesto nos portões e muros da Prefeitura. Também rodeamos o recinto, fazendo barulho com latas e garrafas nas grades que circundam o prédio do Executivo. Exigimos, com palavras de ordem, a qualidade cidadã para a população em situação de rua, que não mais deveria ser jogada ao ostracismo.

Logo após o resultado do primeiro turno das eleições municipais anunciando a derrota do então governo - o candidato à reeleição do partido Democratas (DEM) obteve 6,73% dos votos (G1, 2020), a Secretária de Ação Social foi exonerada e substituída por um dos Diretores.

O ano sinalizava seu fim, e a gestão municipal já havia levantado a bandeira da derrota. Nossas demandas permaneceram a esmo, ecoando sem que ninguém escutasse. Entretanto, bons ventos pareciam soar em nossa direção. O candidato eleito (MDB), um servidor público que trabalhava na vigilância sanitária e que já havia governado o município entre 2013 e 2016, apresentou um Plano de Governo (FERREIRA, 2020) com propostas de ampliar e reestruturar a rede de serviços ofertada à população em situação de rua. Além disso, foi justamente em sua primeira gestão que o Centro POP foi instalado.

Entre as propostas para a Assistência Social do Plano de Governo, observamos proposições para reorganizar os serviços para a população em situação de rua – Abrigo Provisório, Casa de Passagem e Centro POP – reformar e ampliar o Abrigo Provisório, reestruturar o Centro POP com investimento em Recursos Humanos, equipamentos e melhorias no espaço físico e implantar o Serviço de Abordagem Social e a Vigilância Socioassistencial. (FERREIRA, 2020).

Já no âmbito da Saúde, o Plano de Governo apresentava as seguintes propostas:

Ampliar o acesso da população em situação de rua nos serviços de saúde no município de Franca; Ampliar o atendimento do Consultório de Rua; Construir linhas de cuidados para a população em situação de rua em sua integralidade, no cuidado de diversas situações e ciclos de vida, como as mulheres, gestantes e puérperas, crianças e adolescentes, adultos e idosos, bem como nas diversas comorbidades como: hipertensão, diabetes, transtornos mentais, usuários e dependente de drogas, tuberculose, IST, de forma a contemplar a circulação deste indivíduos nos serviços de atenção básica, atenção especializada e rede de urgência e emergência e serviços hospitalares. Incluir temáticas de vulnerabilidades da situação de rua nos processos de educação permanente dos territórios. (FERREIRA, 2020, p. 15).

Portanto, a nova gestão que se iniciava mostrava-se ciente das principais necessidades para se reestruturar a rede de proteção. Entretanto, entre o que foi apresentado e o que de fato é empenhado possivelmente tem-se uma distância. A intenção é analisar essas dissonâncias que ocorrem, não só entre o que foi proposto e empenhando, mas também a continuidade ou ruptura com as práticas de segregação socioespacial e de políticas de morte (MBEMBE, 2016) contra a população em situação de rua, aplicadas entre o final da gestão municipal 2017-2020 e os primeiros meses da gestão de 2021-2024.

3.2 Necropolítica, necrobiopolítica, raça e classe

Conforme apresentamos no item anterior, ao analisar as relações políticas entre os atores envolvidos, lanço olhar para a pandemia da COVID-19, enquanto um cenário propício para a materialização de desejos de segregação que já latejavam nos corações da população proprietária ou em posse de imóveis de Franca e do Poder Executivo e Legislativo Municipal contra a população em situação de rua, mas que outrora não dispunham de tão frouxas amarras, tais quais a crise sanitária propiciou ao estado de exceção. Este, uma suspensão do ordenamento jurídico decretada pelo soberano (AGAMBEN, 2004) - ou seja, daquele tem o poder de decidir sobre o estado de exceção (AGAMBEN, 2004) e exercer o direito de matar (MBEMBE, 2016) -, adquire contornos mais nebulosos com a deflagração da pandemia e a instauração de um Estado de Calamidade Pública, da banalização da morte e do distanciamento social.

O estado de exceção não é novidade em nosso país, haja visto a situação de exceção à norma que estão subjugados os presos em nosso sistema penitenciário, e os viventes de zonas urbanas periféricas comandadas por milícias armadas no Rio de Janeiro. Além disso, os contornos neofascistas do governo de Jair Bolsonaro (Partido Liberal) mais uma vez reafirmam a exceção que vivemos. Podemos perceber tais contornos diante de sua atuação no sentido de comungar um Estado racista e assassino que, com a pandemia, também ganha traços suicidas ao negar a crise sanitária como ameaça à vida de seus concidadãos - além de provavelmente tentar se beneficiar com isso. Com essa comunhão de racismo, homicídio e suicídio, tem-se uma fusão completa entre guerra e política, cuja manifestação outrora fora exclusividade do Estado nazista (MBEMBE, 2016)

A respeito da relação entre raça e classe, Mbembe (2016) estabelece que foi a raça, mais do que o pensamento de classe, “a sombra sempre presente sobre o pensamento e a prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos

estrangeiros – ou dominá-los” (MBEMBE, 2018, p. 128). Nesse sentido, o autor afirma a funcionalidade permanente do racismo em possibilitar subsídios ao capital, ocasionando uma constituição mútua entre ambos. Sendo assim, de forma corriqueira, o pertencimento a uma classe era estabelecido de acordo com a raça do indivíduo, enquanto que ser marcado como pertencente a uma dada raça abria ou fechava o leque de possibilidades de seu movimento social e econômico.

Diante de uma perspectiva histórica, Almeida (2019) percebe a atuação da raça por meio de dois registros elementares que se entrecruzam e se complementam: enquanto característica biológica, cujo enquadramento racial será formatado através de traços físicos - cor da pele, por exemplo; enquanto característica étnico-cultural, cuja identificação em determinada raça será promovida por critérios relacionados à origem geográfica, à religião, à fala, entre outros costumes. Este último, abre espaço para discriminações denominadas, por Frantz Fanon, como racismo cultural.

Mbembe adverte que apesar dos progressos científicos, principalmente relacionados à genética e à biotecnologia, reafirmarem a carência de sentido que possui o conceito de raça, de forma paradoxal, “voltam a lançar de maneira totalmente inesperada o velho projeto de classificação e de diferenciação tão típico dos séculos anteriores” (MBEMBE, 2018, p. 198). Sendo assim, estão longe de possibilitar impulso à ideia de uma realidade desprovida de raças.

Tal constante produção de raças inevitavelmente produz e é produzida no racismo. A este fenômeno, Almeida (2019) elucidará a seguinte definição:

[...] uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam. (ALMEIDA, 2019, p. 22).

Além disso, o autor compreende que as raízes do racismo são de ordem estrutural, uma vez que essa sistemática discriminação não é um fato extraordinário em nossa sociedade, mas antes decorre de sua própria estrutura, da forma como produz e se reproduz, ou seja, “do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional.” (ALMEIDA, 2019, p. 22).

Sendo o racismo um fenômeno estrutural é, portanto, um processo político e histórico. Político, pois se pauta em relações de poder e, por seguinte, de dominação. É histórico, pois adquirirá características próprias diante do espaço e tempo em que está inserido. Dessa forma, as classificações raciais aparecem enquanto um importante dispositivo para hierarquizar a sociedade, legitimar as práticas do poder estatal e definir estratégias econômicas de

desenvolvimento. Essas classificações raciais constituem, pois, as bases dos projetos políticos sob as quais os diferentes processos de formação nacional dos Estados contemporâneos se fundaram. Portanto, observamos distintos processos de constituição de modelos de classificações raciais. No Brasil, tal classificação racial se estrutura:

[...] além da aparência física de ascendência africana, [n]o pertencimento de classe explicitado na capacidade de consumo e na circulação social. Assim, a possibilidade de ‘transitar’ em direção a uma estética relacionada à branquitude, e manter hábitos de consumo característicos da classe média, pode tornar alguém racialmente ‘branco’. (ALMEIDA, 2019, p. 37).

Para Mbembe (2018), foram três os tipos de pulsões que impulsionaram o capitalismo: permanente fabricação de raças (como o caso de negros), conversão de tudo e todos em mercadoria e, portanto, em valor de troca e, por fim, o exercício monopolista de fabricar viventes. Com o neoliberalismo tais pulsões são intensificadas impedindo qualquer distinção da pessoa humana com o objeto, o animal e a máquina.

Nessa realidade neoliberal, a produção de corpos negros não mais se dá através da fábrica de laços sociais de pertencimento, nem de um corpo de extração, pertencente a uma Senhor para quem trará rentabilidade. Portanto, se outrora o corpo negro estava marcado pela cor de sua pele, na atualidade, não é mais isso necessariamente que ocorre, uma vez que vivenciamos uma tendência à universalização das condições que ontem estava reservada a esse corpo. Entretanto, essa tendência se concretiza com uma gritante distinção: se antes o corpo negro gerava valor de uso e valor de troca, hoje os corpos expostos às análogas condições são insignificantes, ou pior, geram valor através de seu extermínio. Nesse sentido, ressalta,

Hoje aparecem novas variedades de racismo que já não têm necessidade de recorrer à biologia para legitimar-se. Por exemplo, basta apelar para a caçada de estrangeiros; proclamar a incompatibilidade das ‘civilizações’; fazer valer que não pertencemos à mesma humanidade; que as culturas são incomensuráveis; ou que todo deus que não é o deus de sua religião é um falso deus, um ídolo que apela ao sarcasmo e que, por essa razão, se pode profanar sem receio. (MBEMBE, 2018, p. 197).³⁰

Constatamos, portanto, uma essência racista na estrutura das sociedades contemporâneas capitalistas que opera no intuito de assegurar um status quo racial, através de práticas de morte e promoção da vida para indivíduos que ocupam posições hierárquicas

³⁰ Tradução nossa de: “Hoy aparecen nuevas variedades de racismo que ya no tienen necesidad de recurrir a la biología para legitimarse. Por ejemplo, les basta con apelar a la caza de los extranjeros; proclamar la incompatibilidad de las ‘civilizaciones’; hacer valer que no pertenecemos a la misma humanidad; que las culturas son inconmensurables; o que todo dios que no es el dios de su religión es un falso dios, un ídolo que apela al sarcasmo o que, por esa razón, se puede profanar sin reservas.” (MBEMBE, 2018, p. 197).

distintas. Essas práticas se retroalimentam na difusão do medo que, quando experienciado de forma coletiva, transforma-se em pânico morais, ou seja, reações coletivas enérgicas contra ameaças ficcionais, empreendidas por inimigos, à imagem idealizada que possuem sobre si (MISKOLCI, 2013).

Para a estratificação social, atributos físicos e culturais se complementam e se reafirmam, promovendo determinações nas possibilidades de inserção em classes sociais, e, portanto, no momento de produção e nas necrobiopolíticas públicas destinadas a cada estrato da sociedade. Entretanto, como se posiciona Mbembe (2018), novas variedades de racismo surgem na atualidade, sem necessariamente valerem-se da biologia para legitimar-se, ampliando as experiências de terror outrora relegadas aos corpos negros. De outro modo, possibilidades de "branqueamento", também são observadas, como pontua Almeida, na medida em que o indivíduo reproduz práticas de consumo associadas à estética da classe média.

Dessa forma, as fronteiras entre a necessária presença, ou não, de atributos físicos para a constituição da imagem racial de grupos degenerados é relativizada por atributos culturais e de consumo e da invasão de indivíduos em espaços de reprodução social distintos dos autorizados.

A respeito da população em situação de rua no Brasil e seus imbricamentos com as categorias de classe e raça, é inegável as relações com os fenômenos do pauperismo e da escravidão. Em uma perspectiva histórica-estruturante, o período de acumulação primitiva nos países colonizados possui uma forte determinação racial, restringindo o acesso aos meios de produção de acordo com a classificação socio-racial que o indivíduo possuía.

O fenômeno do pauperismo, no qual a população em situação de rua está inserida, segundo Silva (2006, p. 75), tem “como base [na Europa] a expropriação dos produtores rurais e camponeses e a sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente” (SILVA, 2006, p. 75).

No Brasil, um dos principais instrumentos para expropriar o acesso aos meios de produção foi a escravidão de pessoas rotuladas como negras. Impossibilitado de ser reconhecido enquanto humano, e, portanto, sujeito de direitos, o vivente escravizado não poderia possuir coisa alguma, uma vez que também era coisa. Caso liberto ou abandonado, muito provavelmente estaria sujeito às condições similares em que antes estava.

Como esclarece Maria Luíza Tucci Carneiro, ao alcançar a liberdade o negro ficava reduzido à condição de verdadeiro pária, pois o mundo do senhor branco não garantia oportunidades para atender as necessidades dos ex escravos de maneira eficiente. Em meio às ocupações esporádicas mal remuneradas e a criminalidade, a mendicância

podia ser o recurso de sobrevivência possível. (TUCCI, 1993 *apud* FILHO, 1994, p. 78).

Além disso, a Lei de Terras (BRASIL, 1850) proibia, em seu art. 1º, a aquisição de terras devolutas - áreas que até esse momento não pertenciam ao domínio público nem particular - por outra forma que não pela compra. A lei também anistiava, mediante pagamento de taxas, quem já tivesse se apossado de terras, fato que garantia a regularização das posses dos grandes proprietários brancos, em detrimento dos pequenos, que pouco dinheiro tinha. Assim como, a referida lei impossibilitava o acesso de terras aos ex-escravos e pobres que não teriam condições para comprarem as terras devolutas, completando, pois, a segregação de acesso aos meios de produção.

Apesar da abolição da escravidão (BRASIL, 1888), Miskolci (2013) destaca o intenso projeto de imigração de mão de obra branca, em crescente prática, cujo objetivo também era o de desqualificar o negro para o infante mercado de trabalho livre.

Segundo Adalberto Cardoso, isso “combinava preconceito racial e desprezo pelo trabalhador livre nacional, visto como preguiçoso, não confiável e privado de mentalidade moderna (burguesa acumulativa) já que se satisfazia com muito pouco e, portanto, não podia ser submetido ou disciplinado por incentivos pecuniários” (CARDOSO, 2010 *apud* MISKOLCI, 2013).

Portanto, a população negra, liberta da condição de mercadoria, passa a engrossar as fileiras de uma mão de obra tida como desqualificada, perigosa e quase que impedida de possuir terras. A repulsa de ser contratada como trabalhadora lhe condicionava ou a aceitar condições similares à escravidão nos latifúndios onde trabalhou, ou emigrar para o meio urbano e sobreviver em trabalhos precários e mal pagos.

Dessa forma, essa população de ex-escravos negros vivenciou sua exclusão social e econômica enquanto uma superpopulação relativa latente, estagnada e com tendências ao pauperismo. Latente, pois, é “expressa nos fluxos migratórios dos trabalhadores rurais para as cidades, em face de sua expulsão do meio rural, sem que haja um movimento de atração em contrapartida” (SILVA, 2006, p. 77). Estagnada, diante da representação de “parte da classe trabalhadora em atividade, mas em ocupações irregulares, [e que] possui condição de vida abaixo do padrão médio da classe trabalhadora. (SILVA, 2006, p. 78). Por fim, sua tendência ao pauperismo é determinada pela transformação, da aterrorizante condição vivenciada enquanto mercadoria para a extrema exclusão no exército de reserva, impulsionada pela ampliação do regime de trabalho assalariado e branco no país. A respeito do pauperismo, Marx expõe:

O sedimento mais baixo da superpopulação relativa habita, por fim, a esfera do pauperismo. Abstraindo dos vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, do lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social é formada por três categorias. Em primeiro lugar, os aptos ao trabalho. [...] Em segundo lugar, os órfãos e os filhos de indigentes. Estes são candidatos ao exército industrial de reserva [...]. Em terceiro lugar, os degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. (MARX, 2013 *apud* REIS, 2020, p. 33).

Sendo assim, em uma perspectiva histórico-materialista e no contexto da acumulação primitiva, foi resguardado ao corpo negro espaços desolados na produção capitalista. Entre esses espaços permissivos, tem-se o da situação de rua. Além disso, percebemos também a atuação do Estado em determinar essa segregação do corpo negro através da utilização de dispositivos de biopoder. Nesse sentido, Mbembe (2016) absorve de Foucault a compreensão de que o direito soberano de matar exercido pelo Estado está inscrito em sua constituição moderna, juntamente à mecanismos de biopoder. Para operarem, tais mecanismos de biopoder etiquetam aqueles que serão estimulados a viver e aqueles que serão largados à morte, por meio de uma cissura biológica da população (ESTÉVEZ, 2019).

Ao discorrer sobre o biopoder, Estévez (2019) pontua que Foucault, longe de conceituar o poder, exercita uma análise sobre como este conduz comportamentos, através do discurso. Este aparece enquanto um conjunto de elementos que produzem subjetividades com efeitos de verdade. Ainda segundo a autora, o filósofo estabeleceu três tipos de poder, que se sobrepõe, e advém de contextos históricos específicos: soberano, disciplinar e biopoder. Nesse sentido, o poder disciplinar reconfigura o poder soberano, destinando-o aos corpos individuais, esquartejando-os com o intuito torná-los dóceis. Já o biopoder, remodela a perspectiva soberana do poder disciplinar: agora, ao invés de deixar viver e fazer morrer, seu objetivo é fazer viver e deixar morrer. Nesse sentido, a autora coloca que para Foucault, essa relação entre fazer viver e deixar morrer manifesta-se como um assassinato indireto, uma vez que inexiste a necessidade de que extermínios de populações sejam executados de forma intencional, bastando que o Estado não faça nada por elas para que morram.

Para tanto, “o campo biológico controlado pelo biopoder é fragmentado em uma hierarquia de raças, e aqueles que se encontram na parte inferior são os abandonados para morrer” (FOUCAULT 2006a, 2006b *apud* ESTÉVEZ, 2019 p. 27). Tal qual a população em situação de rua diante dos retrocessos em políticas sociais deflagradas, principalmente, pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (BRASIL, 2016), que engessa o investimento em Saúde e Assistência Social. Sendo assim, “aqueles que ameaçam a sobrevivência da maioria são deixados para morrer por serem omitidos como objetos de políticas públicas e outras tecnologias” (ESTÉVEZ, 2019, p. 27).

Diante de uma perspectiva foucaultiana, Estévez (2019) define biopolítica, ou seja, o exercício de mecanismos de biopoder, enquanto:

[...] poder exercido sobre a vida através de tecnologias de dominação como leis e políticas públicas para o manejo da vida humana como espécie, garantindo que a população, a sociedade em sua dimensão existencial e biológica, mantenha seu status quo racial. (ESTÉVEZ, 2019, p. 25).

Além disso, diferente do poder disciplinar, o biopoder tem como objetivo a regulação da população como um corpo político e não mais o corpo individual. Essa regulação é feita através de diversas tecnologias que perpassam a medicina, estatística, controle de natalidade, políticas públicas, etc. (ESTÉVEZ, 2019).

De acordo com Rosato (2018), o filósofo italiano Agamben irá aprofundar a noção de biopolítica através de quatro conceitos: poder soberano, vida nua (*homo sacer*), estado de exceção e campo de concentração. Segundo a autora, para Agamben, o soberano será todo aquele que pode decidir pela imposição do estado de exceção, diante de uma situação de risco, sendo, pois, o ponto de inflexão que transforma violência em direito e direito em violência. Dessa forma, o estado de exceção é definido “como uma espécie de suspensão da própria ordem jurídica.” (AGAMBEN, 2004 *apud* ROSATO, 2018, p. 91).

Sobre a vida nua (*homo sacer*), Rosato (2018) pontua que Agamben resgata esse conceito do direito romano arcaico, e se manifesta na figura da pessoa que cometeu um crime e não é penalizada com a morte, mas é “permitido” que qualquer indivíduo sacrifique esse criminoso, sem posteriores condenações. Sendo assim, contra a pessoa que possui a condição de *homo sacer* (homem sacro), determinadas ações podem ser efetuadas sem que isso seja condenável. Por fim, o campo de concentração é compreendido enquanto todo o espaço onde a exceção opera em desfavor do direito formal constituído.

Dessa forma, Rosato (2018) costura esses conceitos, resumindo que para Agamben: “o campo [de concentração] tem como estrutura o estado de exceção, baseado no poder soberano que decide sobre as vidas nuas.”

Entretanto, a constituição da soberania - estatal ou não - no terceiro mundo não pode ser compreendida fora da perspectiva de um projeto cujo objetivo é “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (MBEMBE, 2016, p. 125). Para permitir essa compreensão, Mbembe (2016) elabora o ensaio sobre necropolítica no qual dialoga a noção foucaultiana de biopoder, estado de exceção e relação de inimizade enquanto suporte normativo do direito de matar. Necropoder, portanto,

opera em constante alusão a uma emergência contra um inimigo ficcional criado e se retroalimenta embebido em relações de terror.

Nesse sentido, Estévez (2019) definirá necropolítica enquanto:

[...] o poder de matar com tecnologias de exploração e destruição de corpos como o abate, o feminicídio, a execução, a escravidão, o comércio sexual e o desaparecimento forçado, bem como os dispositivos jurídico-administrativos que ordenam e sistematizam os efeitos ou as causas das políticas de morte. (ESTÉVEZ, 2019, p. 25).

Além disso, Estévez (2019) também aponta que, para Gržinić e Tatlić, existem diferenças importantes entre a biopolítica e a necropolítica: enquanto na primeira o controle é exercido sobre a vida, com o intuito de garantir um estilo de vida homogeneizado, na segunda, pouco importa as estruturas que regulam a vida (saúde, educação, formação de capital humano), uma vez que, agora, o que é controlado, usado e capitalizado é a morte. Outro ponto que as autoras nos apresentam é que a passagem da biopolítica para necropolítica exige uma dupla transformação qualitativa na concepção de morte: “a morte real pelo empobrecimento em massa e a morte simbólica pelas intervenções do capitalismo no social, político e simbólico.” (ESTÉVEZ, 2019, p. 33).

A respeito dessa dupla concepção de morte, Mbembe (2016) estabelece os “mundos de morte”, definindo-os enquanto “formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2016, p. 146). Estes estão, a todo momento, ou sob ameaça de aniquilação ou em situação de abandono, e dessa forma, apesar de continuarem vivos, mais se parecem com “zumbis”. (MARTÍNEZ, 2017, p. 150).

Vale ressaltar que não apenas administrando vidas - fazer viver e deixar morrer - nem só gerenciando mortes - fazer morrer e deixar viver - que o Estado brasileiro atua, como nos apresenta Bento (2018). A socióloga conjuga o conceito de necrobiopoder com o intuito de “entender as diferenças abissais da ação do Estado em relação a determinados grupos e a distribuição diferencial de direito à vida.” (BENTO, 2018, p. 2). Sendo assim, o Estado distribui de forma distinta o reconhecimento de humanidade, promovendo a biopolítica (fazer viver) e a necropolítica (fazer morrer) de acordo com o pertencimento do vivente/morto-vivo a um determinado grupo social, econômico e cultural.

Além disso, tem-se a possibilidade de que essas relações de biopolítica e necropolítica tangenciem os mesmo corpos em momentos distintos - como o caso que apresentarei neste capítulo, o de uma política de morte que passa a lampear mecanismos para uma política de controle da vida - ou também que as relações de necrobiopoder afetem corpos contidos um no

outro - tal qual as gestantes em situação de rua que experimentam o biopoder durante a gestação e relações de extremo sofrimento após o parto de seus filhos sequestrados³¹.

Com o exposto acima, o que gostaria de elucidar é a não relação de exclusão que o conceito de biopoder possui com o de necropoder, mas a sua complementaridade - Estévez (2019), assim como Bento (2018) irão promover compreensões nesse sentido.

A respeito do necrobiopoder, Bento (2018) estipula a política de morte como prefixo do conceito de forma proposital. Com isso, a autora defende como sendo “a pilhagem e o genocídio que antecederam aquilo que hoje se pode chamar, de forma limitada, a meu ver, de ‘biopoder’” (P. 4.). Nesse sentido, ela demarca também uma proposta de análise histórico-política das relações que foram constituídas no Brasil colônia, e que transpassam o Império e as Repúblicas, cuja fragmentação do contínuo biológico do que se denomina população terá efeitos políticos materiais e fundamentais do Estado brasileiro desde seus primórdios. Diante disso, Bento (2018) conceitua:

[...] diria que o necrobiopoder unifica um campo de estudos que têm apontado atos contínuos do Estado contra populações que devem desaparecer e, ao mesmo tempo, políticas de cuidado da vida. Dessa forma, proponho nomear de necrobiopoder um conjunto de técnicas de promoção da vida e da morte a partir de atributos que qualificam e distribuem os corpos em uma hierarquia que retira deles a possibilidade de reconhecimento como humano e que, portanto, devem ser eliminados e outros que devem viver. (BENTO, 2018, p. 7).

Além disso, tais práticas necrobiopolíticas avolumam eficácia na medida em que o medo é potencializado e transformado em pânico enquanto uma retórica estruturante do Estado. Portanto, o medo constitui-se como um dos elementos fundamentais nas políticas de vidas e políticas de mortes conforme é administrado para voltar-se contra populações específicas, transformando-se em um pânico moral, ou seja:

[...] reações coletivas a supostas ameaças a uma imagem idealizada que uma sociedade tem de si mesma. Eles costumam ser disparados pela ação de empreendedores morais, pessoas, grupos ou meios de comunicação que conseguem a adesão coletiva contra inimigos comuns. (MISKOLCI, 2013, p. 19-20).

Para o Miskolci (2013), o medo dos escravos negros no Brasil Império irá ser ampliado à população em geral no Brasil República Tal medo se materializava no horror da elite branca à mestiçagem de raças, ao enegrecimento da população e, portanto, pavor de que seu ideal de nação europeia e civilizada não se concretizasse. Esse medo, com a abolição da escravidão e segregação da esmagadora maioria dos ex-escravos em classes abjetas, será ampliado

³¹ Artigo que escrevi para a disciplina de Gênero e Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na UNESP, cujo nome é “O Lamento das Mães Imorais”, em processo de publicação.

justamente a essas classes sociais, econômicas e culturais. Não se compreende que com isso o racismo fora de tal forma diluída na classe, com a absorção/exclusão dos ex-escravos negros pelas e nas classes baixas, ao ponto de desaparecer. De outro modo, esse encontro entre classe e raça promove imbricamentos próprios de relações de poder, modificando-se os ritos de exclusão, morte e tortura dos “degenerados”. Como Miskolci (2013) pontua: “ser branco e pobre era um oxímoro, por isso as classes populares eram vistas como ignorantes, imorais e até ‘selvagens’”. (p. 19).

Nesse sentido, argumento que com o passar das décadas e transformações das etapas do modo de produção capitalista, ao fenômeno da população em situação de rua são atribuídas outras características raciais que não apenas a da cor que impregna sua pele, cuja sanção imagética perpassa atributos biológicos e culturais, aos quais tentarei analisar nas próximas páginas.

3.3 A criação do inimigo ficcional

Mais do que a diferença, vivemos uma era decididamente marcada pelo fantasma da separação, inclusive do extermínio. A igualdade universal, proposição que permitia nos remoermos contra injustiças, é paulatinamente substituída pelo “mundo do grande depósito”. Neste, os corpos excluídos e violentados são postos enquanto carniça humana, um amontoado pestilento, tóxico e largado à podridão (MBEMBE, 2018). Mais além da queda da universalidade do ser humano, Mbembe (2018) adverte para a dependência que as democracias liberais possuem com a necessidade da separação entre aqueles que são amigos e aliados daqueles tidos enquanto inimigos. Essa sede pela segregação prospera diante do esgotamento das democracias liberais pelas forças do capital, da tecnologia e do militarismo que promovem justamente sua inversão. Por ser um elemento de dependência, a inexistência de inimigos impossibilita a manutenção das democracias liberais. Entretanto, a existência material ou não desse inimigo pouco importa, uma vez que “basta criá-los, encontrá-los, desmascará-los, e trazê-los à luz do dia” (MBEMBE, 2018, p. 93)³².

A respeito do conceito de inimigo, este será entendido a partir de uma perspectiva na qual, estabelece Carl Schmitt (1992 *apud* MBEMBE, 2018), que a essência da política é justamente a discriminação entre o amigo do inimigo. Vale ressaltar que esse inimigo não é

³² Tradução nossa de: “basta con crearlos, encontrarlos, desenmascararlos y llevarlos a la luz del día.” (MBEMBE, 2018, p. 93).

uma metáfora ou uma abstração vazia e sem vida, pois possui significado concreto e existencial. Nem é um mero adversário a minha pessoa. Antes, o inimigo é aquele que nos remete a um antagonismo supremo contra nós, ou seja, “é aquele cuja morte física é possível provocar porque nega, de maneira existencial, nosso ser” (MBEMBE, 2018, p. 89)³³.

Essa empreitada de classificação e exclusão, portanto de separação, é posta a todo vapor enquanto princípio do empreendimento colonial. De um lado, o eu europeu masculino e branco, e, portanto, marco zero de minha classificação. De outro lado, os demais: imensidões de corpos-coisas com os quais nunca poderei me relacionar com reciprocidade, nem conseguirei reconhecer a humanidade que nestes existe; cujo o único entrosamento possível será para sua civilização, sua compra e venda, sua tortura e sua exclusão. Entretanto, pela impossibilidade de seu pleno extermínio, o outro não mais hoje é exterior a nós. O outro habita em nós enquanto uma figura dupla do outro eu e do eu outro, que se interioriza em nossos impulsos psíquicos. A respeito da relação entre tais impulsos e a criação do inimigo na colônia, Mbembe (2018) explica:

O empreendimento colonial extraiu grande parte de sua substância e de seu excesso de energia a partir de sua ligação com todos os tipos de fluxos pulsionais, de desejos mais ou menos reconhecidos, a maioria dos quais localizados além do eu consciente dos atores envolvidos. Para exercer um domínio duradouro sobre os nativos que haviam subjugado e dos quais queriam se diferenciar a qualquer custo, custe o que custar, os colonos tiveram que transformá-los em objetos psíquicos de todos os tipos. Todo o jogo de representações em uma situação colonial, em efeito, consistia em criar uma variedade de imagens-tipo do povo indígena (MBEMBE, 2018, p. 85).³⁴

Essas imagens acabam por se sobrepor às biografias do inimigo, pouco importando se constituem alguma relação com a realidade desses corpos, uma vez que “os fantasmas primitivos não conhecem nem dúvida nem incertezas” (MBEMBE, 2018, p. 89).³⁵ Portanto, essa fervilhante crença não pode ser considerada como antítese do saber racional, mas sim enquanto uma relação de suporte mútuo, cuja função é embasar relações viscerais de inimizade.

Por meio de uma lenta progressão “espiritual”, tais crenças e certezas internas são postas em harmonia a uma experiência compartilhada entre aqueles que comungam e confessam a

³³ Tradução nossa de: “es aquel cuya muerte física es posible provocar porque niega, de manera existencial, nuestro ser” (MBEMBE, 2018, p. 89).

³⁴ Tradução nossa de: “La empresa colonial sacaba una gran parte de su substancia y de su exceso de energía de su lazo con todo tipo de flujos pulsionales, de deseos más o menos reconocidos, la mayoría de los cuales se situaban más acá del yo consciente de los actores involucrados. Con el objeto de ejercer un dominio duradero sobre los autóctonos que habían sometido y de los que a cualquier precio querían diferenciarse, cueste lo que cueste los colonos debieron constituirlos en objetos psíquicos de todo tipo. Todo el juego de las representaciones en situación colonial, en efecto, consistía en hacerse una variedad de imágenes-tipo de los indígenas.” (MBEMBE, 2018, p. 85).

³⁵ Tradução nossa de: “los fantasmas primarios no conocen ni duda ni incertidumbre.” (MBEMBE, 2018, p. 89).

mesma fé, mesmas leis, autoridades e mandamentos. Na figura de *condenados de la fe*, comunicam, se preciso até o fim dos tempos, o caráter puro de sua verdade divina, através de seus testemunhos compulsórios de palavras e atos. (MBEMBE, 2018).

A constituição dessa massa que comunga os mesmos princípios, segundo Freud (2014 *apud* MBEMBE, 2018), apenas será excitada por estímulos extremos, cuja lógica é totalmente dispensável, ou pior, rechaçada. Basta que imagens fortes, salpicadas de horror e transbordadas de exageros sejam repetidamente introjetadas e assimiladas pelos elementos da massa.

A cada pincelada de pavor, a imagem toma contornos mais concretos, que permitem uma identificação mais eficaz do inimigo, e com certeza mais contraditória. Essa situação de contraditoriedade se constitui uma vez que a finalização da obra estereotipada do inimigo, agora exposta nas galerias das redes sociais, ao invés de o localizar, o pulveriza a uma anonimidade sem cara, sem nome e sem lugar. A respeito dessa diluição do inimigo em diversos espaços, vemos:

Avançando ora mascarado, ora a céu aberto, está entre nós, ao nosso redor, até em nós, capaz de aparecer em plena luz do dia como no meio da noite, e em cada uma suas aparições ameaça aniquilar nosso próprio modo de existência. (MBEMBE, 2018, p. 89).³⁶

Portanto, o inimigo conotado em estereótipos, em um misto de presença figural e figura espectral, é carimbado como ameaça existencial por nós e contra nós. É também engrossado em um caldo cujos ingredientes culturais e biológicos não são mais distinguíveis.

Esse selo impresso em suas carnes - um estereótipo que se concretiza - ao reafirmar a iminente ameaça de extermínio ao nosso modo de vida, declara uma guerra permanente: é, pois, impossível o cessar de hostilidades com o inimigo; é igualmente impossível o completo extermínio do inimigo, pois sua metamorfose é fabricada por nossa obstinada feição. Antes por uma necessidade de gerar inimigos que de exterminá-los, é assim que se comporta o Estado de segurança, erigido como defesa a esses inimigos.

O Estado de segurança, uma guerra permanente que em sua essência “é uma estrutura responsável por investir, organizar e de desviar as pulsões constitutivas da vida humana contemporânea” (MBEMBE, 2018, p. 94-5)³⁷, devora faminto um estado de insegurança a lhe engordar. Sua razão é um desejo sem fim, uma paixão que o move a condenar-se à eternidade

³⁶ Tradução nossa de: “Avanzando a veces enmascarado, otras al descubierto, está entre nosotros, alrededor de nosotros, incluso en nosotros, capaz de surgir a plena luz del día como en medio de la noche, y en cada una de sus apariciones lo que amenaza aniquilar es nuestro mismo modo de existencia.” (MBEMBE, 2018, p. 89).

³⁷ Tradução nossa de: “es una estructura encargada de invertir, de organizar y de desviar las pulsiones constitutivas de la vida humana contemporánea” (MBEMBE, 2018, p. 94-5).

em sua comilança e produção, cujo principal ingrediente, o terror, está condensado em pânico morais.

Para conseguir dar resposta às ameaças internas, o Estado de segurança necessita da “mobilização de um conjunto de atividades extramilitares e de enormes recursos psíquicos” (MBEMBE, 2018, p. 95)³⁸. Tal mobilização tem como objetivo principal a disposição da vida de seres humanos - independente se súditos ou inimigos - antes que a sua distribuição em lugares e de regalias. Já sobre os recursos psíquicos mobilizados, estes liberam suas energias de duas formas: em nosso clamor por um excedente imaginário ditado pelo capital³⁹;

[...] na suspensão das inibições pulsionais (o retorno da parte excluída, as estruturas das de recepção do reprimido) e na multiplicação dos ganhos de prazeres que surgem dessa suspensão e pela qual a consciência moral é descartada, quando não é simplesmente colocado fora de ação. (MBEMBE, 2018, p. 95)⁴⁰

É através desses parâmetros que as massas operam no Estado de segurança: largadas sem qualquer focinheira moral, adestradas para dilacerar aos gracejos do capital, afagadas com migalhas a cada rosnar. Não distinguem imagem de realidade, crença de verdade. Pelo contrário, as consomem na forma de uma mistura pastosa, cujo antídoto se faz na putrefata dúvida. Como rédeas, a dúvida bloqueia a liberação total das energias voluntárias, emocionais e vitais necessárias para usar a violência e, se necessário, derramar sangue.” (MBEMBE, 2018, p. 96)⁴¹.

3.4 O não-ser população em situação de rua

No dia 22 de fevereiro de 2021, o Fórum da População de Rua de Franca (FPR) foi informado de que seria votado, no dia seguinte na Câmara Municipal, o Projeto de Lei (PL) nº 24/2021⁴² que dispunha a obrigatoriedade de realizar o Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) e da necessidade de anuência da vizinhança, residente em um raio mínimo de 300 metros, para

³⁸ Tradução nossa de: “movilización de un conjunto de actividades extramilitares y de enormes recursos psíquicos” (MBEMBE, 2018, p. 95).

³⁹ Este, não só tem uma demanda mais acelerada, mas tornou-se irreprimível. É por esse motivo que vem substituir nosso excesso de apego ao que antes chamávamos de ilusão: “*el triunfo de las imágenes y del mundo de las apariencias, de los reflejos y del simulacro*” (MBEMBE, 2018, p. 95), que percebem os efeitos pelas causas.

⁴⁰ Tradução nossa de: “[...] suspensión de las inhibiciones pulsionales (el retorno de la parte excluida, las estructuras de recepción de lo reprimido) y la multiplicación de las ganancias de placeres que se desprenden de esa suspensión y debido a que la conciencia moral es despedida, cuando no muy simplemente puesta fuera de servicio.” (MBEMBE, 2018, p. 95).

⁴¹ Tradução nossa de: “la duda bloquea la liberación total de las energías voluntaristas, emocionales y vitales necesarias para emplear la violencia y, si es preciso, derramar la sangre.” (MBEMBE, 2018, p. 96).

⁴² PLC 19/21

instalação do Centro POP. O referido PL foi proposto por três vereadores - um do partido Democratas (DEM), um do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e uma do Partido Social Liberal (PSL) -, provocados pela população proprietária ou em posse de imóveis no bairro onde o Centro POP seria reimplantado, há uma distância de 450 metros de sua antiga sede.

O art. 4º, §1º, da Lei nº 10.257/2001 determina que o EIV é um instrumento de política urbana a ser regido por lei municipal. Em Franca, o instrumento normativo que estabelece o EIV para empreendimentos ou atividades do poder público será a Lei Complementar nº 206/2012. Nesta, serão considerados empreendimentos de significativo impacto urbano, e portanto, sujeitos à realização prévia de EIV, de acordo com os incisos de seu art. 2º, aqueles que possam afetar:

- I. A saúde, a segurança, o bem-estar e qualidade de vida da vizinhança;
- II. As relações de convivência e vizinhança;
- III. As atividades sociais e econômicas;
- IV. As propriedades químicas, físicas ou biológicas do meio ambiente;
- V. A infra-estrutura urbana e seus serviços (sistema viário, sistema de drenagem, saneamento básico, eletricidade e telecomunicações);
- VI. O patrimônio cultural, artístico, histórico, paisagístico e arqueológico do município;
- VII. A paisagem urbana. (FRANCA, 2012).

Além disso, seu art. 3º define vizinhança enquanto “o meio humano e o meio físico que sofrerão o impacto de um empreendimento” (FRANCA, 2012). E também determina, no art. 6º, a publicização do EIV através de audiência pública, destinada a garantir o contraditório das propostas e respectivos resultados do estudo. Por fim, a referida lei estabelece a impossibilidade de implantação do empreendimento enquanto o EIV não for realizado.

Já o PL nº 24/2021, ignorando a existência prévia da Lei Complementar nº 206/2012, especifica a obrigatoriedade do EIV, em seu art. 1º *caput*, para a implantação do Centro POP e restringe o entendimento de vizinhança à apenas o meio físico afetado de residências e comércios existentes em um raio mínimo de 300 metros do empreendimento a ser estudado, cuja a implantação estará condicionada à anuência desses residentes e comerciantes, conforme §1º ao §3º de seu art. 1º.

Portanto, nota-se a mobilização da população proprietária ou em posse de imóveis no bairro para que o serviço, que há quase um ano estava sem espaço adequado e precarizado, não fosse implantado na localidade planejada, assim como a total ausência de participação na decisão de instalação do serviço pela população em situação de rua, sujeitos afetados pelo serviço que deveriam ser ouvidos, de acordo com o art. 3º da Lei Complementar nº 206/2012. Dessa forma, a decisão do Executivo Municipal deveria estar vinculada ao resultado de votação,

cujo voto seria permitido apenas às pessoas que possuíssem propriedade ou posse imobiliária na região afetada, apresentando, pois, forte ameaça aos direitos da população em situação de rua enquanto cidadãos e, portanto, sujeitos políticos, e também ameaça do acesso a serviços públicos indispensáveis para sobrevivência, dessa população, diante da garantia de um mínimo existencial.

Por conta da pandemia da COVID-19, o acesso às sessões da Câmara estava limitado a um número reduzido de pessoas. Além disso, os representantes do bairro já estavam inscritos para ocupar a tribuna livre, o que impedia nossa manifestação oficial na tribuna. Portanto, elaboramos um manifesto que foi enviado para os e-mails de cada vereador, ressaltando a indispensabilidade do Centro POP para a população de Franca. Também nos organizamos para estarmos lá presentes, apesar da contra indicação da Secretaria de Ação Social que estava receosa de que alguma confusão ocorresse. De acordo com a Diretora de Proteção Especial, a votação muito provavelmente seria contra a aprovação do PL, conforme o Prefeito havia lhe comunicado.

Diante dessa incisiva contra indicação de ida à sessão legislativa, as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços sentiram-se desconfortáveis em estarem presentes. Decidimos por irem os extensionistas e que as(os) trabalhadoras(es) convidariam usuários para estarem presentes.

No dia 23 de fevereiro de 2021, lá estava eu na Câmara Municipal. Eram por volta das 8h e 30m, e me deparei apenas com três possíveis moradores do bairro na sessão legislativa que começou algum tempo depois. Como em um casório, os moradores do bairro aglutinavam-se na banda esquerda do prédio, enquanto alguns poucos representantes do FPR somavam-se ao lado direito. Junto a mim, duas profissionais da Casa de Passagem, e mais três extensionistas da AJUP compunham nossas parcas fileiras. No lado esquerdo, dezoito moradores do bairro, em sua maioria mulheres brancas e idosas, empunhavam cartazes com os dizeres: “POP não”, “Cadê o diálogo?”, “Cadê o direito ao voto?”.

Nesse momento da manhã, dois representantes da população do bairro utilizaram a tribuna, ambos homens, brancos e por volta dos cinquenta anos. O primeiro, um comerciante da região, enquanto o segundo, um policial militar reformado. Estes definiram a população do bairro enquanto “nós”, ao passo que a população em situação de rua foi sempre referenciada enquanto “eles”. Além disso ressaltaram as necessidades de serviços que a população do bairro tinha, como Unidade Básica de Saúde (UBS) ou uma escola municipal, e não de um Centro POP, serviço que afetaria a segurança, lazer do bairro ao promover uma cracolândia na

localidade, reativando o tráfico de drogas.

De prontidão, três vereadores - dois autores do PL e um terceiro do Partido Progressista (PP) -, saíram em defesa da fala dos representantes do bairro, ao passo que o vereador do Partido dos Trabalhadores (PT) ressaltou a prévia existência de lei que já estabelecia a necessidade e requisitos de realização de EIV para empreendimentos públicos (LC nº 206/2012) e a não conformidade em vincular a decisão da audiência pública com a decisão do Executivo Municipal, sendo aquela uma mera indicação e problematização da questão para que este decidisse com maior conhecimento do fenômeno. Somou-se à crítica do PL o vereador do Cidadania (CID) ressaltando a importância do Centro POP para contribuir na solução do “câncer de nossa cidade”, referindo-se ao fenômeno da população em situação de rua.

A sessão foi interrompida para o almoço, e quando eu estava saindo do recinto, uma mulher me abordou e perguntou em que local do bairro eu morava. Quando respondi que representava o Fórum da População de Rua de Franca, ela apresentou incômodo, mas continuou a conversar comigo, perguntando por que eu apoiava aquele serviço que traria tantos malefícios ao bairro dela. Expliquei meu ponto de vista e coloquei o FPR à disposição para articular diálogos no intuito de solucionar os possíveis problemas de convivência. Outras pessoas se aproximavam de nossa conversa e repetiam o questionamento sobre em qual lugar no bairro eu morava, ao passo que a mulher que havia iniciado nossa conversa, de prontidão afirmava que eu estava do lado “deles” - da população em situação de rua.

A cena se repetia no espantando, mas a conversa permanecia com certo respeito, entretanto, quando estava indo embora, uma domiciliada do bairro, esposa do policial militar que havia ocupado a tribuna, gritou para mim que eu era um vagabundo. Esse foi o primeiro ataque, por parte da população do bairro, que tomaria proporções racistas e segregacionistas na sessão legislativa que continuaria após o almoço, diante da presença de uma mulher em situação de rua na Câmara.

Na parte da tarde, a sessão acabou atrasando para iniciar. Retornei à Câmara por volta das 14 horas, e sentei-me no mesmo lugar que estava na parte da manhã. A população do bairro havia engrossado suas fileiras e estava com maior número do que antes, contando, agora, com vinte e seis representantes. Já o FPR contava agora com a minha presença, de mais três extensionistas da AJUP e de Adriana, mulher em situação de rua, usuária do Centro POP e companheira de inúmeras lutas.

Enquanto aguardava o início da sessão, uma senhora, moradora do bairro, veio me questionar o que aquela mulher estava fazendo ali, referindo-se à presença da Adriana.

Respondi que ela estava fazendo o mesmo que a moradora do bairro, lutando pelo que achava justo, ao que foi rebatido: “essa nóia não devia estar aqui [da Câmara Municipal].”

Quando Adriana estava indo beber água, essa senhora veio novamente importuná-la, gritando que ela era uma “vagabunda” e que não a aguentava mais pedindo dinheiro e comida em sua residência. Outra representante do bairro somou-se ao esculacho, e começou a gritar para que a mulher em situação de rua saísse de lá, enquanto ia com seu corpo para cima da “inimiga”. Outras mais pessoas se juntaram para gritar contra a presença da pessoa em situação de rua, ao passo que eu e os extensionistas nos posicionamos entre a “inimiga” e a agressiva população do bairro.

Longe de ter aceitado de forma passiva os xingamentos segregacionistas e estereotipados, Adriana se defendia exigindo seu direito de também estar ali. O segurança da Câmara tentava acalmar com pouco afínco a confusão e sem, em qualquer momento, movimentar-se para retirar do recinto aquelas pessoas que vomitavam horrores com suas bocas podres.

Sáímos para fumar um cigarro, eu e Adriana, para respirarmos um pouco. Nesse momento, ela me confessa, triste, que nunca havia sequer visto na vida aquela senhora que alegava ser constantemente importunada por ela, enquanto a outra moradora do bairro, a que a havia tentado expulsá-la aos gritos, frequentemente lhe doava comida. Tal fato confirma o apagamento da identidade do inimigo que, sem rosto, habita os pensamentos sórdidos da comunidade, ao mesmo tempo que busca critérios para identificá-lo.

Quando entramos novamente na Câmara, a população do bairro estava sentada em suas cadeiras. Retornei ao meu assento e Adriana foi ao banheiro. Ao voltar ela havia trocado de roupas e passado maquiagem, no intuito de mitigar os traços que garantiam sua identificação física como pessoa em situação de rua, como “nóia” e como “vagabunda”.

A sessão se iniciou, e diferente do clima vivenciado na parte da manhã, agora a população do bairro estava extremamente irritada e agressiva com a demora na votação do PL e com a possível derrota que sofreria. Aos gritos, expressavam seu ódio ao Centro POP afirmando que lá ateariam fogo caso fosse instalado em seu bairro. Afinal, a massa, mobilizada pelo Estado de insegurança, estava excitada, desamordaçada de qualquer filtro ético ou consciência moral, e certa de que tudo deveria fazer para impedir a invasão de inimigos em seu bairro.

Outros dois vereadores - um do Partido Social Democrático (PSD) e outro do Partido Liberal (PL) - expressaram também suas preocupações com a aprovação do referido PL. O

vereador do PSD se manifestou no sentido de que o PL poderia inviabilizar as políticas públicas, no município, destinadas à população em situação de rua, caso nenhum bairro da cidade aceitasse o Centro POP. Já o vereador do Partido Liberal, expressou finalmente o óbvio que nenhum vereador havia comentado outrora, que população em situação de rua também deveria ser ouvida para motivos de EIV e de audiência pública, e não só apenas as pessoas com propriedades e posses imobiliárias na região, conforme o PL estabelecia.

Após longas discussões e defesas acaloradas para que o PL fosse aprovado, a votação deu-se empatada, sobrando para o presidente da Câmara o voto de minerva. Votaram a favor do PL nº 24/2021: um vereador do PL (não o que havia discursado contra o projeto), um do PSDB, um do PODE, um do PP (que havia defendido o projeto), um do MDB, do um PSL e um do DEM (esses três últimos, autores do projeto), totalizando sete votos. Contra, votou um vereador do PT, um do PL (que incluía na discussão a participação da população em situação de rua), um do PRB, do um PSDB, do um PSD, dois do CIDADANIA e o presidente da Câmara (MDB), somando oito votos e consequente rejeição do PL nº 24/2021. Com receio de qualquer confusão, fomos embora da Câmara assim que a votação se encerrou.

Como a sessão fora gravada (CÂMARA MUNICIPAL DE FRANCA, 2021; 2021b), pude transcrever as falas, referentes aos debates em torno do projeto de lei sobre o Centro POP, dos dois representantes do bairro, de quatro vereadores a favor do projeto (dos três autores do projeto e mais um do PP) e de quatro vereadores que se manifestaram contra o projeto (um do PT, um do CIDADANIA, um do PSD e um do PL).

Para a codificação dos discursos, trechos de cada fala foram recortados e agrupados, primeiramente, nas seguintes categorias: 1) Características da população do bairro); 2) Nosso bairro; 3) Referência aos vereadores; 4) Características da população em situação de rua; 5) Consequências do Centro POP; 6) Soluções para o Centro POP; 7) Considerações sobre o PL nº 24/2021; 8) Propostas de políticas públicas para a população em situação de rua; 9) Demandas amplas. Cada categoria apresentada foi disposta em uma coluna, enquanto cada ator do discurso, em linhas.

Em um segundo momento, os trechos recortados nas colunas foram reduzidos a palavras e expressões, mantendo-se ainda, nas linhas, cada ator que produziu o referido discurso. Posteriormente, esses atores foram condensados em três categorias: 1) Representantes do bairro que utilizaram a tribuna; 2) Vereadores a favor do PL e; 3) Vereadores contra o PL.

Em uma quarta tabela, as palavras e expressões que reduziram os discursos originais foram somadas, caso apresentassem reação de igualdade, e dispostas em ordem de número de

ocorrências, por grupo de atores. Nesse momento, as categorias dos discursos foram reduzidas em cinco: 1) Características da população do bairro); 2) Características da população em situação de rua; 3) Consequências do Centro POP; 4) Propostas de políticas públicas para a população em situação de rua; 6) Demandas amplas.

Por fim, apesar de ocuparem grupos distintos, os representantes do bairro e os vereadores contra ou a favor do projeto de lei, por vezes apresentaram discursos parecidos sobre as diferentes categorias que apareceram. Portanto, os trechos valorados (palavras e expressões que reduziram o discurso original) foram confrontados, por grupo de atores, entre valores idênticos, similares ou opostos.

Vale novamente destacar que o primeiro representante do bairro a utilizar a tribuna se refere à população de sua região enquanto “nós”, ao passo que a população de rua é referida como “eles”. Essa preferência pelos pronomes reafirma a qualidade da existência de comunidades distintas, cuja convivência entre o “nós” e o inimigo (eles) é irreconciliável.

A população do bairro é descrita, por ambos os seus representantes, como uma população que gera valor para a sociedade - uma vez que é produtora, ativa, comprometida com o progresso da cidade e empregadora -, cidadã - pois sujeita de direitos -, contribuinte de impostos e acuada com a possível implantação do Centro POP em sua localidade. Além disso, é ressaltado que essa população já possui problemas suficientes no cotidiano para que sejam acometidas com a presença de um serviço tido como danoso a sua existência.

A essa imagem da população do bairro, corroboram as características, atribuídas pelos vereadores a favor do projeto de lei, de cidadãos trabalhadores e contribuintes que estão aterrorizados com os rumos que seu bairro pode tomar diante da implantação do Centro POP. Tais qualidades reafirmam a autoimagem de população cidadã, que gera valor para sociedade, contribuinte de impostos e está acometida pelo medo. Ademais, os vereadores a contra o projeto não caracterizaram a população do bairro.

Já com relação à imagem da população em situação de rua construída por esses discursos, observamos que a população do bairro a descreve como criminosos, que estão na rua por opção ou comodidade e que das ruas não desejam sair; Destacam também que a população em situação de rua, em sua maioria é constituída por pessoas que não são de Franca, portanto estrangeiras, que se deslocaram para o município diante das facilidades lá oferecidas para permanecerem nas ruas, tal qual a existência do Centro POP. Também associam a imagem da população em situação de rua a uma doença social que traz prejuízos e transtornos aos cidadãos trabalhadores, uma vez que invadem a cidade, sujando suas ruas, consumindo drogas e

sentindo-se no direito de pedirem dinheiro nos semáforos. Para justificar essa imagem, recorrem, de forma corriqueira, às noções de verdade absoluta manifestadas em dizeres vazios e infundados como “todos sabemos”, ou em afirmações cuja dúvida não possui qualquer espaço.

Vale destacar que os vereadores, a favor ou contra o projeto de lei apresentam discursos que reafirmam a população em situação de rua enquanto estrangeira no município. Além disso, ambos os grupos tratam essa população como um problema, apesar da especificidade atribuída pelo vereador do DEM (autor do projeto), desta ser um problema recente na cidade. Por sua vez, o vereador do CIDADANIA (contra o projeto), caracterizou a população em situação de rua como um câncer a consumir o município, imagem que vai de encontro com a perspectiva de doença social apresentada pelos representantes do bairro. Já em sentido oposto, o vereador do PT (contra o projeto) foi o único a problematizar o desemprego como fenômeno que impulsiona pessoas a sobreviverem nas ruas.

Sobre o bairro onde o Centro POP seria instalado, os seus representantes descrevem a localidade em que possuem propriedade ou posse de imóveis enquanto a principal região comercial da cidade e importante via de tráfego, e que, portanto, não deveria ser escolhida para implantação de um serviço que traria tantos malefícios à localidade. Entre esses malefícios, elencam que o Centro POP promove a “cracolândia” na região, garantindo a presença de acampamentos de pessoas em situação de rua que consomem drogas e reativam as “bocas de tráfico”, até então desativadas pela polícia. Sendo assim, o serviço fomenta a insegurança no bairro, atrapalhando o comércio e o lazer dos moradores e, conseqüentemente, desvalorizando suas propriedades imobiliárias.

Para tanto, sugerem como solução que o serviço seja instalado em outras localidades, de preferência próximas aos batalhões da Polícia Militar, ou da sede da Guarda Civil Municipal.

Por sua vez, os vereadores a favor do projeto de lei qualificam o Centro POP como um serviço que não funciona, que promove a permanência de seus usuários na rua e que crucifica a população domiciliada e os comerciantes das redondezas, cuja a necessidade de se localizar em região central do município deveria ser revista. Este grupo apresenta, como principal solução, o fechamento do serviço, uma vez que “todos sabem” a disfuncionalidade que o serviço presta à sociedade. Ao passo que os vereadores contra o projeto afirmam a necessidade de existência do Centro POP no município, mesmo que o serviço, por vezes, não consiga recuperar toda a população usuária.

Nesse sentido, propostas de políticas públicas ideais para essa imagem da população em situação de rua também aparecem nos discursos. Os representantes do bairro e os vereadores a

favor do projeto de lei destacam fortemente a necessidade de encaminhar a população em situação de rua, que for munícipe de Franca, para clínicas/casas de recuperação para dependentes químicos, com presença do viés religioso. Já para os “estrangeiros” é latente a proposta de devolvê-los para suas cidades de origem, inclusive entre os vereadores contra o PL, e caso não seja possível, a vereadora autora do projeto sugere encaminhá-los, assim que cheguem em Franca, para clínicas/casas de recuperação para que sejam disciplinados. Vale destacar que os representantes do bairro e os vereadores a favor do PL constantemente tentam mascarar suas visões segregacionistas de políticas públicas para a população em situação de rua por meio de expressões de cordialidade assistencialista, sempre contrapondo-a a necessidade de garantir a segurança da população proprietária ou em posse de imóveis na cidade, através da presença ostensiva da Polícia Militar e Guarda Civil Municipal.

Para os vereadores contra o PL, é latente a importância do Centro POP enquanto serviço essencial para a população em situação de rua, garantindo seu acesso à rede de serviços existente no município. Entretanto, esse acesso é condicionado à população de rua que de fato for de Franca, devendo os “estrangeiros”, como mencionei antes, serem encaminhados para suas cidades. Além disso, novamente aparecem condicionantes de incremento da segurança pública para que políticas de assistência destinadas a essa população ocorram.

Por fim, como destacou Mbembe (2018) a respeito da segregação intrínseca entre inimigos e amigos a qual as democracias liberais dependem, chama a atenção o fato de que, os representantes do bairro e os vereadores a favor do projeto, embasam suas demandas pelo discurso de que vivemos em uma democracia, que esta precisa ser respeitada e que, portanto, devem decidir sobre a existência ou não do Centro POP em seu bairro. Sendo assim, exigem que sejam ouvidos, tanto na Câmara Municipal, quanto em audiência pública para votação da implantação do serviço na região. Entretanto, a democracia que demandam é alicerçada na separação entre aqueles que são cidadãos produtivos, daqueles imaginados enquanto invasores criminosos e drogados, uma vez que em momento algum pautam a possibilidade da população em situação de rua também possuir direito de participação, inclusive expulsando da Câmara Municipal, aos gritos uma representante dessa população.

Portanto, de um lado vemos a elaboração de uma imagem da comunidade cidadão, produtora de valor para sociedade, contribuinte de impostos e que está com medo de que sua existência seja atrapalhada por pessoas cuja imagem construída perpassa as noções de criminosos, ou no mínimo perigosos, preguiçosos e drogados - portanto degradadores da

sociedade -, e em sua maioria estrangeiros que invadem a cidade arrasando-a em sujeira, mendicância e insegurança.

Salta aos olhos a dissonância que essa imagem da população em situação de rua possui com a definida pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009), em seu art. 1º, parágrafo único, que estabelece:

[...] 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. (BRASIL, 2009).

Nesta, é ressaltada a qualidade heterogênea da população em situação de rua, cuja identificação se dá pelo compartilhamento de algumas características essenciais tais quais a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fatores que determinam que sua existência e sobrevivência ocorra nas ruas.

Essas características comuns são ignoradas na criação da imagem da população em situação de rua, que passa a ser identificada através de atributos culturais estereotipados, materializando-as enquanto pessoas estrangeiras que promovem a insegurança e a sujeira, pouco influenciadas pela moral do trabalho e consumidas pelos prazeres mundanos das drogas. Vale destacar que essa identificação nada mais é do que a criação, organização e imposição de atributos étnico-culturais que servem de base para a noção de raça. Já o elemento biológico, não poderá ser observado através dos discursos proclamados na Câmara Municipal, apesar da sua presença, tendo em vista a rápida identificação visual, pela população do bairro, da mulher em situação de rua, “nóia” e “vagabunda”, que para uma moradora da localidade era um rosto familiar, porém na realidade desconhecido, enquanto para outra, um rosto desconhecido que na verdade era familiar.

Além disso, a criação desse estereótipo reduz a marcante qualidade heterogênea da população em situação de rua, bem como finca suas bases em uma fé verídica na qual a dúvida está impossibilitada de florescer. Nessa perspectiva, a população de rua é imaginada, por vezes, em categorias extremas: pessoas que são de Franca e pessoas que não são de Franca; pessoas que querem sair das ruas e pessoas que não querem sair das ruas. Nessa dicotomia, a imagem construída tem preferência por enquadrar a maioria da população em situação de rua enquanto pessoas que não são de Franca e que não querem melhorar. Entretanto, o que é ser de Franca? O que é não querer melhorar?

Por meio dessas perguntas, vemos como são vazios esses enquadramentos, que possuem terreno fértil para se reproduzirem na ausência de qualquer crítica das condições que levam pessoas a viverem e sobreviverem nas ruas. Portanto, nessa ficção, as pessoas em situação de rua são imaginadas como se brotassem de regiões externas e resolvessem migrar para Franca diante da cordialidade com que o município as recebe.

É através do conflito desse estereótipo com a autoimagem da população do bairro que o medo de invasão territorial ganha impulso, transformando-se em um pânico moral. Eu, cidadão que produz valor para a sociedade e contribui com os impostos, não quero conviver próximo a estrangeiros sujos, perigosos e consumidores de drogas, que preferem a criminalidade ou a preguiça ao trabalho.

Dessa forma, diante da ameaça à imagem idealizada que essa população do bairro tem sobre si mesma, reações coletivas são disparadas através das ações de empreendedores morais, tais quais os homens brancos representantes do bairro, que ocuparam a tribuna na Câmara. Estes, lutam para garantir que seu modo de vida persevere, mesmo que para tanto, seja necessário a elaboração de políticas de segregação contra inimigos, cuja aflição de sofrimento, ou até de morte, não é descartada, apesar de permanecer velada.

Essas reações coletivas não findaram no show de horrores que vi no espaço legislativo. Elas se reproduzem no cotidiano do Centro POP, serviço que foi instalado no bairro após a devida realização do Estudo de Impacto de Vizinhança, através de ataques à população usuária do serviço e mesmo contra suas trabalhadoras e trabalhadores. Inclusive, essas reações tendem à permanência uma vez que é impossível a eliminação material desse inimigo, bem como esse inimigo é constantemente recriado.

3.5 Do centro de humanização ao espaço dignidade

Não foram apenas os bons ventos da calamidade pública trazidos pela pandemia da COVID-19, que possibilitaram que o Centro POP vivesse sua situação de rua. Antes disso, como mostrei, o serviço já sofria ataques da população proprietária ou em posse de imóveis, do poder executivo e legislativo e da mídia local, que contrapunham uma ideiação do trabalho libertador à nória vagabundagem. Entretanto, é nesse cataclisma que o desejo de segregação ganha maior escape para extrapolar.

Alguns meses antes do início da pandemia, insumos já faltavam no cotidiano do serviço, o que atrapalhava seu funcionamento e promovia desavenças entre a população usuária, que

agora, percebia uma distribuição “injusta” dos produtos de higiene pessoal. Além disso, a ausência de uma equipe mínima, e muito aquém do adequado, acometia à exaustão as trabalhadoras e trabalhadores do serviço, enquanto alguns tentavam, sem sucesso, transferência para outros espaços. Para contribuir, chuvas fortes infiltraram água nas paredes do edifício ao final de 2019.

A cereja do bolo foi quando foram proibidas as aglomerações. O Centro POP, local onde perambulavam 90 pessoas ao dia, foi tido como ameaça à saúde pública. O serviço seria fechado, supostamente para consertos das avarias da chuva e melhoria das instalações sanitárias.

O silêncio consumia o vazio de um espaço em que, outrora, latejava a intensidade das vidas que por lá passavam. As trabalhadoras, de domingo a domingo, organizaram a distribuição de marmitas por pontos da cidade em que a população em situação de rua vivia. Da janela de uma van, usando luvas, toucas e máscaras, entregavam as refeições, em um deliberado ato contra a fome. Pela Prefeitura, o serviço deveria paralisar. Inclusive, um dos pontos de distribuição das refeições era em uma praça há um quarteirão do Centro POP. Com a concentração de pessoas em situação de rua aguardando a chegada da van, a população do bairro se mobilizou, ligando diariamente à Secretaria de Ação Social, para exigir que ação de segurança alimentar não mais ocorresse próxima a suas casas.

No início da pandemia, o Abrigo Provisório e a Casa de Passagem, ambos serviços de acolhimento para a população em situação de rua, fecharam suas portas. Quem estivesse dentro, deveria lá permanecer; quem quisesse sair, não poderia voltar. Da rede de proteção à população em situação de rua, a equipe do Consultório na Rua foi a única que não parou de atender nem por um dia sequer durante a pandemia da COVID-19. Novamente, pela Prefeitura, esse serviço também deveria paralisar.

Nesses primeiros dias de pandemia e início da “quarentena”, as ruas ficaram vazias, contribuindo para que a situação de vulnerabilidade social e econômica de quem faz desse espaço seu local de sustento e moradia se asseverasse. Inclusive, com o fechamento do Centro POP, a população perde um importante espaço de referência, não tendo mais onde tomar banho, lavar suas roupas, ou ser acolhida e atendida.

Após muito insistir, as trabalhadoras do Centro POP conseguiram autorização para que o serviço fosse realizado em um parque do município. Não durou muito lá, afinal, o parque era um espaço onde pessoas domiciliadas realizavam, antes da pandemia, atividades físicas, e cuja

permanência de pessoas indesejadas poderia contribuir para a depredação do espaço.

Determinou-se, depois, que o serviço fosse transferido para uma quadra de esportes, próximo ao centro da cidade. Entretanto, pelas más condições do local, tanto para a população usuária quanto para as trabalhadoras e trabalhadores, o serviço é cada vez menos frequentado.

Enquanto isso, o Prefeito anuncia, em vídeo, que estava organizando o “maior Centro de Humanização da América Latina” para atender a população de rua no município (SOUZA, 2020). A ideia não era nova. Em uma das reuniões que conseguimos para negociar a volta das marmitas no Centro POP em 2018, o Diretor de Proteção Especial, ex-policia militar, disse de boca cheia que a grande ambição da Prefeitura era organizar todos os serviços voltados para a população em situação de rua em um complexo de edifícios localizado fora cidade.

O espaço onde o Prefeito anunciou o “Centro de Humanização” localiza-se ao lado da Penitenciária de Franca, há quase oito quilômetros de distância do centro da cidade, sem qualquer acesso decente por transporte público. No vídeo, vemos trabalhadores limpando o mato de um terreno entre dois imensos galpões abandonados. A estrutura, que ainda permanece de pé, sediou o Internacional Esporte Clube, organização futebolística que assiste e incentiva jovens no esporte, atualmente localizada em um bairro central do município.

Segundo a Secretária de Ação Social, ela não havia sido informada de qualquer plano para efetivação do Centro de Humanização, ao passo que o Ministério Público abriu inquérito para averiguar a situação, uma vez que é indispensável que o Centro POP esteja localizado em região de fácil acesso. Entretanto, a mobilização de trabalhadores para reforma do espaço era diária, fato que foi confirmado pela presença do Fórum da População de Rua de Franca na localidade.

Os dias se passaram e o Centro POP foi novamente transferido, agora para uma outra quadra de esportes, ao lado da qual estava antes. As condições precárias de trabalho, sem acesso à internet, sem salas individuais para atendimento são infimamente reduzidas, após manifestações do FPR para readequação do serviço.

Além da precarização do principal serviço que atende a população em situação de rua, a Prefeitura também volta a realizar, de forma incisiva, o roubo de pertences dessa população que se aglomera nos espaços públicos, principalmente da concentração em frente à Casa de Passagem e próxima ao Abrigo Provisório. Nesse espaço, barracas foram erguidas para constituírem a moradia dessas pessoas, enquanto uma “cozinha” coletiva foi improvisada no intuito de transformar alimentos doados em refeições. Entretanto, a Secretaria de Serviços, junto à Secretaria de Ação Social (GCN, 2020b) passavam por esses espaços recolhendo suas

casas, seus pertences, e por vezes, até seus alimentos, em uma sincera tentativa de expulsar essas pessoas indesejadas da localidade. Apenas poderiam lá permanecer quem se enclausurasse na Casa de Passagem ou no Abrigo Provisório. Após alguns dias, como ervas daninhas, as moradias improvisadas voltam a brotar (GCN, 2021).

O ano acaba, e acaba também a gestão do executivo municipal, derrotado nas eleições, ao passo que o Centro POP permanece em situação de rua. Quem assume a Prefeitura é o candidato eleito pelo MDB que sinalizava estar consciente das necessidades de implementação na rede de proteção à população em situação de rua.

Entretanto, mesmo com esse feliz sinal, as coisas não correm bem como imaginávamos. Apesar do novo Prefeito bancar a implantação do Centro POP em uma localidade central, ele também acata a pressão da população proprietária ou em posse de imóveis no bairro para que o Estudo de Impacto de Vizinhança fosse realizado, fato que não é um problema, apesar do aumento da demora para que o serviço se iniciasse.

O Centro POP é apenas reinaugurado em junho de 2021, com o nome de “Espaço Dignidade”, após um ano e três meses sendo realizado em espaço precário, sem equipe profissional adequada, com trabalhadoras e trabalhadores tendo que se valer de uma extrema criatividade e resiliência para poderem atender as plurais necessidades da população usuária, que se remodelam e se intensificam na pandemia da COVID-19. Nesse novo espaço, a equipe permanece desfalcada em número de trabalhadoras e trabalhadores, principalmente com a ausência de educadores físicos, musicais ou de artesanato.

Não só o nome que foi modificado, agora no “Espaço Dignidade” funciona também um serviço terceirizado de Acolhimento Noturno e de Abordagem Social, ambos prestados pela Pastoral do Menor, mesma instituição que administra o Abrigo Provisório, e com contrato até dezembro de 2021. Além disso, diante da pressão da população proprietária ou em posse de imóveis no bairro, o Centro POP passa a funcionar com regras mais rígidas, controlando a necessária presença da população usuária dentro dos muros do serviço, só autorizando a saída em caso de necessidades como trabalho ou burocracias que a vida exige. Também a prática de suspensões fica mais confusa, uma vez que o espaço é compartilhado por serviços distintos.

3.6 Destruindo os invasores

Portanto, observamos que a imagem de inimigo construída em torno da população em situação de rua de invasores perigosos, improdutivos, drogados e sujos, em sua maioria

estrangeiros vindos de outros municípios, retroalimenta um ideal de política pública enraizado em desejos de *apartheid* que se manifesta na segregação e enclave dessa população em território distinto do ocupado por cidadãos geradores de valor para sociedade capitalista e contribuintes de impostos.

A ideal expressão da política de *apartheid* é observada no “Centro de Humanização” que alinha uma concentração segregada da população em situação de rua em um enclave periférico, e na realidade, quase externo ao espaço da cidade. Ao passo que a concretização desse ideal, o “Espaço Dignidade”, diante da luta exercida pelo Fórum da População de rua de Franca e do Ministério Público, apenas consegue efetivar parte desse desejo: o da concentração em um enclave interno e central na cidade.

Essa perspectiva de segregação se faz latente nos discursos declamados pelos representantes do bairro e vereadores a favor do PL nº 24/2021, na Câmara Municipal. Para estes, a principal proposta de política pública era o envio dessas pessoas para clínicas e casas de recuperação para dependentes químicos com viés religioso. Nestas, poderiam aprender algo sobre trabalho e sobre Deus, e quem sabe se tornarem cidadãos de bem, ou caso não aceitassem serem recuperadas, optando pelas ruas, deveriam ser detidas pela Polícia, afinal, são perigosas as pessoas que espalham barracas pela cidade, demandam tráfico de drogas e desvalorizam imóveis.

No ano 2020, constatamos, pois o desenvolvimento de uma estratégia empenhada na expulsão da população em situação de rua da centralidade do município. Essa necrobiopolítica se movimentou valendo-se de duas táticas: a de sítio medieval, e a da terra arrasada, cujo poder de destruição foi incrementado pela grave crise social, econômica e sanitária vivenciada, no intuito de demarcar aqueles que deveriam viver (cidadãos geradores de valor para sociedade e contribuintes de impostos) dos que deveriam sofrer e até mesmo morrer (invasores perigosos, improdutivos, drogados e sujos, em sua maioria estrangeiros vindos de outros municípios).

A tática de sítio medieval, “uma sabotagem orquestrada e sistemática da rede de infraestrutura social e urbana do inimigo complementa a apropriação dos recursos” (MBEMBE, 2016, p. 137), se desenvolveu através da paralisação e posterior precarização da rede de proteção da população em situação de rua, cujo Centro POP aparece como seu principal elemento, em um momento de grave crise social, política, econômica e sanitária, contribuindo para que os recursos do inimigo se tornassem mais escassos. Já a terra arrasada, complementa a tática do sítio medieval, através da constante remoção das moradias da população em situação de rua, principalmente da região norte do município. Afinal, como ressaltaram os representantes

do bairro na Câmara, a proliferação de barracas pela cidade a estava transformando em uma “cracolândia”.

Em 2021 essas táticas são remodeladas para que a necrobiopolítica passe a operar, através do poder Executivo Municipal, com maior presença do biopoder. Agora, a segregação e concentração da população em situação de rua não se dá em território externo ao município, mas em localidade central deste. Portanto, os mecanismos de controle da vida dessas pessoas se tornam mais marcantes para que a clivagem sociorracial seja mantida, bem como para que os indesejados inimigos parem de invadir semáforos, praças e ruas e se concentrem dentro dos muros do “Espaço Dignidade” - no período noturno no Acolhimento e no diurno, no antigo Centro POP. Além disso, tem-se o movimento, da Prefeitura, em captar as pessoas que “mangueiam” em semáforos para que sejam inseridas em programas de qualificação profissional e auxílios municipais.

Entretanto, enquanto estes não acabam chegando à população em situação de rua pela ausência de critérios para se tornarem beneficiários, uma vez que privilegiam famílias ainda domiciliadas, a inserção em programas de qualificação profissional pouco resultado terá além da tentativa de proclamar a liberdade que o trabalho traz. Como já nos ensinou Darcy Costa, em 2018, o que atinge o fenômeno da população em situação de rua em sua essência é a garantia do acesso à moradia para essas pessoas, e não políticas etapistas que tentam transformá-las em cidadãos de bem, ensinando-as a pescar o peixe.

Além disso, essa política de *apartheid* contra raças-classes indesejadas tem fortes raízes históricas em nosso país. No Império, a Sociedade Defensora da Liberdade e Independência Nacional no Rio de Janeiro realizou um concurso para escrita de um documento que entre outras finalidades elucidasse a “nociva influência que a introdução de escravos Africanos exerce em nossos costumes, civilização e liberdade.” (BURLAMAQUI, 1837, p. III). Longe de trazer uma abordagem abolicionista que emancipasse os negros escravizados das opressões que lhe infligiam, o documento pauta-se na ideação de uma civilização branca e adepta á moral do trabalho que o país deveria ter para que progredisse.

Não se pense que, propondo a abolição da escravidão, o meu voto seja de conservar no paiz a raça libertada; nem isto conviria de sorte alguma à raça dominante, nem tão pouco à raça dominada. Os primeiros terão a soffrer as reações, e os segundos terão sempre a supportar os resultados de antigos prejuizos, que nunca cessarão a seu respeito. (BURLAMAQUI, 1837, p. 94).

Nesse sentido, que os representantes do bairro e os vereadores a favor do projeto de lei discursaram, afirmando os prejuízos de convivência, tanto para a população proprietária ou em

posse de imóveis no bairro quanto para a população em situação de rua, de ser implantado um serviço indesejado que promovesse a ocupação dessas pessoas abjetas na localidade.

Para Frederico Burlamaqui (1837), a principal solução para os futuros ex-escravos seria do governo imperial estabelecer, em algum lugar do continente africano, uma colônia e decretar “fundos suficientes para a compra do local, transporte dos escravos libertados, compra dos mantimentos e utensílios necessários a sua subsistência no primeiro ano.” (BURLAMAQUI, 1837 p. 95). Além disso, Burlamaqui (1837) também descreve como essas colônias deveriam ser organizadas:

Para que os futuros habitantes d'estas colonias possam adquirir huma certa instrução civil e religiosa, que os torne cidadãos uteis e morigerados, os poderes nacionaes devem decretar o estabelecimento de escolas dominicaes nas povoações de toda a especie, a cargo dos Parochos, obrigando os grandes fazendeiros a terem hum individuo encarregado de dar este ensino aos seus escravos menores; e o governo executivo procurará achar entre os individuos de raça negra, alguns mais aptos para Sacerdotes e outros a quem se mande estudar as Leis; porque esta Colonias devem compor-se o mais possivel de individuos da mesma raça. (BURLAMAQUI, 1837, p. 96).

É latente as semelhanças que essas colônias imaginadas por Burlamaqui possuem com a proposta de encaminhar as pessoas em situação de rua para clínicas ou casas de recuperação para dependentes químicos, com viés religioso elaboradas na Câmara Municipal, bem como com a intenção de devolver para suas cidades de origem as que fossem estrangeiras. Ambas ideias declamadas no legislativo municipal tem como principal função a limpeza da cidade de pessoas não aptas ao trabalho, perigosas, estrangeiras, drogadas e sujas, uma vez que “he necessario [...] fazer afluír a população escrava para os lugares em que he indispensavel, tirando-a das Cidades e povoações consideraveis, onde só serve para corrupção, desordem, luxo e vicios.” (BURLAMAQUI, 1837, p. 97).

Essa política de *apartheid* ganha outras roupagens na República. Como descreve Miskolci (2013):

A concepção de nação que emerge aqui em fins do XIX se insere em um cenário marcado internacionalmente por discursos sobre “flagelos sociais” como a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo que se articulavam aos ideais de disciplina e autocontrole vistos como parte de uma então designada “ciência moderna”: a higiene. Em um ponto essas ameaças coletivas se intersectavam: eram “doenças” que conectavam preocupação pública com uma demanda de controle da vida privada. Em todo o Ocidente, tais temores demandavam e concediam poder às instituições, saberes e práticas que se propunham proteger a humanidade, a raça, a espécie, ou em termos mais próximos, à família e à sociedade. (MISKOLCI, 2013, p. 18).

Agora, com um recorte higienista, a segregação passa a expressar indiretamente a recusa política em conceder direitos às massas de pessoas pobres e negras, uma vez que estas não eram

compreendidas em uma dimensão política ativa, mas como um embrião a ser gestado e marcado com os valores de uma elite civilizada branca e “europeia” (MISKOLCI, 2013, p. 19).

Esse contorno higienista da segregação é notado nos discursos na Câmara Municipal, nos quais a população em situação de rua é imaginada como uma “doença social” que contamina pessoas à preguiça, ao consumo de drogas e à sujeira. Além disso, é marcante a morte social que proclamam, na medida em que afirmam a passividade política dessa população, não lhe dando qualquer oportunidade de fala, muito menos de participação na decisão sobre a implantação ou organização do Centro POP.

Portanto, o ideal de segregação é fortemente enraizado ao longo da história de nosso país, modificando suas práticas diante das possibilidades e necessidades que a elite branca e proprietária de imóveis dispõe em cada período. Além disso, esse ideal de segregação é constantemente maquiado por uma cordialidade benevolente e assistencialista que dificulta a real constatação de sua prática.

CAPÍTULO 4 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE FRANCA

No capítulo anterior, pudemos compreender como a instância jurídico-político-ideológica legítima e garante, em uma perspectiva histórica, a estrutura da sociedade no território, em sua base econômica, social e geo-social, promovendo a segregação da população em situação de rua vivente no município.

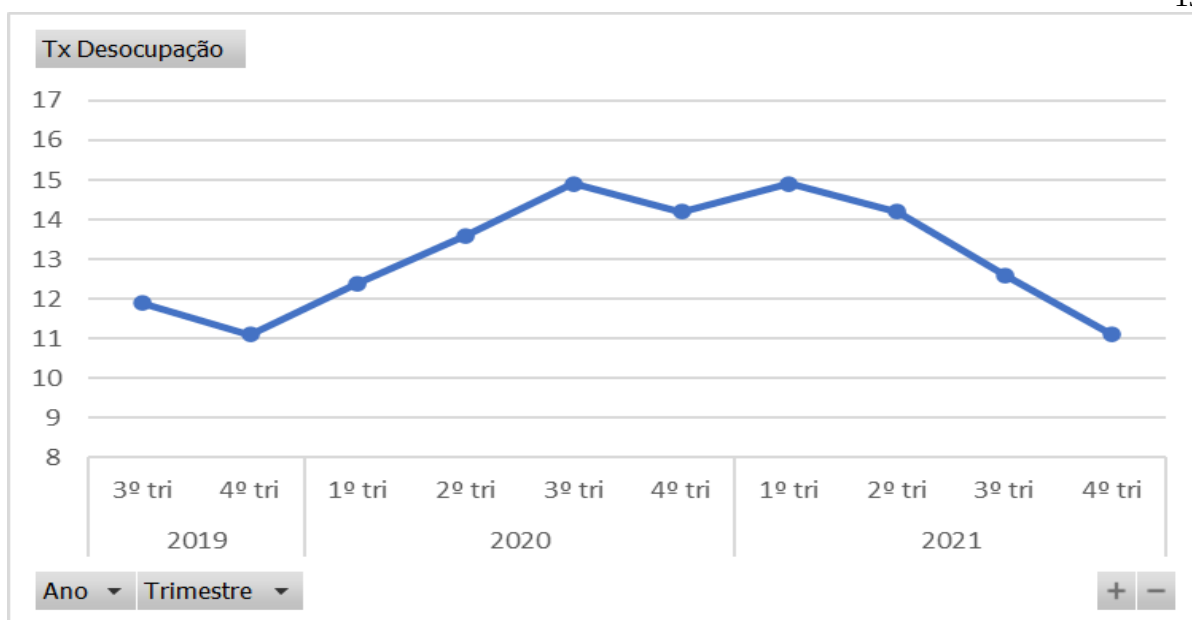
Agora, avançaremos em direção à constituição do perfil epidemiológico da população em situação de rua em Franca, ou seja, como esse grupo está inserido - ou segregado - no momento de produção e no momento de consumo, e como essa reprodução social determinou o processo saúde-doença dessas pessoas durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, nos valeremos dos dados construídos no grupo de pesquisa do Censo da População em Situação de Rua de Franca e no grupo de pesquisa com a equipe do Consultório na Rua. Ademais, vale destacar que essa análise crítica tem a importante função de observar o fenômeno da situação de rua a partir da realidade de vida das pessoas que experienciam tal condição em contraste às suposições “verdadeiras” que foram escarradas na Câmara Municipal.

4.1 O retrato da reprodução social

De acordo com Oliveira (2020), as determinações que levam as pessoas a viverem e permanecerem nas ruas são múltiplas, entretanto podemos perceber a expressão marcante do desemprego e da precarização das relações de trabalho, fragilidade das relações familiares e o consumo problemático de substância psicoativas.

Conforme podemos observar na Figura 2, a taxa de desocupação no país, que já se encontrava em níveis elevados, aumentou consideravelmente com a deflagração da pandemia da COVID-19.

Figura 2 - Taxa de Desocupação no Brasil (%).



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Entretanto, devemos chamar a atenção para o fato de que pessoas que possuem alguma ocupação, mesmo que informal e precária, não são classificadas como desocupadas. Sendo assim, se partirmos do pressuposto de que emprego se constitui na relação de vínculo de trabalho formalizada por um contrato englobando direitos e deveres, percebemos que as relações de trabalho se encontram qualitativamente piores, com a expansão do mercado informal de trabalho.

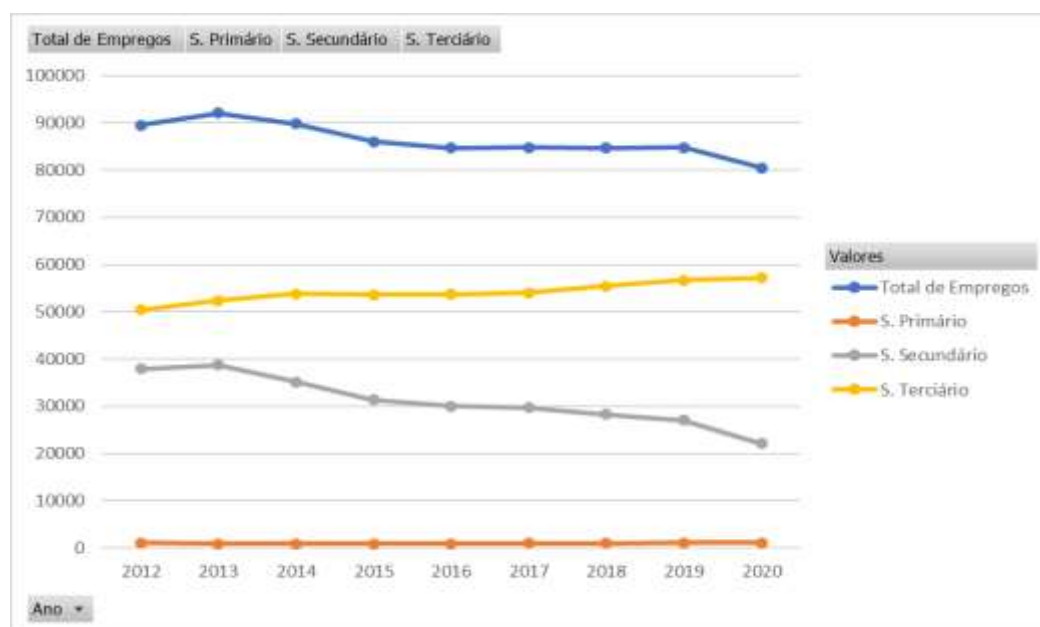
Portanto, com o aumento da taxa de desocupação e com a precarização das relações de trabalho, o fenômeno da população em situação de rua é intensificado, tanto em aspecto quantitativo, com o aumento do número de pessoas vivendo nessas condições, quanto no aspecto qualitativo, tendo em vista a insuficiência de oferta de políticas públicas para essa população. É nesse sentido que aponta o estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020b) que estimou a existência de mais de 220 mil pessoas em situação de rua no país:

De qualquer sorte, o gráfico e a tabela, analisados em conjunto, não deixam dúvidas quanto ao aumento no quantitativo de pessoas em situação de rua cadastradas. As causas para isso ainda não foram devidamente avaliadas em um plano nacional, mas é provável que se relacionem fortemente à crise econômica e ao desemprego. E é nesse cenário já preocupante que a pandemia coloca seu desafio. A perda de renda do trabalho por largas parcelas da população por conta da pandemia sugere ser muito desejável monitorar a situação mais de perto daqui para frente. Ademais, relatos de profissionais envolvidos com o tema nas principais metrópoles do país sugerem que o problema tem, de fato, se agravado. (IPEA, 2020b, p. 8).

No município de Franca, como podemos constatar na Figura 3, a diminuição do número total de empregos formais vem ocorrendo desde 2013, reduzindo em 8,12% até o ano de 2019.

Entretanto, em 2020, com a pandemia da COVID-19, observamos uma queda acentuada no número de empregos, decrescendo, em apenas um ano, 5,11%. Se analisarmos a evolução do emprego formal nos diferentes setores, percebemos que essa queda no valor total é decorrente da constante diminuição de empregos no setor secundário (indústrias), ao passo que nos outros setores podemos observar um relativo aumento, que é mais acentuado no setor terciário (serviços).

Figura 3 - Evolução do emprego formal em Franca.



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

Todavia, devemos nos atentar ao fato de que a procura por trabalho promove migrações entre territórios, descolando pessoas de regiões com piores ofertas de trabalho para aquelas com melhores ofertas. De acordo com a Tabela 1, percebemos que 82 (52%) pessoas que responderam ao censo não nasceram em Franca, ao passo que, destas, 24 vivem no município há mais de 5 anos, conforme observamos na Figura 4. Se desconsiderarmos as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”, constatamos que tal quantidade representa 50% das pessoas.

Tabela 1 - Número de pessoas em situação de rua que nasceram em Franca.

Nasceu em Franca	Nº
Não	82
Sim	73
Não quis responder	2
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Tabela 2 – Número de pessoas em situação de rua por quantidade de tempo de moradia em Franca.

Há quanto tempo está em Franca	Nº
Menos de 1 mês	2
De 1 a 6 meses	8
De 6 meses a 1 ano	6
De 1 a 5 anos	8
Mais de 5 anos	24
Não sabe	13
Não quis responder	21
Total	82

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Com relação ao aumento do número de pessoas em situação de rua e de acordo com a Tabela 3, percebemos que, de 123 respostas (desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”), 20 pessoas afirmaram vivenciar essa situação há menos de 1 ano. Tendo em vista que o censo foi realizado em janeiro de 2021, há aproximadamente 11 meses do início da pandemia da COVID-19, podemos constatar um aumento de 19,4% de pessoas que passaram a vivenciar a situação de rua durante o primeiro ano de pandemia. Vale destacar que, de acordo com as trabalhadoras(es) que integravam o Fórum da População de Rua e Franca, o perfil dessas pessoas que passaram a vivenciar a situação de rua também mudou. Com a pandemia da COVID-19, tornou-se comum famílias em situação de rua, fenômeno que antes não era observado com tamanha expressão.

Tabela 3 - Número de pessoas por quantidade de tempo em situação de rua.

Tempo em situação de rua	Nº
Menos de 1 mês	1
De 1 a 6 meses	9
De 6 meses a 1 ano	10
Há 1 ano	4

Há 2 anos	6
Há 3 anos	8
Há 4 anos	8
Há 5 anos	15
De 6 a 10 anos	29
Mais de 10 anos	33
Não sabe	23
Não quis responder	11
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Para analisarmos a expansão do fenômeno da população em situação de rua vivente no território de Franca durante a pandemia da COVID-19, devemos combinar o número de pessoas que não nasceram em Franca e para lá migraram no último ano (Tabela 2) com o número de pessoas que nasceram em Franca e estão em situação de rua há menos de 1 ano (Tabela 4).

Sendo assim, de 116 pessoas, 16 pessoas migraram para Franca no último ano, enquanto 10 pessoas que nasceram no município vivenciam a situação de rua há menos de 1 ano (desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”). Portanto, observamos um aumento de ao menos 26 de pessoas (28,8%) vivendo em situação de rua no território de Franca. Além disso, ao cruzarmos essas informações, constatamos uma intensificação no fenômeno migratório da população em situação de rua, durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista que: 1) das 24 pessoas que vivem em Franca há menos de 5 anos, 16 pessoas (66,6%) migraram para o município no último ano e; 2) o aumento da população em situação de rua no território de Franca foi mais impactado pela emigração de pessoas para o município.

Tal fato necessita de uma atenção especial, uma vez que a imagem de inimigo elaborada pela população domiciliada contra as pessoas em situação de rua perpassa a noção de invasores estrangeiros. No entanto, para se viver em um município, a imposição de requerer uma autorização formal inexistente, uma vez que a nacionalidade brasileira garante esse direito em todo o território do país, não estando seu exercício condicionado ao nascimento em um município específico.

Tabela 4 – Número de pessoas que nasceram em Franca por quantidade de tempo em situação de rua.

Tempo em situação de rua	Nº
Menos de 1 mês	0
De 1 a 6 meses	4
De 6 meses a 1 ano	6
Há 1 ano	1
Há 2 ano	1
Há 3 ano	6
Há 4 ano	4
Há 5 ano	7
De 6 a 10 anos	18
Mais de 10 anos	19
Não sabe	1
Não quis responder	6
Total	73

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Como nos explicou Oliveira (2020), o desemprego não apenas é uma das determinações para o início da situação de rua, como também para a sua permanência. Sendo assim, percebemos que a situação de rua dificulta o acesso ao trabalho formal, uma vez que 133 pessoas (99,2%) vivenciaram a situação de desemprego nos últimos 12 meses da realização do censo, sendo que destas, 117 (87,9%) estiveram desempregadas em todo o período (desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”), conforme observamos na Tabela 5.

Tabela 5 – Número de pessoas em situação de rua por tempo de desemprego nos últimos 12 meses.

Desemprego nos últimos 12 meses	Nº
O tempo todo desempregado	117
Parte do tempo desempregado	16
Não esteve desempregado	1
Não sabe	1
Não quis responder	22

Total	157
--------------	------------

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Entre as dificuldades de acesso ao trabalho formal, identificamos preponderantemente a questão da ausência de moradia convencional, atestada pela ausência de um comprovante de residência, além da ausência de documentos de identificação e baixo nível de escolaridade, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Número de pessoas em situação de rua por nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Nº
Ensino fundamental I incompleto	31
Ensino fundamental II incompleto	26
Ensino médio completo	22
Ensino fundamental I completo	14
Ensino fundamental II completo	8
Ensino médio incompleto	8
Creche / pré-escola	2
Curso técnico completo	2
Pós-graduação completa	1
Não sabe	7
Não quis responder	36
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Em um mercado de trabalho cuja demanda por empregos excede significativamente a sua oferta, um nível elevado de escolaridade pode proporcionar uma melhor inserção neste. Contudo, de acordo com os dados, constatamos que 59 pessoas (51,7% desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) não completaram o ensino fundamental, sendo que 33 pessoas (28,9%) sequer completaram o fundamental I. Apesar da dificuldade estrutural de acesso e permanência nas escolas pelas populações em situações de vulnerabilidades sociais, econômicas e políticas, chama a atenção o fato de que 22 pessoas (20%) completaram o ensino médio.

Portanto, constatamos que a situação de rua não atinge apenas aqueles que já se encontravam em condições de vulnerabilidades, mas está suscetível de atingir pessoas que

também tiveram melhores oportunidades, inclusive de completar uma pós-graduação. Entretanto, não podemos nos esquivar da necessidade de promover o acesso das pessoas em situação de rua ao programa de educação para jovens e adultos, no intuito de garantir o acesso a melhores condições de trabalho.

Entretanto, apesar de não acessar o emprego formal, devemos "desmistificar a ideia de que a PSR [população em situação de rua] não compõe a classe trabalhadora, pois, na verdade, ela é uma parcela da classe trabalhadora expropriada das condições mínimas para manter sua própria subsistência e a de sua família." (SANTOS; SARRETA, 2022, p. 380). Portanto, devemos fugir das armadilhas da imagem cuspidada pela população domiciliada contra a população em situação de rua de que esta é improdutivo. Pelo contrário, no intuito de sobreviver em uma sociedade na qual qualquer relação é necessariamente intermediada pelo dinheiro, as pessoas em situação de rua desenvolvem diversas atividades informais no intuito de constituírem alguma renda.

É nesse sentido que, apesar de 68 pessoas não informar quais atividades realizam para obter alguma renda, observamos que as outras 89 pessoas realizaram um total de 142 atividades, conforme aponta os dados analisados na Tabela 7, cujo total expressa o número de pessoas que responderam ao censo. Dessa forma, diante do baixo retorno econômico e instabilidade da oferta, a população em situação de rua necessita realizar um conjunto de atividades que se suplementam. Ademais, chama a atenção a diversidade de atividades realizadas por essa população.

Tabela 7 – Número de pessoas em situação de rua por atividade realizada para obtenção de renda nos últimos 12 meses.

Atividades realizadas	Nº
Manguear	32
Coleta de recicláveis	22
Limpeza de terreno/calçada	10
Montagem de infraestrutura	10
Flanelinha	10
Colheita	10
Construção Civil	9
Panfletagem	8

Arte e Artesanato	7
Atividades em Semáforos	7
Chapa	4
Segurança	4
Camelô	2
Venda de Hortifruti	2
Engraxar sapatos	1
Costura	1
Tapeçaria	1
Mecânico	1
Faxina	1
Não sabe	7
Não quis responder	61
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

“Manguear” foi a atividade mais realizada pelas pessoas entrevistadas, e diante do esvaziamento das ruas, com a imposição de restrições para o funcionamento de serviços e circulação de pessoas, essa atividade tornou-se mais difícil, reduzindo a renda dessas pessoas. Tais restrições também impactaram diretamente as atividades de montagem de infraestrutura, flanelinha, panfletagem e aquelas realizadas em semáforos. Sendo assim, das 142 atividades relatadas, ao menos 52% foram afetadas pelas restrições sanitárias, ocasionando na redução da renda dessa durante a pandemia da COVID-19.

Além disso, vale destacar a importância da coleta de recicláveis para a obtenção de renda por essas pessoas, bem como, em uma perspectiva social, de incremento da sustentabilidade na sociedade. Contudo, essa atividade é permeada por relações de exploração entre as pessoas em situação de rua (coletores) e os proprietários de “ferros-velhos” que compram e revendem a mercadoria. Outro fator que deteriora essa atividade é o serviço de coleta de recicláveis contratado pela Prefeitura Municipal, que realiza uma coleta abrangente e organizada no território, dificultando o acesso à recicláveis pela população em situação de rua.

Por sua vez, outro elemento interessante de análise é com relação ao trabalho rural realizado sazonalmente nas colheitas de laranja, café e cana-de-açúcar. Apesar de ocupar a

terceira posição enquanto atividade mais praticada para conseguir renda, apenas 1 entrevistado afirmou realizar exclusivamente a atividade de plantio e corte de cana-de-açúcar, ao passo que os demais informaram realizar outras atividades urbanas suplementares. Dessa forma, percebemos um entrosamento entre o território urbano e o rural na reprodução social da população em situação de rua vivente em Franca.

Todavia, não devemos nos ater apenas à noção de classe para compreendermos o fenômeno da situação de rua. Como vimos anteriormente sobre as relações de produção nos espaços colonizados, a questão racial adquire uma dimensão expressiva e complexa ao longo da constituição dessas sociedades, questão esta que foi e, ainda é administrada através de uma carniceira política de mortes e sofrimento contra as populações não brancas, consolidando, pois, o racismo estrutural.

Ao observarmos a Tabela 8, podemos constatar as expressões desse racismo estrutural, tendo em vista que 104 pessoas (66,2%) em situação de rua viventes em Franca são não brancas, das quais 47 (45%) se considera preta e 56 (50,9%), parda. Se compararmos esses dados com os da população nacional, na qual 42,7% se autodeclara branca, 9,4%, preta e 46,8%, parda (IBGE, 2020, p. 8) ou com os dados da região Sudeste, onde 50% se autodeclara branca, 9,9% preta e 39% parda (IBGE, 2020, p. 8), podemos compreender o local que os corpos não brancos, e principalmente pretos, ocupam em nossa sociedade racista e capitalista, tendo em vista que 29,9% das pessoas em situação de rua em Franca se autodeclararam pretas, valor quase três vezes maior do que o número de pessoas domiciliadas que se autodeclararam pretas.

Tabela 8 – Número de pessoas em situação de rua por cor ou raça.

Cor ou raça⁴³	Nº
Parda	56
Branca	53
Preta	47
Amarela	1
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

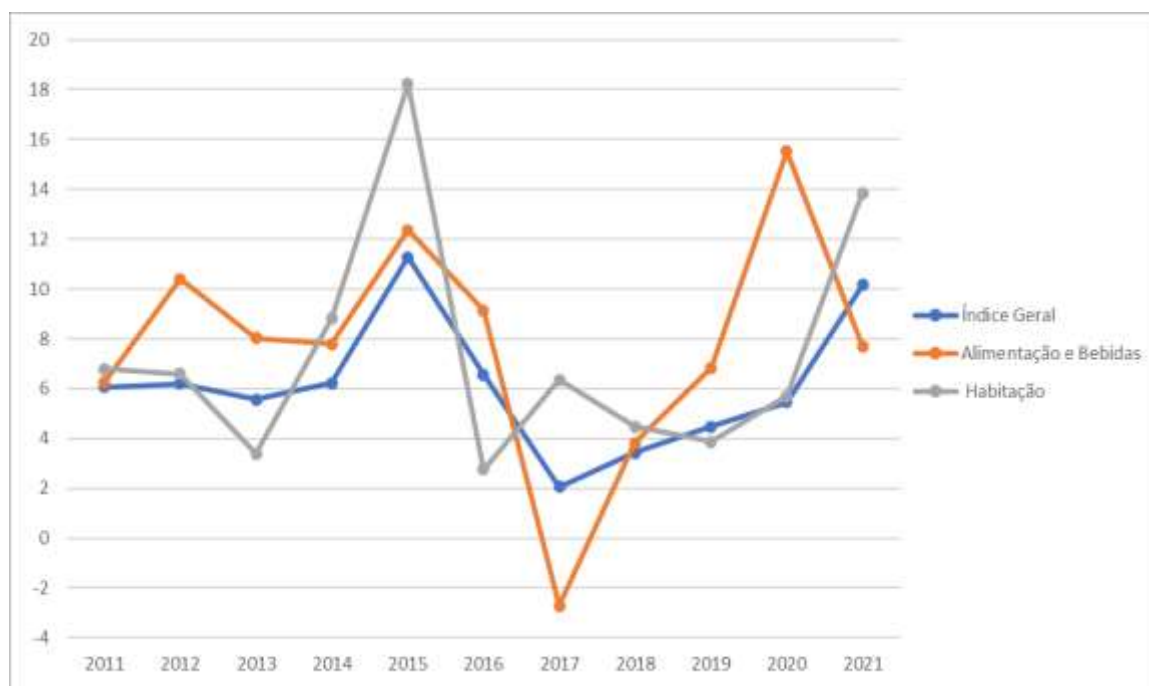
Portanto, constatamos que a população em situação, com relação ao momento de produção na dinâmica social, está segregada do acesso a condições qualificadas e formais de

⁴³As categorias foram utilizadas com base no Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Com relação à categoria parda, esta é percebida enquanto a miscigenação de diferentes etnias.

trabalho. Essa segregação não ocorre de forma ocasional, ou meritocrática, mas se estrutura, ao longo de vários séculos, através da perpetrada clivagem racial vivenciada no território colonizado. Despojada do emprego, essas pessoas são obrigadas a diluir sua força de trabalho em diversas atividades irregulares e informais tendo que “dar seus pulos” para constituir alguma renda para sobreviver. Ademais, com o aumento da desocupação e diminuição do número de empregos decorrentes da pandemia da COVID-19 e de sua má gestão de enfrentamento, observamos não só aumento da população em situação de rua, mas também o incremento de condições propícias para a sua permanência nessa situação, bem como a expansão do fenômeno de migração em busca de melhores ofertas de trabalho.

Além das consequências negativas da expansão do desemprego, o momento de consumo na reprodução social também foi impactado durante a pandemia da COVID-19. Esse fato pode ser observado na Figura 4, onde temos a evolução do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) acumulado entre os anos de 2011 e 2021. Preferimos utilizar o INPC ao invés do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo em vista que este abarca uma parcela maior da população, englobando, pois, a variação do custo de vida médio de famílias com renda mensal entre 1 e 40 salários mínimos, ao passo que aquele verifica essa variação apenas de famílias cuja renda mensal varia entre 1 a 5 salários mínimos. Dessa forma, o INPC apresenta um recorte mais específico em grupos mais sensíveis às variações de preço, uma vez que estes tendem a gastar uma maior parcela de seus rendimentos em itens básicos como alimentação, transporte e habitação.

Figura 4 - INPC acumulado 2011 - 2021 (%).



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A partir da Figura 4, percebemos que o INPC acumulado no ano vem aumentando desde de 2017, ano em que apresentou o menor valor (2,07%) nos últimos 10 anos, tendo dobrado entre 2020 e 2021 (de 5,45% para 10,16%). Se observarmos as categorias Alimentação e Bebidas e Habitação, vemos um enorme salto entre 2017 e 2020 nos preços de alimentos (de - 2,7% para 15,53%), ao passo que a habitação aumenta expressivamente entre 2020 e 2021 (de 5,69% para 13,85%).

Com o aumento dos preços, aliado às péssimas condições de constituir alguma renda, as condições de vida se deterioram, obrigando-nos a trabalhar mais para poder comer ou mesmo para continuar habitando uma moradia convencional. Apesar da importância do desemprego para a expansão do fenômeno de situação de rua, não podemos nos esquecer que o fenômeno é constituído pelo imbricamento de três condições: 1) pobreza extrema; 2) vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e; 3) inexistência de moradia convencional regular. Entretanto, devemos nos atentar para o fato de que sua condição essencial, ou seja, aquela que se não ocorresse impossibilitaria a constituição do fenômeno, é necessariamente a inexistência de moradia convencional regular.

Nesse sentido, o acesso à moradia determina e é determinado pelo acesso a boas condições de trabalho. Sem trabalho, manter o pagamento do aluguel torna-se agonizante, ao passo que financiar a casa própria, impossível. Ao mesmo tempo, sem moradia, conforme vimos antes, as condições de trabalho a que se tem acesso são precarizadas, perpetrando a situação de rua. Como imposição, a população em situação de rua é mais uma vez obrigada a

“dar seus pulos” para habitar as cidades. Para tanto, faz uso de diferentes espaços urbanos enquanto espaço de moradia, tais quais calçadas, praças, construções, casas e prédios sem função social, pontes e matas, bem como utiliza serviços públicos de abrigo como o Abrigo Provisório e a Casa de Passagem.

Na Tabela 9 podemos observar os principais espaços de moradia que a população de rua em Franca fez uso nos últimos 12 meses da realização do censo. Vale destacar que a pergunta comportava mais de uma resposta, dessa forma, devemos compreender que esses espaços de moradia são modificados de acordo com as imposições que as pessoas encontram no seu cotidiano. Essas questões perpassam o acesso aos diversos territórios da cidade e se relacionam à divisão geo-social desses espaços bem como com a distribuição de serviços nestes. Nesse sentido, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”, percebemos que o espaço de moradia imposto à população em situação de rua manifesta-se nas calçadas e praças, 81 pessoas (55%) e na utilização dos serviços de Abrigo Provisório e Casa de Passagem, 74 pessoas (52%), que juntos apresentam apenas 88 vagas, mostrando-se insuficiente para atender a demanda da população em situação de rua vivente em Franca.

Apesar da variação do espaço, as categorias: calçada, praça, debaixo de ponte e mata devem ser compreendidas enquanto formas mais precárias de se habitar a cidade, na qual o indivíduo literalmente dorme no chão ou em banco, por vezes se aconchegando em materiais descartados pela população domiciliada e em cobertores doados, dispondo, normalmente, de uma mochila para armazenamento e transporte de seus poucos pertences pessoais como roupas, documentos e alguns utensílios para cozinhar algo. Por sua vez, a barraca pressupõe uma estrutura melhor organizada que garanta, ao menos, relativo abrigo de chuvas, ventos e do frio, bem como proporcione certa privacidade e geralmente é construída utilizando-se materiais descartados. Já as construções, casas e prédios ocupados, além de possibilitarem melhor discrição, uma vez que não “brotam” em espaços públicos como as barracas, apresentam suas estruturas construídas com materiais mais consistentes, possibilitando melhor abrigo do frio, ventos e chuvas. Ademais, observamos também que algumas pessoas utilizaram casas de familiares, quartos de pensão e mesmo uma casa alugada como local de moradia ou dormitórios, manifestando, pois, uma melhor condição de habitação.

Sobre as barracas, vale também destacar que a sua baixa incidência como opção de moradia pela população em situação de rua possivelmente relaciona-se ao êxito, de ações higienistas nos territórios da cidade empenhadas pela Secretaria de Ação Social e de Serviço, destruindo essas habitações (PREFEITURA, 2020). Todavia, mesmo com a permanente tática

de terra arrasada realizada pela Prefeitura Municipal, as barracas são reconstruídas (CASTRO, 2021). Sendo assim, esta prática de destruição das moradias da população de rua se insere no roubo de seus pertences pelos agentes de segurança pública (Guarda Civil Municipal) e outros servidores públicos, que continuamente violam o direito de propriedade dessa população no intuito de expulsá-las do território, conforme observamos nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 9 – Número de pessoas em situação de rua por local de moradia ou dormitório nos últimos 12 meses.

Locais de moradia	Nº
Calçada	52
Abrigo Provisório	51
Praça	29
Casa de Passagem	23
Construção ocupada	13
Casa / prédio ocupado	13
Debaixo de ponte	13
Mata	10
Casa de familiar(es)/amigos(as)/companheiro(a)	9
Barraca	7
Quarto de pensão	2
Casa alugada	1
Não sabe	1
Não quis responder	10
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Ao olharmos para os espaços de moradia da população em situação de rua percebemos a homérica dificuldade, senão impossibilidade, de aderência às medidas não farmacológicas para enfrentamento da pandemia da COVID-19, tais quais o distanciamento social, isolamento domiciliar e quarentena e higiene pessoal. Ao utilizar os espaços urbanos como local de moradia, o acesso a banhos e banheiros fica condicionado à utilização do Centro POP e da boa vontade do comércio local, em disponibilizar suas estruturas para o acesso da população de rua.

Entretanto, com o desmonte do serviço de referência para essa população, o acesso à higiene pessoal, durante a pandemia da COVID-19, foi deteriorado.

Já com relação aos serviços de acolhimento, além da insuficiência de vagas, percebemos que os novos protocolos implantados pouco atendiam às necessidades de seus usuários bem como às exigências sanitárias. Das 88 vagas de acolhimento existentes na época, 40 estavam localizadas na Casa de Passagem, e 48 no Abrigo Provisório, sendo que este destinava-se a pessoas em situação de rua que vivessem em Franca a mais de 6 meses, enquanto aquele, destinava-se a migrantes, que vieram para o município sem intenção de permanecerem na cidade. Contudo, com a pandemia da COVID-19, a Casa de Passagem passou a funcionar enquanto um espaço de “isolamento” para os novos acolhidos, enquanto o Abrigo Provisório seria o destino final destes.

Dessa forma, a pessoa ficaria 15 dias na Casa de Passagem, sem qualquer limitação de acesso aos espaços coletivos do serviço, e posteriormente seria encaminhada para o Abrigo Provisório, caso não apresentasse nenhum sintoma gripal. Tanto na Casa de Passagem quanto no Abrigo Provisório, os(as) usuários(as) não deveriam sair, apenas em caso de trabalho devidamente comprovado, e se decidissem por sair do acolhimento, não poderiam voltar antes de passados 15 dias, período de tempo arbitrariamente escolhido sem qualquer relação prática com a infecção por COVID-19. Entretanto, como vimos no Tabela 7, as atividades para obtenção de renda realizadas pela população de rua são múltiplas e se inserem no âmbito da informalidade, o que dificulta a comprovação da atividade no serviço de abrigamento.

Por fim, deveriam ficar “trancadas” no Abrigo Provisório no aguardo da pandemia acabar, ou o quanto tempo aguentassem o isolamento de seu cotidiano dinâmico vivenciado nas ruas. Já para algumas pessoas, o isolamento era determinado pelo tempo que conseguissem sozinhas sustentar a abstinência do consumo problemático de substância psicoativas⁴⁴. Ademais, caso identificada a infecção por coronavírus, à pessoa acolhida era ofertado um quarto específico com banheiro, onde deveria permanecer até o término do isolamento, contudo, sem qualquer destinação de profissionais específicos para atender as pessoas isoladas.

Por sua vez, caso a pessoa fosse infectada pelo coronavírus e não estivesse acolhida nos serviços, não teria acesso a um espaço para realizar o isolamento social. A inexistência da oferta de um espaço adequado e específico para o isolamento das pessoas em situação infectadas pelo

⁴⁴ Na época, o Fórum da População de Rua de Franca sugeriu a articulação de atendimentos remotos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) aos usuários de ambos os serviços de abrigamento. Entretanto, o CAPS AD estava no início de sua gestão terceirizada e mostrava-se, e ainda se mostra, reticente em atender as demandas da população em situação de rua.

coronavírus impactou na testagem dessa população, uma vez que caso positivadas e com sintomas leves, não teriam para onde serem encaminhadas, tendo como única opção o retorno para as ruas e possivelmente, infecção de pessoas próximas.

Vale destacar que o Fórum da População de Rua de Franca apresentou às Secretarias Municipais de Saúde e de Ação Social, em diversos momentos, a necessidade de constituição desse espaço de isolamento. Entretanto, mesmo constando na Ação Protetiva Intersetorial para a População em Situação de Rua de Franca (FRANCA, 2020f), o serviço de isolamento nunca saiu do papel.

Apesar disso, devemos reconhecer a importância da constituição temporária do serviço de Abrigamento Emergencial, entre julho e outubro de 2020, que ofertou 50 vagas para pernoite da população em situação de rua e foi administrado pela Pastoral do Menor e Família da Diocese de Franca (mesma instituição que realiza a gestão do Abrigo Provisório), em parceria com a Prefeitura Municipal. O serviço funcionava das 18h às 6h em um ginásio de esportes ao lado do ginásio onde funcionou o Centro POP, e oferecia, além do espaço para dormir, acesso a banho e banheiro, kit de higiene e café-da-manhã, ao passo que a janta ficava condicionada ao recebimento de doações. Dessa forma, o Abrigamento Emergencial melhor dialogava com a dinâmica da população em situação de rua, ao não impor a necessidade de permanência no serviço como os outros serviços de acolhimento, bem como aumentou 56% o número de vagas de acolhimento em um momento de intensificação da exposição a situações de vulnerabilidades sociais e econômicas, apesar de ter funcionado por um curto período de tempo.

Além da dificuldade de realizar o isolamento social e ter acesso irrestrito à higiene pessoal, a impossibilidade de acesso à moradia convencional e regular pela população em situação de rua determina uma série de vulnerabilidades que perpassam relações de violência a diversos direitos. Conforme observamos na Tabela 10, das 83 respostas (desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”), 45 das pessoas afirmaram terem sofrido alguma violação de direito nos últimos 12 meses, representando, pois 54,2%, com maior presença da agressão física, 28 pessoas (62,2%), ameaça, 25 pessoas (55,5%), roubo e furto de pertences/documentos, 16 pessoas (35,5%).

Em relação ao conhecimento de quem são os autores dessas violações, a Tabela 11 demonstra claramente que dos 47 atores que violam direitos das pessoas em situação de rua, 18 (38,2%) são servidores públicos, com destaque para os agentes de segurança, 9 (19,2%) são pessoas da sociedade em geral, ao passo que 19 (40,4%) autores são pessoas em situação de rua (somando a categoria pessoa em situação de rua com a categoria ex-companheiro/ex-marido).

Portanto, percebemos que os laços de sociabilidade construídos entre as pessoas em situação são mais complexos do que uma rede de apoio comunitário, perpassando também relações de violações de direitos. Entretanto, devemos nos atentar ao fato de que 28 autores (59,6%) são pessoas domiciliadas e que tais violações constituem a essência das relações de necrobiopoder, cujo objetivo é segregar e infligir sofrimento. Ademais, essas violações de direito por parte do poder público ocorreram durante a situação de pandemia, ampliando a exposição a processos que deterioram o processo saúde-doença da população em situação de rua.

Tabela 10 – Número de pessoas em situação de rua por violação de direitos sofridas nos últimos 12 meses.

Violação de direitos	Nº
Agressão física	28
Ameaça	25
Roubo/furto de pertences/documentos	16
Preconceito pela situação de rua	12
Tentativa de roubo/furto de pertences/documentos	10
Racismo	6
Agressão por arma de fogo	1
Nenhuma	38
Não sabe	4
Não quis responder	74
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Tabela 11 – Número de pessoas autores das violações de direitos contra a população em situação de rua.

Autores das violações de direitos	Nº
Pessoa em situação de rua	18
Agente de segurança pública	15
Pessoa da sociedade em geral	9
Funcionário de serviço público	3

Familiar	1
Ex-companheiro/ex-marido	1
Não sofreram violação de direitos	38
Não sabe	4
Não quis responder	74
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Como consequência da segregação imposta à população em situação de rua no momento de produção, a sua inserção no momento de consumo da reprodução social é marcada pela importância do acesso a serviços e a benefícios assistenciais e previdenciários no intuito de garantia de um mínimo de sobrevivência mais palatável.

Entretanto, na Tabela 12, percebemos que 37 pessoas (38%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) informaram não receber qualquer benefício, ao passo que 30 pessoas (31%) afirmaram receber o Bolsa Família e 20 (20,8%), o Auxílio emergencial. Tendo em vista que as pessoas que estivessem cadastradas no Programa Bolsa Família tiveram o benefício substituído automaticamente pelo Auxílio emergencial, podemos concluir que, ao menos 50 pessoas (31,8% das 157 pessoas que responderam ao censo) tiveram acesso a este (52% das 96 pessoas, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”). Portanto, mesmo inserida em situação de pobreza extrema é marcante a dificuldade de acesso à benefícios, possivelmente decorrente de barreiras burocráticas e tecnológicas impostas como a ausência de documentos e a restrição de acesso à internet e *smartphones*.

Inclusive, a situação de ausência de documentos é promovida pela própria Prefeitura Municipal, ao roubar, por meio de ações de higiene urbana, as propriedades dessa população, indo no “bolo” os documentos. Já as barreiras tecnológicas conseguem realizar o que no mundo físico ainda não foi possível, a segregação extrema das pessoas em situação de rua que, ao possuir restrito acesso à *smartphones* e à internet, além da possível dificuldade em utilizá-la, não apresenta condições de invadir o mundo digital. Com a ampliação dessas tecnologias em nossa reprodução social, é provável que iremos experimentar uma exponenciação das relações de segregação, hoje ainda incipientes na impossibilidade de se conseguir ler um *QR Code*.

Tabela 12 – Número de pessoas em situação de rua por benefício recebido.

Benefícios recebidos	Nº
-----------------------------	-----------

Nenhum	37
Bolsa Família	30
Auxílio emergencial	20
Benefício de Prestação Continuada	3
Aposentadoria	2
Não sabe	8
Não quis responder	61
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Sobre o auxílio emergencial, apesar de sua potencialidade em fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua, a dificuldade de acesso a este foi marcante para aquelas pessoas que não estavam cadastradas no Programa Bolsa Família. Mesmo o Ministério da Cidadania disponibilizando o Correios para o cadastro do beneficiário que não tivesse acesso à internet (BRASIL, 2020o), essa informação não fora bem divulgada à época. Dessa forma, nem as(os) trabalhadoras(es) dos serviços específicos para a população em situação de rua, do Cadastro Único, da gestão da Secretaria de Ação Social e nem das agências da Caixa tinham conhecimento dessa possibilidade, o que não permitiu seu empenho adequado. Como alternativa, restava o empréstimo de celulares aos usuários dos serviços para que pudessem realizar o cadastramento, entretanto, cada celular poderia realizar apenas um cadastro, o que novamente dificultava o acesso.

Com o recebimento do auxílio, a pessoa em situação de rua teve acesso a uma significativa quantia de dinheiro que fora diminuindo conforme avançava a pandemia da COVID-19 (de R\$600,00 ao mês para aproximadamente R\$150,00 ao mês). Em conversas com usuárias(os) do Centro POP, percebemos que esse dinheiro teve diversas finalidades, possibilitando o fortalecimento do processo saúde-doença, tendo em vista a ampliação do acesso à alimentação, aluguel de quartos de pensão, compra de bens duráveis como celulares e bicicletas e também ao consumo de substâncias psicoativas⁴⁵. Entretanto, o auxílio emergencial também manifestou processos detratores da saúde-doença dessa população, em especial para as

⁴⁵ Conforme pesquisa de conclusão de curso (SANTOS, 2019), o aumento da disponibilidade de acesso às substâncias psicoativas consumidas pelo indivíduo pode diminuir os seus danos, tendo em vista que o indivíduo pode gastar tempo em energia em outras atividades ao não precisar preocupar-se tanto em conseguir mais droga. Além disso, as atividades realizadas pela população em situação de rua para acessarem substância psicoativas, por vezes, a expõem a situações de vulnerabilidades. Dessa forma, o auxílio emergencial pode mitigar essa exposição.

mulheres em situação de rua, que vivenciaram situações de violência no intuito de que seus companheiros se apossassem do auxílio emergencial que recebiam. Nesse sentido, percebemos outro importante imbricamento interseccional para compreendermos o fenômeno da população em situação de rua: o sexo.

Como podemos observar na Tabela 13, apenas 22 pessoas (14%) entrevistadas eram mulheres, ao passo que a população masculina compunha sua esmagadora maioria. Nesse sentido, estudos devem ser realizados para compreender os motivos dessa dissimetria. Entretanto, o que podemos observar é que a determinação da situação de rua das mulheres possui uma acentuada particularidade no âmbito das fragilidades das relações familiares que perpassa a dimensão da violência doméstica. Renegadas ao ambiente doméstico, é de forma violenta que a mulher passa a ocupar o espaço público: ao se refugiar nas ruas, da violência que sofria no ambiente doméstico, a mulher, agora de rua, encontra mais violências nesse espaço. (REIS, OLIVEIRA, PEDROSO, 2019; SANCHONETE, DE ANTONI, MUNHÓS, 2019).

As frequentes situações de violências que a mulher está suscetível, diante das relações desiguais de gênero nas ruas, estabelecem a primeira categoria da concepção de ser mulher de rua, enquanto a segunda categoria é marcada pela impossibilidade de exercerem a maternidade da forma como idealizam (SANCHONETE, DE ANTONI, MUNHÓS, 201). Essa impossibilidade de exercerem a maternidade é praticada de forma violenta, ocasionando sofrimento a essas mães de rua, através do aparato institucional do Estado. Esse fenômeno estabelece, pois, um conectivo entre ambas categorias.

Tabela 13 – Número de pessoas em situação de rua por sexo.

Sexo	Nº
Masculino	135
Feminino	22
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Ademais, com relação à Renda Franca, este ainda não estava vigente quando o censo foi realizado. Entretanto, percebemos também a imposição de óbices para acesso da população em situação de rua ao benefício, tendo em vista a necessidade de acesso à internet para realizar a inscrição ao programa, bem como a necessidade de comprovar residência no município há mais de 3 anos, estimulando a clivagem social entre aqueles que “são” de Franca, e os estrangeiros invasores que buscam a vida boa.

Diante da precária inserção da população em situação de rua no momento de produção, além das dificuldades de acesso à benefícios e pelo seu baixo valor médio repassado, o seu acesso à alimentação fica condicionado ao acesso à serviços que ofereçam refeições gratuitas (Centro POP, Abrigo Provisório e Casa de Passagem) bem como por doações. Tal fato pode ser observado na Tabela 14, no qual 142 pessoas (95,3%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) afirmaram que seu acesso à alimentação é garantido através de doações, das quais 70 (49,2%) advém da população em geral, 42 (29,5%) de grupos religiosos e comunitários e 30 (21,1%) de restaurantes, padarias, lanchonetes, ao passo que 86 pessoas (57,7%) informaram que acessam a alimentação através de serviços específicos para a população em situação de rua.

Já se olharmos para a Tabela 15, percebemos que 86 pessoas entrevistadas realizam 3 ou mais refeições ao dia (59,7% desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”), ou seja, quase metade da população em situação de rua entrevistada realiza 1 ou no máximo 2 refeições ao dia, fato bastante preocupante para o processo saúde-doença dessa população.

O Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA) é garantido no Brasil pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), que instituiu, em 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). Segundo o art. 3 da Losan:

[...] A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Dessa forma, constatamos violações de direito à SAN da população em situação de rua vivente em Franca, tendo em vista a impossibilidade de decisão sobre o que irão comer, estando sujeitas à descontinuidade da sorte dos serviços e das pessoas que realizam as doações. Além disso, apesar de existir a oferta de alimentação nos serviços, a qualidade dos alimentos é constantemente questionada por seus usuários, ao passo que a população em geral acredita que a oferta de alimentação nos serviços promove “acomodação” dessas pessoas e, portanto, a expansão do fenômeno da situação de rua no município, enquanto o poder executivo municipal, na gestão de 2017-2020, chegou a suspender a oferta de refeições no Centro POP em 2018.

Tabela 14 – Número de pessoas em situação de rua por forma de acesso à alimentação.

Forma de acesso à alimentação	Quantidade de pessoas
-------------------------------	-----------------------

Serviços para população em situação de rua	86
Doação da população	70
Doação de grupos religiosos/comunitários	42
Doação de restaurantes/padarias/lanchonetes	30
Restaurante Popular “Bom Prato”	16
Compra	8
Casa de familiares	7
Lixo	1
Não sabe	1
Não quis responder	7
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Tabela 15 – Número de pessoas em situação de rua por quantidade de refeições realizadas ao dia.

Quantidade de refeições ao dia	Quantidade de pessoas
1 refeição ao dia	23
2 refeições ao dia	32
3 refeições ao dia	21
4 refeições ao dia	51
5 refeições ao dia	12
6 refeições ao dia	2
Mais de 6 refeições ao dia	1
Nenhuma	2
Não sabe	4
Não quis responder	9
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Como apresentamos anteriormente, durante a pandemia da COVID-19, as trabalhadoras(es) do Centro POP atuaram para garantir a continuidade de acesso à alimentação pelo serviço, distribuindo almoços diariamente em diferentes pontos do território. Inclusive, em

um desses pontos, a população domiciliada na região se mobilizou para que lá não mais fosse realizada a distribuição de refeições, uma vez que a ação ampliava a permanência de pessoas em situação de rua naquele espaço.

Posteriormente, nos espaços físicos que o Centro POP passou a ocupar, a distribuição de refeições no almoço continuou sendo garantida de segundas às sextas-feiras para todos(as) aqueles(as) que lá solicitassem. Entretanto, devemos nos atentar ao fato de que o serviço fornecia apenas uma refeição (almoço) ao dia e somente em dias úteis, ao passo que nos demais momentos, a pessoa deveria “dar seus pulos”. Por sua vez, apesar dos serviços de acolhimento ofertarem no mínimo três refeições diárias, essas refeições eram apenas acessadas por quem estivesse acolhido no serviço, cujo funcionamento, durante a pandemia, foi marcado pela restrição do acesso.

Como tentativa para fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua, o Poder Executivo do Estado de São Paulo expandiu o funcionamento das unidades dos restaurantes populares do programa Bom Prato, fornecendo café da manhã, almoço e jantar em todos os dias da semana, inclusive feriados (SÃO PAULO (Estado), 2020f) além de promover o acesso gratuito às refeições para quem necessitasse (SÃO PAULO (Estado), 2020g). Para tanto, o Estado solicitou ao Centro POP de Franca os inúmeros dados dos usuários para a confecção dos cartões de acesso à alimentação nos restaurantes populares. Esses cartões eram de uso exclusivo, tinham a validade de 3 meses, e deveriam ser apresentados nas unidades e, a depender da boa vontade do trabalhador do restaurante, junto a um documento de identificação com foto.

Apesar da gratuidade da refeição, o acesso fora marcado pela segregação. Os cartões demoraram para chegar no Centro POP e, conseqüentemente, para serem distribuídos, fato que atrapalhou o acesso, tendo em vista que os cartões possuíam prazo de validade. Além disso, o serviço recebeu apenas um quarto dos 400 cartões solicitados. Como eram nominais, as(os) trabalhadoras(es) tiveram bastante dificuldade em localizar os indivíduos, diante de suas rotinas dinâmicas e ausência de celulares dos usuários. Os cartões eram perdidos, furtados ou roubados juntos aos demais pertences pessoais. E quando todos esses obstáculos eram superados, por vezes a pessoa era barrada por não apresentar documento de identificação⁴⁶. Ou quando

⁴⁶A ausência de documentos de identificação marca a população em situação de rua com diversos obstáculos de acesso à direitos. Durante grande parte da pandemia da COVID-19 o Poupa Tempo permaneceu fora de funcionamento, dificultando o acesso a documentos pela população em situação de rua.

finalmente acessava o restaurante, era incomodada por burburinhos incomodados pela sua presença no espaço.

Nesse sentido, percebemos a baixa utilização do restaurante popular pela população em situação de rua vivente em Franca, tendo em vista que apenas 16 pessoas entrevistadas (10,1%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) fazem uso do serviço. Ademais, vale ressaltar que os primeiros cartões chegaram em julho de 2020 e os últimos em janeiro de 2021.

Por fim, em 16 de junho de 2021 é promulgada a Lei nº 9.036 (FRANCA, 2021aa), incluindo a possibilidade de a Prefeitura fornecer o cartão de alimentação, como alternativa ao benefício eventual da cesta básica. Nesse sentido, a diversificação da forma de acesso à alimentação fortaleceu a SAN da população em situação de rua vivente em Franca, uma vez que benefício da cesta básica, normalmente só era acessado quando a pessoa ficava um tempo na casa de familiares ou conseguia alugar uma casa. Dessa forma, foi fornecido ao Centro POP 100 cartões de alimentação, que deveriam ser distribuídos conforme os critérios definidos pelas(os) assistentes sociais do serviço. Cada cartão possuía a validade de 6 meses e dispunha mensalmente do valor de R\$161,95 (2,5 UFMF), entretanto, seu acesso estava condicionado ao cumprimento de certos procedimentos burocráticos que pouco dialogavam com a realidade da população em situação de rua.

Já com relação ao acesso à água, outro elemento indispensável para a sobrevivência, novamente percebemos a importância dos serviços públicos enquanto espaços promotores de diversos direitos. Na Tabela 16, observamos que 64 pessoas (41,2%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) informaram que acessam água através dos serviços públicos, entretanto 64 pessoas (41,2%), também afirmaram utilizar as torneiras e bebedouros públicos, ao passo que 22 (22,5%) responderam que acessam água pedindo em postos de gasolina e em demais estabelecimentos comerciais.

Tabela 16 - Número de pessoas em situação de rua por forma de acesso à água.

Formas de acesso à água	Nº
Serviços públicos	64
Torneiras/bebedouros públicos	64
Postos de gasolina	22
Comércio em geral	13
Casas de pessoas	9

Mina de água	3
Igreja	1
Não sabe	1
Não quis responder	1
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Tabela 17 - Número de pessoas em situação de rua pela constância de acesso à água.

Constância de acesso à água	Quantidade de pessoas
Diariamente	148
3 vezes na semana	2
Nunca	1
Não sabe	2
Não quis responder	4
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Apesar de 148 pessoas entrevistadas (98%) informarem que possuem acesso diário à água, conforme Tabela 17, devemos questionar a qualidade dessa água acessada. Nesse sentido, que se inserem, principalmente, a categoria torneiras e bebedouros públicos, uma vez estes estão largados pelos cantos da cidade, sem qualquer manutenção ao passo que aquelas não devem possuir água potável. Ademais, outros aspectos se relacionam ao acesso à água além de sua necessária ingestão, perpassando pelas dimensões da higiene pessoal (banhos e lavagem das mãos) e saneamento básico (acesso à banheiros). Entretanto, infelizmente, diante da necessidade de reduzir ao máximo o número de perguntas do censo, optamos por não esquetejar, por hora, essas outras dimensões.

Como havíamos comentado antes, além dos benefícios, o acesso a serviços públicos tem considerável importância para o fortalecimento dos processos saúde-doença da população em situação de rua, inclusive constituindo-se como espaços de acesso à alimentação e água. Na Tabela 18 podemos observar a distribuição desse acesso entre as pessoas entrevistadas. Desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”, percebemos o destaque para o Centro POP, utilizado por 93 pessoas (61,5%), Abrigo Provisório, 61 (40,39%), Casa de

Passagem, 34 (22,5%) e Consultório na Rua, 19 (12,5%)⁴⁷. Vale destacar que apenas 20 pessoas (13,2%) entrevistadas não utilizam nenhum dos serviços questionados e, portanto, percebemos que os serviços ofertam uma expressiva cobertura da população em situação de rua vivente no território.

Entretanto, o acesso a serviços que não são específicos para a população em situação de rua é marcado pela segregação, evidenciado na baixa utilização das Unidades Básicas de Saúde, (13 pessoas, 8,6%), Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (9 pessoas, 5,9%) e Centro de Atenção Psicossocial mental (4 pessoas, 2,6%). Além disso, essa segregação também é percebida no cotidiano da equipe do Consultório na Rua, que diversas vezes é acionada pelas(os) trabalhadoras(es) das Unidades Básicas de Saúde, que não compreendem a dimensão universal do SUS, para atender pessoas em situação de rua que lá buscam atendimento.

Já em outros momentos, o serviço também observou dificuldades de acesso de usuários encaminhados para atendimento em ambos os Centros de Atenção Psicossocial, diante da indisposição desses serviços em adequarem seus protocolos para as demandas específicas que as pessoas em situação de rua apresentam, atentando, pois, contra o princípio de equidade do SUS. Por fim, a equipe do Consultório na Rua também manifestou a constante dificuldade em acionar o Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) para a remoção de usuários e encaminhamento imediato para outros serviços. Tendo em vista que o veículo da equipe é destinado apenas para transporte de suas(seus) trabalhadoras(es) (BRASIL, 2011). Dessa forma, a dificuldade em articular o transporte de usuários(as) com o SAMU deteriora a integralidade do atendimento, ao impor barreiras para a o referenciamento da população em situação de rua na rede.

Tabela 18 – Número de pessoas em situação de rua por serviço público utilizado em Franca.

Serviços utilizados	Nº
Centro POP	93
Abrigo Provisório	61
Casa de Passagem	34
Nenhum	20
Consultório na Rua	19

⁴⁷ Apesar do tímido número de respostas, a equipe do Consultório na Rua de Franca realiza, em diversas ocasiões, atendimentos frequentes no Centro POP, Abrigo Provisório e Casa de Passagem, ampliando, pois, sua cobertura para as pessoas que também acessam esses serviços.

Unidades Básicas de Saúde	13
CAPS álcool e drogas	9
CRAS	7
CREAS	4
CAPS mental	4
CTA IST/AIDS	3
Não sabe	2
Não quis responder	4
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Com a pandemia da COVID-19 e a exigência de reorganização dos serviços públicos, não houve por parte da gestão a sensibilidade em dialogar com as(os) trabalhadoras(es) e usuárias(os) dos serviços para compreender as necessidades específicas que demandavam.

Apesar de não ter sido perguntado no censo realizado, a eCR manifestou a percepção da intensa utilização, pela população em situação de rua, do Pronto Socorro e Referência “Dr. Álvaro Azzuz”, localizado nas proximidades do Abrigo Provisório e da Casa de Passagem, região onde a presença dessa população é expressiva. Tal marcante utilização do serviço de urgência e emergência se dava pela facilidade de acesso, normalmente menos burocrática que as UBSs, não impondo, por exemplo, a necessidade de apresentação de documentos de identificação.

Entretanto, durante a pandemia da COVID-19 essa unidade passou a realizar atendimentos exclusivos à usuáries(as) com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), enquanto as Unidades de Pronto Atendimento do Jardim Anita e do Aeroporto I seriam responsáveis por acolher as demais necessidades de urgência e emergência que não fossem relacionadas à SRAG, serviços estes localizados nas extremidades do município, dificultando o acesso para quem se locomove a pé pela cidade.

Nesse sentido, constatamos a importância da organização do Fórum da População de Rua de Franca (FPR) enquanto um espaço de articulação entre trabalhadoras(es) de diferentes serviços, pessoas em situação de rua, universitárias(os) e membras(os) de conselhos municipais. Com a imposição de reuniões remotas somada à constante alteração de protocolos, as redes de serviços foram fragilizadas, tendo em vista que a troca de informações, em um momento de

intensa transformação, não pode ser efetiva diante ausência de estrutura para a realização das reuniões por videoconferência.

Para tanto, o FPR percebeu a urgência em realizar reuniões presenciais quinzenais, nas quais: 1) os serviços compartilhavam as alterações em seus protocolos; 2) as demandas reprimidas das trabalhadoras(es) e usuários eram acolhidas e discutidas; 3) ações eram organizadas, implementadas e avaliadas diante dos espaços dos possíveis no intuito de atender as demandas observadas. Entretanto, para além de um espaço de articulação política, o FPR também se mostrou enquanto um espaço de escuta sensível para acolher as angústias e sofrimentos que suas(seus) atoras(es) vivenciavam no cotidiano pandêmico. Além disso, vale destacar que a principal pauta do FRP foi a readequação do funcionamento do Centro POP, principal serviço de referência da população em situação de rua no território, que foi alvo de intensos ataques da população domiciliada e do poder público, como analisamos no Capítulo 3 desta dissertação.

Dessa forma, com o desmonte do Centro POP e sua transformação no “espaço Dignidade”, bem como pelo implemento de protocolos que restringiam o acesso aos serviços de acolhimento, a população em situação de rua foi eventualmente exposta a determinações destrutivas de seus processos de saúde-doença, tendo em vista que estes representam os serviços mais acessados por essa população. Contudo, vimos também a ampliação dos serviços para a população em situação de rua, com a contratação, pela Prefeitura Municipal, do serviço de Abrigamento Emergencial (julho a outubro de 2020), dos Serviço Especializados em Abordagem Social (dezembro de 2020 a janeiro de 2021 e posteriormente de julho a dezembro de 2021), e do Abrigamento Noturno, ofertando 40 vagas em um espaço anexo ao “Espaço Dignidade” (julho a dezembro de 2021).

Apesar dessa ampliação, os novos serviços foram marcados pela terceirização da prestação às instituições da sociedade civil que enseja na precarização de relações de trabalho, restrições na participação do controle social das(os) trabalhadoras(es) e usuárias(os), dificuldades de articulação com a rede de serviços prestados diretamente pelo poder público, e descontinuidade na oferta dos serviços, tendo em vista os prazos curtos dos contratos e possível troca das(os) gestoras(es) e trabalhadoras(es).

Por sua vez, a equipe do Consultório na Rua (eCR), mesmo tendo sido categoricamente "recomendada" pela Secretaria Municipal de Saúde, no início da pandemia da COVID-19, em suspender os atendimentos nos territórios, resolveu por não acatar a solicitação, posicionando-se em garantir o acesso à saúde à população em situação de rua justamente quando ela mais

precisou. Para tanto, a eCR estruturou o Plano de Ação de Enfrentamento ao COVID-19 Junto à População em Situação de Rua (ANEXO A), a partir de 4 eixos: 1) Prevenção; 2) Testagem; 3) Manejo de casos confirmados e; 4) Avaliação e monitoramento. Entretanto, o Plano de Ação nunca recebeu qualquer devolutiva da Secretaria de Saúde, tendo, pois, dificuldades para ser implementado, principalmente com relação aos eixos 2 e 3. No âmbito da prevenção,

[...] A ECR lançou mão do vínculo construído com esta população por anos, para levar informação de qualidade, as orientações necessárias adaptadas à realidade vivenciada nas ruas sempre ancoradas na redução de danos, além do cuidado necessário no manejo dos casos de sintomáticos respiratórios.

Para tanto a equipe realiza:

- Fornecimento de insumos de higiene pessoal
- Fornecimento de máscaras
- Fornecimento de kit de redução de danos. (ECR, 2020, p. 1-2).

Com relação à testagem, esta não pode ser devidamente empenhada pelo serviço, apesar da importância para monitoramento da infecção por coronavírus, principalmente na população em situação de rua, diante de sua intensa circulação pelos territórios, convívio aglomerado, dificuldades no acesso à máscaras e em sua utilização, e expressivo número de pessoas inseridas em grupo de risco de agravo da COVID-19.

Tal dificuldade em realizar a testagem ampliada da população em situação de rua ocorreu pela inexistência do serviço de acolhimento voluntário para cumprimento da quarentena pelas pessoas em situação de rua, que deveria ser organizado pela Secretaria Municipal de Ação Social (SEDAS) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). De acordo com a SEDAS, nenhum(a) servidor(a) público(a) se dispôs a trabalhar com usuários em situação de rua em um serviço que oferecesse espaço para isolamento e cumprimento da quarentena, fato que supostamente impediu a concretização do serviço. Dessa forma, as(os) trabalhadoras(es) da eCR optaram por não realizar a testagem ampliada de seus usuários, tendo em vista a lacuna na rede de serviços, não entendendo como ética a atitude de transferir o cuidado ao próprio indivíduo positivado. Com a impossibilidade de realizar a testagem ampliada, restrita agora a apenas alguns casos específicos de usuários sintomáticos, o fluxo de manejo dos casos confirmados foi afetado, restringindo-se a aos diminutos casos sintomáticos.

Por fim, o eixo 4 estabelecia que a eCR realizaria a avaliação e monitoramento dos casos que fossem:

- 4.1 – Abordados pelo Consultório na Rua;
- 4.2 – Abordados e encaminhados pelos serviços socioassistenciais;
- 4.3 – Encaminhados de outros serviços de saúde;
- 4.4 – Indicados pela população. (ECR, 2020, p. 2).

Todavia, com o desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 e início da campanha de vacinação no país, o Plano de Ação da eCR precisou ser ampliado para um quinto eixo, qual fosse a imunização da população em situação de rua vivente em Franca. Apesar de considerada população prioritária para acesso à vacina, tanto no âmbito federal - Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-10 (BRASIL, 2021d), quanto estadual - Campanha de Vacinação Contra a COVID-19 (SÃO PAULO (Estado), 2022), essa população em Franca foi vacinada seguindo os critérios etários e/ou de morbidade da população geral, diante do desinteresse da Secretaria Municipal de Saúde em respeitar as diretrizes federal e estadual ou mesmo ouvir as(os) trabalhadoras(es) da eCR.

Após meses questionando sobre a promoção prioritária do imunizante para essa população - principalmente da vacina Janssen, por ser de dose única -, a SMS solicita à eCR informações sobre o número de usuários vacinados contra a COVID-19, com o objetivo de disponibilizar as doses faltantes. Para tanto, ao final de outubro de 2021, a equipe levantou tais informações (Tabela 19), sendo novamente ignorada pela gestão.

Tabela 19- Número de pessoas em situação de rua vacinadas contra a COVID-19 em Franca entre abril e outubro de 2021.

Doses aplicadas	Nº
1ª dose	81
2ª dose	51
3ª dose	4
Dose única	-
Nenhuma dose	30
Total	111

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.

Conforme dados disponibilizados, dos 111 usuários(as) atendidos(as) pela eCR em 2021, 81 (72,9%) receberam a 1ª dose, ao passo que apenas 51usuários(as) (45,9%) completaram o esquema vacinal, recebendo a 2ª dose do imunizante. Como a vacinação da população em situação de rua vivente em Franca se iniciou em abril de 2021, até final de outubro de 2021, 14 pessoas que receberam a 1ª dose (17,2%) ainda não haviam cumprido o prazo para o recebimento da 2ª dose. Por conseguinte, a 3ª dose de reforço teve poucas aplicações, tendo em vista o período indicado entre as doses.

Dessa forma, devemos reconhecer a importância da eCR em fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua vivente em Franca, diante de sua atuação intransigente, ética e incansável. Mesmo com o desinteresse da gestão municipal em perceber e atender as demandas dessa população, durante a pandemia da COVID-19, a eCR elaborou o Plano de Ação e empenhou-o de acordo com os espaços do possível, minorando, pois, os impactos de morbi/mortalidade morbidade e mortalidade em seus usuários.

Portanto, sendo a reprodução social um fenômeno interdependente, a segregação vivenciada pela população em situação de rua vivente em Franca no momento de produção reflete na determinação segregada dessa população no momento do consumo. Despojada de uma moradia convencional regular, utiliza os espaços públicos da cidade para habitarem, bem como as escassas vagas nos serviços de acolhimento. Diante dessa imposição em viverem nas ruas, é exposta a uma série de violação de direitos, geralmente praticadas por servidores(as) públicos(as) e amplificadas a depender do sexo dessa pessoa. Além disso, seu acesso à alimentação é, principalmente, condicionado à inconstância de doações e às refeições oferecidas no Centro POP, Abrigo Provisório e Casa de Passagem, ofertas estas que constantemente são atacadas pela população domiciliada e pelos poderes Executivo e Legislativo municipais.

O direito do acesso à água, também é condicionado pelo acesso a serviços públicos ou pela utilização de torneiras e bebedouros públicos, cuja qualidade da água deve ser questionada. Dessa forma, com a imposição do acesso segregado à habitação, à alimentação e à água, as políticas públicas tomam expressiva dimensão para o fortalecimento do processo saúde-doença da população em situação de rua. Entretanto, seu acesso aos benefícios assistenciais é, por vezes, condicionado à apresentação de documentos que não possui ou mesmo pela necessidade de cadastro via *internet*, universo tecnológico no qual lhe é imposta pouca interação. Por sua vez, o acesso serviços públicos é normalmente garantido caso este seja especializado no atendimento a essa população, ao passo que os demais serviços lhes impõem diferentes processos de segregação.

Com a pandemia da COVID-19, os custos de habitação e alimentação foram exponenciados, cenário propício para a deterioração do processo saúde-doença das pessoas em situação de vulnerabilidade sociais, econômicas e políticas, tal qual a população em situação de rua, bem como para a expansão do fenômeno das ruas. Além disso, as principais medidas de enfrentamento à pandemia, como isolamento social, quarentena, utilização de máscaras e higiene pessoal, pouco dialogavam com suas realidades, ampliando sua exposição ao contágio

pelo coronavírus. Outro importante fator foi o desmonte do principal serviço de referência para essa população, o Centro POP, desorganizando, conseqüentemente toda a rede de cuidado que se encontrava em um momento de intensa reorganização de protocolos de funcionamento no intuito de aderirem às novas exigências sanitárias. Como resposta, organizamos o Fórum da População de Rua de Franca no intuito de minorar o desgaste das(os) trabalhador(es) dos serviços e, principalmente, lutarmos pelos direitos de seus usuários em permanecerem vivendo no município.

4.2 O processo saúde-doença e a pandemia da COVID-19

A segregação na reprodução social vivenciada pela população em situação de rua apresenta as possibilidades de determinação dos resultados de seu processo saúde-doença. Nesse sentido, avançando para a conclusão, iremos analisar as morbidades que atingem a população em situação de rua e, posteriormente, a mortalidade dessa população durante a pandemia da COVID-19.

Para compreendermos como os resultados do processo-saúde doença se manifestam na população em situação de rua vivente em Franca, a eCR levantou as demandas apresentadas por seus(suas) usuários(as) em fevereiro de 2021. A escolha do recorte temporal se deu diante da proximidade com o censo da população em situação de rua realizado. Apesar deste ter ocorrido em janeiro de 2021, neste período a equipe estava desfalcada, ocasionando um reduzido número de atendimentos. Sendo assim, a opção pelo mês de fevereiro de 2021 foi oportuna, tendo em vista que a rotina do serviço estava normalizada. Dessa forma, o serviço organizou os dados e informações relacionadas/as Tabela 20 e 21, dispondo as demandas que seus(suas) usuários(as) apresentaram no mês de fevereiro de 2021.

Vale destacar, de acordo com a Tabela 20, que a eCR realizou 45 atendimentos no período, sendo a sua maioria composta por pessoas do sexo masculino (27 pessoas, 60%), apesar da expressiva presença de pessoas do sexo feminino (18 pessoas, 40%, ao passo que o censo identificou apenas 14% de mulheres em situação de rua). Já com relação à cor ou raça, 19 pessoas (42,2%) se identificaram como brancas, 15 (33,3%) como pretas e 11 (24%) como pardas. Além disso, identificamos a maior presença de atendimentos a homens brancos (15 pessoas, 33%), seguido de mulheres pretas (9 pessoas, 20%). Por fim, a média de idade dos(as) usuários(as) atendidos(as) foi de 37 anos.

Tabela 20 - Sexo e cor ou raça dos(as) usuários(a) atendidos(as) pela eCR em Fevereiro de 2021.

Sexo	Cor ou raça	Nº
Masculino	Branca	15
	Parda	6
	Preta	6
	<i>Total masculino</i>	<i>27</i>
Feminino	Branca	4
	Parda	5
	Preta	9
	<i>Total feminino</i>	<i>18</i>
Total		45

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.

Com relação às demandas apresentadas pelos(as) usuários(as) atendidos(as) pela eCR, percebemos, através da Tabela 21, a expressiva presença de questões relacionadas ao consumo de substância psicoativas demandadas por 42 usuários(as) (93,3%), sendo que destas, 30 (71,4%) estavam relacionadas ao consumo de múltiplas substâncias, ao passo que 12 demandas (28,6%) se relacionavam exclusivamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, percebemos a relevância da dimensão da saúde mental no processo saúde-doença da população em situação de rua vivente em Franca, bem como a expressão do consumo problemático de drogas enquanto outra importante determinação da ida e permanência nas ruas (OLIVEIRA, 2020).

Tabela 21 - Demandas apresentadas pelos(as) usuários(as) atendidos(as) pela eCR em fevereiro de 2021.

Demanda	Nº
Múltiplas drogas	30
Álcool	12
Saúde sexual e reprodutiva	10
Transtornos mentais	8
Violência contra a mulher	4

Gestação	3
HIV	3
Cirurgia geral	2
Ferida/curativo	2
Hipertensão	2
Problemas respiratórios crônico	2
Ortopedia	2
Cardiopatias	1
Deficiência intelectual/Neurologia	1
Infectologia	1
Odontologia	1
Problemas gástricos	1
Tuberculose	1
Deficiência auditiva	1
Total	45

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.

Na Tabela 22 podemos observar como se distribui o consumo de substâncias psicoativas pela população em situação de rua vivente em Franca. Das 115 pessoas entrevistadas, 100 (87%) afirmaram realizar o consumo de ao menos alguma das substâncias psicoativas listadas, sendo que destas, 85 (85%) consomem bebidas alcoólicas enquanto a maconha, o crack e o tabaco apresentaram uma taxa bastante próxima de consumo (38%, 37% e 36%, respectivamente). Devemos também levar em consideração o fato de que 47 pessoas (40,8%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) informaram que consomem apenas uma única substância psicoativa, com destaque para bebidas alcoólicas, representando 74,4% do consumo exclusivo (35 pessoas). Vale também destacar que apenas 37 pessoas (32,5%, desconsiderando as respostas “Não sabe” e “Não quis responder”) afirmaram consumir crack, fato que contraria o estereótipo de “crackeiro” construído contra a população em situação de rua.

Entretanto, ao menos 89% dos(as) entrevistados(as) afirmaram consumir alguma substância psicoativa ilícita. Diante da expansão da política de repressão contra o comércio e consumo dessas substâncias, percebemos graves potenciais detratores do processo saúde-doença dessas pessoas, tendo em vista que por vezes, além do consumo, o comércio de

substâncias psicoativas ilícitas acaba sendo uma alternativa de trabalho à população em situação de rua (SANTOS, 2019). Como consequência, constatamos, pois, que a população em situação de rua é massacrada em uma degradante procissão, guiada pela sua interação com drogas criminalizadas, cujo caminho perpassa ciclicamente instituições edificadas ao longo de nossa colonização sobre a sangria dos direitos humanos.

Nesse sentido, de acordo com a Tabela 23, percebemos que 66 pessoas (78,5%) tiveram passagem pela cadeia e/ou prisão, ao passo que 41 (48,8%), já foram acolhidas ou internadas em comunidades terapêuticas e/ou clínicas de reabilitação, enquanto 12 (14,2%) já foram internas em um hospital psiquiátrico. Ademais, apenas 19 pessoas (22,7%) não tiveram passagem por nenhuma dessas instituições listadas. Sendo assim, devemos nos questionar o quanto tais instituições também não determinam a ida e permanência das pessoas nas ruas.

Por fim, ressaltamos as dificuldades que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Franca enfrentou, durante a pandemia da COVID-19, impactando em sua desarticulação e verticalização, principalmente diante da imposição das reuniões remotas e pelo descaso da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em apoiar a reestruturação da rede. Por sua vez, no início da pandemia o CAPS ad II foi encerrado sendo que o CAPS ad III, seu substituto, passou a funcionar tardiamente e de forma terceirizada. Terceirização esta que foi acompanhada de forma bastante próxima pela RAPS, fato que causou incômodo à SMS. Além disso, outro importante processo de precarização da política municipal de drogas foi o corte da distribuição dos kits de insumos de redução de danos que eram distribuídos pela eCR, no intuito de fortalecer o processo saúde-doença da pessoa que consumisse substâncias psicoativas.

Tabela 22 - Número de pessoas em situação de rua por substâncias psicoativas consumidas.

Substâncias psicoativas consumidas	Nº
Bebidas alcoólicas	85
Maconha	38
Crack	37
Tabaco	36
Nenhuma	15
Cocaína	10
Remédios sem prescrição médica	6

Inalantes	4
Cogumelos alucinógenos	2
Ecstasy (bala)	1
LSD (doce)	1
Não sabe	2
Não quis responder	40
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Tabela 23 - Número de pessoas em situação de rua por passagem em instituições disciplinares.

Instituições	Nº
Cadeia/prisão	66
Comunidade terapêutica/clínica de reabilitação	41
Hospital Psiquiátrico	12
Nenhuma	19
Não sabe	5
Não quis responder	68
Total	157

Fonte: Censo da População em Situação de Rua de Franca, 2021.

Ademais, retornando aos resultados dispostos na Tabela 21, para além da expressiva presença de demandas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, devemos também nos ater às especificidades das demandas apresentadas pelas mulheres em situação de rua. Com relação ao processo saúde-doença das usuárias do serviço, observamos o predomínio de demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, 16 mulheres (88,8%), além da exclusividade das categorias gestação e violência contra a mulher, dimensões estas que constituem a essência da experiência de realidade compartilhadas pelas mulheres em situação de rua.

Nesse sentido, vale destacar que ao inserirmos a inserção de raça nas demandas relacionadas à violência doméstica, constatamos que estas foram apresentadas exclusivamente por mulheres pretas, atingindo 4 mulheres (44,4% de mulheres pretas). Além disso, 2 (50%) dessas demandas estiveram relacionadas às demandas ortopédicas, denotando uma maior

gravidade das lesões sofridas contra seus corpos. Já sobre a gestação por mulheres em situação de rua, percebemos que:

[...] a contraposição existente entre a maternidade nas ruas e o ideal de maternidade estrutura, de forma preponderante, as relações de biopoder e o necropoder nas quais os soberanos objetivam fazer viver o bebê e deixar morrer as mães, possibilitando a anulação da maternidade das mães de rua. Essa estrutura, permeadas de machismo, racismo e capitalismo, tende a ser exitosa em anular as maternidades, e mesmo quando não é, não deixa de infligir sofrimento a essas mães. Assim como essas práticas também não são recentes, mas possuem similaridades com práticas antigas, alicerçadas no racismo e no patriarcalismo vivenciados de forma estrutural no Brasil. (SANTOS, SOUZA, 2021).

Dessa forma, ao acolher essas mulheres pretas vítimas de violência e realizar os atendimentos de pré-natal às gestantes - aumentando a possibilidade destas permanecerem junto a seus(suas) filhos(as) -, percebemos a importância da eCR em fortalecer o processo saúde-doença das mulheres em situação de rua, através de uma atuação integral e atenta à superação das iniquidades existentes em nossa sociedade.

Finalmente, como último elemento de análise em nossa pesquisa, iremos nos atentar ao resultado mais drástico do processo saúde-doença, a morte. Para tanto, a eCR realizou um levantamento dos óbitos, através da Vigilância Epidemiológica, de todos(as) usuários(as) que passaram por atendimento entre os anos de 2019, 2020 e 2021, cujas informações encontram-se dispostas no ANEXO B e nas Tabelas 24, 25 e 26.

A respeito das principais causas de mortalidade que atingiram a população em situação de rua nesse triênio Tabela 24, percebemos a maior ocorrência de hepatopatias, 7 óbitos (28%), seguida de tuberculose, 4 (16%), ao passo que acidentes vasculares cerebral, cardiopatias e causas relacionadas à violência ocupam juntas a terceira posição, tendo cada uma a expressão de 3 óbitos (12%). Juntas, essas cinco principais causas são responsáveis por 20 óbitos (80%).

Nesse sentido, novamente observamos o impacto do consumo de substância psicoativas pela população em situação de rua, principalmente relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, tendo em vista que todos os óbitos causados pelas hepatopatias ocorreram em usuários(as) que faziam o consumo problemático dessa substância. Além disso, a hepatopatia foi a principal causa das mortes, tanto em mulheres quanto em homens em situação de rua. Entretanto, se olharmos para a idade em que ocorreram os óbitos, percebemos que a média de idade das mulheres foi de 37 anos, enquanto que a dos homens foi de 48 anos, portanto, a expectativa de vida dessas mulheres em situação de rua mostrou ser 11 anos menor que a dos homens, fato que determina a menor presença de mulheres no fenômeno da situação de rua diante de sua prematura mortalidade. Por sua vez, se analisarmos a distribuição da mortalidade

na categoria cor ou raça Tabela 25, perceberemos maior expressão de hepatopatias na causa de morte de pessoas pardas, 4 óbitos (40%), na população branca, a cardiopatia, 3 óbitos (33,3%) enquanto que na população preta ocorreu a maior incidência de mortes por acidentes vasculares cerebral, 2 (33,3%) e violência, 2 (33%).

Tabela 24 - Número de morte por sexo de usuários(as) da eCR de Franca entre 2019 e 2021.

Causas	Feminino	Masculino	Total
Aids	-	1	1
Acidente vascular cerebral	-	3	3
Cardiopatia	1	2	3
COVID-19	-	1	1
Diabetes	1	-	1
Hepatopatia	2	5	7
Parada cardíaca não especificada	-	1	1
Pneumonia	-0	1	1
Tuberculose	1	3	4
Violência	1	2	3
Total	6	19	25

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.

Tabela 25 - Número de mortes por cor ou raça de usuários(as) da eCR de Franca entre 2019-2021.

Causas	Parda	Branca	Preta	Total
Aids	1	-	-	1
Acidente vascular cerebral	1	-	2	3
Cardiopatia	-	3	-	3
COVID-19	-	1	-	1
Diabetes	-	1	-	1
Hepatopatia	4	2	1	7
Parada cardíaca não especificada	1	-	-	1
Pneumonia	1	-	-	1
Tuberculose	2	1	1	4

Violência	-	1	2	3
Total	10	9	6	25

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.

Por fim, se realizarmos o recorte temporal das mortes, segmentando-as por ano Tabela 26, observamos uma gritante expansão dos óbitos das pessoas em situação de rua com o início da pandemia da COVID-19, aumentado em 300% entre os anos de 2019 e 2020, ao passo que entre 2020 e 2021 seu incremento foi mais comedido, elevando-se em 40%. Vale destacar que apesar de observamos na Tabelas 24 e 25 apenas um óbito causado pelo COVID-19, tivemos conhecimento de outros óbitos de pessoas em situação de rua no território de Franca, entretanto, estas não foram atendidas pela eCR, não estando, pois, incluídas em nosso recorte.

Ademais, devemos nos atentar para o fato de que a expansão do fenômeno da situação de rua no território de Franca percebidos nas Tabelas 2 e 4 é amortizado pelo aumento do número de óbitos que atinge essa população, reduzindo sua taxa de aumento, em 2020, de 28,8% para 18,8%, tendo em vista que apesar de 26 pessoas passarem a viver em situação de rua no território de Franca nesse ano, 9 pessoas morreram no período observado. Outro fato que nos chama a atenção é o intenso incremento das mortes das mulheres em situação de rua observados em 2021, novamente expurgando a presença dessas mulheres do fenômeno da situação de rua.

Por sua vez, se olharmos para locais de ocorrência desses óbitos, percebemos um drástico aumento da ocorrência de mortes em praças e vias públicas com o avançar dos anos, sendo que, em 2021, 5 óbitos (38,4%) ocorreram nesses espaços. Tal fato possui uma intrínseca relação com a segregação, que a população em situação de rua vivencia, ao acesso de serviços públicos não especializados em seu atendimento.

Nesse sentido, a primeira morte de uma pessoa em situação de rua vivente em Franca durante a pandemia da COVID-19 ocorreu em uma praça em frente à UBS, conforme informado pela eCR. Em certo momento, alguém informou à unidade que havia um cadáver lá na praça. A enfermeira foi ver o ocorrido e entrou em contato com a eCR para informá-la da morte e solicitar que a equipe realizasse os procedimentos burocráticos necessários para a remoção do corpo, como se a UBS não tivesse qualquer relação com o território em que ocorreu o óbito. Além disso, a enfermeira complementou: "Eu vi que ele estava pálido esses dias", demonstrando um frio desinteresse com a vida desse indivíduo.

Tabela 26 - Número de mortes de usuários(as) da eCR de Franca, por local de óbito e ano, entre 2019 e 2021.

Local do Óbito	Ano			Total
	2019	2020	2021	
Abrigo provisório	-	1	-	1
Comunidade Terapêutica	-	-	1	1
Hospital do Coração	-	2	-	2
Praças/vias públicas	-	2	5	7
Pronto socorro	-	1	-	1
Santa casa	3	2	7	12
Sem informação	-	1	-	1
Total	3	9	13	25

Portanto, concluímos que o aumento dessas mortes se deve às determinações sociais, econômicas e políticas promovidas pela pandemia da COVID-19, e suas conflitantes gestões de enfrentamento nas diferentes esferas de governo do país, que afetaram de forma agressiva o perfil de reprodução social da população em situação de rua vivente em Franca, ao possibilitar o incremento de significativos processos eventuais destrutivos aos já inúmeros processos detratores impostos estruturalmente ao processo saúde-doença dessa população.

Para operarem, esses processos detratores esquartejaram as diversas relações constituídas pela população em situação de rua, tanto no momento de produção, quanto de consumo, segregando-a sempre que possível do acesso a qualquer processo fortalecedor. Tal segregação foi alimentada por um estado de exceção aliado à empolgação de empreendedores morais locais - homens, brancos e domiciliados - que, despojados de qualquer dúvida, sentiram demasiado conforto para bradar, e idolatrar, uma imagem de inimigo contra a população em situação de rua. Dessa forma, esta passa a ser identificada através de atributos culturais estereotipados, materializando-a enquanto um bando de invasores estrangeiros que promovem a insegurança e a sujeira, pouco influenciados pela moral do trabalho e consumidos pelos prazeres mundanos das drogas.

Como resultado, o adoecimento dessa população é marcado pela esmagadora presença de demandas relacionadas ao consumo problemático de substâncias psicoativas, com destaque para o consumo de bebidas alcoólicas, questão essa decorrente de sua gritante exposição a situações de vulnerabilidades sociais e econômicas, tendo em vista que a relação construída

entre o indivíduo e substância perpassa por essa dimensão. Já sobre as formas de morrer, percebemos a extenuante ampliação da mortalidade nessa população durante a pandemia da COVID-19, momento cuja segregação atinge seu ápice, ao impor à considerável número de pessoas, que suas mortes ocorram desassistidas nas praças e vias públicas, como lixos descartados pela cidade. Ademais, a ampliação da mortalidade nessa população permite que sua expansão seja contida, garantindo, pois, que nenhum evento drástico afete o alvo equilíbrio de nossa sociedade.

Entretanto, diante da mobilização e articulação de trabalhadoras(es) e usuários(as), estudantes universitárias(os) e membras(os) de diferentes conselhos municipais, nos espaços do Fórum da População de Rua de Franca, do grupo de pesquisa sobre o Censo da População em Situação de Rua de Franca e do grupo de pesquisa com a eCR, pudemos organizar, implantar e avaliar, exaustivamente, um entremeado conjunto de ações no intuito de fortalecer o processo saúde-doença da população em situação de rua vivente em Franca, sem os quais percebemos que as possibilidades de incremento desses processos, durante a pandemia da COVID-19, seriam bastante restritas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Georges Bataille argumenta que “a morte é a putrefação da vida, o fedor que é, ao mesmo tempo, sua fonte e condição repulsiva.” (MBEMBE, 2016, p. 125). Entretanto, apesar de anunciar destruição, a morte é essencialmente autoconsciência, uma vez que o ser humano necessita estar, no instante de sua morte, em um estado de integral vitalidade para poder tomar ciência de sua morte e se permitir senti-la. Nesse sentido, Martin Heidegger defende que “o ser para a morte é a condição decisiva de toda a liberdade humana verdadeira. Em outras palavras, se é livre para viver a própria vida somente quando se é livre para morrer a própria morte” (MBEMBE, 2016, p. 144). Todavia, uma vez que a política manifesta “a diferença colocada em jogo pela violação de um tabu” (MBEMBE, 2016, p. 127) percebemos que, no mundo da soberania, o limite da morte foi abandonado às condições estabelecidas pelos costumes e interesses da casta dominante. Sendo assim, a depender do *status* do indivíduo na comunidade, a valoração da transgressão ao imperativo de não matar é ajustada por um ordinário apetite em devorar corpos não brancos, corpos femininos e corpos pobres.

Entretanto, a expressão preponderante do direito de matar impressa na soberania deve ser compreendida para além da violência direta que talha a carne e marca os ossos dos corpos

abjetos. Tendo em consideração as dimensões da autoconsciência e liberdade com que a morte se relaciona em sua essência, a irreversível degradação bioquímica da vida anuncia a morte apenas daqueles que estavam plenamente vivos e livres para viverem suas mortes. Por sua vez, o amontado pestilento dos corpos confinados nos “mundos de morte” experimenta toda a sorte de degradação, miséria e sofrimento que impõe “formas novas e únicas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o *status* de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2016, p. 146). É nesse sentido que proclama Eduardo Taddeo, ao cantar:

Ninguém pode ser considerado vivo
Comendo sobras de lixeiras
Erguendo mãos para pedir esmolas
Fumando crack
Perdendo a saúde puxando carroças de papelão. (TADDEO, 2020).

Com a pandemia da COVID-19 e suas difusas, contraditórias e criminosas gestões de enfrentamento, percebemos que o estado de exceção foi incrementado por um mórbido desprezo pela vida humana, principalmente daquelas(es) cuja carne é marcada por atributos distintos daqueles reconhecidos nas castas dominantes. Longe desses sentimentos de clivagem social serem um elemento novo em nosso país, que eclodem com a emergência da pandemia, reconhecemos, entretanto, que a crise sanitária possibilitou um luxuoso cenário para a eficiência das necrobiopolíticas na consolidação de seu eugenista objetivo em segregar quem deverá viver e quem deverá agonizar e morrer.

No território específico em que essa pesquisa-ação foi construída, constatamos como essas necrobiopolíticas ganharam contorno com o advento da pandemia da COVID-19. Para tanto, o inimigo fora cuidadosamente elaborado pelos empreendedores morais, demarcando as oposições conflitantes existentes entre o modo de vida domiciliado e o modo de vida imposto nas ruas. Além disso, contra esse inimigo ficcional foi maquinado um emaranhado complexo de táticas de sitio medieval e terra arrasada que foram empenhadas por um exército difuso de combatentes composto por representantes de bairros, vereadores, prefeitos e servidores públicos, consolidando uma estratégia de segregação que, de forma permanente e incansável, estendeu seus tentáculos por diversas frentes, no intuito de aniquilar a existência da população em situação de rua vivente no município ou, ao menos, impor um conjunto de normas que controlem seus modos de vida. Como um desinfetante, esses regramentos assediam os corpos dos viventes em situação de rua na tentativa de higienizar a espetacularizada sujeira que apodrece suas peles e contamina os espaços com violência. O dissabor é percebermos que

inexiste aparente contradição da violência utilizada para apagar a violência que lhe faz vítima, pois, o fenômeno de guerra que observamos contra a população em situação de rua perpassa a lógica da necessidade de seu extermínio para a garantia da existência da população domiciliada. Portanto, o direito de matar o outro é erigido sobre o meu direito de viver, uma vez que o sobrevivente é aquele que conseguiu exterminar seu inimigo e permanecer para a próspera posteridade.

Em contraposição a essa lógica perversa, nos valem da concatenação da Pesquisa-Ação Existencial e da Epidemiologia Crítica no intuito de articularmos, discutirmos e implementarmos um projeto ético-político de emancipação das iniquidades que atravessam as(os) participantes da pesquisa. Sendo assim, a partir de uma perspectiva complexa da realidade que se pauta na compreensão coletiva, implicada e multicultural dos determinantes sociais no processo saúde-doença, pudemos esquartejar todo um conjunto de relações construídas contra, pela e com a população em situação de rua vivente no território durante a pandemia da COVID-19, com o objetivo de ampliar os processos preventivos, promotores, curativos e protetivos do processo saúde-doença dessa comunidade.

Por fim, ressaltamos a importância da presença política de usuários(as) e trabalhadoras(es) dos serviços especializados em população em situação, articulados com a universidade, na participação da tomada de decisões sobre as políticas públicas que atravessam essas(es) atoras(es). O embate contra a verticalização autoritária das políticas públicas é necessário e indispensável para que estas, ao invés de excretarem relações de morte ou de controle sobre a vida, edifiquem possibilidades de superação das iniquidades que estruturam nossa sociedade. Em outras palavras, devemos marcar nossa presença no jogo, para que a diferença posta pela violação de um tabu não enalteça a perpetuação dessa violação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2. ed. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. 197 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas.

ATILA IAMARINO. **Youtube**, 2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/channel/UCSTlOTcyUmzvhQi6F8lFi5w>> Acesso em: 18 jan. 2020.

BARBIER, René. **A Pesquisa-Ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade**. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos Pagu**, n. 53, fev. de 2018.

BENTO, Berenice. **Conferência: Necrobiopoder: a vida e a morte no Estado**. Youtube, 12 ago. 2021. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=oZyck11YGBI>> Acesso em: 18 ago. 2021.

BERLINCK, Fernanda. Seis meses após doméstica ser a 1ª a morrer de Covid no RJ, outras profissionais relatam desafios na pandemia. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/17/seis-meses-apos-domestica-ser-a-1a-a-morrer-de-covid-no-rj-outras-profissionais-relatam-desafios-na-pandemia.ghml>> Acesso em: 19 ago. 2022.

BOLSONARO desautoriza Pazuello e suspende compra da vacina CoronaVac. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/10/21/bolsonaro-desautoriza-pazuello-e-suspende-compra-da-vacina-coronovac.ghml>> Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº6.341** (DJe-271 DIVULG 12-11-2020 PUBLIC 13-11-2020). Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 15 abr. 2020k. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344964720&ext=.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 10.740, de 5 de julho de 2021.** Prorroga o Auxílio Emergencial 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), instituído pela Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021. Brasília, DF, 06 jul. 2021c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Decreto/D10740.htm> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 10.593, de 24 de dezembro de 2020.** Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil e do Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil e sobre o Plano Nacional de Proteção e Defesa Civil e o Sistema Nacional de Informações sobre Desastres. Brasília, DF, 24 dez. 2020m. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10593.htm#art42> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 10.412, de 30 de julho de 2020.** Altera o Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020, para prorrogar o período de pagamento do auxílio emergencial de que trata a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Brasília, DF, 01 jul. 2020p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10412.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2010.412%2C%20DE%2030,que%20lhe%20confere%20o%20art.> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 2 de julho de 2020.** Nomeação de Ministro da Saúde. Brasília, 3 jul. 2020r. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-de-2-de-junho-de-2020-259865444>> Acesso em: 12 de jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020.** Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília, DF, 30 jan. 2020b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Brasília, DF, 17 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 7.257, de 4 de agosto de 2010.** Regulamenta a Medida Provisória no 494 de 2 de julho de 2010, para dispor sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil - SINDEC, sobre o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública, sobre as transferências de recursos para ações de socorro, assistência às vítimas, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução nas áreas atingidas por desastre, e dá outras providências. Brasília, DF, 8 ago. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7257.htm> Acesso em: 11jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em

Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm> Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 11.983 de 16 de julho de 2009.** Revoga o art. 60 do Decreto Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei de Contravenções Penais. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2009. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11983.htm> Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto Legislativo nº 6, de 30 de março de 2020.**

Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, DF, 30 mar. 2020l. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 16 de dez. 2016. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>> Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.065, de 30 de setembro de 2020.** Autoriza pagamentos antecipados nas licitações e nos contratos realizados no âmbito da administração pública; adequa os limites de dispensa de licitação; amplia o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC) durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 30 set. 2020j. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14065.htm#art5> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020.**

Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, 11 ago. 2020i. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14035.htm#art1> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.028, de 27 de julho de 2020.**

Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tenha validade pelo menos enquanto perdurarem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica. Brasília, DF, 27 jul. 2020h. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/14028.htm> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.023, de 8 de julho 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, 8 jul. 2020g. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14023.htm#art1> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.022, de 7 de julho de 2020.** Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, 7 jul. 2020f. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14022.htm#art2> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020.** Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Brasília, DF, 2 jul. 2020e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14019.htm#art2> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 2 abr. 2020n. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 14.006, de 28 de maio de 2020.** Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. Brasília, DF, 28 maio 2020d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14006.htm> Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília,

DF, 6 fev. 2020c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm> Acessado em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001.** Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Diário Oficial da União, Congresso Nacional, Brasília, DF, 10 jul. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm> Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888.** Declara extinta a escravidão no Brasil. Coleção de Coleção de Leis do Brasil, Assembléia Geral, Rio de Janeiro, RJ, 13 maio 1888. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm> Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850.** Dispõe sobre as terras devolutas do Império. Coleção de Leis do Brasil, Assembléia Geral, Rio de Janeiro, RJ, 18 set. 1850. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l0601-1850.htm> Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Medida Provisória nº 1.000, de 2 de setembro de 2020.** Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 03 set. 2020q. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv1000.htm> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021.** Institui o Auxílio Emergencial 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Brasília, DF, 18 mar. 2021b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1039.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%201.039%2C%20DE%2018%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202021&text=Institui%20o%20Aux%C3%ADlio%20Emergencial%202021,que%20lhe%20confere%20o%20art.> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Nota Informativa nº 17, de 20 de julho de 2020.** Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19. Brasília, DF, 30 julho 2020t. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/1527690/RESPONSTA_RECORSO_1_131580_NOTA%20INFORMATIVA%20N%2017_2020-GAB_SE_MS.pdf> Acesso em: 14 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Nota Informativa nº 9, de 20 de maio de 2020.** Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da

covid-19. Brasília, DF, 20 maio 2020s. Disponível em:

<<https://static.poder360.com.br/2021/05/Nota-informativa-Orienta-es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn-stico-da-COVID-19.pdf>> Acesso em: 12 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19**. 6ª ed. Brasília, DF, 28 abr. 2021d. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOVID19_ED06_V3_28.04.pdf> Acesso em: 15 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022**. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 22 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491>> Acesso em: 06 de set. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 3 fev. 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 fev. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 394, de 29 de maio de 2020**. Dispõe sobre as competências, o fluxo dos processos e o arranjo de governança relativos ao pagamento do auxílio emergencial de que trata a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, e o Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020, no âmbito do Ministério da Cidadania. Brasília, DF, 01 jun. 2020o. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-394-de-29-de-maio-de-2020-259415070>> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020**. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Brasília, DF, 18 maio 2020v. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>> Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 356, de 11 de março de 2020**. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF, 12

mar. 2020u. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>> Acesso em: 02 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Recomendações para os Profissionais no Âmbito das Equipes do Consultório na Rua Referentes ao COVID-19**. 1º ed. Brasília, DF, 2020w. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096382/recomendacoes-pop-rua-covid19-17abril2020.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. **Relatório Final**. Brasília, DF, 26 de out. de 2021a. Disponível em: <https://senadofederal-my.sharepoint.com/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcpipandemia%5Farquivos%5Fsenado%5Fleg%5Fbr%2FDocuments%2FRelat%C3%B3rio%20Final%2FRelatorio%5FFinal%5Faprovado%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fcpipandemia%5Farquivos%5Fsenado%5Fleg%5Fbr%2FDocuments%2FRelat%C3%B3rio%20Final> Acesso em: 7 de jan. 2021.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidad. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BUTANTAN e Governo de SP vão testar e produzir vacina inédita contra coronavírus. **Instituto Butantan**: a serviço da vida, 2020 Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/butantan-e-governo-de-sp-vao-testar-e-produzir-vacina-inedita-contra-coronavirus>> Acesso em: 15 ago. 2022.

BVSMS. Biblioteca Virtual em Saúde, 2022. **Galeria dos Ministros 2022-2011**. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/2020-2011/>> Acesso em: 12 jan. 2022.

CÂMARA MUNICIPAL DE FRANCA. **8ª Sessão Ordinária - Expediente 23/02/2021**. Youtube, 23 fev 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ccuX2Hn03fE&t=2409s>> Acesso em: 18 set. 2021.

CAMPANHA do governo que vai contra recomendação da Saúde vai custar R\$ 4,8 milhões. **Gazeta do Povo**, 27 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/republica/breves/campanha-o-brasil-nao-pode-parar-contra-oms/>> Acesso em: 12 jan. 2022.

CASTRO, Kaique. Moradores de rua se espalham por Franca e favela surge na zona Norte. **GCN**, 20 jun. 2021. Favelização. Disponível em: <<https://gcn.net.br/noticias/420929/franca/2019/03/moradores-de-rua-se-espalham-por-franca-e-favela-surge-na-zona-norte>> Acesso em: 22 set. 2022.

CONHEÇA a faixa etária dos mortos por covid no Brasil e em mais 3 países. **Poder 360**, 18 ago. 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/conheca-a-faixa-etaria-dos-mortos-por-covid-no-brasil-e-em-mais-3-paises/>> Acesso em: 14 jan. 2022.

DAVIS, Mike, et al. **Coronavírus e a luta de classes**. Terra sem Amos: Brasil, 2020.

ELEIÇÕES 2020 em Ribeirão e Franca. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/eleicoes/2020/resultado-das-apuracoes/franca.ghtml>> Acesso em: 10 ago. 2022

EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR). **Plano de Ação de Enfrentamento ao COVID-19 junto à População em Situação de Rua**. Franca, 2020.

ESSA epidemia simplesmente não existe, diz Olavo de Carvalho sobre coronavírus. **ISTOÉ**, 23 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://istoe.com.br/essa-epidemia-simplesmente-nao-existe-diz-olavo-de-carvalho-sobre-coronavirus/>> Acesso em: 18 jan. 2020.

ESTÉVEZ, Ariadna. Biopolítica e necropolítica: constitutivos ou excludentes? In: MENDES, Neyla; MERTHY, Emerson; SILVEIRA, Paulo (org.). **Extermínio dos Excluídos**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. p. 25-50. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/EXTERMINIO_DOS_EXCLUIDOS-concluido2-1.pdf> Acesso em: 27 ago. 2021.

FERREIRA, Alexandre. **Plano de Governo de Franca: gestão 2021-2024**. Franca, 2020. Disponível em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2020/SP/64254/426/candidatos/531111/5_1600696864351.pdf> Acesso em: 17 ago. 2021.

FILHO, Walter F. **Mendigos e Vadios na Bahia do Século XIX**. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1994.

FILHO, C. *et al.* **Nota sobre uso da cloroquina/hidroxicloroquina para o tratamento da COVID**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41337/2/NotaUsoCloroquina.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/documents/1295387/25018245/000822320_foucault_nascimento_da_biopolitica_sumario.pdf/9de11122-29af-3fb8-ce78-e07c10142040?version=1.0> Acesso em: 04 mar. 2022.

FORTTSUAS-RF. **Manifesto pela garantia do atendimento às pessoas em situação de rua no CENTRO POP**. Franca, 2020.

FÓRUM DA POPULAÇÃO DE RUA DE FRANCA. **Carta de Princípios**. Franca, SP, 16 ago. 2020.

FRANCA. Câmara Municipal. **Ato da Mesa Diretora nº 04, de 16 de março de 2020**. Dispõe sobre os procedimentos e regras para fins de prevenção à infecção e à propagação do COVID-19 no âmbito da Câmara Municipal de Franca. Franca, SP, 17 mar. 2020b. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 02 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.299, de 28 de julho de 2021.** Dispõe sobre as medidas de enfrentamento aos efeitos da pandemia da COVID-19, provocada pelo coronavírus SARS Cov2, durante a Fase de Transição do Plano São Paulo e dá outras providências.

Franca, SP, 29 jul. 2021l. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.280, de 08 de junho de 2021.** Dispõe sobre novas medidas restritivas de enfrentamento a pandemia da COVID-19 e dá outras providências. Franca, SP, 09 jun. 2021k. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.271, de 24 de maio de 2021.** Estabelece, em caráter excepcional e temporário, o “Lockdown” como medida de contenção para enfrentamento do coronavírus no âmbito da municipalidade, que especifica e dá outras providências. Franca, SP, 25 maio 2021i. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.267, de 18 de maio de 2021.** Dispõe sobre novas medidas restritivas de enfrentamento a pandemia da COVID-19 e dá outras providências. Franca, SP, 19 maio 2021h. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.250, de 27 de abril de 2021.** Determina a abertura de sindicância para a realização de auditoria na relação de pessoas vacinadas contra a COVID-19. Franca, SP, 27 abr. 2021u. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.214, de 12 de março de 2021.** Dispõe sobre as medidas de enfrentamento aos efeitos da pandemia de COVID-19, provocada pelo coronavírus SARS Cov2, durante a Fase Emergencial do Plano São Paulo e dá outras providências. Franca, SP, 13 mar. 2021g. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.213, de 12 de março de 2021.** Regulamenta a Lei Municipal n.º 8.994, de 02 de março de 2021, que cria o Programa Renda Franca, especifica critérios para o processo seletivo e dá outras providências. Franca, SP, 13 mar. 2021q. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 12 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.1172, de 16 de janeiro de 2021.** Dispõe sobre a manutenção do estado de calamidade no Município de Franca e dá outras providências de combate e prevenção do COVID-19 e as medidas de flexibilização das atividades econômicas. Franca, SP, 16 jan. 2021b. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/arquivos/diario-oficial/documentos/1699-Extra-16012021.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.100, de 21 de agosto de 2020.** Dispõe sobre a manutenção do estado de calamidade no Município de Franca e dá outras providências de combate e prevenção do COVID-19 e as medidas de flexibilização das atividades econômicas.

Franca, SP, 22 ago. 2020g. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 08 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.033, de 07 de abril de 2020.** Reconhece o estado de calamidade pública no Município de Franca e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus -COVID-19. Franca, SP, 07 abr. 2020j. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 08 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.021, de 23 de março de 2020.** Ementa. Altera a redação do decreto Nº11.018, de 19 de março de 2020. Franca, SP, 23 mar. 2020e. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 03 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.018, de 19 de março de 2020.** Declara situação de emergência no Município de Franca e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus - COVID-19. Franca, SP, 19 mar. 2020a. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 02 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 11.016, de 17 de março de 2020.** Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Educação Municipal, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado municipal. Franca, SP, 17 mar. 2020c. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 02 ago. 2022.

FRANCA. **Lei Complementar nº 206, de 26 de junho de 2012.** Dispõe sobre a obrigatoriedade do Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) no Município de Franca e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Câmara Municipal, Franca, SP, 26 jun 2012. Disponível em: <<https://franca.sp.leg.br/pt-br/legislacao/lei-complementar-no-206-de-26-de-junho-de-2012>> Acesso em: 29 set. 2021.

FRANCA. Comitê de Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19. **Plano de Contingência do Município de Franca para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus - COVID-19.** Franca, SP, 27 mar. 2020f. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 03 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Portaria nº 310, de 21 de outubro de 2021.** Dispõe sobre exoneração e nomeação de servidores para exercer as atribuições do Setor Administrativo do Centro Pop, junto a Secretaria Municipal de Ação Social, e dá outras providências. Franca, SP, 22 out. 2021a. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 06 set. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 9.036, de 15 de junho de 2021.** Altera os dispositivos da Lei nº 7.927, de 20 de setembro de 2013, que regulamenta a concessão de Benefícios Eventuais da Política Pública de Assistência Social e dá outras providências. Franca, SP, 16 jun. 2021aa. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 12 ago. 2022.

FRANCA. Câmara Municipal. **Lei nº 9.011, de 01 de abril de 2021.** Determina a publicação da relação de pessoas vacinadas contra COVID-19, e dá outras providências. Franca, SP, 02

abr. 2020t. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 9.001, de 12 de março de 2021.** Dispõe sobre autorização para a compra, pelo Município de Franca, de vacinas com eficácia comprovada contra o novo coronavírus, aprovadas pela ANVISA e não fornecidas pelo Programa Nacional de Imunizações e dá outras providências. Franca, SP, 16 mar. 2021s. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 9.000, de 11 de março de 2021.** Ratifica protocolo de intenções firmado entre Municípios brasileiros, com a finalidade de adquirir vacinas para combate à pandemia do coronavírus; medicamentos, insumos e equipamentos na área da saúde. Franca, SP, 12 mar. 2021r. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 8.994, de 02 de março de 2021.** Cria o Programa Renda Franca, como medida de enfrentamento das consequências econômicas provocadas pelo estado de calamidade pública decorrente da pandemia de Covid-19 e dá outras providências. Franca, SP, 03 mar. 2021p. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 12 ago. 2022.

FRANCA. **Projeto de Lei nº 24, de 18 de fevereiro de 2021.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) na instalação do Centro de Referência Especializado em Assistência e Atendimento à População em Situação de Rua (Centro-Pop) no Município de Franca, e dá outras providências. Franca: Câmara Municipal, 2021. Disponível em: <https://sapl.franca.sp.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2021/890/projeto_de_lei__c entro_pop.pdf> Acesso em: 10 set. 2021.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 21, de 09 de setembro de 2021.** Estabelece novas diretrizes para aplicação de sobras de vacinas de COVID-19. Franca, SP, 10 set. 2021y. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Ação Social. **Resolução nº 01, de 24 de agosto de 2021.** Estabelece novas orientações para retomada das atividades no âmbito das unidades públicas e privadas que prestam serviços socioassistenciais. Franca, SP, 25 ago. 2021o. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 17, de 17 de agosto de 2021.** Estabelece novas diretrizes para aplicação de sobras de vacinas de COVID-19. Franca, SP, 18 ago. 2021x. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 16, de 23 de julho de 2021.** Estabelece novas diretrizes para aplicação de sobras de vacinas de COVID-19. Franca, SP, 23 jul. 2021w. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 15, de 17 de junho de 2021.** Revoga o Artigo 2º da RESOLUÇÃO GABSECSAÚDE/013/2021 DE 10 DE JUNHO DE 2021. Franca, SP, 18 jun. 2021n. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 13, de 10 de junho de 2021.** Estabelece normas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de medidas temporárias e emergenciais de enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19. Franca, SP, 11 jun. 2021m. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 11 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 11, de 26 de maio de 2021.** Estabelece normas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de medidas temporárias e emergenciais de enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19. Franca, SP, 26 maio 2021j. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 09, de 04 de maio de 2021.** Estabelece ações da campanha de imunização contra a COVID 19 no município de Franca. Franca, SP, 06 maio 2021z. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 08, de 27 de abril de 2021.** Estabelece diretrizes para aplicação de sobras de vacinas de COVID-19. Franca, SP, 28 abr. 2021v. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 03, de 22 de janeiro de 2021.** Estabelece Protocolo de Medidas Protetivas contra o coronavírus para Estabelecimentos onde são realizadas Atividades Religiosas de qualquer Natureza, em caráter temporário e emergencial para o enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus. Franca, SP, 23 jan. 2021e. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 02, de 22 de janeiro de 2021.** Estabelece normas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de medidas temporárias e emergenciais de enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19. Franca, SP, 27 jan. 2021f. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 01, de 22 de janeiro de 2021.** Revoga Resoluções GABSECSAÚDE/2020. Franca, SP, 29 jan. 2021d. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Gabinete do Prefeito. **Portaria nº 56, de 04 de fevereiro de 2021.** Dispõe sobre a nomeação dos Grupos Executivo e de Apoio ao Centro de Enfrentamento à COVID-19 e dá outras providências. Franca, SP, 05 fev. 2021c. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 18, de 22 de dezembro de 2020.** Estabelece Protocolo Sanitário para reabertura dos cinemas, teatros e auditórios de Franca/SP, elaborado de acordo com os Protocolos Sanitários. Franca, SP, 23 dez. 2020l. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 08 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 16, de 16 de dezembro de 2020.** Estabelece protocolo de medidas de proteção para retorno das atividades avaliativas- setor da educação, elaborado de acordo com Protocolo Sanitário de Educação Etapa I e II 2020, do Governo do Estado de São Paulo. Franca, SP, 16 dez. 2020k. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 06, de 01 de junho de 2020.** Estabelece normas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de medidas temporárias e emergenciais de enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19 e estabelece fluxo de flexibilização para a Saúde. Franca, SP, 02 jun. 2020i. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 03 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 02, de 20 de março de 2020.** Estabelece normas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de medidas temporárias e emergenciais de enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19. Franca, SP, 21 mar. 2020h. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 03 ago. 2022.

FRANCA. Secretaria Municipal de Educação. **Resolução nº 03, de 17 de março de 2020.** Estabelece adoção, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá outras providências. Franca, SP, 17 mar. 2020d. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/pmf-diario/>> Acesso em: 02 ago. 2022.

FRADIQUE, N. Levantamento com nome dos vacinados contra covid revela 508 'fura-filas' em Franca. **GCN**, 2021. Disponível em: <<https://gcn.net.br/noticias/419190/franca/2021/04/lista-com-nome-dos-vacinados-contracovid-revela-508-fura-filas-em-franca>> Acesso em: 16 ago. 2022.

G1. **Resultado das Eleições e Apurações.** [S.I] 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/eleicoes/2020/resultado-das-apuracoes/franca.ghml>>. Acesso em 9 ago. 2021.

G1 RIO. Governo do RJ confirma a primeira morte por coronavírus. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghml>> Acesso em: 18 ago. 2022.

G1, Ribeirão Preto e Franca. Franca, SP confirma exoneração de comissionados ao apontar 'fura-fila' e dados errados na vacinação contra a COVID-19. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2021/05/07/franca-sp-confirma-exoneracao-de-comissionados-ao-apontar-fura-fila-e-dados-errados-na-vacinacao-contracovid-19.ghml>> Acesso em: 16 ago. 2021.

GCN. **Moradores de rua se espalham por Franca e Favela surge na zona Norte.** [S.I].

2021. Disponível em: <<https://gcn.net.br/noticias/420929/franca/2019/03/moradores-de-rua-se-espalham-por-franca-e-favela-surge-na-zona-norte>> Acesso em: 8 out. 2021.

GCN. **Gilson promete “maior centro de humanização da AL” e MP pede explicações.** [S.I]. 2020. Disponível em: <<https://gcn.net.br/noticias/409881/franca/2020/06/gilson-promete-maior-centro-de-humanizacao-da-al-e-mp-pede-explicacoes>> Acesso em: 8 out. 2021.

GCN. **Prefeitura remove barracas de moradores de rua em frente à Casa de Passagem.** [S.I]. 2020b. Disponível em: <<https://gcn.net.br/noticias/412177/franca/2020/08/prefeitura-remove-barracas-de-moradores-de-rua-em-frente-a-casa-de-passagem>>. Acesso em: 8 out. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Vacina Já**, 2022. Disponível em: <<https://vacinaja.sp.gov.br/vacinometro/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades Panorama - Franca**, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca/panorama>> Acesso em: 16 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua:** características gerais dos domicílios e dos moradores. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf> Acesso em: 16 set. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 74.** População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Brasília: IPEA, jun. 2020a. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10078/1/NT_74_Diest_Disoc_Populacao%20em%20Situacao%20de%20Rua%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf> Acesso em: 22 ago. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 73.** Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA, jun. 2020b. 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: 13 set. 2022.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. **Conhecimento e Cidadania 1:** tecnologia social. São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://irp.cdn-website.com/c8d521c7/files/uploaded/T1.pdf>> Acesso em: 08 set. 2022.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. In: **Revista Latinoamericana de Salud, México**, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf> Acesso em: 31 jan. 2022.

MACHADO, Livia *et al.* Logo após aprovação da Anvisa, governo de SP aplica em enfermeira a 1ª dose de vacina contra Covid-19 no Brasil. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/17/apos-aprovacao-da-anvisa-governo->

de-sp-aplica-1a-dose-da-coronavac-antes-do-inicio-do-plano-nacional-de-vacinacao.shtml> Acesso em: 15 ago. 2022.

MAPA da vacinação contra Covid-19 no Brasil. **G1**, 2022. Disponível em: <<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>> Acesso em: 15 de ago. de 2022.

MBEMBE, Achile. **Políticas de la Enemistad**. Tradução de Víctor Goldstein. Barcelona: Ned Ediciones, 2018.

MBEMBE, Achile. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, revista do ppgav/eba/ufrrj, n. 32, p. 124-151, dez. 2016.

MÉDICOS PELA VIDA. Médicos pela Vida Covid-19, 2021; **Manifesto**. Disponível em: <https://www.medicospelavidacovid19.com.br/manifesto/?_ga=2.203549906.338962520.1642166185-1927368525.1642166185> Acesso em: 14 jan. 2021.

MIGALHAS. **Governo lança campanha** “O Brasil não pode parar”. Youtube. 28 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=hQQZE7LQIGk>> Acesso em: 12 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus Brasil**, 2022. O painel foi desenvolvido para ser o veículo oficial de comunicação sobre a situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em: 22 out. 2022.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas**: serviço especializado em abordagem social. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Perguntas_Servico_AbordagemSocial.pdf> Acesso em: 08 set. 2022.

MISKOLCI, Richard. **O Desejo da Nação**: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX. São Paulo: Annablume, 2013.

OLIVEIRA, Kátiscilene B.T. **Pessoas em Situação de Rua**: as determinações sociais que motivam a viver e permanecer nas ruas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista. Franca, 136p, 2020.

OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **OPAS**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>> Acesso em: 10 jan. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. **Governo Municipal faz Campanha Contra Esmolas**. [S.I.] 2017. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/noticias/acao-social/governo-municipal-faz-campanha-contr-a-esmola>> Acesso em 11 ago. 2021.

PREFEITURA remove barracas de moradores de rua em frente à Casa de Passagem. **GCN**, 25 ago. 2020. Limpeza. Disponível em:

<<https://gcn.net.br/noticias/412177/franca/2020/08/prefeitura-remove-barracas-de-moradores-de-rua-em-frente-a-casa-de-passagem>> Acesso em: 22 set. 2022.

QUEIROZ, Vilma Machado; SALUM, Maria Josefina Leuba. Reconstruindo a intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva Face a vigilância em Saúde. *In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. São Paulo, 1996.

REIS, Graziela D. **População em Situação de Rua um Reflexo do Agravamento do Capital**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Estadual Paulista. Franca, 125p, 2020.

REIS, G. D., OLIVEIRA K. T., PEDROSO G. J. T. Mulheres em situação de rua: as perspectivas e trajetórias de vida das mulheres no município de Franca-SP. *In 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, v. 16, n. 1 (2019). ISSN 2675-1054. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/777>> Acesso em: 17 nov. 2020.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se Pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SANCHOTENE, I. P., DE ANTONI A, C., & MUNHÓS, A. A. R. (2019). MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. *In Textos & Contextos* (Porto Alegre), 18(1), pp.146-160. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.1.29297> Acesso em: 16 nov. 2020.

SANTOS, E.T.A.; SARRETA, F.O. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. **SER Social**, [S. l.], v. 24, n. 51, p. 364–383, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.42539. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539> Acesso em: 13 set. 2022.

SANTOS, Túlio B. F. **Redução de Danos e População de Rua em Franca: uma experiência com pesquisa-ação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista. Franca, 100p, 2019.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 65.897, de 30 de julho de 2021**. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, e dá providências complementares. São Paulo, SP, 31 jul. 2021a. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/E_DC-65897_300721.pdf> Acesso em: 27 jul. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 65.563, de 11 de março de 2021**. Institui medidas emergenciais, de caráter temporário e excepcional, destinadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 11 mar. 2021c. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2021/decreto-65563-11.03.2021.html#:~:text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20Este%20decreto%20institui,e%20dissemina%C3%A7%C3%A3o%20da%20COVID%2D19.>> Acesso em: 11 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.897, de 31 de março de 2020**. Autoriza o funcionamento extraordinário das unidades do Restaurante Popular, instituído pelo Decreto n. 45.547, de 26 de dezembro de 2000, no contexto da pandemia COVID-19 (Novo

Coronavírus), e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 01 abr. 2020f. Disponível em: <http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=4&e=20200401&p=1> Acesso em: 22 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020.** Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, institui o Plano São Paulo e dá providências complementares. São Paulo, SP, 28 maio 2020d. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64994-28.05.2020.html>> Acesso em: 26 jul. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.864, de 16 de março de 2020.** Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 16 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64864-16.03.2020.html>> Acesso em: 24 jan. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.879, de 20 de março de 2020.** Reconhece o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do COVID-19, que atinge o Estado de São Paulo, e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 20 mar. 2020b. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64879-20.03.2020.html>> Acesso em: 24 jan. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020.** Decreta quarentena em todo o Estado de São Paulo em razão da pandemia de COVID-19. São Paulo, SP, 22 mar. 2020c. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20200323&Cader no=DOE-I&NumeroPagina=1>> Acesso em: 24 jan. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.862, de 13 de março de 2020.** Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual. São Paulo, SP, 20 mar. 2020e. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/decreto-64862.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica. **Documento Técnico:** Campanha de Vacinação contra a COVID-19. 39ª atualização. São Paulo, SP, 24 jun. 2022. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/documentoteucnico_campanhadevacinacaocontraacovid_39atualizacao_24062022_.pdf> Acesso em: 15 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 17.268, de 13 de julho de 2020.** Dispõe sobre medidas emergenciais de combate à pandemia do Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), no Estado de São Paulo e dá outras providências. São Paulo, SP, 01 abr. 2020g. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2020/lei-17268-13.07.2020.html>> Acesso em: 22 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 51.443, de 28 de dezembro de 2006.** Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe

sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo, SP, 28 dez. 2006. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>> Acesso em: 26 jul. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SS nº 10, de 22 de janeiro de 2021**. Altera o Anexo I da Resolução SS-73, de 31 de maio de 2020, que dispõe sobre a “classificação das áreas de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado e respectivas fases”, frente à pandemia COVID 19 e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 23 jan. 2021b. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/E_R-SS-10_220121.pdf> Acesso em: 10 ago. 2022.

SAYARE, Scott. O Arauto da Cloroquina. **Revista Piauí**. São Paulo, edição 165, 14 jul. 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-arauto-da-cloroquina/>> Acesso em: 12 jan. 2022.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, Maria L. L. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005**. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília. Brasília, 220p, 2006.

SOUZA, Gilson. **[Sem Título]**. 12 jun 2020. Instagram: @gilsondesouzasp. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CBWaIpJn8Q-/?utm_medium=copy_link> Acesso em: 8 out. 2021.

TADDEO, Eduardo. **Estamos Mortos**. São Paulo: Eduardo Taddeo, 2020 (3min 13s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=US0CBTDCsmA>> Acesso em: 05 out. 2022.

UOL. **Bolsonaro ataca governadores e culpa imprensa em pronunciamento**. Youtube. 24 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=deRVsj4soUA&t=17s>> Acesso em: 13 jan. 2022.

VEJA e leia a íntegra do discurso de Bolsonaro na Assembleia Geral das Nações Unidas. **G1**, 21 de set. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/09/21/veja-a-integra-do-discurso-de-bolsonaro-na-assembleia-geral-da-onu.ghtml>> Acesso em: 13 de jan. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de; PAIVA, Carlos Henrique de Assunção (orgs.). **Saúde Coletiva**: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015, 322p. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/Abrasco_35a.pdf> Acesso em: 04 mar. 2022.

ZANINI, Fábio. Com presença de Bolsonaro, ‘motociada’ cresce e preocupa autoridades de SP. **Folha de Pernambuco**, 4 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.folhape.com.br/politica/com-presenca-de-bolsonaro-motociata-cresce-e-preocupa/186145/>> Acesso em: 14 jan. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE AÇÃO SOCIAL DE FRANCA



PREFEITURA DE FRANCA
Secretaria de Ação Social



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o pesquisador **Túlio Boso Fernandes dos Santos** RG 38.815.352-7 e CPF 360.854.598-07, está autorizado a realizar sua pesquisa no Centro de Referência Especializado Para População em Situação de Rua – Centro Pop, Av. Champagnat, 1750 – Centro, Franca/SP, para o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), da UNESP, que tem como tema RUAS E PANDEMIA: as reconfigurações da população de rua e de seus serviços diante da Pandemia da COVID-19.

Franca, 11 de Março de 2021.


Katicilene Barsanulfa Tavares de Oliveira
Coordenadora do Centro Pop
RG nº 32.854.402-4

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Educação Permanente e Humanização - NEPH



DECLARAÇÃO **DO(A) DOCENTE ORIENTADOR(A) DA PESQUISA**

Eu, FERNANDA DE OLIVEIRA SARRETA, docente orientador(a) da pesquisa, assistente social, CRESS 20.497/SP, declaro ser docente na Universidade Estadual Paulista, UNESP de Franca, e orientadora do mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Túlio Boso Fernandes dos Santos, da pesquisa intitulada "RUAS E PANDEMIA: as reconfigurações da população de rua e de seus serviços diante da Pandemia da COVID-19".

Abaixo o nome completo e nº de CPF do pesquisador envolvido nesta pesquisa
Nome: Túlio Boso Fernandes dos Santos
CPF: 360.854.598-07

Franca, 17 de março de 2021.

Docente Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta
CPF 051.042.658-11

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DO CENSO AS POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE FRANCA

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

Censo da População de Rua de Franca

***Obrigatório**

1. Nome do profissional *

2. A qual instituição pertence o recenseador? *

3. Região recenseada: *

Marcar apenas uma oval.☐ Centro *Pular para a pergunta 41*☐ Norte *Pular para a pergunta 37*☐ Sul *Pular para a pergunta 38*☐ Leste *Pular para a pergunta 39*☐ Oeste *Pular para a pergunta 40*

Identificação

4. 1. Qual seu nome / apelido: *

ATENÇÃO: Esta informação é confidencial e será utilizada apenas para identificar aqueles(as) que já responderam ao questionário.

5. 2. Qual a sua idade? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menor que 1 ano de idade *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 1 ano a 4 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 5 anos a 9 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 10 anos a 11 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ 12 a 13 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 14 a 15 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 16 a 17 anos e 11 meses *Pular para a pergunta 36*
- ☐ de 18 anos a 29 anos de idade
- ☐ de 30 anos a 40 anos de idade
- ☐ de 41 anos a 50 anos de idade
- ☐ de 51 anos a 60 anos de idade
- ☐ de 61 anos a 70 anos de idade
- ☐ mais de 70 anos de idade
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

Identificação

6. 3. Você se considera: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Homem Transsexual
- ☐ Mulher Transsexual
- ☐ Travesti
- ☐ Não binário
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

7. Você se considera: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Heterossexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

8. 5. Qual sua cor ou raça? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Branca
- ☐ Indígena
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

9. 6. Você nasceu em Franca? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Pular para a pergunta 13*
- ☐ Não *Pular para a pergunta 10*
- ☐ Não sabe *Pular para a pergunta 13*
- ☐ Não quis responder *Pular para a pergunta 13*

Pular para a pergunta 13

Outras cidades

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

10. 6a. Cidade de nascimento: *

11. 6b. Você está em Franca a quanto tempo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 1 mês
- ☐ de 1 a 6 meses
- ☐ de 6 meses a 1 ano
- ☐ de 1 a 5 anos
- ☐ mais de 5 anos
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

12. 6c. Por que veio pra Franca? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Busca por emprego
- ☐ Boa disponibilidade de serviços públicos
- ☐ Passagem doada por serviço público
- ☐ Trabalho em colheitas
- ☐ Trabalho na construção civil
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro:

*Pular para a pergunta 13***Informações gerais**

25/10/2022 11:27

Censo da População do Rio de Janeiro

13. 7. Você sabe ler e escrever? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Só ler
- ☐ Só escrever
- ☐ Sabe ler e escrever pouco
- ☐ Não quis responder

14. 8. Qual o seu nível de escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Creche / pré-escola
- ☐ Ensino fundamental I incompleto
- ☐ Ensino fundamental I completo
- ☐ Ensino fundamental II incompleto
- ☐ Ensino fundamental II completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino
- ☐ Alfabetização de jovens e adultos
- ☐ Curso técnico incompleto
- ☐ Curso técnico completo
- ☐ Graduação incompleta
- ☐ Graduação completa
- ☐ Pós-graduação incompleta
- ☐ Pós-graduação completa
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

15. 9. Quantos filhos você tem? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ mais de 10
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

16. 10. Com relação à gestação, qual das opções abaixo melhor descreve sua situação? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Não se aplica
- ☐ Nunca estive grávida
- ☐ Estou grávida
- ☐ já tive 1 gestação
- ☐ já tive 2 gestações
- ☐ já tive 3 gestações
- ☐ já tive 4 gestações
- ☐ já tive 5 gestações
- ☐ já tive 6 gestações
- ☐ já tive 7 gestações
- ☐ já tive 8 gestações
- ☐ já tive 9 gestações
- ☐ já tive 10 gestações
- ☐ já tive mais de 10 gestações
- ☐ Já sofri aborto(s)
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

17. 11. Você tem alguma deficiência? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Não
- ☐ Auditiva
- ☐ Física
- ☐ Intelectual
- ☐ Visual
- ☐ Múltiplas
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

18. 12. Possui algum transtorno mental? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Ansiedade
- ☐ Bipolar
- ☐ Borderline
- ☐ Demência
- ☐ Dependência química
- ☐ Depressão
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)
- ☐ Não possui nenhum transtorno mental
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

Moradia

19. 13. Há quanto tempo você está em situação de rua? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 1 mês
- ☐ de 1 a 6 meses
- ☐ de 6 meses a 1 ano
- ☐ Há 1 ano
- ☐ Há 2 anos
- ☐ Há 3 anos
- ☐ Há 4 anos
- ☐ Há 5 anos
- ☐ de 6 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

20. 14. Qual o motivo de você se encontrar em situação de rua? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Consumo de drogas
- ☐ Desemprego
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Violência doméstica
- ☐ Passagem pelo sistema prisional/ hospital psiquiátrico/manicômio
- ☐ Doença mental
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

21. 15. Quantas vezes você já passou por situação de rua? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Primeira vez
- ☐ Segunda vez
- ☐ Terceira vez
- ☐ Quarta vez
- ☐ Quinta vez
- ☐ Seis ou mais vezes
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

22. 16. Nos últimos 12 meses, quais dessas opções melhor definem o seu local de moradia / dormitório? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Calçada
- ☐ Debaixo de ponte
- ☐ Praça
- ☐ Mata
- ☐ Casa / prédio ocupado / Construção ocupada
- ☐ Casa própria
- ☐ Casa de familiar(es)/ amigos(as)/ companheiro(a)
- ☐ Casa alugada
- ☐ Quarto de pensão/ hotel/ hospedagem
- ☐ Barraco
- ☐ Abrigo provisório
- ☐ Casa de passagem
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

23. 17. Nos últimos 12 meses você esteve desempregado: (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ O tempo todo
- ☐ Parte deste tempo
- ☐ Não estive desempregado
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

24. 18. Qual é a sua forma de obtenção de renda? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Artesanato
- ☐ Artista de rua
- ☐ Atividades ilícitas
- ☐ Segurança
- ☐ Camelô
- ☐ Chapa
- ☐ Coleta de recicláveis
- ☐ Faxina
- ☐ Limpeza de terreno/calçada
- ☐ Pedir / Manguear
- ☐ Montagem de infraestrutura
- ☐ Olhar carros
- ☐ Panfletagem
- ☐ Panha de Laranja
- ☐ Plantio/corte de cana-de-açúcar
- ☐ Prostituição
- ☐ Venda de Hortifrúti
- ☐ Limpando para-brisas
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Trabalho registrado
- ☐ Outro: _____

25. 19. Você recebe alguma das opções abaixo? (ler as alternativas)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Aposentadoria
- ☐ Benefícios eventuais
- ☐ Bolsa família
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

26. 20. Quais dessas drogas você consome? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Nenhuma
- ☐ Bebidas alcoólicas
- ☐ Tabaco
- ☐ Maconha
- ☐ Remédios
- ☐ Inalantes
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Resina
- ☐ LSD (doce)
- ☐ Ecstasy (bala)
- ☐ Heroína
- ☐ MD
- ☐ Cogumelo alucinógeno
- ☐ Não sabe
- ☐ não quis responder
- ☐ Outro: _____

27. 21. Nos últimos 12 meses você foi vítima de alguma das seguintes situações: *
(ler as alternativas)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ ameaça
- ☐ agressão física
- ☐ tentativa de estupro
- ☐ agressão por arma de fogo
- ☐ estupro
- ☐ tentativa de roubo/furto de seus pertences/ documentos
- ☐ roubo/furto de seus pertences/ documentos
- ☐ tortura
- ☐ homofobia, transfobia
- ☐ racismo
- ☐ preconceito pela situação de rua
- ☐ Nenhuma
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

28. 22. Nos últimos 12 meses você já sofreu violência de quais desses autores? *
(ler as alternativas)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ pessoa em situação de rua
- ☐ agente de segurança pública
- ☐ funcionária de serviço público
- ☐ pessoa a quem você magueou
- ☐ pessoa da sociedade em geral
- ☐ marido/esposa ou companheiro(a)
- ☐ ex-marido/ ex-esposa ou ex-companheiro(a)
- ☐ familiar
- ☐ Nenhuma
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

29. 23. Quantas refeições você realiza ao dia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ Mais de 6 refeições
- ☐ Nenhuma
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder

30. 24. Como você tem acesso a essas refeições? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ compra
- ☐ doação da população em geral
- ☐ serviços públicos (Centro Pop, Abrigo, Casa de Passagem...)
- ☐ Bom Prato
- ☐ pega do lixo
- ☐ doações de grupos religiosos/comunitários
- ☐ casa de familiares
- ☐ doação de restaurantes/ padarias/ lanchonetes
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

Seção sem título

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

31. 25. Você tem acesso a água potável (exclusivamente em Franca, água da torneira é potável)? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ diariamente
☐ 3 vezes na semana
☐ 1 vez na semana
☐ a cada 15 dias
☐ 1 vez por mês
☐ nunca
☐ Não sabe
☐ Não quis responder

32. 26. Onde você consegue água potável?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Casas de pessoas
☐ Comércio
☐ Postos de Gasolina
☐ Torneiras ou bebedouros públicos
☐ Unidades de serviços públicos
☐ Não sabe
☐ Não quis responder
☐ Outro: _____

33. 27. Qual desses serviços sabe que existe? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Centro POP
- ☐ Abrigo Provisório
- ☐ Casa de Passagem
- ☐ Consultório na Rua
- ☐ CAPS Mental
- ☐ CAPS Álcool e Drogas
- ☐ CREAS
- ☐ CRAS
- ☐ UBS
- ☐ CTA IST/AIDS
- ☐ Nenhum
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

34. 28. E quais destes serviços você utiliza?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Centro POP
- ☐ Abrigo Provisório
- ☐ Casa de Passagem
- ☐ Consultório na Rua
- ☐ CAPS Mental
- ☐ CAPS Álcool e Drogas
- ☐ CREAS
- ☐ CRAS
- ☐ UBS
- ☐ CTA IST/Aids
- ☐ Nenhum
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

35. 29. Por quais destas instituições você já passou? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Cadeia
- ☐ Cárcere
- ☐ Clínica de reabilitação
- ☐ Comunidade Terapêutica
- ☐ Hospital Psiquiátrico
- ☐ Nenhuma
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

*Pular para a pergunta 42***Entrevistado menor de 18 anos**

36. 2a. Você realiza alguma das atividades abaixo? (ler as alternativas) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Exploração pelo tráfico
- ☐ Exploração sexual
- ☐ Manguear
- ☐ Comércio ambulante
- ☐ Trabalho doméstico
- ☐ Atividades ilícitas
- ☐ Trabalho Rural
- ☐ Em condição de aprendiz
- ☐ Trabalho Formal
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quis responder
- ☐ Outro: _____

*Pular para a pergunta 6***Região Norte**

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

37. Bairro: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bairro City Petrópolis
- ☐ Bairro de Miramontes
- ☐ Chácara Santa Maria
- ☐ Fazenda Amapá
- ☐ Jardim Cambuí
- ☐ Jardim Ipanema
- ☐ Jardim Luiza I
- ☐ Jardim Luizall
- ☐ Jardim Marambaia
- ☐ Jardim Milena
- ☐ Jardim Moema
- ☐ Jardim Paineiras
- ☐ Jardim Pinheiros
- ☐ Jardim Pinheiros II
- ☐ Jardim Portinari
- ☐ Jardim Redentor
- ☐ Jardim Tropical
- ☐ Jardim Tropical II
- ☐ Jardim Vera Cruz I
- ☐ Jardim Vera Cruz II
- ☐ Jardim Vera Cruz III
- ☐ Conjunto Habitacional João Ribeiro Conrado
- ☐ Núcleo Hab. Vicente Leporace I
- ☐ Núcleo Hab. Vicente Leporace II
- ☐ Núcleo Hab. Vicente Leporace III
- ☐ Parque do Horto
- ☐ Parque Dom Pedro
- ☐ Parque dos Mutirantes
- ☐ Parque dos Pinhais
- ☐ Parque Wilson Presotto
- ☐ Recanto Capitão Heliodoro
- ☐ Recreio Campo Belo

https://docs.google.com/forms/d/1ntCK0t_myprwrlkldoUagcMlp-yZ7T0Et-TR0y10kTA/edit

18/29

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de Franca

- ☐ Residencial Moreira Júnior
- ☐ Residencial Nova Franca
- ☐ Residencial Nosso Lar
- ☐ Residencial Olavo Pinheiro
- ☐ Residencial Samel Park
- ☐ Residencial São Domingos
- ☐ Residencial São Tomaz
- ☐ Residencial São Vicente
- ☐ Residencial Meirelles
- ☐ Vila Gosuen
- ☐ Vila Santa Terezinha
- ☐ Prolongamento VI Sta Terezinha

Pular para a pergunta 4

Região Sul

38. Bairro: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Chácaras do Espraiado
- ☐ Chácaras Santo António
- ☐ Conjunto Habitacional Otávio Cilurzo
- ☐ Jardim Aeroporto I
- ☐ Jardim Aeroporto II
- ☐ Jardim Aeroporto III
- ☐ Jardim Aeroporto IV
- ☐ Jardim Alvorada
- ☐ Jardim Aviação
- ☐ Jardim Flórida
- ☐ Jardim Lima
- ☐ Jardim Primavera
- ☐ Jardim Santa Bárbara
- ☐ Morada do Verde
- ☐ Núcleo Alpha
- ☐ Parque das Árvores
- ☐ Parque do Castelo
- ☐ Parque dos Lima
- ☐ Parque Francal
- ☐ Parque Mundo Novo
- ☐ Parque Progresso
- ☐ Parque Universitário
- ☐ Prolongamento do Jardim Aeroporto II
- ☐ Prolongamento do Jardim Flórida
- ☐ Prolongamento do Recanto Elimar
- ☐ Prolongamento Jardim Aeroporto
- ☐ Prolongamento Jardim Santa Bárbara
- ☐ Recanto Elimar
- ☐ Recanto Elimar II
- ☐ Recanto Elimar III
- ☐ Residencial António Gonzales
- ☐ Residencial Atlanta Park

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

- ☐ Residencial Dourado
- ☐ Residencial José de Carlos
- ☐ Residencial Paraíso I, II, III, IV e V
- ☐ Residencial Porto dos Sonhos
- ☐ Vale da Lua Azul
- ☐ Vales dos Esquilos
- ☐ Vila Europa
- ☐ Vila Marta
- ☐ Vila Real
- ☐ Village do Sol

Pular para a pergunta 4

Região Leste

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

39. Bairro: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bairro Santo Agostinho
- ☐ Belvedere Bandeirante
- ☐ Jardim Bethânia
- ☐ Jardim Brasil
- ☐ Jardim Brasilândia
- ☐ Jardim Bueno
- ☐ Jardim Canadá
- ☐ Jardim Centenário
- ☐ Jardim do Éden
- ☐ Jardim do Líbano
- ☐ Jardim Monte Carlo
- ☐ Jardim Palestina
- ☐ Jardim Palma
- ☐ Jardim Panorama
- ☐ Jardim Paraty
- ☐ Jardim Paulista
- ☐ Jardim Paulistano
- ☐ Jardim Paulistano II
- ☐ Jardim Piratininga
- ☐ Jardim Riveira
- ☐ Jardim São Francisco
- ☐ Jardim São Luiz
- ☐ Jardim São Luiz II
- ☐ Jardim Seminário
- ☐ Parque dos Ipês
- ☐ Parque do Mirante
- ☐ Parque Santa Marcelina
- ☐ Parque Sumaré
- ☐ Prolongamento do Jardim do Éden
- ☐ Prolongamento Jardim Brasilândia
- ☐ Prolongamento Jardim Paulista
- ☐ Prolongamento Vila Aparecida

https://docs.google.com/forms/d/1ntCK0t_myprwrlkldoUagcMlp-yZ7T0Et-TR0y10kTA/edit

22/29

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

- ☐ Prolongamento Vila Isabel
- ☐ Recanto Fortuna
- ☐ Recanto Itambé
- ☐ Residencial Ana Dorothéia
- ☐ Residencial Chico Neca
- ☐ Residencial Flamboyant
- ☐ Samelo V – Residencial Santa Mônica
- ☐ Vale Belo
- ☐ Vila Aparecida
- ☐ Vila Isabel
- ☐ Vila Monte Verde

Pular para a pergunta 4

Oeste

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

40. Bairro: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bairro Novo Centro
- ☐ Bairro São Joaquim
- ☐ Chácara Engenho Queimado
- ☐ Chácara Morada do Sol
- ☐ Chácaras Ouro Verde
- ☐ Chácaras São Paulo
- ☐ Distrito Industrial
- ☐ Distrito Industrial II
- ☐ Jardim Anita
- ☐ Jardim Califórnia
- ☐ Jardim Conceição Leite
- ☐ Jardim Derminio
- ☐ Jardim Eldorado
- ☐ Jardim Independência
- ☐ Jardim Jacinto Nery
- ☐ Jardim Marília
- ☐ Jardim Martins
- ☐ Jardim Palmeiras
- ☐ Jardim Paulo Archetti
- ☐ Jardim Pulicano
- ☐ Jardim Santa Efigênia
- ☐ Jardim Santo Antônio
- ☐ Jardim São Gabriel
- ☐ Jardim São Paulo
- ☐ Jardim Simões
- ☐ Jardim Tangará
- ☐ Jardim Zelinda
- ☐ Parque Continental
- ☐ Parque das Esmeraldas
- ☐ Parque Florestal
- ☐ Parque João Leite
- ☐ Parque Piratininga

https://docs.google.com/forms/d/1ntCK0t_myprwrlkldoUagclMp-yZ7T0Et-TR0y10kTA/edit

24/29

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

- ☐ Parque Residencial Santa Maria
- ☐ Parque Vitória Régia
- ☐ Polo Industrial Abílio Nogueira
- ☐ Polo Industrial São Bernardo
- ☐ Prolongamento Jardim Martins
- ☐ Recanto Bom Jardim
- ☐ Recanto da Felicidade
- ☐ Residencial Itapuã
- ☐ Residencial Jardim Bom Sucesso
- ☐ Residencial Júlio D'Elia
- ☐ Residencial Paulo Henrique
- ☐ Residencial Sin Saúde
- ☐ Vila Nossa Senhora de Fátima
- ☐ Vila Nova
- ☐ Vila Pandolfo
- ☐ Vila Pedigoni
- ☐ Vila Raycos
- ☐ Vila Rezende
- ☐ Vila Santa Helena
- ☐ Vila Santa Luzia
- ☐ Vila Santos Dumont
- ☐ Vila São Sebastião

Pular para a pergunta 4

Região Centro

41. Bairro: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bairro Cubatão
- ☐ Bairro da Estação
- ☐ Bairro Jesus Maria José
- ☐ Bairro São José
- ☐ Castelo Soberano
- ☐ Centro
- ☐ Cidade Nova
- ☐ Espl. Primo Meneguetti
- ☐ Franca Polo Clube
- ☐ Higienópolis
- ☐ Jardim Roselândia
- ☐ Jardim América
- ☐ Jardim Ângela Rosa
- ☐ Jardim Antônio Petráglio
- ☐ Jardim Barão
- ☐ Jardim Boa Esperança
- ☐ Jardim Célio Cerqueira
- ☐ Jardim Consolação
- ☐ Jardim Espreado
- ☐ Jardim Francano
- ☐ Jardim Guanabara
- ☐ Jardim Integração
- ☐ Jardim Maria Gabriela
- ☐ Jardim Maria Rosa
- ☐ Jardim Miron
- ☐ Jardim Noêmia
- ☐ Jardim Pedreiras
- ☐ Jardim Planalto
- ☐ Jardim Regina Helena
- ☐ Jardim Samello
- ☐ Jardim Samello III
- ☐ Jardim Samello IV

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

- ☐ Jardim Samello Woods
- ☐ Jardim Santa Eugênia
- ☐ Jardim Santana
- ☐ Jardim Três Colinas
- ☐ Jd. São Vicente de Paula
- ☐ Jardim Veneza
- ☐ Parque Boa Vista
- ☐ Parque das Acácias
- ☐ Parque das Águas
- ☐ Parque das Candeias
- ☐ Parque Dr. Carrão
- ☐ Parque São Jorge
- ☐ Parque Santa Hilda
- ☐ Parque Santa Adélia
- ☐ Parque Franville
- ☐ Parque Sumaré
- ☐ Parque Três Colinas
- ☐ Prol. Jd. Ângela Rosa
- ☐ Prol. Jd. Ângela Rosa II
- ☐ Prol. Jd Antônio Petráglio
- ☐ Prol. Leste São José
- ☐ Prolong. Santa Rita
- ☐ Residencial Amazonas
- ☐ Residencial Baldassari
- ☐ Residencial Colina do Espraiado
- ☐ Res. Jovita de Melo
- ☐ Residencial Santa Emília
- ☐ Vila Alan Kardec
- ☐ Vila Benelli
- ☐ Vila Carrenho
- ☐ Vila Champagnat
- ☐ Vila Chico Julio
- ☐ Vila Cel Antônio J.Sobrinho
- ☐ Vila Duque de Caxias
- ☐ Vila Exposição

https://docs.google.com/forms/d/1ntCK0t_myprwrlkldoUagclMp-yZ7T0Et-TR0y10kTA/edit

27/29

25/10/2022 11:27

Censo da População de Rua de França

- ☐ Vila Flores
- ☐ Vila Formosa
- ☐ Vila França
- ☐ Vila Guilherme
- ☐ Vila Hípica e Prolongamento
- ☐ Vila Imperador
- ☐ Vila Industrial
- ☐ Vila Molina
- ☐ Vila Monteiro
- ☐ Vila Nicácio
- ☐ Vl. Nossa Sr^a das Graças
- ☐ Vila Regina
- ☐ Vila Samello
- ☐ Vila Santa Cruz
- ☐ Vl. Sta Maria do Carmo
- ☐ Vila Santa Rita
- ☐ Vila Santa Tereza
- ☐ Vila Santo Antônio
- ☐ Vila São Vicente
- ☐ Vila Scarabucci
- ☐ Vila Teixeira
- ☐ Vila Tótolí

[Pular para a pergunta 4](#)

Feedback

42. De 0 a 10, como você classifica esse questionário? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25/10/2022 11:27

Censo da População do Rua de França

43. Sugestões e críticas:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXOS

ANEXO A – PLANO DE AÇÃO DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19 JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde



PLANO DE AÇÃO DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19 JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – SECRETARIA DE SAÚDE – FRANCA-SP.

Introdução

Considerando a portaria 69/2020 que aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19; Considerando o Plano de Trabalho Monitoramento Clínico Epidemiológico dos Pacientes com COVID-19 no Município de Franca;

Considerando o Decreto Municipal 11018 que declara situação de emergência no Município de Franca e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus - COVID-19,

O Consultório na Rua apresenta o Plano de Ação de enfrentamento ao COVID-19 junto à população em situação de rua, que tem por objetivo assegurar que esta população tenha acesso a todos os cuidados necessários frente a pandemia do novo Coronavírus. A pandemia é uma realidade mundial que trouxe impactos para toda a sociabilidade, porém esta mesma epidemia tem apresentado desdobramentos diferenciados em função das condições de vida e relações estabelecidas no processo saúde-doença. A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo que tem aspectos comuns relacionados à pobreza extrema, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a utilização de logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia, uso abusivo de álcool e outras drogas. Todas estas questões são fatores de risco para o agravamento dos casos de COVID-19. Apesar de precisarmos pensar em ações estratégicas para esta população, o cuidado deve ser compartilhado e é de responsabilidade de toda a rede de atenção. Portanto o presente plano se propõe a traçar estratégias de intervenções que visem a prevenção, o cuidado, a avaliação e o monitoramento referentes ao novo Coronavírus na realidade da população em situação de rua.

Plano de Ação do Consultório na Rua

O Plano de Ação da Equipe do Consultório na Rua (ECR) se dará de forma articulada com a rede de atenção à saúde e socioassistencial, e está ancorado em 4 eixos:

1. Prevenção
2. Testagem
3. Manejo dos casos confirmados
4. Avaliação e Monitoramento

1. Prevenção

Desde o início das ações de enfrentamento ao novo Coronavírus em Franca, marcado pelo Decreto Municipal 11018, que o Consultório na Rua reorganizou todos os seus cronogramas, fluxos e atendimentos com o objetivo de levar a orientação correta aos usuários do serviço. A ECR percorre diariamente as praças, pontos de aglomeração e cenas de uso para desenvolver um trabalho de conscientização acerca da doença, formas de prevenção, etiqueta respiratória. A ECR lançou mão do vínculo construído com esta população por anos, para levar informação de qualidade, as orientações necessárias adaptadas à realidade vivenciada nas ruas sempre ancoradas na redução de danos, além do cuidado necessário no manejo dos casos de sintomáticos respiratórios. Para tanto a equipe realiza:

- Fornecimento de insumos de higiene pessoal
- Fornecimento de máscaras

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde



- Fornecimento de kit de redução de danos.

Todas essas intervenções têm o objetivo principal de promover o autocuidado e desta forma evitar a disseminação descontrolada da infecção junto à população de rua.

2. Testagem

A população em situação de rua tem como uma das características principais a circulação por todo o território do município, portanto é muito problemático realizar um bloqueio epidemiológico e a busca exata dos comunicantes dos casos confirmados. Por esta razão entendemos que as testagens para COVID-19 devem ser ofertadas de forma ampliada e inseridas na rotina das intervenções diárias do Consultório na Rua, considerando as características tanto do trabalho quanto das demandas específicas desta população. A ECR fará a avaliação para definir a pertinência da oferta dos testes nos casos encaminhados, indicados por outros serviços e populares, conforme critérios epidemiológicos estabelecidos.

Os testes sorológicos (teste rápido -TR) para COVID-19 serão ofertados de acordo com a avaliação da equipe técnica de forma a compor a estratégia de resposta à Pandemia na identificação da extensão da transmissão da doença junto à população em situação de rua.

3. Manejo dos casos confirmados

O Consultório na Rua conduzirá e acompanhará os casos de COVID-19, seguindo o Fluxograma de Atenção à População em Situação de rua (anexo1). Ressaltando que **TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE** são responsáveis pela atenção à população de rua, este plano não restringe o manejo, cuidado e encaminhamentos das demandas de saúde da pessoa em situação de rua a ECR.

4. Avaliação e Monitoramento

A ECR fará a avaliação e o monitoramento dos casos:

- 4.1 – Abordados pelo Consultório na Rua;
- 4.2 – Abordados e encaminhados pelos serviços socioassistenciais;
- 4.3 – Encaminhados de outros serviços de saúde;
- 4.4 – Indicados pela população.

A realidade imposta pela pandemia do novo Coronavírus determina que os protocolos epidemiológicos sejam elaborados e revistos diariamente, portanto a ECR estará alinhada às últimas orientações para promover uma estratégia eficaz para contribuir com a identificação da extensão da transmissão da doença na população em situação de rua.

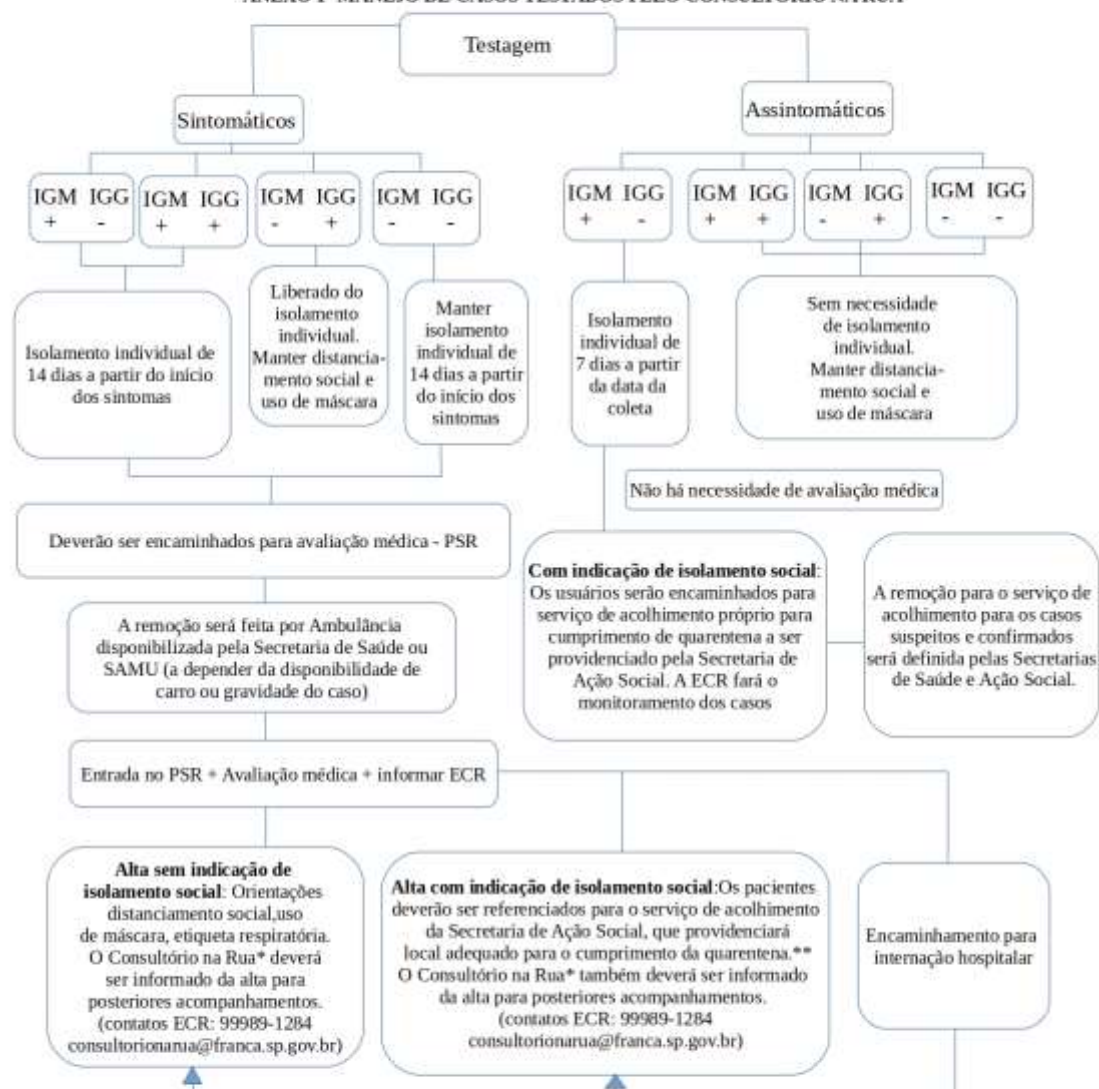
O presente Plano amplia a linha de cuidado e aponta a importância de sermos todos corresponsáveis pelas demandas de saúde desta população. A seguir apresentamos o fluxo de atendimento à pessoa em situação, que tem por objetivo maior garantir que, apesar das dificuldades no manejo associadas à condição de rua, possamos realizar o acompanhamento e monitoramento de maneira efetiva.

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde



FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - COVID-19 – FRANCA-SP
ANEXO 1- MANEJO DE CASOS TESTADOS PELO CONSULTÓRIO NA RUA

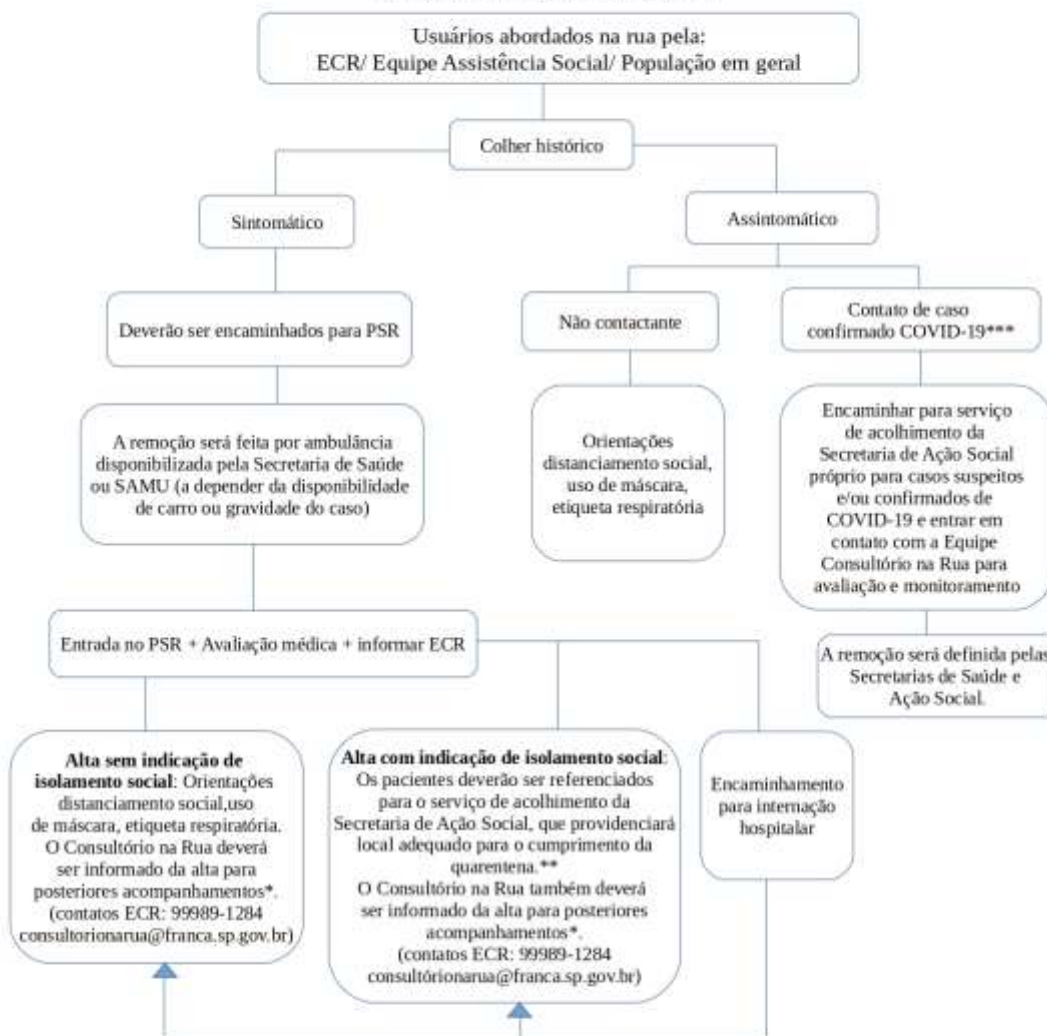


* De acordo com a Portaria 122/11 o Consultório na Rua não realiza remoção de usuários, pois o veículo é destinado apenas para o transporte da equipe para os atendimentos nos territórios.

** O paciente só deverá ser liberado após o Serviço Social ou outro responsável pelo plantão do PSR ou Hospital de Referência (Santa Casa), realizar contato com o serviço de acolhimento da Secretaria de Ação Social e definir o local para o cumprimento da quarentena, bem como a remoção para o mesmo.

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde


ANEXO 2 - MANEJO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS COVID-19 PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE FRANCA


* De acordo com a Portaria 122/11 o Consultório na Rua não realiza remoção de usuários, pois o veículo é destinado apenas para o transporte da equipe para os atendimentos nos territórios.

** O paciente só deverá ser liberado após o Serviço Social ou outro responsável pelo plantão do PSR ou Hospital de Referência (Santa Casa), realizar contato com o serviço de acolhimento da Secretaria de Ação Social e definir o local para o cumprimento da quarentena, bem como a remoção para o mesmo.

*** Definição de contato: Esteve a menos de 1 metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos com um caso confirmado; Teve contato físico direto (ex. apertando as mãos) com caso confirmado; Contato domiciliar ou residente da mesma/casa (dormitórios, creche, alojamentos, dentre outros) de um caso confirmado.

Rua Cavalheiro Petraglia, nº 80 – Vl. Santos Dumond – Franca – SP - CEP: 14405-327
Fone: 3721-3947/ 99989-1284 - e-mail: consultorionarua@franca.sp.gov.br

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde



Observações:

- Os funcionários do PSR ou Hospital de Referência para o COVID-19 deverão entrar em contato com a Secretaria de Ação Social antes de liberar o usuário, caso seja recomendado que o mesmo permaneça em isolamento individual, ou tenha que retornar para a coleta de exames.
- Caso o usuário tenha indicação para realizar testagem, passar por avaliação médica ou tenha indicação de isolamento individual e se recuse, o mesmo será orientado sobre as implicações legais e a possibilidade de ser acionado o Decreto Municipal nº 11.018, Art. 4º que prevê a determinação compulsória de exames, vacinas e tratamentos necessários relativos ao COVID-19. O Consultório na Rua informará os casos de recusa ao Ministério Público, porém em função da natureza do serviço e do vínculo construído com os usuários a equipe não realizará nenhuma intervenção involuntária.

Prefeitura Municipal de Franca

Secretaria Municipal da Saúde



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Brasília, 2020.

Plano de Trabalho Monitoramento Clínico Epidemiológico dos Pacientes com COVID-19 no Município de Franca. Versão 1, Franca, 2020.

Decreto Municipal 11018, Declara situação de emergência no Município de Franca e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Novo Coronavírus - COVID-19. Franca, 2020.

ANEXO B – INFORMAÇÕES SOBRE ÓBITOS DE USUÁRIOS(AS) DA ECR DE FRANCA

Quadro 3 – Data, causa e local do óbito por sexo, cor/raça e idade dos(as) usuários(as) da eCR de Franca entre 2019 e 2021.

Data óbito	Sexo	Cor/raça	Idade	Causa	Local
09/09/2019	Feminino	Branca	39	Diabetes	Santa Casa
30/10/2019	Masculino	Parda	69	Pneumonia	Santa Casa
09/11/2019	Masculino	Branca	31	Violência	Santa Casa
16/05/2020	Masculino	Parda	47	Hepatopatia	Praça
20/06/2020	Feminino	Branca	53	Cardiopatia	Abrigo Provisório
22/06/2020	Masculino	Parda	29	Hepatopatia	Praça
05/07/2020	Masculino	Preta	43	Tuberculose	Santa Casa
06/07/2020	Masculino	Branca	65	Cardiopatia	Sem informação
12/08/2020	Masculino	Parda	45	Hepatopatia	Hospital do Coração
20/08/2020	Masculino	Parda	62	AVC	Santa Casa
17/10/2020	Masculino	Parda	43	Tuberculose	Pronto Socorro
03/11/2020	Masculino	Branca	61	COVID-19	Hospital do Coração
06/01/2021	Feminino	Branca	34	Hepatopatia	Praça
09/02/2021	Masculino	Preta	57	Hepatopatia	Praça
27/02/2021	Feminino	Preta	23	Violência	Via pública
06/03/2021	Masculino	Parda	44	Hepatopatia	Praça
06/05/2021	Feminino	Branca	23	Tuberculose	Comunidade Terapêutica
05/06/2021	Masculino	Parda	56	Parada cardíaca não especificada	Via pública
27/06/2021	Masculino	Preta	44	AVC	Santa Casa
06/07/2021	Feminino	Branca	51	Hepatopatia	Santa Casa
06/08/2021	Masculino	Parda	45	Aids	Santa Casa
15/09/2021	Masculino	Preta	48	AVC	Santa Casa
02/10/2021	Masculino	Branca	55	Cardiopatia	Santa Casa
31/10/2021	Masculino	Parda	33	Tuberculose	Santa Casa

08/11/2021	Masculino	Preta	40	Violência	Santa Casa
------------	-----------	-------	----	-----------	------------

Fonte: Equipe Consultório na Rua de Franca.