

As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico

Social ruptures and the everyday life of homeless people: an ethnographic study

Rupturas sociales y la cotidianidad de las personas sin hogar: estudio etnográfico



Regina Célia Fiorati^a
Regina Yoneko Dakuzaku Carretta^a
Leonardo Martins Kebbe^a
Beatriz Lobato Cardoso^b
Joab Jefferson da Silva Xavier^c

Como citar este artigo:

Fiorati RC, Carretta RYD, Kebbe LM, Cardoso BL, Xavier JJS. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e72861. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores geradores das rupturas das redes sociais de suporte, identificar o cotidiano e os projetos de vida de pessoas em situação de rua.

Método: Estudo etnográfico desenvolvido entre 2012 e 2013 em Ribeirão Preto-SP, Brasil. Quinze pessoas participaram do estudo. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas de histórias de vida filmadas e de diário de campo. A análise foi realizada com base no referencial da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

Resultados: Os resultados mostraram que iniquidades estão presentes há gerações passadas nas famílias e que o cotidiano é marcado por violência e morte, pobreza e exclusão, rupturas das redes sociais e isolamento, uso de álcool e outras drogas e doenças socialmente determinadas.

Conclusão: A situação de rua decorre de múltiplos fatores que se apresentam na organização social brasileira e de determinantes sociais que condicionam a vida e a saúde das pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pobreza. Vulnerabilidade social. Iniquidade social. Determinantes sociais da saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To discover the generators of disruptions in social support networks and identify the everyday life and projects of life of homeless people.

Method: Ethnographic study conducted between 2012 and 2013 in Ribeirão Preto-SP, Brazil. The participants were fifteen homeless people. Data were collected through video-recorded interviews addressing histories of life and a field diary. Data analysis was based on Habermas' Theory of Communicative Action.

Results: Results revealed that the participants' families have faced inequalities for many generations and that everyday life is marked by violence and death, poverty and exclusion, disrupted social networks, loneliness, alcohol and drug consumption, and other socially determined diseases.

Conclusion: The situation of living on the streets stems from several factors present in the organization of the Brazilian society and social determinants condition the life and health of homeless people.

Keywords: Poverty. Social vulnerability. Social inequity. Social determinants of health. Qualitative research.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores generadores de las rupturas de las redes sociales de soporte, identificar su cotidiano y sus proyectos de vida de personas sin hogar.

Método: Estudio etnográfico hecho entre 2012 y 2013 en Ribeirão Preto - SP, Brasil. Los participantes fueron quince personas sin hogar. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas de historias de vida filmadas y diario de campo. El análisis de datos se realizó con base en el referencial de la Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas.

Resultados: Los resultados mostraron que las iniquidades están presentes durante generaciones en las familias y que el cotidiano está marcado por violencia y muerte, pobreza y exclusión, rupturas y aislamiento, uso de drogas y otras enfermedades socialmente determinadas.

Conclusión: Personas sin hogar derivan de varios factores que se presentan en la sociedad brasileña y que determinantes sociales condicionan la vida y la salud de las personas sin hogar.

Palabras clave: Pobreza. Vulnerabilidad social. Inequidad social. Determinantes sociales de la salud. Investigación cualitativa.

^a Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Departamento de Terapia ocupacional. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina. São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O fenômeno da população em situação de rua tem afetado diversos países em todo o mundo. Esta problemática é composta por múltiplas determinações, dentre as quais se destaca a precarização ou o rompimento total das relações de trabalho formal e a ruptura dos vínculos familiares e comunitários. Estes fatores conduzem a perda de suporte familiar, comunitário e da identidade social de trabalhador e a sobrevivência em condições de desabrigo, resultando em uma condição de sobrevivência sub-humana⁽¹⁻²⁾.

A vulnerabilização social de pessoas e grupos decorre da crise do Estado de Bem Estar Social, a globalização da economia e a orientação neoliberal das políticas econômicas como importantes fatores geradores de exclusão de amplas camadas da população mundial⁽³⁾.

No Brasil o fenômeno originou-se no processo de industrialização ocorrido no período 1930-1980, substituindo o modelo de acumulação agroexportadora no país⁽⁴⁾. E pontua-se que causas histórico-sociais estão na base da reprodução de populações em extrema pobreza no Brasil, marcadas pela desigualdade social, econômica e política, aspecto que compromete a democratização da sociedade⁽⁵⁾.

Um estudo censitário junto a 71 cidades brasileiras, identificando um contingente de 31.922 adultos vivendo em situação de rua, mostra que a maioria é formada por homens, que vivem nas ruas durante o período produtivo da vida, apresentam altos índices de vulnerabilidade social, associando-se a atividades precárias de geração de renda na rua. Há predominância masculina (82%) e que mais da metade (53%) está em idade economicamente produtiva com idades entre 25 a 44 anos, apresentando como razões para viverem na rua problemas como uso de álcool e outras drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%). Tal população apresenta níveis de renda baixos, sendo que a maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais⁽⁴⁾.

Ainda que pessoas em situação de rua possam integrar uma zona de assistência, formar uma rede social entre os pares na mesma condição e pessoas que oferecem ajuda ocasional, essa população encontra-se em uma situação de flutuação na tessitura social e povoam seus interstícios sem encontrar um lugar designado e reconhecido. Inserem-se, frequentemente, em situações de violência e morte, ocupam condição de não acessibilidade a condições de vida digna, vivendo com base em pobreza extrema, destituídos de direitos, de estruturas básicas de sobrevivência⁽⁶⁾.

A situação de rua na atualidade tende a estabelecer-se já na adolescência e juventude, em grupos sociais em situação de pobreza e que apresentam altos índices de vulnerabilidade social⁽⁷⁾.

Pessoas em situação de rua passam, historicamente, pelo imaginário social através de diferentes visões e atribuições que vão desde as imagens do sofrido urbano até as figuras que povoam as margens da sociabilidade. Em perspectiva complementar, as políticas públicas de atenção a esse segmento social são atravessadas por concepções de normatividade e estigmatização com base em intersetorialidade duvidosa que articulam atores setoriais que, tradicionalmente, atuam com base na tutela e na repressão, tais como a assistência social e a segurança pública, a qual se atrela, ainda, no Brasil, a uma lógica militarizada de intervenção. Ao mesmo tempo, a lógica que se propaga pelos setores responsáveis pela implementação das políticas, o fazem sob a ótica da individualização do problema, generalizando uma interpretação moral de que são culpados pela situação na qual se encontram o que gera maior discriminação social desses grupos⁽¹⁾.

Para compreender melhor a realidade cotidiana dessa população, realizou-se uma pesquisa, a qual teve como objetivo geral conhecer e identificar, por meio das histórias de vida de pessoas em situação de rua, os fatores geradores das rupturas das redes sociais de suporte (familiares, comunitárias, educação e trabalho) e identificar o contexto socio-cultural, histórico, econômico e político nos quais se deu a ruptura das redes sociais de suporte; identificar a realidade em seu cotidiano nas ruas e identificar seus projetos de vida.

■ MÉTODO

Tipo de estudo

A pesquisa se caracterizou como estudo etnográfico que utilizou os seguintes instrumentos de coleta de dados: entrevistas de histórias de vida filmadas e diário de campo⁽⁸⁾.

Cenário e contexto da pesquisa

O cenário e o contexto do estudo se deram em locais urbanos frequentados por pessoas em situação de rua, tais como praças, viadutos, ruas no município de Ribeirão Preto. Esta cidade possui 658.059 habitantes, localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,45, sendo que 1 é o pior número e 0 é o melhor. A incidência de pobreza, medida pelo IBGE, é de 11,75%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 8,16%, o superior é de 15,35% e a incidência da pobreza subjetiva é de 8,75%. Em 2000, a participação dos 20% da população mais rica da cidade no rendimento total municipal era de 61,1%, 21 vezes superior a dos 20% mais pobres, que era de 3,0%, sendo que em 1991 a participação dos 20% mais pobres era de 4,0%, ou

seja, do começo da década de 90 até o ano de 2000 houve crescimento da desigualdade social na cidade⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (TO-FMRP-USP) e recebeu apoio do Centro de Referência e Assistência Social Especializado em Pessoas em Situação de Rua de Ribeirão Preto (CREAS-POP-RP).

O CREAS-POP-RP, vinculado a Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Ribeirão Preto, é um estabelecimento de assistência social especializado na atenção a pessoas em situação de rua e busca atender às diretrizes da Política Nacional de Assistência Social, integrando os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), recomendado aos municípios com mais de 250.000 habitantes⁽¹⁰⁾.

Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa quinze (15) pessoas em situação de rua que se encontravam morando na rua, no Município de Ribeirão Preto, na época da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser pessoa, independente de gênero, raça, ou qualquer outra característica individual, que no momento da pesquisa estivessem habitando e realizando suas atividades de vida diária nos espaços públicos urbanos da cidade.

Não houve uma seleção prévia dos participantes da pesquisa e a seleção foi aleatória, ocorrendo através da imersão da equipe de pesquisa diretamente nos espaços públicos frequentados por pessoas em situação de rua. Assim, a abordagem dos sujeitos nos espaços públicos da rua se deu através de uma aproximação direta, ocasião em que havia a solicitação para fazer o contato e apresentação da pesquisa, seus objetivos e métodos e procedimentos éticos.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através da imersão da equipe na realidade estudada e da convivência com os participantes por períodos do dia, aquelas que concordaram em participar do estudo foram entrevistadas e filmadas. As entrevistas, então, foram realizadas em locais, que sob as circunstâncias do contexto são considerados o ambiente natural dos sujeitos, em concordância com o método etnográfico⁽¹¹⁾.

As entrevistas se caracterizaram por ser do tipo aberto e de histórias de vida e foram gravadas e filmadas porque após o término da pesquisa de campo foi produzido um vídeo-documentário, cuja finalidade tem sido inserir discussão na sociedade em estabelecimentos de assistência social, saúde, culturais e educativos, na cidade de Ribeirão Preto e no Estado de São Paulo.

Para a produção do vídeo-documentário foi elaborado, preliminarmente, um roteiro de entrevista que nos possibilitasse o acesso às informações correspondentes ao objetivo geral da pesquisa: conhecer, a partir das histórias de vida, as rupturas que levaram os sujeitos à situação de rua, ou seja, as rupturas dos laços familiares, como escolaridade e trabalho, assim como, conhecer o cotidiano nas ruas e os projetos de vida. Da mesma forma, para a elaboração do roteiro levou-se em conta a sequência biográfica de pessoas que compartilham horizontes culturais semelhantes. Assim partiu-se dos seguintes eixos que compuseram o roteiro: 1) história familiar e biográfica; 2) experiência com Educação/escolaridade; 3) rupturas com a família; 4) experiência e rupturas ocupacionais; 5) cotidiano e 6) projeto de vida.

A equipe de pesquisa foi composta pela pesquisadora coordenadora da pesquisa, um doutorando em saúde pública e operador da câmera de filmagem, uma terapeuta ocupacional (TO) técnica de laboratório do Curso de TO-FMRP-USP e duas estudantes de graduação do curso de TO-FMRP-USP que realizavam pesquisa de iniciação científica. A coordenadora e o doutorando e a TO realizaram as entrevistas, as filmagens e o diário de campo, o restante da equipe ficou incumbido da produção fotográfica e compilação do diário de campo.

Análise dos dados

Para a análise do conteúdo discursivo e visual dos depoimentos utilizou-se o referencial teórico-filosófico de Habermas com base em sua Teoria da Ação Comunicativa.

A chave para um exercício interpretativo-dialético é a linguagem, pois é esta que permite o acesso a racionalidade humana impregnada da dominação das instituições, permitindo uma análise interpretativa dos discursos proferidos, com base em sua historicização e na percepção de que estão sempre contextualizados e inseridos no universo cultural, histórico, político, normativo e intersubjetivo nos quais se validam, bem como, refletem as contradições que seu tempo histórico-cultural lhes impõe⁽¹²⁻¹³⁾.

Assim, seguiram-se as seguintes etapas para análise dos dados:

1. Após a coleta de dados, os depoimentos filmados foram organizados e registrados em uma base de dados que foram posteriormente codificados;
2. Na segunda etapa a equipe de pesquisadores assistiu a todos os depoimentos repetidas vezes e comparou com o material textual colhido por meio do diário de campo. As informações das narrativas das entrevistas selecionadas da análise dos filmes foram então trianguladas com os relatórios do diário de campo;
3. Após essa comparação entre os depoimentos filmados e o diário de campo, operou-se a extração de tre-

chos fílmicos referentes a cada uma das seis categorias temáticas, que constituíram o roteiro das entrevistas (história familiar e biográfica; experiência com Educação/escolaridade; rupturas com a família; experiência e rupturas ocupacionais; cotidiano e; projeto de vida);

4. Esses trechos fílmicos foram analisados novamente à luz do referencial filosófico da Teoria da Ação Comunicativa. As narrativas dos sujeitos foram delineadas de acordo com padrões discursivos. Esses padrões discursivos foram relacionados com análises histórico-culturais do contexto político, econômico e histórico brasileiro.

Neste estudo foi produzido o documentário ExcluSOS, filme de média metragem de 45 minutos.

Procedimentos éticos

Seguindo as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o CAAE: N° 08745212.3.0000.5414.

Aos participantes foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Uso de Voz e Imagem. Após isso, os participantes assinaram os Termos apresentados.

■ RESULTADOS

Foram entrevistadas 15 pessoas em situação de rua, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 64 anos e que, no momento da coleta dos dados, se encontravam em Ribeirão Preto. Os sujeitos pesquisados nasceram em sua maioria em outros estados e cidades, sendo que apenas dois eram naturais de Ribeirão Preto. Os estados predominantes de origem dos sujeitos foram Pernambuco e Minas Gerais.

A seguir são apresentados os resultados segundo categorias temáticas descritas anteriormente.

Histórico familiar e biografia

Verificou-se que as famílias dos sujeitos do estudo há várias gerações estavam inseridas em segmento social de extrema pobreza, ligados a atividades laborais de baixa renda, integrando zonas de vulnerabilidade social, apresentando problemas e dificuldades, de ordem econômica, cultural, social e de saúde.

Sou nascida em Orlândia... é... meu nascimento causou muitas intrigas entre minha mãe e meu pai... quando eu tinha 11 anos eu fui abusada pelo meu pai [...] eu completei 11 anos e... desde aí minha vida nunca mais deu certo...

aí eu causei desavença com minha mãe, minha mãe brigou comigo e eu saí de casa depois desde agora eu tô na rua (Naiara).

Meu pai morreu bebendo, meu tio morreu bebendo, todo mundo da minha família morreu bebendo, só tá viva minha mãe [...] eu bebo desde os 7 anos de idade... eu vou fazer 49 anos... bebi da época dos 7 anos até hoje eu bebi (Wilson).

Experiências na área da Educação/escolaridade

Os sujeitos apresentaram baixa escolaridade, sendo o nível fundamental do ensino regular o período em que ocorre o abandono escolar. Referiram ainda que outros membros da família, tais como avós e pais eram analfabetos e irmãos também abandonaram a escola nos anos fundamentais.

Eu sou roceiro, sou da roça... não tenho leitura forte pra estudar alguma coisa...nada. Eu fui criado lavando bosta de porco, dando comida pra boi, cortando capim pra boi e puxando enxada pros pés... eu não tenho leitura, minha leitura é pouca...não tenho leitura grande (Benverlânio).

Eu ia na escola, mas ia mais pra bagunçar do que estudar né...lá que começou as amizades né... os companheiros lá...o pessoalzinho lá foi se enturmando, molecada, aí como a fumar maconha, fumar cigarro...aí tinha vez que nem ia na escola mais, chega na escola matava aula, ficava andando pra rua, ia pra escola só pra brigar (José Marcos).

Rupturas com vínculos familiares

Os vínculos familiares em todos os relatos mostraram processos de intensas rupturas. Os participantes mais idosos apontaram a morte dos progenitores e dos irmãos prematuramente e desavenças familiares. Os mais jovens referiram a existência dos membros familiares, porém os vínculos eram precários, com rupturas ocorridas ainda na infância e adolescência, com ausência frequente dos progenitores. Dentre as causas dessa ausência estão o abandono devido à ligação afetivo-amorosa com novos parceiros e os progenitores estarem confinados em instituições prisionais. Ainda, outros fatores são apontados como desencadeadores de ruptura da coesão familiar: pobreza e situação de fome no núcleo familiar, abuso sexual e relações de violência física e moral imputados por adultos e uso problemático de substâncias psicoativas.

É o seguinte eu separei da mulher [...] não deu mais certo, então ela foi prum canto eu fui pro outro, ela vive a vida

dela eu vivo a minha, eu tenho cinco filhos com ela...não deu certo, ela vive a vida dela...eu vou matar ela por causa de quê? Por causa de filho? Eu não vou não (Wilson).

Foi a morte da família né, pai, mãe, a minha irmã [...] morreram tudo né, a família [...] acabou minha família na Vila Tibério pra falar a verdade (Otávio).

Minha família é quase toda evangélica, e aí eu fui pra lá e fiquei um tempo lá entendeu...mas eu ficava usando droga lá e eu pegava e ficava com vergonha da minha família, da minha mãe, do meu pai, dos pastores da igreja deles entendeu...aí eu resolvi sabe vim embora e sair de lá, e aí eu nunca mais voltei (Telma).

Experiências e rupturas com o mundo do trabalho

Os entrevistados referiram ter trabalhado em atividades de baixa renda, sendo que apenas dois trabalharam como operários em empresas. Observou-se que os sujeitos acima de 40 anos referiram atividades profissionais formais (operário, pedreiro, pintor de parede), porém os mais jovens (entre 18 a 30 anos) referiram não ter desenvolvido atividade profissional formal, sendo que as atividades de obtenção de renda relatadas nesta faixa etária foram: tráfico de drogas, reciclagem de lixo, vigia de carro e pedinte.

Eu tenho a experiência de pedreiro, carpinteiro, encanador... sou profissional na construção de... pedreiro (Otávio).

Eu trabalhei de auxiliar de almoxarifado, auxiliar administrativo, eu trabalhei de peão de obra, eu trabalhei de várias coisas [...] quando eu resolvi cair no mundo eu trabalhava de camelô, eu já tinha perdido emprego[...] a maior responsável de eu perder meu emprego e perder minha vida digna, de ser alguém na vida foi a cachaça, então a gente tem que dizer que a cachaça também é uma droga [...] (Luiz Carlos).

Eu trabalhei de servente, eu era muito bom, excelente... mas hoje eu nem consigo trabalhar de servente [...] tempo atrás eu trabalhei esse negócio de panfleto, da hora, esfria a mente um pouquinho [...] passa um tempo com a rapaziada [...] aí eu fico pra lá pegando papelão, garrafa, vixe, muita garrafinha (Gladison).

Nunca mais trabalhei, a minha vida é ficar olhando carro só...não tenho documento nenhum, meu documento meu que tenho é Deus, não tenho um pingão de documento (Wilson).

O cotidiano vivido nas ruas

O cotidiano da vida nas ruas foi apontado como experiência marcada pela miséria, por relações de violência, vínculos com a criminalidade, preconceito, impotência, solidão e desespero. Os sujeitos narraram situações nas quais são roubados, estuprados, violentados, se envolvem em brigas e disputas por objetos ou território, sofrem preconceito generalizado e ações de violência por parte da sociedade, e estando em sua grande maioria envolvidos continuamente com o uso problemático de substâncias psicoativas. Também relatam que a morte acontece precocemente e entre as principais causas estão: assassinatos, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, especialmente por vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), hepatites B e C, sendo que nem sempre essas doenças são contraídas nas ruas, mas, principalmente agravadas na rua.

A rua você não tem onde lava uma roupa, às vezes que nem eu já vi, às vezes as pessoas vai nas portas pedi, as pessoas xingam, humilham [...] você não tem um banheiro pra usar, você não tem um lugar pra você comer, olha a dificuldade da rua é isso aí [...] (Telma).

Você acha que é fácil viver nessa vida, não é fácil não, eu não queria essa vida pra mim... olha o que aconteceu comigo ó (Vilma).

Os caras às vezes abusa das meninas na rua aí [...] eu já tentou sabe, me violentar, aí eu comecei a ter medo (Telma).

A coisa é difícil, se você tá ali na rua, você tá arriscado morrer ou matar tá... você tá dormindo ali e nem vê, o cara faz maldade, pode por fogo em você...vixe a coisa é doida, horrível (Gladison).

O lado ruim é quando anoitece, você procurar um canto pra você descansar tua cabeça, olhar prum lado e só ver miserável na tua frente, querendo te roubar um chinelo velho, levar tua mochila... um babaca igual nós, que não tem nada igual nós, mas quer tirar o que é teu, e se não tirar a tua vida [...] (Luiz Carlos).

Projetos de vida

Três pessoas entrevistadas apresentaram projeto de vida no qual aparece o desejo de terem trabalho e habitação. Entretanto, três depoentes referiram que o destino mais provável seria a morte e outros três referiram que provavelmente morreriam se não conseguissem mudar sua condição de vida. O restante dos sujeitos apresentou

projeto de vida ambíguo, no qual aparece o desejo de mudança de vida, contudo, com forte conteúdo discursivo de desesperança e descrédito em alternativas oferecidas pelos equipamentos de saúde e socioassistenciais.

Eu queria tá voltando a estudar, que eu não perdi ainda a matrícula, pois faz dois dias que eu não tô indo, e ter um lugar pra dormir, pra tomar banho, pra poder voltar a estudar e poder recuperar meu emprego de volta (Nayara).

Vou ver se consigo comprar um terreno pra mim, o que eu tinha eu vendi, tenho que voltar a comprar de novo... ou uma casa de Cohab (Otávio).

Eu quero arrumar um emprego, eu quero ter minha casinha própria, eu penso as coisas boas, mas só não penso em construir família, família e filho eu não quero não [...] ir na loja comprar minhas coisas, as coisas que eu gosto e final de semana passear, ir pra balada... não negócio onde tem cerveja... balada que eu falo assim, uma sorveteria tomar sorvete, uma pizzaria tomar guaraná, tomar bastante refrigerante, essas coisas que eu falo...uma discoteca (Roseli).

Eu sei lá, eu penso que se não parar com a droga, eu vou parar no inferno mesmo, no caixão, não consigo parar não, nem eu e nem meu irmão...se eu falar que um dia eu vou parar vai ser difícil (Gladison).

A minha vida acabou, não quero viver mais, não quero mesmo (Vilma).

Futuro nenhum, esperando só a morte...tem outra saída? (Luiz Carlos).

Comparação com o diário de campo

Esses dados também foram verificados através da leitura dos relatórios do diário de campo, que se centrou nos contextos e ambientes em que se realizaram as entrevistas. Assim, chegou-se aos seguintes dados semelhantes: grande contingente de migrantes, baixa escolaridade e atividades laborais informais e de baixa renda, histórico familiar de pobreza econômica, vínculos familiares fragilizados, cotidiano de violência vivido nas ruas e sentimentos de desesperança em relação à vida.

Observou-se, entretanto, um tema predominante em todos os discursos analisados: todos os entrevistados atribuem sua condição de morar nas ruas, exclusivamente, ao uso de álcool e outras drogas. Embora, em todas as narrativas a vulnerabilidade social, as iniquidades e a exclusão apareçam associadas ao histórico familiar de forma preva-

lente e há várias gerações passadas, sua condição de extrema pobreza é associada unicamente ao uso de substâncias psicoativas, e nunca a determinantes sociais, historicamente produzidos pela sociedade brasileira.

DISCUSSÃO

As histórias de vida mostraram que a vulnerabilidade social e a exclusão preponderam na história familiar, percorrendo gerações passadas até a atual. Os sujeitos do estudo estão inseridos em famílias e comunidades marcadas pelo analfabetismo ou baixa escolaridade, atividades laborais de baixa renda e baixo capital social, com a presença de vínculos sociais de violência marcando suas formas de sociabilidade. Relatam, também, o frequente abandono escolar para atividades informais de geração de renda como medida imediata de combate à pobreza ou miséria. Realidade observada em outras regiões do mundo^(2,14-15).

Contudo, essa realidade não é associada, na percepção dos entrevistados, a sua condição de exclusão para a vida nas ruas. Ao invés, sua condição de rua é unicamente associada ao uso de álcool e outras drogas. Esse discurso também é recorrente em meio aos trabalhadores sociais, entre os profissionais da saúde e do campo da saúde mental, bem como, entre os espaços da mídia e meios de comunicação⁽¹⁶⁾.

Entretanto, quando fazemos a intersecção da auto-percepção dos sujeitos apresentada com as histórias de vida integrais surge uma contradição que é a história de vulnerabilidade e pobreza que vêm afastando esse segmento social para fora dos padrões de vida equânime há gerações, narrada pelos sujeitos e confirmada por outros estudos em outros países⁽¹⁷⁾.

Neste momento surge uma questão importante: porque as pessoas em situação de rua entrevistadas se apropriaram inteiramente do discurso dos campos da mídia, da saúde e assistência social sobre sua condição encerrada na problemática do uso de álcool e outras drogas e não relacionam sua situação à realidade de pobreza que aparece de forma prevalente nas suas histórias familiares? Obviamente existem muitos fatores que explicam a apropriação pelos grupos sociais oprimidos do discurso das camadas sociais dominantes: baixa escolaridade e exclusão do campo da educação, reprodução ideológica do discurso e das representações sociais dominantes, entre outros. Dessa forma, surge então uma pergunta subtendida na outra: porque os discursos midiáticos e dos profissionais da saúde, assistência social, entre outros, reduzem essa questão social de uma complexidade significativa apenas ao uso de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, a uma questão médica? Nessa concepção, entende-se que as pessoas que vivem na rua assim estão porque, única e ex-

clusivamente, não conseguem interromper o uso de álcool e substâncias químicas ilícitas. Confirmando o que outros estudos apontam em relação à concepção prevalente em meio aos profissionais que atuam na atenção a essa população de individualização do problema, não contextualizando a situação de rua vinculada aos determinantes socioeconômicos, históricos, políticos e culturais na raiz de uma sociedade produtora de desigualdades sociais⁽¹⁾.

Interpreta-se que o consenso construído em torno da ideia de que a exclusão desses sujeitos para a vida na rua é causada unicamente pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e tratá-la unicamente sob o prisma clínico-psiquiátrico, tem origem na reprodução cultural, a partir de um processo de comunicação com distorções e com base em representações sociais disseminadas a partir de pré-concepções formuladas midiaticamente e informadas por determinados interesses ideológicos. Essa interpretação da realidade além de revelar o processo de apropriação por parte da instituição médica de questões da ordem do social, do político e do econômico e tratá-las sob um prisma clínico, não leva em consideração fatores e aspectos profundos enraizados na cultura e história da formação social da sociedade brasileira^(16,18).

A sociedade brasileira é marcada ainda por uma característica herdada de sua organização sociopolítica escravista que perdurou até o século XIX, a qual, através de uma cultura de naturalização da pobreza, permanece indiferente às iniquidades sociais, entendendo as imensas desigualdades como qualidades naturais de indivíduos desadaptados e inabilitados no interior das relações sociais. Essa 'naturalização' da desigualdade é um produto cultural engendrado com base em um acordo social excludente que não reconhece a cidadania plena de forma universal. Neste processo há um exercício desigual das cidadanias, com a autorização passiva dada pela sociedade a frequente violação de direitos de pessoas e grupos e a contraposição ou resistência de setores sociais dominantes em relação às políticas sociais⁽¹⁹⁾. Essa proposição corrobora a observação, inclusive de outros estudos, sobre a tendência a imputar sobre o indivíduo as causas da situação em que se encontram. Ou seja, visualiza-se a situação através de um prisma moral e individualizante, sem contextualizar os determinantes sociais e os demais⁽¹⁾.

Na perspectiva apresentada, não se quer minimizar o fenômeno do uso problemático de substâncias psicoativas, cuja prevalência é extremamente importante entre pessoas em situação de rua, mas entendemos que a atribuição a essa problemática como único desencadeador da situação de rua e pobreza extrema é um reducionismo perigoso e que despreza fatores sociais, políticos e econômicos também importantes que se colocam na raiz do problema

como geradores e reprodutores de pobreza e iniquidades sociais no Brasil, assim como, despreza a prevalência de outros problemas de saúde, já mencionados.

Como um problema de saúde pública e social, o uso abusivo de substâncias psicoativas, bem como outras enfermidades comuns entre a população em situação de rua, enquadra-se dentro das ocorrências englobadas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e é produzido na dimensão das iniquidades sociais que marcam a vulnerabilização de camadas mais pobres da população⁽²⁰⁾, ou seja, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população e que determinam as desigualdades de acesso em saúde e outros serviços entre os distintos grupos sociais, estão na base das experiências sociais e em saúde da população em situação de rua.

A população representada neste estudo é reflexo histórico de um acúmulo de problemas sociais, cujas questões de saúde são marcadas por determinantes sociais com base na forte presença de iniquidades como: falta de habitação, educação, trabalho e renda, exclusão cultural, redes sociais e comunitárias e com acesso limitado aos serviços, sejam de saúde e/ou de assistência social⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Nessa perspectiva, acredita-se que a situação de rua foi favorecida intensamente pelo curso da vida desses sujeitos desde seu nascimento em famílias muito pobres, sem escolaridade, exercendo atividades laborais desqualificadas e sem uma rede social forte, famílias, que de acordo com sua história, estão inseridas há décadas passadas em uma condição de vida marcada por índices altos de iniquidades sociais. Assim, visualiza-se a problemática em que as pessoas entrevistadas encontram-se, em situação de rua e pobreza extrema, como condições de vida produzidas em meio ao contexto no qual cresceram: nascidas ou inseridas em famílias historicamente em vulnerabilidade social, em uma comunidade muito pobre, vínculos sociais marcados pela violência, rupturas em suas redes de suporte social, inseridas em atividades ligadas a grupos do crime organizado a partir da adolescência, a manutenção de atividades de obtenção de renda junto a grupos ligados ao tráfico de drogas. Esses fatores são, dentre outros, os determinantes sociais que condicionam sua expulsão para a vida na rua e toda a vulnerabilidade social em que estão inseridos.

■ CONCLUSÕES

Observou-se neste estudo que uma realidade de vulnerabilidade social, iniquidades, pobreza e exclusão perseguem os membros familiares dos participantes há gerações passadas. A situação de rua decorre de vários fatores

políticos econômicos culturais e sociais que se apresentam na formação da sociedade brasileira. Determinantes sociais condicionam sua vida e saúde e os fatores que levam diretamente a situação de rua são multidimensionais, complexos e não se reduzem a apenas um fator de causalidade.

A união dos dois referenciais teóricos, a etnografia e a hermenêutica habermasiana, foi muito produtiva, pois se por um lado a metodologia etnográfica nos deu as ferramentas para uma descrição dos dados baseados na autopercepção dos sujeitos, por outro lado, o referencial filosófico habermasiano nos instrumentalizou para uma interpretação dos discursos proferidos articulados às imagens filmadas, isto é, considerando como pensam e o que pensam os sujeitos entrevistados e porque pensam de uma determinada maneira. Estes atribuíram certas razões aos fatores que os levaram a situação de rua, e hermenêuticamente pudemos contextualizar os discursos proferidos cultural e historicamente, obtendo um conhecimento ampliado e compreensivo do fenômeno estudado.

Da mesma forma, o uso de filmagens como recurso de coleta de dados mostrou-se muito adequado nessa pesquisa porque, além de ser comum em estudos de natureza etnográfica no que diz respeito à captação de informações ligadas ao universo simbólico dos sujeitos reveladas pelas expressões faciais e corporais, também foi muito produtivo como instrumento de observação direta e indireta e sistemática de uma situação complexa, permitiu rever o objeto do estudo observado diversas vezes, possibilitou a captação de nuances a respeito do ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não-verbal, a sequência, a temporalidade em que ocorrem os eventos. Além disso, esses aspectos foram fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para interpretação posterior dos dados.

■ REFERÊNCIAS

- Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*. 2011;15(3):543-67.
- Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al.. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med*. 2013;173(3):189-95.
- Sapir A. Globalization and the reform of European social models. *J Common Mark Stud*. 2006;44(2):369-90.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2009.
- Freitas M, Mecena EH. Vulnerabilidade de crianças que nascem e crescem nas periferias metropolitanas: notícias do Brasil. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2012;10(1):195-203.
- Botti NCL, Castro CG, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACO, et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):10-6.
- Souza RRS, Oliveira JF, Chagas MCG, Carvalho ESS. Gender, violence and being homeless: the experience of women and high risk drug use. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 set;37(3):e59876. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>.
- Nakamura, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde Soc*. 2011;20(1):95-103.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010. [citado 2010 nov 29]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>.
- Presidência da República (BR). Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2010 maio 21;147(96 Seção 1):43.
- Bauer MW, Gaskel G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
- Habermas J. Political communication in media society: does democracy still enjoy an epistemic dimension? the impact of normative theory on empirical research. *Communication Theory*. 2006;16:411-26.
- O'Campo P, Kirst M, Schaefer-McDaniel N, Firestone M, Scott A, Mcshane K. Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Health*. 2009;86(6):965-89.
- Sarmiento JMH, Correa N, Correa M, Franco JG, Alvarez M, Ramirez C. Tuberculosis among homeless population from Medellín, Colombia: associated mental disorders and socio-demographic characteristics. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(4):693-9.
- Silva AB, Pinho LB, Olschowsky A, Siniak DS, Nunes CK. Caring for crack users: strategies and work practices in the territory. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e68447. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>.
- Irestig R, Burstrom K, Wessel M, Lynoe N. How are homeless people treated in the healthcare system and other societal institutions? study of their experiences and trust. *Scand J Public Health*. 2010;38(3):225-31.
- Rayburn RL, Pals H, Wright JD. Death, drugs, and disaster: mortality among New Orleans' homeless. *Care Manag J*. 2012;13(1):8-18.
- Accorsi A, Scarparo H, Guareschi P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. *Psicol Soc*. 2012;24(3):536-46.
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. As origens políticas das iniquidades em saúde: perspectivas de mudança. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. *The Lancet - Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde*.

■ Autor correspondente:

Regina Célia Fiorati

E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Recebido: 01.11.2016

Aprovado: 15.05.2017