

Camila Paravisi Frizzo

**ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE
INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE
RUA - FLORIANÓPOLIS, SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.
Orientadora: Dra. Fátima Büchele Assis

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Frizzo, Camila Paravisi

Análise da redução de danos : uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua - Florianópolis, SC / Camila Paravisi Frizzo ; orientador, Fátima Büchele Assis, 2018.

143 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

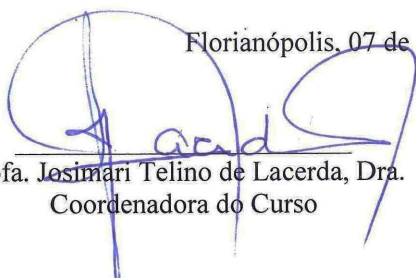
1. Saúde Coletiva. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Mulheres. 4. Redução de danos. I. Assis, Fátima Büchele. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Camila Paravisi Frizzo

**ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE
INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE
RUA - FLORIANÓPOLIS, SC**


Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 07 de agosto de 2018.




Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Profa. Fátima Büchele Assis, Dra.
UFSC (Presidente)



Profa. Marcela de Andrade Gomes, Dra.
(CESUSC)



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
(UFSC)



Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.
(UFSC)

Dedico este trabalho à Olga Emily Montanhini e a todas as outras mulheres em situação de rua.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho principalmente às mulheres em situação de rua. Em segundo lugar, às mulheres presentes em minha vida.

Agradeço minha mãe, que me ensinou desde pequena a enxergar e tratar todas as pessoas com equidade e humanidade. Além de ser minha fonte de carinho, compreensão e prova de que a amizade entre mãe e filha pode ser a mais verdadeira que pode existir.

Agradeço minha avó Teresa, que é uma das pessoas mais humildes e guerreiras que conheço. Minha profunda e eterna admiração por ti, Vó. Obrigada por ser minha parceira para todas as horas e se preocupar tanto comigo.

À minha Oma, tão querida e amada por mim durante toda a minha infância. Apesar do teu falecimento aos meus 9 anos de idade, tua presença se faz no meu amor e saudade por ti, que sempre vão habitar em mim.

À minha tia Dê, obrigada por todos os teus agrados e preocupações, mordomias e carinho desde sempre. Admiro a grandiosidade do teu amor e disponibilidade em sempre se preocupar com o próximo.

Agradeço coletivamente a todas outras mulheres que de alguma forma me criaram, participaram da minha formação e da minha trajetória.

Agradeço às minhas amigas, amigas de mestrado, amigas de residência. Minha força veio a partir de vocês em muitos momentos que eu precisei. Cada uma de vocês me ergueu em algum momento e me fez ver sentido em tudo isso.

Agradeço especialmente a minha amiga e colega de mestrado, Vanessa Baldez do Canto. Tua amizade fez toda a diferença nesse meu percurso. Eu não seria nem metade da mestranda que fui sem teu suporte emocional, tua energia e capacidade de animar qualquer ambiente, e teu suporte teórico-metodológico – com tuas opiniões consistentes e muito bem-vindas à minha dissertação.

À minha orientadora, Fátima Büchele Assis, por me ensinar a buscar autonomia e a acreditar em mim mesma. Teu exemplo de carreira e de mulher forte são inspiradores. Obrigada por confiar no meu potencial e estar sempre à disposição para me escutar, seja para orientação acadêmica ou como apoio em todos os sentidos.

Dedico também este trabalho ao homem mais importante da minha vida, meu pai. Meu porto seguro, fonte de amor e proteção. Meu melhor amigo desde sempre e para sempre. Tenho muita gratidão por tudo o que tu fizeste e fazes por mim. Sei que posso contar contigo e não tenho dúvidas disso.

Agradeço meu namorado, Bruno, por todo o suporte emocional e paciência em momentos que nem eu mesma estava conseguindo me aguentar. Sou grata pelo teu carinho e dedicação. Em colocar um travesseiro embaixo da minha cabeça e me cobrir quando pego no sono no sofá, em se empenhar ao cozinhar alguma comida gostosa pra gente, em tentar me animar com teu senso de humor que tanto aprecio, em me ouvir e acreditar em mim. Obrigada por se preocupar comigo e me ensinar a ser uma pessoa melhor.

Agradeço a todos os outros familiares, amigos e pessoas que sempre zelaram por mim e contribuíram para a construção da minha história.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Eduardo Galeano, 1994)

FRIZZO, Camila Paravisi. **Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua – Florianópolis, SC.** 2018. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fátima Büchele Assis

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

RESUMO

As desigualdades sociais e econômicas geram condições de pobreza à população, afetando direitos de cidadania e conduzindo estas pessoas à situação de rua. Mulheres sofrem maior discriminação nas formas de barreiras de acesso à educação, emprego, serviços de saúde e socioassistenciais e, com isso, percebe-se que fatores de gênero, classe e raça podem levar a uma situação de maior exclusão e vulnerabilidade psicossocial. Violências simbólicas e físicas permeiam as trajetórias das mulheres antes e depois da situação de rua, o que transcende as causas associadas à renda e habitação. Além disso, outro fator frequente neste contexto de vulnerabilidade é o uso de drogas, o que demonstra especificidades que devem ser consideradas na elaboração de estratégias de prevenção a danos e efeitos nocivos que englobam todo este fenômeno. Diante disso, buscou-se compreender como essas mulheres podem ser incluídas socialmente por meio de políticas públicas, como a Redução de Danos (RD). Esta abordagem possibilita a minimização de danos desde medidas simples até ações emergenciais dos riscos e agravos à saúde, considerando dimensões culturais, diferenças regionais, disponibilidades de recursos e contextos de vulnerabilidade psicossocial. Assim, esta pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa teve como objetivo analisar a contribuição da estratégia de redução de danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua no município de Florianópolis, SC. Buscou-se identificar o entendimento que mulheres em situação de rua têm sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos; e registrar o entendimento que profissionais de uma unidade CAPSad têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos. Para isso, foi utilizada a técnica da Análise Temática de Conteúdo, onde primeiro foram estabelecidas categorias e um núcleo temático por meio de uma revisão narrativa de literatura que nortearam a

elaboração de roteiros de entrevista. Posteriormente, foram entrevistados seis profissionais da saúde de uma unidade CAPSad e seis mulheres em situação de rua na região central da cidade. Os resultados foram organizados em núcleos temáticos, compostos por categorias e elementos formulados a partir da análise dos resultados. Após esta análise, foram identificados fatores que dificultam o acesso ao acolhimento de mulheres em situação de rua e a concretização de políticas públicas em âmbito prático, que vão desde a estrutura de acolhimento até questões que englobam a articulação da rede e instâncias governamentais. Verificaram-se processos significativos para a consolidação e manutenção da situação de rua, que englobam violências, o uso de drogas, o desemprego, o rompimento de vínculos familiares e sociais, a marginalização, a discriminação e o julgamento moral. Embora estes dados se mostrem como desafios para a elaboração de propostas mais abrangentes de redução de danos, foram registrados também fatores facilitadores que evidenciam o potencial desta estratégia como garantia de direitos básicos e de promoção de cidadania. A RD é uma proposta que busca a flexibilização de limites e políticas proibicionistas, trazendo possibilidades de trabalhar no campo da saúde coletiva na minimização de danos, desde medidas simples até ações emergenciais dos riscos e agravos à saúde. Destaca-se também a importância de considerar questões de gênero a partir de um olhar interseccional como determinante social e de saúde para a formulação de políticas públicas que visem à inclusão social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Mulheres. Redução de danos.

FRIZZO, Camila Paravisi. **Analysis of harm reduction: a strategy of social inclusion for homeless women – Florianópolis, SC.** 2018. 143p. Dissertation (Master in Collective Health), Post-Graduation in Public Health, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fátima Büchele Assis

Concentration Area: Human Sciences and Public Policies in Health

ABSTRACT

Social and economic inequalities create conditions of poverty for the population, affecting citizenship rights and leading these people to the street situation. Women suffer more discrimination in the forms of barriers to access to education, employment, health services and socio-welfare, and with this, it is perceived that factors of gender, class and race can lead to a situation of greater exclusion and psychosocial vulnerability. Symbolic and physical violence permeate women's trajectories before and after they become homeless, which transcends income and housing associated causes. In addition, another frequent factor to this context of vulnerability is drug use, which demonstrates specificities that must be considered when elaborating harm prevention strategies and harmful effects that encompass this whole phenomenon. In view of this, we sought to understand how these women could be included socially through public policies, such as Harm Reduction. This approach allows minimizing damages from simple measures to emergency actions of risks and health problems, considering cultural dimensions, regional differences, resource availability and psychosocial vulnerability contexts. Thus, this descriptive-exploratory qualitative approach study aimed to analyze harm reduction strategy contributions to the social inclusion of homeless women in the city of Florianópolis, SC. The aim was to identify the understanding that homeless women have about the experiences of being and not being hosted from the strategy of harm reduction; and record the understanding that CAPSad professionals have on hosting homeless women from harm reduction strategy. For that, Content Thematic Analysis technique was applied, with categories and a thematic core established through a narrative literature review that guided the elaboration of interview scripts. Subsequently, six health professionals from a CAPSad unit and six homeless women from city centre were interviewed. The results were organized into thematic core, composed by categories and elements formulated from the results analysis. After this, difficulties were identified regarding homeless women access to user

embracement and implementation of public policies in a practical scope, ranging from the hosting structure to the issues that encompass networking and governmental instances. It was shown significant processes to consolidate and maintain street situation, which includes violence, drug use, unemployment, breaking of family and social ties, marginalization, discrimination and moral judgment. Although these results are presented as challenges to elaborate more comprehensive harm reduction proposals, facilitators have also been registered that highlight the potential of this strategy as a guarantee of basic rights and citizenship promotion. Harm Reduction is a proposal that seeks to flexibilize limits and prohibitionist policies, bringing possibilities of working in the field of public health, minimizing damages from simple measures to emergency actions of risks and health problems. It is also important to consider gender issues from an intersectional perspective as a social and health determinant for the formulation of public policies aimed at social inclusion.

Keywords: Homeless persons. Women. Harm reduction.

LISTA DE FIGURAS

Dissertação

Figura 1. Fluxograma da primeira busca nas bases de dados.....	59
Figura 2. Fluxograma da segunda busca nas bases de dados.....	60

LISTA DE QUADROS

Dissertação

Quadro 1. Principais categorias temáticas encontradas a partir da revisão narrativa de literatura.....	61
Quadro 2. Núcleo temático norteador do roteiro de entrevista.....	62

Manuscrito 1

Quadro 3. Apresentação do Núcleo Temático 01. Acolhimento dos serviços de apoio e de saúde para as pessoas em situação de rua.....	74
Quadro 4. Apresentação do Núcleo Temático 02. Reflexões acerca do gênero e das violências para os profissionais dos serviços de saúde e de apoio.....	77
Quadro 5. Apresentação do Núcleo Temático 03. Entendimento de acolhimento e de redução de danos para os profissionais de saúde e de apoio.....	80
Quadro 6. Apresentação do Núcleo Temático 04. Reflexões acerca da abordagem e de seus desafios.....	85

Manuscrito 2

Quadro 7. Apresentação do Núcleo Temático 05. Relações do sujeito com a rua.....	99
Quadro 8. Apresentação do Núcleo Temático 06. Reflexões acerca do gênero e das violências nos sujeitos que habitam a rua.....	100
Quadro 9. Apresentação do Núcleo Temático 07. Relações das mulheres com o uso de drogas no espaço da rua.....	102
Quadro 10. Apresentação do Núcleo Temático 08. Experiências de acolhimento e não acolhimento para as mulheres em situação de rua.....	103
Quadro 11. Apresentação do Núcleo Temático 09. Reflexões acerca da abordagem de redução de danos e inclusão social.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas
Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
IPQ – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSR – Pessoas em situação de rua
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RD – Redução de Danos
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres
TARV – Terapia Antirretroviral
HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA	25
1 INTRODUÇÃO	29
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	36
3.2 MULHERES: GÊNERO E CONTEXTO SOCIAL	38
3.3 POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	43
3.4 POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE MULHERES	46
3.5 REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL	47
3.6 MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS ESTUDOS	53
4 MÉTODO	57
4.1 DESCRIÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO	57
4.1.1 Buscas nas bases de dados e em outras publicações	57
4.1.2 Critérios de inclusão e exclusão	59
4.1.3 Organização e análise dos dados	60
4.2 DESCRIÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO	62
4.2.1 Características do estudo	62
4.2.2 Campo de estudo e participantes	63
4.2.3 Coleta e análise	63
4.2.4 Aspectos éticos	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 MANUSCRITO 1 – REDUÇÃO DE DANOS E INCLUSÃO SOCIAL: ENTENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UM CAPS ^{ad} SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA	67
5.2 MANUSCRITO 2 – REDUÇÃO DE DANOS E INCLUSÃO SOCIAL: ENTENDIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS DE ACOLHIMENTO E NÃO ACOLHIMENTO	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista: Mulheres em situação de rua	123
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista: Profissionais do CAPSad	125
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Mulheres em situação de rua	127
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Profissionais do CAPSad	131
APÊNDICE E – Termo de Autorização para Gravação de Voz	135
ANEXO 1 - Declaração da Instituição Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis	137
ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	139

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação intitulada ‘Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua – Florianópolis, SC’ está inserida na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos da Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e está estruturada em duas partes.

A primeira está constituída pela introdução, objetivos, fundamentação teórica e método. A segunda parte apresenta os resultados da pesquisa e a discussão que resultaram em dois artigos científicos. O primeiro intitulado ‘Redução de danos e inclusão social: entendimento de profissionais de um CAPSad sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua’ e o segundo ‘Redução de danos e inclusão social: entendimento de mulheres em situação de rua sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento’.

MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA

Início este capítulo contextualizando etapas da minha vida que moldaram minha trajetória até aqui. Para tanto, sinto a necessidade de explicar brevemente tais etapas, que me conduziram até esta pesquisa e ao mestrado em Saúde Coletiva.

Em 2008, iniciei o curso de Direito na Faculdade CESUSC. Minha ânsia por justiça social logo foi desapontada neste breve trajeto, que durou apenas um ano. Entretanto, neste curso, tive uma disciplina de Introdução à Psicologia, com o professor José de Araújo Filho. O contato com a psicologia e com a psicanálise me despertou tanto interesse que o primeiro empréstimo de livro que fiz na biblioteca foi ‘A interpretação dos sonhos’, de Sigmund Freud, publicado em 1900. Não foi necessário muito tempo para que esse investimento de energia se transformasse em uma transferência do curso de Direito para o de Psicologia.

Em 2009, realizei um semestre na Psicologia e logo depois tive a oportunidade de morar em outro país. Depois da experiência de dois anos na Austrália, em 2011 retomei ao Brasil e à Psicologia. O desejo pelo curso permaneceu, e de forma mais amadurecida. Aos poucos fui me apropriando do meu caminho dentro da Psicologia e encontrando sentidos cada vez mais condizentes com o que acredito. A exemplo disso, destaco outro marco da minha trajetória, o contato com a Psicologia Social Crítica através da professora Marcela de Andrade Gomes.

Em 2014, eu já me encontrava como estudante do penúltimo ano da graduação, realizando estágio básico obrigatório no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Meu interesse pela causalidade social dos fenômenos sempre esteve latente, entretanto neste período esta inquietação me capturou de alguma forma. Meu orientador naquela época, Felipe Faria Brognoli, me disse: “Tu és uma pesquisadora e não sabes ainda disso”. Essas palavras estavam muito prematuras para serem elaboradas por mim na época, entretanto, não me saíram da cabeça.

Neste mesmo período, trabalhei como tutora e monitora de um curso de capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias em problemas relacionados ao uso de drogas. O contato com profissionais do campo, com cursistas e com a temática me envolveu novamente.

Já em 2015, estava realizando estágio específico em atendimento clínico, um espaço de formação essencial para qualificar a escuta. Mal sabia eu o quão fundamental essa escuta seria mais tarde, e assim aproveitei para agradecer minha orientadora da época, Ivanir Barp Garcia. Levo teus ensinamentos, supervisões e experiência comigo para o resto da vida pessoal e profissional. Aliás, destaco todos os professores citados

até o momento como fundamentais em minha trajetória. Estes foram verdadeiros mestres, e sou muita grata pela oportunidade que tive de ter sido aluna de cada um deles.

Entre o ano de 2015 e 2016, meu namorado, Bruno, morou em um apartamento no bairro Centro. Conto isso porque na rua em que ele morava, Fernando Machado, habitava Olga Emily Montanhini, natural de Campinas – SP, dona de uma voz e talento musical reconhecidos não só pelos habitantes de Florianópolis, mas por mais 346 mil pessoas que visualizaram um vídeo seu publicado em uma reportagem da mídia jornalística local, na qual foi homenageada. Emily era moradora de rua, e permaneceu cerca de dez anos nas ruas da Capital. Infelizmente faleceu aos 42 anos com a saúde muito debilitada pelas consequências de suas vivências neste contexto.

Não tive o prazer de conhecer e conversar com Emily pessoalmente durante todos os meses em que nos cruzamos naquela rua, e me arrependo disso. Eu ficava curiosa com aquela vida, aquela mulher habitando aquele espaço, e quando entrava no apartamento, ia para a sacada e ficava avistando Emily e refletindo sobre o que se passava em sua vida. Ficava indagada com o que fazia Emily permanecer naquele lugar. Ficava preocupada quando a ouvia tossindo durante a madrugada, ensaiando mil abordagens na minha mente. Tantos devaneios e nenhuma atitude real.

A Emily, usuária de drogas e invisibilizada pela sociedade, era uma pessoa real, com características, habilidades e falhas, assim como toda e qualquer pessoa. Na verdade, não qualquer pessoa, mas uma mulher, tomada pelas questões de violência que permeiam seu gênero, produto de um sistema que a exclui e inclui perversamente.

Nesta altura, eu estava concluindo minha graduação e o desejo pela pesquisa e a inquietação com a vulnerabilidade social em que essa mulher em situação de rua se encontrava, me conduzia à idealização de um projeto de mestrado. Idealização essa que mais era um esboço de ideias desorganizadas e uma angústia gritante de querer fazer algo por essa população. Destaco que em meio a esse momento, agradeço à professora Tânia Grigolo pelo incentivo e apoio para o ingresso no mestrado.

Finalizado o curso de Psicologia, iniciei o esboço do anteprojeto, comecei a estudar para a prova e fui aprovada na seleção do mestrado. Eu, que me sentia tão acolhida no CESUSC e tinha certa resistência com o desconhecido, me vi em um grande desafio de adaptação à mudança. Felizmente, em questão de pouco tempo, já me sentia em casa no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Conheci pessoas maravilhosas que participaram direta e indiretamente do

resultado dessa dissertação e conclusão de mestrado. Colegas, orientadora, amigos, professores, funcionários: toda essa configuração de pessoas me guiou em minha trajetória, de forma que não poderia ter sido diferente.

Sobre o projeto de pesquisa, a princípio pensei no tema de forma mais ampla, mas ao longo do primeiro ano tudo foi se delineando para esse recorte do estudo da população feminina em situação de rua. O que de fato fazia ainda mais sentido, pensando que foi a partir de Emily o surgimento das minhas primeiras indagações.

É curioso como tudo vai se construindo. Quando estamos estudando um tema, sempre ficamos atentos a possíveis referências para a elaboração da pesquisa. Então outro dia, ouvi uma dica durante a aula sobre uma dissertação a respeito de pessoas em situação de rua. Para minha surpresa, o autor da dissertação era meu orientador do estágio básico durante a faculdade, o mesmo que enxergou algum potencial de pesquisadora em mim. Acho importante citar essa experiência, pois saber que alguém acredita na gente nos fortalece. O sujeito se constitui nas relações, não é mesmo?

Quantas vezes nos confrontamos com desesperança e incredulidade em nós mesmos na vida? Digo isso reconhecendo meu lugar de privilégio, com acesso à educação básica e superior. Com rede de apoio presente. Tendo uma casa para morar em um bairro seguro, com comida, roupa e acesso a atividades de lazer. Conformada e adaptada – na medida do possível – a um sistema que oprime, mas que ao mesmo tempo protege quem o segue. E se eu não tivesse me adaptado a isso? E se a minha subjetividade tivesse se constituído de outra forma? E se eu não tivesse tido acesso a tudo isso? São muitas hipóteses do que poderia ter acontecido. Mas o que sei, é que a Emily certamente não se adaptou a esse sistema, ou melhor, o sistema não se adaptou à Emily. Talvez Emily fosse uma personalidade tão excêntrica e maravilhosa que não cabia nesse mundo do jeito que é. E será que isso a torna errada? Ou errados estamos nós por aceitarmos de cabeça baixa o que nos é imposto sem questionamentos?

1 INTRODUÇÃO

Apesar de o Brasil ser uma das dez maiores economias industriais do mundo, apresenta uma das piores distribuições de renda e é conhecido internacionalmente como uma das sociedades mais desiguais, sendo evidente a grande diferença na qualidade de vida de ricos e pobres. A desigualdade social, a má distribuição de renda e a falta de emprego conduzem as pessoas a uma condição de impossibilidade de gerar o mínimo para sua sobrevivência, caracterizando tal situação como pobreza. Então, de forma gradativa, essa falta de condições de se reerguer econômica e socialmente leva estas pessoas a terem seus direitos de cidadania afetados e a caminharem para a exclusão e para a situação de rua (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Dessa forma, a existência de pessoas em situação de rua denuncia a profunda desigualdade social brasileira. E assim traz na própria denominação “rua” a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas, na medida em que sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas. Dito isso, esta população evidencia o trinômio exprimido do termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação. A exclusão relaciona-se com uma situação extrema de ruptura de relações familiares e afetivas, além da ruptura total ou parcial com o mercado de trabalho e de não participação social efetiva. Deste modo, pessoas em situação de rua podem ser caracterizadas como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (BRASIL, 2008b).

Segundo dados das Organizações das Nações Unidas, 70% dos pobres do mundo são mulheres que sofrem discriminação nas formas de dificuldade de acesso à educação e ao emprego, na capacitação inadequada para o trabalho, entre outras. O desemprego e subemprego se inscrevem em um dos problemas sociais que atingem mais mulheres do que homens no Brasil e, entre elas, mais intensamente as mulheres negras, representando uma taxa de desemprego de 25% no ano 2000. Deste modo, a situação de rua remete a uma população com maior vulnerabilidade a fatores de risco à saúde, e dentro disso, a problemática da exclusão e da pobreza está ligada fortemente ao fator gênero, onde então as mulheres são excluídas em dois sentidos: gênero e pobreza. As questões de gênero e de pobreza implicam em consequências graves para as mulheres, pois elas têm menos fontes de recursos do que os homens. Assim, 60% das mulheres nos países pobres têm problemas de nutrição e anemia, o que

umenta a predisposição a agravos relacionados à saúde (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

De acordo com uma pesquisa nacional censitária e por amostragem da população em situação de rua promovida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2007, foi verificado que 82% desta população é masculina (BRASIL, 2008b). Dito isso, esta proporção pode camuflar a importância da investigação deste fenômeno com mulheres, pois embora haja estudos científicos sobre pessoas em situação de rua, levantamentos específicos sobre mulheres nessas condições não são comuns (COSTA et al., 2015).

Portanto, apesar da análise quantitativa demonstrar um número menor de mulheres em tal situação, é fundamental que se perceba a relevância das características peculiares em trajetórias, percursos e histórias de vida que levam as mulheres a essa situação. Há um conjunto de componentes estruturais e biográficos que as conduzem de uma forma diferente do que estrutura a existência de pessoas em situação de rua em geral. Fatores prévios dentro do contexto familiar como: tentativa de ação disciplinadora sobre a mulher, cerceamento de suas escolhas, dificuldade de alcance da autonomia e condição de dependência mostram como as relações de poder dentro do contexto familiar agem tanto no âmbito simbólico quanto no físico, trazendo marcas da violência na mente e no corpo das mulheres. Deste modo, a saturação do limite das violências suportadas por estas mulheres contribui significativamente para o abandono do lar e para a tentativa de uma nova vida nas ruas (ROSA; BRÊTAS, 2015).

Existem fatores associados ao gênero que influenciam a saúde da mulher, independentemente da cultura ou classe social em que ela está inserida. A coerção e a violência sexual, que englobam o estupro, a esterilização involuntária, o aborto, são algumas das ocorrências que representam sérios riscos à saúde das mulheres, potencializados pela impossibilidade econômica das mulheres excluídas (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Além disso, a situação de rua pode refletir a violência progressiva vivenciada desde a infância, onde fatores como abuso físico e emocional, maus-tratos, exploração financeira, intimidação sexual, estresse ambiental, exposição ao crime e subjugação sistemática subsistem na realidade social das ruas (BISCOTTO et al., 2016).

Portanto, a situação de rua para as mulheres transcende as causas associadas à renda e à habitação, sendo frequentemente resultado de agressões e violências, desde suas formas mais veladas até as mais explícitas. Componentes de vulnerabilidade, como a ruptura dos vínculos

sociais e a não-existência de outros suficientemente fortes para subsidiar a reorganização da vida, somada à escassez de recursos financeiros e a ausência de instituições que lhe garantam segurança e proteção, servem de facilitadores para a consolidação da vida dessas mulheres na rua (ROSA; BRÉTAS, 2015).

Considerando que a saúde das mulheres é significativamente afetada por suas condições de vida, fatores como o status social e socioeconômico, responsabilidades e papéis sociais, expectativas de cuidado e o suporte social apresentam maior influência na estrutura das inequidades sociais e nos determinantes em saúde dentro do contexto social das mulheres, se comparado aos homens (CARRIÈRE, 2008). Dessa forma, mulheres sem local de moradia têm menor probabilidade de ter acesso aos cuidados primários em saúde, assim como ao rastreamento do câncer, ao pré-natal adequado, aos cuidados especiais para transtornos específicos e, com isso, há, conseqüentemente, um aumento da utilização dos serviços de emergência. Deste modo, em comparação à população geral, as disparidades em saúde nestas mulheres incluem maiores taxas de mortalidade, precarização na saúde e no trabalho de parto, doença mental, abuso de substâncias e de situações de vitimização (AHMED et al., 2016).

Diante desse cenário, as mulheres são submetidas à categoria coletiva “população em situação de rua”, porém sofrem de maneira acentuada com as invisibilidades e as violências físicas e simbólicas que acometem as pessoas que vivem nas ruas, destacando-se as violações que detêm expressivo recorte de gênero (DIAS et al., 2015). Estudos mostram consistentemente que as mulheres em situação de rua enfrentam barreiras sistêmicas e situacionais significativas (HUEY et al., 2014).

Huey e colaboradores (2014) trazem em sua pesquisa o contexto dos abrigos, mencionando que as barreiras aos serviços se tornam grande fonte de frustração para muitas mulheres quando lá não encontram a assistência que precisam. Assim, fica evidente a importância do acolhimento e de serviços apropriados para lidar com os processos de violência vivenciados por estas mulheres, o que pode ser um diferencial no encaminhamento e no acesso aos serviços de saúde. Outro fator estruturante no contexto da rua que deve ser considerado é o uso de drogas (BISCOTTO et al., 2016), o qual está associado a uma série de vulnerabilidades e riscos, e consiste também em um processo desafiador às equipes de cuidado e ao desenvolvimento de uma abordagem mais adequada junto às pessoas em situação de rua.

Diante de todo esse contexto, a Redução de Danos (RD) apresenta-se como exemplo de uma abordagem mais adequada e de referência nesse sentido. Assim, as estratégias que compõem a RD são um conjunto de

princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras (BRASIL, 2012). Visam proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos, valorizando o conceito de integralidade do cuidado em saúde e respeitando princípios de direitos e cidadania (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). Considerando o objetivo de diminuir danos e promover saúde, elas tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem dos profissionais dos serviços de saúde e das instituições de apoio que trabalham com essa população (BRASIL, 2012).

A partir destas reflexões, propõe-se com esse estudo ir além da dicotomia inclusão/exclusão e, ao invés de apenas relativizar os processos de exclusão nas trajetórias das mulheres, busca-se compreender como essas mulheres podem ser incluídas socialmente. Sendo assim, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a contribuição da estratégia de redução de danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua do município de Florianópolis, SC?

E, deste modo, os objetivos do presente trabalho ficam assim constituídos:

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as estratégias de redução de danos como fator de inclusão social para mulheres em situação de rua do município de Florianópolis, SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o entendimento que as mulheres em situação de rua de Florianópolis, SC têm sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos.

- Registrar o entendimento que os profissionais de uma unidade CAPSad de Florianópolis, SC têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste trabalho consiste em uma revisão narrativa de literatura, que aprofunda o tema por meio do mapeamento de estudos prévios e contribuições de diversos autores, buscando possibilitar a discussão por meio de um embasamento teórico consistente. Para isso, as buscas foram divididas em dois passos, que serão explicadas neste capítulo.

O primeiro passo consistiu nas buscas com os descritores DECS BVS “mulheres” e “pessoas em situação de rua”, que foram realizadas nas seguintes bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, Coleção SUS e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Compreenderam artigos, monografias e teses publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola, com delimitação de tempo referente aos últimos dez anos.

A inclusão dos resultados foi elaborada com base na relação entre mulheres e pessoas em situação de rua, a partir da leitura de títulos, resumos, partes dos textos pertinentes ao tema e políticas públicas nacionais. Foram excluídos os documentos não convencionais e artigos que desviassem consideravelmente do tema principal.

Para encontrar as publicações sobre mulheres e pessoas em situação de rua referentes à literatura atual, foi realizada a pesquisa no Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), empregando a seguinte chave de busca: (tw:(mulheres)) AND (tw:(pessoas em situação de rua)). A partir dos resultados encontrados, foi possível localizar as bases de dados referentes à localização de cada documento e filtrar a pesquisa pelas categorias: artigo, monografia e tese, detalhando a busca desta forma: (tw:(mulheres)) AND (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (instance:"regional") AND (type:"article" OR "monography" OR "thesis"). A partir dessa busca, foram encontradas 274 publicações, e posteriormente 84 a partir da delimitação do período compreendido entre 11 de março de 2007 a 10 de março de 2017. Após a seleção, foram incluídos 49 documentos (artigos, monografias e teses), e excluídos 35 documentos. Além da sistematização deste conteúdo para a finalidade de análise do contexto atual do tema, foram investigadas outras publicações pertinentes ao estudo, sem delimitação de tempo.

O segundo passo consistiu nas buscas com os descritores DECS BVS “pessoas em situação de rua” e “redução do dano”, realizadas nas

seguintes bases de dados: MEDLINE, Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos e LILACS. Compreenderam artigos na língua inglesa e portuguesa, sem delimitação de tempo.

A inclusão dos resultados foi elaborada com base na relação entre pessoas em situação de rua e redução do dano, a partir da leitura de títulos, resumos, partes dos textos pertinentes ao tema e políticas públicas nacionais. Foram excluídos os artigos que desviassem consideravelmente desta temática.

Para encontrar as publicações sobre pessoas em situação de rua e redução do dano, foi realizada a pesquisa no Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), empregando a seguinte chave de busca: (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (tw:(redução do dano)). A partir dos resultados encontrados, foi possível localizar as bases de dados referentes à localização de cada documento. Os detalhes da pesquisa encontraram-se desta forma: (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (tw:(redução do dano)) AND (instance:"regional"). Dessa busca, foram encontrados 43 artigos, dos quais foram incluídos 29 e excluídos 14 após a seleção. Além da sistematização deste conteúdo, foram investigadas outras publicações pertinentes ao estudo, também sem delimitação de tempo.

Além do suporte científico encontrado na literatura atual, foram utilizados materiais e políticas públicas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Buscaram-se também livros, artigos científicos reconhecidos no meio acadêmico e outras referências de interesse do estudo.

3.1 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

De acordo com o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, 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).

Os fatores que contribuem para a condição da existência de pessoas em situação de rua fazem parte de um fenômeno multifacetado e multicausal, englobando aspectos estruturais (ausência de moradia,

inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social), biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos de vínculos familiares, doenças mentais, perda de bens, desastres de massa e/ou naturais), entre outros (BRASIL, 2008b). As pessoas em situação de rua representam uma parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de identidades. Estas se relacionam com a rua segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, estabelecendo no espaço público da rua seu palco de relações privadas (BRASIL, 2008b).

São múltiplas as causas de se ir para a rua, e também múltiplas as realidades de quem vive na rua. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social que é localizada nos grandes centros urbanos, onde as pessoas atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído socialmente. Este fenômeno tem características gerais, porém possui particularidades do território em que se manifesta. No Brasil, estas particularidades são bem definidas, o que reflete em uma tendência à naturalização do fenômeno e na quase inexistência tanto de dados e informações científicas quanto de políticas públicas (BRASIL, 2008b).

Segundo Zygmunt Bauman, fenômenos como o da população em situação de rua, ocorrem por uma lógica de funcionamento econômico excludente que se baseia na produção de excessos, tanto materiais quanto humanos. Com isso, um grande contingente populacional torna-se “resíduo humano” que, em algum momento, é considerado descartável ao modo de produção e consumo, mas que pode também, em um momento considerado oportuno pelo sistema, participar novamente do mesmo (DIAS et al., 2015).

Nesse sentido, Sawaia (1999) traz o conceito de inclusão perversa, atrelando a inclusão à exclusão dentro de uma relação dialética, onde a partir de uma ordem social desigual, a sociedade exclui para depois incluir, implicando em caráter ilusório desta inclusão. Constitui um processo complexo e multifacetado, onde a exclusão somente existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela, envolvendo o homem por inteiro e suas relações com os outros.

De acordo com uma pesquisa nacional do MDS, em 2007 70,9% da população em situação de rua exercia alguma atividade remunerada, sendo, portanto, composta por trabalhadores. Dentre as atividades exercidas, destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas uma parcela de 15,7% pedia dinheiro como principal meio de sobrevivência, o que desfaz o mito

preconceituoso de que esta população é majoritariamente composta por ‘mendigos’ e ‘pedintes’. Contudo, a maioria destes trabalhos pertence a chamada economia informal, pois apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando com carteira assinada (BRASIL, 2008b).

Ainda de acordo com a pesquisa realizada pelo MDS em 2007, 69,6% da população em situação de rua costumava dormir na rua, enquanto 22,1% dormia em albergues e outras instituições, e apenas 8,3% alternava entre a rua e o albergue. Esta preferência pelas ruas é justificada pela falta de liberdade encontrada nos albergues, além de horários rígidos e proibição do uso de álcool e outras drogas. Por outro lado, fatores como a violência e o desconforto nas ruas tornam os albergues e outras instituições atraentes na hora da decisão (BRASIL, 2008a). Além das normas com horários e uso de drogas, há outros fatores para a não preferência pelos abrigos, como a sensação de aprisionamento gerada no acolhido e as dificuldades na convivência com os outros abrigados, até o limite no número de vagas (ARRÀ, 2009).

A sociedade civil e o Estado contribuem para o estigma sobre a população em situação de rua quando propõem medidas assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”, visto que tais perspectivas não dão conta da complexidade do processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e de outras esferas. A rua não é somente um lugar de circulação entre espaços privados, mas também um espaço em si, tão abarcador e produtor de realidades como qualquer outro. Estar na rua é ocupá-la, porém não como violação do espaço limpo e vazio, mas sim como produção e reprodução de identidades sociais (BRASIL, 2008b). A rua pode ser um espaço ambíguo, pois ao mesmo tempo em que marginaliza socialmente a população que lá vive, também lhe dá possibilidades de existência (ARRÀ, 2009). Lá são produzidas relações sociais e simbólicas, sendo habitada por sujeitos com agência política que exploram o mundo na instabilidade de seu movimento (SILVA, 2014).

3.2 MULHERES: GÊNERO E CONTEXTO SOCIAL

Mais do que apontar as disparidades que se apresentam no contexto das mulheres em situação de rua, é necessário que se compreenda como é construído socialmente este processo. As relações de poder se dispõem no campo das violências físicas e simbólicas que atravessam o universo destas mulheres, permeando os processos de vulnerabilidade, exclusão e invisibilidade constituídos durante suas trajetórias. Deste modo, serão

trazidos alguns autores que abordam estas questões para que haja um entendimento mais amplo do tema.

Para que esta discussão tenha sentido na organização do conhecimento histórico, é necessária a percepção do gênero como categoria analítica. Este termo se torna uma forma de indicar construções culturais, referindo-se às origens sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres. Deste modo, ao invés de buscar por origens únicas e isolar problemas para que sejam estudados, deve-se refletir prioritariamente sobre seus processos e suas interconexões inseparáveis. É imprescindível questionar como as coisas se passam para descobrir por que elas se passam, buscando uma explicação baseada em significados e não em uma causalidade geral e universal (SCOTT, 1995).

Assim, o lugar da mulher na vida social humana não é um produto das coisas que ela faz, mas do significado que suas atividades adquirem por meio da interação social concreta. Para buscar o significado, é preciso lidar com o sujeito individual e com a organização social, articulando a natureza de suas inter-relações, pois ambos são cruciais para a compreensão do funcionamento do gênero. É necessário substituir a noção de que o poder é algo unificado, coerente e centralizado pelo conceito de relações de poder de Foucault (1979), entendido como constelações dispersas de relações desiguais e discursivamente constituídas em “campos de força” sociais (SCOTT, 1995). Com isso, é possível a compreensão de que o poder não configura uma permuta entre sujeitos, mas opera na própria produção dessa estrutura binária em que se pensa o conceito de gênero (BUTLER, 2003).

Segundo Sandra Harding (1986), há dois tipos principais de posturas no domínio do estudo do gênero dentro do campo da psicologia: a perspectiva empiricista e a pós-moderna. A partir do olhar empiricista, inserem-se duas abordagens: a essencialista e a da socialização. A abordagem essencialista sugere diferenças inatas e estáveis entre os sexos, conceituando o gênero como propriedade estável com traços que descrevem a personalidade e os processos cognitivos e, portanto, desconsidera as experiências cotidianas de interação com os contextos sociopolíticos ao trazer tais características pré-determinadas de forma separada. A abordagem da socialização já procura mover-se da posição de determinismo biológico para o intermédio dos processos de modelagem e imitação como resultado de forças sociais e culturais (NOGUEIRA, 2001).

Há avanços desde a compreensão de uma suposta imutabilidade associada ao gênero até a consideração de determinantes sociais. Entretanto, apesar de tal esforço, ainda há um aprisionamento no

dualismo clássico de divisão dos sexos presente nas duas abordagens (NOGUEIRA, 2001). A noção de papéis sociais específicos implica em estereótipos de gênero, o que acaba por contribuir para uma maior discriminação para com quem não segue ou não busca exercer este papel imposto socialmente.

Ao longo da história, foi utilizado o pretexto da diferença biológica para tentar justificar a exclusão das mulheres do direito à cidadania, quando na verdade homens e mulheres apresentam as mesmas capacidades morais e racionais. Ao legitimar essa exclusão, a “diferença sexual” foi estabelecida não somente como um fato natural, mas como uma base ontológica para diferenciação política e social. E com isso, essa discriminação lançou e ainda lança consequências no que concerne ao acesso à educação, ao trabalho ou a outros recursos sociais (SCOTT, 2005). Tal sexualidade dividida socialmente implica consequentemente na divisão de tarefas, lugares e espaços, assim como na limitação de falas, saberes e direitos.

Os reflexos das desigualdades de poder estão demarcados nos territórios e, dito disso, percebe-se que, em um contexto onde culturalmente o cuidado do lar é destinado às mulheres, o espaço da rua é historicamente destinado aos homens. Desde pequenas, as mulheres já aprendem as tarefas de cuidados e domésticas, enquanto os meninos são incentivados a realizar brincadeiras e esportes fora de casa. Assim, na medida em que 81,4% das meninas arrumam sua própria cama, 76,8% lavam louça e 65,6% limpam a casa, no que diz respeito aos seus irmãos homens, 11,6% arrumam sua própria cama, 12,5% lavam a louça e 11,4% limpam a casa (PESTANA, 2017).

A aparente dicotomia entre o público e o privado, calcada na divisão sexual do trabalho, está na base das desigualdades entre homens e mulheres. Tal construção implica na naturalização do papel das mulheres como responsáveis da esfera privada e, da mesma forma, em sua exclusão dos espaços públicos e das instâncias de poder. Entretanto, é importante observar que não há um grau fixo ou uniforme nesta divisão, logo, ela não atua sobre todas as mulheres da mesma forma, o que implica em analisar o gênero e a sexualidade em conjunto com outros marcadores sociais fundamentais como classe e raça (PESTANA, 2017).

É imprescindível a consideração de, no mínimo, três eixos (gênero, classe e raça) para a compreensão da natureza da opressão e da organização das desigualdades de poder (SCOTT, 1995), constituindo, portanto, o campo das interseccionalidades das relações sociais. Este conceito designa a interdependência das relações de poder de gênero, classe e raça, focalizando nas intersecções que podem contribuir para

estruturar as diferentes experiências dentro do próprio contexto das mulheres, levando em conta múltiplas fontes de identidade (HIRATA, 2014). Assim, as construções sociais acerca destes elementos contribuem para a estrutura de uma maior discriminação com mulheres negras em relação a mulheres brancas, por exemplo. Outros componentes como a sexualidade, a idade e a religião também devem ser considerados em uma análise interseccional (HIRATA, 2014), pois não há um padrão de repetição uniforme nas relações de poder. Pelo contrário, há uma determinação normativa que funda a diferença, onde as produções se desviam de seus próprios originais e mobilizam diversas possibilidades de “sujeitos” que ultrapassam os limites da inteligibilidade cultural (BUTLER, 2003).

Para ampliar o estudo da temática mulheres em situação de rua, é necessária uma abordagem que possibilite uma compreensão mais abrangente do fenômeno. É preciso evoluir para uma perspectiva pós-moderna e sair da perspectiva empiricista. A própria noção de “psicologia da mulher” é essencialista, pois sugere que as mulheres fazem parte de um grupo unitário que partilham um conjunto de qualidades, traços e capacidades (inatas ou adquiridas), que condicionam seus comportamentos. Essa ordem de conceitos explicativos desfavorece um pensamento crítico social e encoraja mulheres a buscar suas próprias soluções por meio de psicoterapia, promoção pessoal ou autoajuda, o que resulta em uma responsabilização individual de mudança e não coletiva, implicando no encorajamento da vitimização e da culpa (NOGUEIRA, 2001).

Para então sair deste viés dicotômico, Sandra Harding (1986) traz a perspectiva pós-moderna, que consiste na recusa de discursos universalizantes acerca das mulheres e no foco na construção social das categorias que são usadas para analisar e compreender o mundo social. Nesta abordagem, a identidade é reconhecida como plural; o reconhecimento dos modelos de conhecimento depende das relações sociais estabelecidas num determinado contexto histórico; a linguagem e as relações sociais tornam-se centrais para a produção do conhecimento e para a representação da experiência; o conhecimento é reconhecido como pragmático e parcial; e o papel do conhecedor como inerentemente social e político (NOGUEIRA, 2001).

A partir de uma visão pós-moderna de gênero, é possível identificar diferenças substanciais nas formas que é internalizada a situação de rua, considerando as relações de poder dentro das construções sociais. É preciso destacar a violência como um dos elementos intrínsecos ao universo das moradoras de rua, não só no contexto que as trouxe para

as ruas, mas na própria rua também. Sendo a violência implícita ou explícita, ela pode aparecer em: conflitos territoriais; nas práticas sexuais ou em opressões de gênero entre os próprios habitantes de rua; nas intervenções materiais e simbólicas agressivas concretizadas por agentes urbanísticos; ou no discurso, no plano da ofensa recorrente dirigida a esse segmento, alimentando o ciclo estigmatizante de sua imagem (ROSA; BRÊTAS, 2015).

De acordo com a pesquisa de Rosa e Brêtas (2015), pode-se destacar que, para o homem, a rua geralmente é um desfecho de uma condição terminal de ruptura e degradação social, mantendo-se nele vivo o desejo de retornar às condições de vida perdidas. Já para algumas mulheres entrevistadas, houve a representação da rua como uma solução inicial para situações de violências e insatisfações com o espaço doméstico, não nutrindo desejo de voltar para o lar perdido ou abandonado, mas de construir outro. Como ponto de convergência nas trajetórias de vida dessas mulheres, há a busca por liberdade e autonomia nas ruas, motivada a partir da insuficiência no âmbito das capacidades de renda e na conseqüente incapacidade de manutenção do espaço de suas casas. Entretanto, é necessário considerar o caráter subjetivo de cada trajetória durante o processo de fragilizações e rupturas sociais, sendo importante a escuta das próprias necessidades das mulheres em situação de rua para que se possa entender as marcas que suas trajetórias de vida deixaram no processo (ROSA; BRÊTAS, 2015).

Por fim, é necessário considerar que a utilização do termo ‘gênero’ demonstra uma estratégia importante para a produção de estudos científicos sobre mulheres, visto que o mesmo introduz uma noção relacional no vocabulário analítico e assim contempla mulheres e homens em termos recíprocos. Deste modo, um estudo inteiramente estreito e separado de qualquer um dos dois não possibilitaria um entendimento dos contextos sociais, políticos e históricos que permeiam tais relações. A partir da compreensão dos grupos de gênero no passado histórico e do leque de papéis e de simbolismos sexuais nas diferentes sociedades e períodos, é possível entender os sentidos que norteiam o mantimento ou a mudança da ordem social (SCOTT, 1995).

Além disso, ‘gênero’ pode ser considerado um termo proposto pelo argumento de que a pesquisa sobre as mulheres transforma fundamentalmente os paradigmas disciplinares, onde o estudo das mulheres não acrescenta somente novos temas, mas também impõe um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente. Por isso, inscrever mulheres na história implica na redefinição e no alargamento das noções tradicionais do que é historicamente

importante, para incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas (SCOTT, 1995).

3.3 POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A população em situação de rua é um grupo social historicamente marcado por um processo de exclusão dos próprios serviços de saúde e de barreiras para encontrar assistência e acolhimento (BRASIL, 2012). Deste modo, a condição de vida da população de rua constitui uma desafiadora e intensa situação de iniquidade no cenário das políticas públicas de saúde, sendo necessário contemplar as necessidades de saúde desta população com a elaboração e implantação de estratégias compensatórias (SANTOS, 2013).

Considerando estes aspectos, a Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 2009, e estabelece princípios, diretrizes e objetivos de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos. Almeja a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, a partir da integração de políticas públicas, dos esforços do poder público e da sociedade civil, incentivando a organização da participação social da população de rua e a democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos (BRASIL, 2009).

De acordo com o artigo 5º desta Política, são princípios, além da igualdade e equidade (BRASIL, 2009):

- I - Respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - Direito à convivência familiar e comunitária;
- III - Valorização e respeito à vida e à cidadania;
- IV - Atendimento humanizado e universalizado; e
- V - Respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Nota-se que a temática de gênero é considerada no princípio V, assim como no objetivo VI da Política (BRASIL, 2009):

- VI - Incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento.

A partir da implementação desta política, objetivou-se consolidar uma rede de proteção às pessoas em situação de rua por meio de algumas medidas como: proporcionar maior qualidade, segurança e conforto nos serviços de acolhimento temporários, criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), além de implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do SUAS. Podem ser citados exemplos importantes de referência e apoio como: o Consultório de/na Rua, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), a Casa de passagem para mulheres em situação de rua e/ou violência e o Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPSad) (BRASIL, 2009; ZURBA et al., 2012). Por isso, nos parágrafos seguintes alguns serviços serão explicados e contextualizados brevemente para que se tenha uma ideia melhor destas políticas no âmbito prático.

O Consultório de Rua consiste em uma proposta de escuta clínica no âmbito da rua, elaborada a partir de uma pesquisa etnográfica sobre os jovens de rua usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador, Bahia. Surge em um contexto que visa reduzir a frequência de atendimentos de usuários de álcool e outras drogas e moradores de rua em serviços especializados, tendo por objetivo a necessidade de respostas mais adequadas às questões relacionadas ao contexto das drogas e da rua (SANTOS, 2013). A transição do Consultório *de* Rua para o Consultório *na* Rua propõe desvinculação da área técnica de Saúde Mental e de modelagem tecnoassistencial para integrar o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expandindo seu caráter para a abrangência de ações de saúde, utilizando a rua como dispositivo para ampliar o acesso e a oferta da assistência integral em saúde a essa população (TEIXEIRA, FONSECA, 2015).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) constitui-se em um:

Espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2011c, p. 17).

O serviço em Proteção Social Especial desenvolvido pelo Centro POP às pessoas em situação de rua tem quatro pressupostos provenientes da própria política efetivada, como impacto social esperado: a redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; a proteção social às famílias e indivíduos; a redução de danos provocados por situações violadoras de direitos; e a construção de novos projetos de vida (MACHADO, 2017).

É pertinente mencionar a estrutura social de apoio e proteção às pessoas em situação de rua na cidade de Florianópolis, por este ser o local de pesquisa referente ao presente estudo. Desta forma, o município conta com o Centro POP com serviços de abordagem social e serviço especializado para população em situação de rua, além da casa de passagem para mulheres em situação de rua e/ou violência e uma equipe de consultório de rua. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada em 2008, a capital catarinense possuía 426 pessoas em situação de rua, entretanto não há uma estimativa oficial atualizada desta população no município (CAMPOS, 2016).

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPSad), mais especificamente no município de Florianópolis, tem como característica:

[...] a presença de usuários em situação de rua, compondo mais de 20% do público que ali frequenta, sendo um serviço referência no município para a atenção a esta população com problemas de abuso de substâncias psicoativas, juntamente com os dispositivos da Abordagem de Rua, do Programa de Atendimento a Dependentes Químicos (PROADQ) e a Casa de Apoio Social da Secretaria de Assistência Social e Juventude da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Esta população tem características específicas e uma situação de vulnerabilidade psicossocial mais acentuada do que outros usuários [...]. (ZURBA et al., 2012, p. 171 - 172).

Houve avanços com a instituição da Política Nacional para a População de Rua em 2009, entretanto ainda há dificuldades no acesso aos serviços e na abordagem do acolhimento, devido ao preconceito ainda presente em alguns profissionais e usuários dos serviços de saúde em relação à população em situação de rua, o que prejudica o direito à atenção integral à saúde e implica em aumento dos atendimentos por serviços de urgência e emergência. Tais problemas ocorrem por falta de capacitação

dos profissionais, inacessibilidades, filas de espera longas e burocracias nos serviços, que implicam na perda de refeições, perda de acesso ao abrigo e no desencorajamento das pessoas que se encontram em situação de rua (BRASIL, 2012).

A distância entre o que está escrito nos documentos, leis e políticas públicas para as pessoas em situação de rua e sua realização na prática, resultam em impasses de diversos níveis a serem superados. Pestana (2017), por exemplo, questiona qual proteção de fato é oferecida às mulheres em situação de rua, a partir do princípio V proposto na Política Nacional para a População em Situação de Rua. O respeito às condições sociais e diferenças de gênero é imposto, porém é preciso traçar ações concretas voltadas a atender as necessidades destas mulheres.

3.4 POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE MULHERES

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS, frequentando os serviços de saúde não só para o seu próprio atendimento, mas também como acompanhantes e cuidadoras de outras pessoas (BRASIL, 2004).

A situação de saúde envolve diversos aspectos que se relacionam com situações cotidianas e, no caso nas mulheres, os problemas podem ser agravados por fatores como a discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga no trabalho doméstico, além de outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza. Com isso, são realçadas as desigualdades, o que implica em uma maior vulnerabilidade das mulheres frente a certas doenças e causas de morte em relação aos homens (BRASIL, 2004).

Apesar da expectativa de vida das mulheres ser maior do que a dos homens, as mesmas adoecem com mais frequência, e as causas estão mais relacionadas com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Tendo em vista essa afirmação, o MS elaborou um documento que estabelece os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, incorporando os conceitos de integralidade e promoção da saúde a partir de um enfoque de gênero. Este documento reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que prevejam a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Além disso, visa contribuir para a autonomia e empoderamento das mulheres dentro da perspectiva da saúde como direito de cidadania (BRASIL, 2004).

Em congruência com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a saúde e a doença estão intimamente relacionadas e

constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Esta afirmação implica na constatação de que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, conforme o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004). As desigualdades sociais, econômicas e culturais manifestam-se no processo de adoecimento das populações e de cada pessoa em particular, de maneiras diferenciadas.

De acordo com os indicadores de saúde traçados no relatório sobre a situação da População Mundial no ano de 2002 (BRASIL, 2004), as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos, e dentro disso, destaca-se que: o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens; mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui seu acesso aos bens sociais, incluindo os serviços de saúde.

Ser mulher pode constituir-se um sério fator de risco. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde referentes ao período de 2006 a 2010, o Brasil está entre os dez países com maior número de homicídios femininos. Esse dado é ainda mais alarmante quando se verifica que, em geral, o homicídio contra as mulheres é cometido por homens, em sua maioria com quem a vítima possui uma relação afetiva. Neste sentido, a Lei nº 11.340 de 2006, ou Lei Maria da Penha, foi um grande avanço no tocante a coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher, considerando os tipos de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Além dessa conquista, há outros exemplos como o papel do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres na consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência, a implementação do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, entre outros (BRASIL, 2013).

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres impactam significativamente nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser vistas como um dos determinantes da saúde para a formulação de políticas públicas (BRASIL, 2004).

3.5 REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL

Segundo o censo para população em situação de rua realizado pelo governo federal no ano de 2007, abrangendo 71 municípios brasileiros,

os principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar na rua apontam para os problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Em 71,3% há relação entre os três motivos, que a pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro (BRASIL, 2012).

Portanto, pode-se dizer que em muitos casos a vulnerabilidade da população de rua já existe antes mesmo da ida para a rua. A complexidade deste fenômeno carrega fatores como a fragilidade das relações familiares, o uso abusivo de drogas, o desemprego, a miséria, a ausência de vínculos comunitários e a dificuldade de acesso a políticas sociais, que devem ser vistos dentro de sua totalidade, compreendendo que eles contribuem para o estabelecimento dessa situação de rua (FILHO, 2006). A partir de então, este processo de ‘rualização’ pode entrelaçar-se posteriormente com o uso de drogas, formando-se uma rede de sociabilidade como meio de inserção no grupo de rua e assim contribuindo para a continuidade do uso das substâncias (ABREU, 2013).

Quando há referência aos moradores de rua e usuários de drogas a partir de termos pejorativos como “mendigo”, “drogado”, “crackeiro”, “alcoólatra” e outros, existe uma categorização, que para Amarante (2007) é sempre acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. Com isso, é evidente neste contexto o caráter de exclusão intrínseco e normalizado na cultura, onde se marca a diferença entre um comportamento repreendido moralmente e o restante da sociedade que não desvia do padrão constituído como aceitável.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz com financiamento da SENAD/MJ trouxe marcadores de exclusão social significantes, onde oito em cada 10 usuários de crack são negros e oito em cada 10 não chegaram ao ensino médio. A pesquisa traz esta população atrelada a indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que 47% relataram histórico de violência sexual - comparado a 7,5% entre os homens (SOUZA, 2016).

Outra pesquisa já havia indicado que a mortalidade de usuários de crack é sete vezes superior à população geral, sendo os homicídios a causa de morte em 60% dos casos. Dentre os marcadores de exclusão social, destaca-se a baixa escolaridade e a cor da pele parda ou negra autorreferida, sugerindo uma trajetória de marginalização social que precede o uso de drogas. Somam-se à escolaridade e à cor da pele outros

marcadores de exclusão social presentes, esses já passíveis de influência pelo uso problemático de droga, como a falta de moradia e o desemprego ou trabalho precário (SOUZA, 2016).

Portanto, o maior contingente de dificuldades das pessoas em situação de rua está relacionado a problemas psicossociais (TIRADENTES; FERNANDES, 2008). Por isso é importante analisar o caráter subjetivo da relação destas pessoas com as drogas, procurando não focalizar no tipo de droga utilizado, mas sim na função da droga para cada sujeito, onde cada processo ocorre de forma diferente.

Noto e colaboradores relatam a iniciativa de jovens em situação de rua que buscam tratamento para o uso de drogas, destacando problemas como a distância entre a situação de rua e os serviços de saúde e os preconceitos dos profissionais em relação à situação de rua, constituindo fatores que dificultam o estabelecimento de vínculo com a rede sanitária institucionalizada (SANTOS, 2013). Este pode ser um dos fatores para o baixo índice de adesão aos serviços oferecidos pela rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial, o que demanda a implantação de intervenções mais efetivas e integradas neste campo (MENDES; HERR, 2014).

Após o reconhecimento de que os problemas relacionados ao uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde e em nível coletivo, a Redução de Danos ganha espaço como abordagem de acolhimento no âmbito nacional (BRASIL, 2012). Este conceito é caracterizado pelo conjunto de políticas, programas e práticas que almejam reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usá-las. O diferencial que define esta abordagem é o foco na prevenção ao dano, ao invés do foco na prevenção do uso de drogas por si só e na continuidade deste uso (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010). Dito isso, a Redução de Danos entende que impor às pessoas que parem de usar drogas como precondição para auxiliá-las, apenas torna a situação destas pessoas mais difícil (WOMEN AND HARM REDUCTION INTERNATIONAL NETWORK, 2018).

Há um capítulo dedicado à abordagem nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, assim como o amparo do artigo 196 da Constituição Federal ao reconhecimento da estratégia de redução de danos como medida preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos (BRASIL, 2005). Portanto, em harmonia com a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a Redução de Danos (RD) como conceito, estratégia e ferramenta foi incorporada pela Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de propor um novo olhar sobre os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas. Estes passam a ser reconhecidos como sujeitos de direito através do acesso aos programas de saúde disponibilizados pelo Estado (ROSA, 2012). A própria definição de Atenção Básica é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, **redução de danos** e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, *caput*, grifo nosso).

A Redução de Danos é prevista pela Lei 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, sendo descrita pela Organização Mundial de Saúde como uma estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir consequências negativas associadas a certos comportamentos, e pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, onde o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, sabendo que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas (SANTOS, 2013).

Suas práticas abrangem ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso e/ou abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Estas ações são orientadas por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (ANDRADE, 2004).

A Redução de Danos é pragmática por ter objetivos claros, como a prevenção da infecção pelo HIV e outras doenças através da utilização de equipamentos estéreis de injeção, preservando a vida de milhares de pessoas expostas a estas infecções através de seu compromisso com as políticas públicas acima de qualquer moralidade, religião ou preconceito. Do mesmo modo, é tolerante por apresentar respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas escolhas de consumo. Já a diversidade, pode ser vista na inclusão de diferentes práticas de RD em função das múltiplas possibilidades entre as populações de usuários, dos recursos técnicos

possíveis e disponíveis e das diferentes drogas de usos/abuso por parte dessas populações (ANDRADE, 2004). Assim, estas práticas incluem:

[...] troca de seringas usadas por novas, uso de hipoclorito de sódio para limpeza de agulhas e seringas usadas, ações dos agentes comunitários de saúde ou redutores de danos, como são chamados no Brasil, salas de tolerância (espaços onde o uso de droga é permitido e se fazem os cuidados de prevenção), terapia de substituição de uma droga por outra com menos consequências negativas para a saúde, e a prescrição da própria droga de consumo, em serviços públicos que, além de oferecer a droga de forma gratuita – o que evita a intermediação do tráfico e todas as suas consequências – propicia condições seguras e protegidas de uso (ANDRADE, 2004, p. 88).

Portanto, estes serviços são um meio de educação para autocuidados com a saúde. Da mesma forma, ações de RD podem ocorrer em diversos âmbitos. Nas medidas de segurança diante do consumo de bebidas alcoólicas, tem-se como exemplo a utilização de bebidas com menores teores de álcool e a inclusão, entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança, nas ocasiões em que o consumo de álcool habitualmente acontece. Em relação ao cigarro, este pode ser substituído pelos adesivos de nicotina. E no que diz respeito aos riscos de acidentes automobilísticos, o próprio uso do cinto de segurança nos automóveis é um bom exemplo de RD, cujo objetivo é preservar a vida e minimizar traumatismos durante estes possíveis acidentes (ANDRADE, 2004).

Neste contexto, a RD deve ser um conceito-ferramenta que se justifica na articulação de ofertas e pedidos de cuidado no campo da clínica, ganhando materialidade na relação entre trabalhador de saúde e usuário do SUS, assim como na escuta, reflexão e problematização das demandas de saúde, e na construção compartilhada e corresponsável de planos terapêuticos. Pode ser entendida como uma forma de abordar questões de saúde, ocupando espaço importante na renovação do paradigma de atendimento, construindo um conceito de saúde ampliado e visando criar melhores condições para que as pessoas possam tomar suas decisões, garantindo seus direitos de autonomia de cidadania (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). Dito isso, a RD é um “método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada”, funcionando como estratégia fundamental no reconhecimento das dificuldades no que

tange à adesão ao tratamento e o papel ativo do usuário nesse processo (SANTOS, 2013).

Este paradigma permeia as discussões em torno da problemática ‘droga’, que vem aparentando maior associação aos aspectos socioculturais da contemporaneidade do que à natureza das substâncias em si. A partir dessa perspectiva, considera-se a heterogeneidade dos modos de consumo, as razões, as crenças, os valores, os ritos, os estilos de vida e as visões de mundo que sustentam o sujeito (PACHECO, 2014).

É necessário, portanto, considerar os padrões de uso de drogas, partindo do princípio de que a relação de qualquer pessoa com as drogas possui três eixos de origem: o sujeito, com suas características de personalidade e singularidade biológica; a substância psicoativa, com propriedades farmacológicas específicas; e o contexto sociocultural no qual se realiza o encontro entre sujeito e droga. Assim, é possível compreender a existência de diferentes significados de usos de drogas para cada sujeito. Uma droga pode exercer diversos propósitos: uso recreacional, ritualístico, terapêutico ou como fuga de uma realidade, por exemplo. Então, considerando as peculiaridades dos três eixos apresentados, são estabelecidas relações de uso, abuso e/ou dependência, o que resulta em diferentes funções das drogas para cada sujeito (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2016).

Trabalhar em uma lógica de RD significa ter que encarar abertamente os limites e possibilidades de incluir as singularidades do sujeito nas reflexões e intervenções em saúde, priorizando o real sentido da clínica ao invés de reduzir a subjetividade humana aos preceitos morais e sociais de determinado contexto (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). A abordagem de acolhimento baseada na RD capacita o profissional a contribuir, em uma perspectiva integral, de forma mais efetiva para a saúde das pessoas. Do mesmo modo, a apropriação do conhecimento destas estratégias possibilita o profissional a debater seus alcances e limitações na instância prática e assim buscar alternativas para superar seus desafios (BRASIL, 2012).

A RD tornou-se uma alternativa viável de acolhimento, entretanto ainda há uma compreensão limitada sobre como essa abordagem é implementada na prática (TIDERTON; STANHOPE; HENWOOD, 2013). De acordo com Bungay e colaboradores (2010), é preciso considerar a importância e os benefícios dessa estratégia, porém sua aplicação ainda é insuficiente no que se refere à abordagem das desigualdades estruturais e econômicas que contribuem para a violência, a saúde e o uso de drogas na vida de mulheres em situação de rua. Esta situação contribui para um maior distanciamento dessas mulheres no que

diz respeito ao acesso à redução de danos e outros serviços relacionados à saúde. Sendo assim, é necessário reconhecer a necessidade da formulação de estratégias de redução de danos mais eficazes que contribuam para a redução da violência e de outros problemas nesse âmbito.

Considerando, portanto, as diversas formas de violência como fator significativo na ida de mulheres para a rua, torna-se necessário o fornecimento de mecanismos adequados de apoio, assim como a discussão desse fenômeno para a elaboração de propostas mais abrangentes (MEYER, 2016). No mesmo sentido, Pestana (2017) propõe uma reflexão pertinente sobre a consideração do histórico de violências no âmbito prático das políticas públicas, e também sobre a importância de uma abordagem de gênero a partir de um olhar interseccional. Assim, na medida em que direitos básicos conseguem trafegar da teoria para a prática, torna-se cada vez mais concreto o caráter de inclusão social contido nos princípios que regem as estratégias de redução de danos.

3.6 MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS ESTUDOS

A situação de rua traz componentes de pobreza e exclusão social que dificultam a condição de cidadania, o acesso à saúde e o acesso a outras formas de inclusão e acolhimento daqueles que não se encaixam em um padrão imposto socialmente. Tal padrão diminui e subestima o outro, no qual o cidadão domiciliado reage com medo e aversão ao morador de rua, relacionando sua condição ao uso de drogas e, por conseguinte, à periculosidade e à vadiagem. Estas representações sociais acerca das pessoas em situação de rua são confirmadas pelo estudo realizado por Mattos e Ferreira (2004), mostrando que são suscitadas nos indivíduos domiciliados ações que trafegam no extremo da total indiferença chegando até a repulsa e a violência física (FILHO, 2006).

Sabendo que estes componentes estão relacionados à vulnerabilidade da população geral de rua, pode-se dizer que a soma destes com o fator do gênero intensifica ainda mais as disparidades em saúde e em outras possibilidades de acolhimento e inclusão. Assim, para as mulheres que fogem do abuso em suas diversas formas, a falta de moradia e a pobreza são frequentemente consequências inevitáveis (MOE, 2007).

De acordo com o estudo longitudinal de Browne e Bassuk (1997) sobre mulheres de baixa renda e sem moradia, mais de 83% sofreram agressão de parceiros íntimos. Baker, Cook e Norris (2003) encontraram resultados semelhantes entre uma amostra de 110 mulheres que sofreram

abuso, onde 38% haviam vivido sem moradia após a separação. Uma série de problemas atormentou mulheres que eventualmente conseguiram estabelecer um local de moradia, incluindo atraso no pagamento do aluguel (40%), má alimentação (32%), negligência de pagamento de outras contas para conseguir pagar o aluguel (50%) e abandono de suas residências devido a problemas financeiros ou perseguição contínua de seus agressores (25%). Este estudo mostrou particularmente a inter-relação das instituições em suas respostas à violência doméstica, demonstrando como a falta de moradia de mulheres pode ser atenuada através do contato positivo com serviços sociais e agências de aplicação da lei (MOE, 2007).

De acordo com a pesquisa de Biscotto e colaboradores (2016) em uma cidade de Minas Gerais, a média de tempo das mulheres em situação de rua é de 7,4 anos, enquanto que no estudo de Tiradentes; Fernandes (2008) realizado no centro da cidade de São Paulo, esta média é de 5 anos. Estes dados podem significar que as políticas públicas e os programas sociais neste âmbito não estão sendo efetivos, na medida em que se mostram marcados pela institucionalização de práticas que buscam retirar estas pessoas da rua, mas oferecem poucas possibilidades de reestruturação. Assim, trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Em um dos maiores e mais abrangentes estudos sobre a saúde das mulheres em situação de rua, Teruya e colaboradores (2010) examinam as disparidades de saúde entre 1.331 mulheres que se encontram nessa condição no condado de Los Angeles, englobando as populações afro-americanas, latinas e brancas como amostra de estudo. Segundo a pesquisa, dois terços são usuárias de substâncias ilegais e/ou álcool. Dito isso, é importante mencionar que o uso não seguro destas substâncias associado a alguns fatores como higiene, condições de vulnerabilidade social e/ou situação de rua e gênero, pode intensificar a incidência de infecções e sintomas relacionados ao uso. Neste sentido, o ambiente em que as pessoas vivem e utilizam drogas pode favorecer uma higiene pobre ou maiores riscos de infecções, onde, por exemplo, um local público talvez não tenha acesso à água limpa e isto seja um fator de risco à saúde e ao uso seguro da droga. Também há estudos que mostram que mulheres usuárias de drogas injetáveis apresentam maiores níveis de infecções do que homens usuários de drogas injetáveis, sugerindo explicações biológicas, comportamentais e sociais para estes dados (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010).

Tiradentes e Fernandes (2008) dizem que os problemas de saúde predominantes na população de rua em geral estão ligados aos problemas relacionados ao alcoolismo e ao uso de drogas. Entretanto, a partir da amostra da população de mulheres em situação de rua em seu estudo, é possível identificar outras representações sociais dessas mulheres sobre o processo saúde-doença, onde as mesmas só acreditam estar realmente doentes quando não conseguem mais andar, estando por vezes em situações graves ou emergenciais. Da mesma forma, apesar do fator do abuso de substâncias químicas na população estudada, a questão não é identificada por esta como um problema de saúde, representando nos relatos destas mulheres "uma maneira de esquecer, de apagar um pouco os problemas, fugir desta vida que levam" (TIRADENTES; FERNANDES, 2008, p. 6).

As experiências de vida, o uso de drogas, as barreiras de acesso e outros fatores determinam resultados diferenciados no tratamento e acolhimento dos serviços para as mulheres em relação aos homens. As desigualdades de poder relacionadas ao gênero aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao abuso e à coerção e, quando combinadas com o estigma associado ao uso de drogas por mulheres, criam uma situação de diminuição no acesso a serviços de redução de danos, de tratamento pelo uso de drogas e de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Continuar abordando problemas de saúde de um ponto de vista neutro em termos de gênero, é insuficiente, ineficaz e dispendioso em longo prazo (CARRIÈRE, 2008).

Há alguns diagnósticos de enfermagem apontados no estudo de Tiradentes e Fernandes (2008) que são pertinentes para a discussão de como direitos básicos são negados às mulheres em situação de rua e em como estes podem acarretar problemas muito maiores posteriormente. Há um direcionamento deficitário das políticas públicas na promoção da saúde e uma precariedade no atendimento, atrelados ao preconceito e à dificuldade de relacionamento do profissional de saúde com os moradores de rua. Deste modo, as recomendações e intervenções propostas são praticamente inviáveis para estas pessoas por suas condições de vida, padrão de higiene e horários estabelecidos para os medicamentos.

Um diagnóstico como a dentição prejudicada, por exemplo, revela não somente o hábito de não escovar os dentes, mas também a ausência de um local para armazenar a escova. A questão aparentemente básica acaba por refletir na dificuldade em se recolocar no mercado de trabalho por ter a aparência prejudicada pela ausência de dentes, além de como essa aparência vai potencializar a discriminação de um possível empregador e da sociedade. Outro diagnóstico como a constipação, está

atrelado a questões como: alimentação, baixa ingestão hídrica, falta de privacidade, e falta de variedade e gosto no cardápio das instituições que resultam em enjojo e falta de apetite (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Com tudo isso, nota-se a relevância da consideração de determinantes sociais e econômicos envolvidos no contexto das mulheres em situação de rua, além da evidência de como a sociedade ignora uma problematização e contextualização mais abrangente desse fenômeno. Olhar para essas pessoas e mulheres que habitam a rua como cidadãos e sujeitos de direito ao invés de fundar-se em concepções assistencialistas e higienistas, é fundamental para que haja uma real mudança de paradigma.

4 MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas distintas, porém complementares. A primeira foi constituída pela realização de uma revisão narrativa da literatura abrangente sobre redução de danos, mulheres e pessoas em situação de rua. Esta possibilitou o conhecimento e aprofundamento na temática, além de prover embasamento teórico para a construção da segunda etapa do estudo, a inserção no campo. Este estudo foi construído a partir de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, e resultou em dois artigos científicos intitulados ‘Redução de danos e inclusão social: entendimento de profissionais de um CAPSad sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua’ (Artigo 1) e ‘Redução de danos e inclusão social: entendimento de mulheres em situação de rua sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento’ (Artigo 2).

Os passos referentes a cada etapa serão explicados a seguir. Primeiramente serão descritos os métodos utilizados na primeira etapa e, posteriormente, o percurso que diz respeito à segunda etapa da pesquisa.

4.1 DESCRIÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO

Neste item serão descritos os passos da revisão narrativa da literatura abrangente sobre redução de danos, mulheres e pessoas em situação de rua. Assim, serão apresentadas as estratégias de buscas utilizadas nas bases de dados e em outras publicações, os critérios de inclusão e exclusão destas buscas, e a organização e análise dos respectivos dados.

4.1.1 Buscas nas bases de dados e em outras publicações

As buscas nas bases de dados e em outras publicações relacionadas à temática foram divididas em dois passos. O primeiro passo consistiu nas buscas com os descritores DECS BVS “mulheres” e “pessoas em situação de rua”, que foram realizadas nas seguintes bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, Coleciona SUS e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Compreenderam artigos, monografias e teses publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola, com delimitação de tempo referente aos últimos dez anos.

Para encontrar as publicações sobre mulheres e pessoas em situação de rua referentes à literatura atual, foi realizada a pesquisa no Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), empregando a seguinte chave de busca: (tw:(mulheres)) AND (tw:(pessoas em situação de rua)). A partir dos resultados encontrados, foi possível localizar as bases de dados referentes à localização de cada documento e filtrar a pesquisa pelas categorias: artigo, monografia e tese, detalhando a busca desta forma: (tw:(mulheres)) AND (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (instance:"regional") AND (type:"article" OR "monography" OR "thesis"). Dessa busca, foram encontradas 274 publicações, e posteriormente 84 a partir da delimitação do período compreendido entre 11 de março de 2007 a 10 de março de 2017. Após a seleção, foram incluídos 49 documentos (artigos, monografias e teses), e excluídos 35 documentos. Além da sistematização deste conteúdo para a finalidade de análise do contexto atual do tema, foram investigadas outras publicações pertinentes ao estudo, sem delimitação de tempo.

O segundo passo consistiu nas buscas com os descritores DECS BVS “pessoas em situação de rua” e “redução do dano”, que foram realizadas nas seguintes bases de dados: MEDLINE, Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos e LILACS. Compreenderam artigos na língua inglesa e portuguesa, sem delimitação de tempo.

Para encontrar as publicações sobre pessoas em situação de rua e redução do dano, foi realizada a pesquisa no Portal Regional da BVS, empregando a seguinte chave de busca: (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (tw:(redução do dano)). A partir dos resultados encontrados, foi possível localizar as bases de dados referentes à localização de cada documento. Os detalhes da pesquisa encontraram-se desta forma: (tw:(pessoas em situação de rua)) AND (tw:(redução do dano)) AND (instance:"regional"). Dessa busca, foram encontrados 43 artigos, dos quais foram incluídos 29 e excluídos 14 após a seleção. Além da sistematização deste conteúdo, foram investigadas outras publicações pertinentes ao estudo, também sem delimitação de tempo.

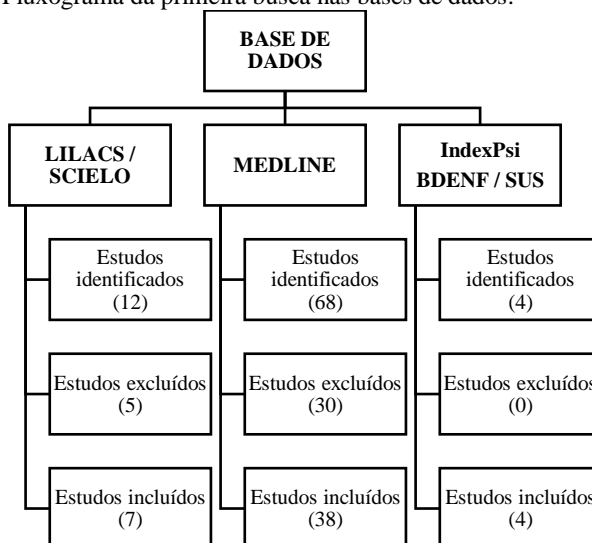
Além do suporte científico encontrado na literatura atual, foram utilizados materiais e políticas públicas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Buscaram-se também livros, artigos científicos reconhecidos no meio acadêmico e outras referências de interesse do estudo.

4.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Em relação à pesquisa no Portal Regional da BVS com os descritores “mulheres” e “pessoas em situação de rua”, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão para a seleção de material para análise. Assim, foram incluídos: a) Documentos em forma de artigos; monografias e teses; b) Documentos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola; c) Documentos com delimitação de tempo entre 2007 e 2017. E por fim, foram excluídos: a) Documentos não convencionais; b) Documentos que desviassem consideravelmente do tema principal; c) Documentos em duplicidade.

O fluxograma da primeira etapa do processo de seleção dos estudos sobre o tema central da pesquisa utilizados na revisão integrativa de literatura está apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da primeira busca nas bases de dados.



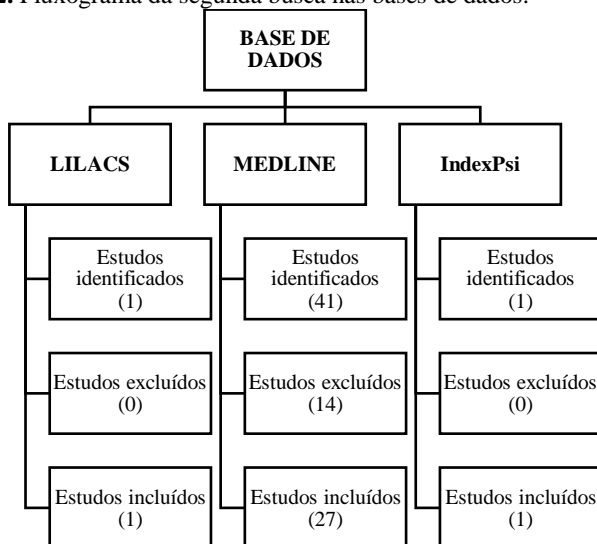
Fonte: As autoras, 2018.

Na pesquisa no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores “pessoas em situação de rua” e “redução do dano”, também foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão para a seleção de material para análise. Assim, foram incluídos: a) Documentos em forma de artigos; monografias e teses; b) Documentos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola. E por fim, foram excluídos: a) Documentos não convencionais; b) Documentos que

desviassem consideravelmente do tema principal; c) Documentos em duplicidade.

O fluxograma da segunda etapa do processo de seleção dos estudos utilizados na revisão integrativa de literatura está apresentado na Figura 2.

Figura 2. Fluxograma da segunda busca nas bases de dados.



Fonte: As autoras, 2018.

4.1.3 Organização e análise dos dados

A partir da revisão narrativa de literatura, foi utilizada a Análise Temática de Conteúdo, proposta por Minayo (2008), para estabelecer categorias temáticas dentro do tema principal. Esta técnica se dispõe a localizar núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado. Portanto, a partir de leitura flutuante do texto, é feita uma repartição e isolamento de elementos, que posteriormente são reagrupados e assim formam categorias. Deste modo, foram elencadas dez principais categorias temáticas encontradas a partir da leitura prévia dos estudos selecionados (Quadro 1).

Quadro 1. Principais categorias temáticas encontradas a partir da revisão narrativa de literatura.

Principais categorias temáticas encontradas a partir da revisão narrativa de literatura
<p>(1) Contextualização do fenômeno da pobreza, exclusão social e situação de rua;</p> <p>(2) Estigmatização e vulnerabilidade social;</p> <p>(3) Disparidades econômicas, sociais e de saúde atreladas à situação de rua, ao gênero e ao uso de drogas;</p> <p>(4) Análise interseccional de gênero nas relações de poder;</p> <p>(5) Consideração do histórico de violências no contexto das mulheres em situação de rua;</p> <p>(6) Dados sobre pesquisas e políticas públicas nacionais;</p> <p>(7) Barreiras no acolhimento e inclusão dos serviços de apoio e de saúde em relação à população de rua;</p> <p>(8) Nova perspectiva do caráter subjetivo do uso de drogas e estratégias de redução de danos;</p> <p>(9) Desafios da abordagem de redução de danos como estratégia de inclusão social;</p> <p>(10) Desafios de ações concretas a partir da análise de gênero no âmbito prático.</p>

Fonte: As autoras, 2018.

Após o mapeamento das categorias temáticas de maior relevância a serem discutidas dentro do tema principal, foi possível traçar um núcleo temático, que abrange o conjunto de temas composto por categorias, subcategorias e elementos encontrados e organizados a partir da revisão de literatura (Quadro 2). Este núcleo norteou a elaboração dos roteiros de entrevista (Apêndice B) para a coleta de dados da segunda etapa do estudo.

Quadro 2. Núcleo temático norteador do roteiro de entrevista.

Categorias	Subcategorias	Elementos
1 Configuração da situação de rua	1.1 Relações sociais configuradas nesse contexto	- Relações do sujeito com a rua - Acolhimento dos serviços de apoio e de saúde para as pessoas em situação de rua
2 Gênero e violências	2.1 Reflexões acerca do gênero e das violências	- Reflexões acerca do gênero e das violências nos sujeitos que habitam a rua - Reflexões acerca do gênero e das violências para os profissionais dos serviços de saúde e de apoio
3 Uso de drogas	3.1 Reflexões acerca do uso de drogas	- Relações das mulheres com o uso de drogas no espaço da rua
4 Redução de danos	4.1 Perspectivas de acolhimento e de inclusão social	- Experiências de acolhimento e de não acolhimento para as mulheres em situação de rua - Entendimento de acolhimento e de redução de danos para os profissionais de saúde e de apoio - Reflexões acerca da abordagem de redução de danos e inclusão social

Fonte: As autoras, 2018.

4.2 DESCRIÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Neste item serão descritos os passos da segunda etapa, a inserção no campo. Esta será apresentada por meio dos seguintes itens: características do estudo, campo de estudo e participantes, e coleta e análise.

4.2.1 Características do estudo

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa. O estudo descritivo-exploratório tem o intuito de descrever e explorar as características de determinada população e fenômeno, desenvolvendo hipóteses e indo além da simples identificação da existência de relações entre variáveis. Pretende buscar a natureza dessa relação e proporcionar uma nova visão do problema, esclarecendo e modificando conceitos. A descrição busca especificar propriedades, características e perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos, populações e fenômenos, e ainda identificar relações entre

variáveis. Além disso, o caráter exploratório proporciona maior familiaridade com o problema e envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a compreensão (MINAYO, 2001; GIL, 2008; 2010).

A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Sua natureza é caracterizada por aspectos como: a objetivação do fenômeno; o respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos. Outro aspecto importante deste método é o reconhecimento do envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo durante o processo de pesquisa, ao mesmo tempo em que se mantém a capacidade crítica (MINAYO, 2001; 2008).

4.2.2 Campo de estudo e participantes

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Florianópolis, SC, em dois locais: em uma Unidade CAPSad e nas ruas dos bairros Centro e Prainha.

A escolha pelo CAPSad como campo de pesquisa foi feita a partir da consideração da estrutura social de apoio e proteção às pessoas em situação de rua em Florianópolis. Os participantes deste local foram seis profissionais da área da saúde que trabalham neste CAPSad, sendo cada um de uma área de atuação diferente: uma psicóloga, um enfermeiro, uma farmacêutica, uma artista plástica, uma médica clínica e uma técnica de enfermagem.

A escolha pelas ruas dos bairros Centro e Prainha foi realizada devido à grande concentração da população de rua na região central da cidade (CAMPOS, 2016). As participantes deste local foram seis mulheres adultas em situação de rua.

4.2.3 Coleta e análise

Para realizar a coleta de dados e realizar as entrevistas com os profissionais do CAPSad, primeiramente foi feito contato com a coordenação deste serviço. A partir disso, foi realizada a apresentação da pesquisa em reunião de equipe, onde os trabalhadores foram convidados a participar da mesma. A apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização para Gravação de Voz foi feita pessoalmente no início das entrevistas, disponibilizando espaço para interações. Após o aceite na participação e nos recursos de gravação,

foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais abertas, sendo estas gravadas no momento e transcritas posteriormente pela pesquisadora. Uma das entrevistadas preferiu não ter sua voz gravada, portanto nesse caso houve a transcrição manual no momento da entrevista.

A coleta de dados e a realização de entrevistas referentes às mulheres em situação de rua envolveu um desdobramento maior em relação ao primeiro campo de pesquisa, considerando a necessidade de flexibilização da pesquisadora em relação à rigidez metodológica da pesquisa, além de deslocamentos físicos e incorporação de instrumentos de coleta como a observação participante, o diário de campo (MINAYO, 2001), a modalidade de amostragem por acessibilidade ou por conveniência (GIL, 2008), e a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve ou *snowball sampling*. Esta última técnica visa utilizar a rede social de indivíduos, organizações e instituições para ter acesso ao coletivo, e assim encontrar participantes por recomendação e cadeias de referência (VINUTO, 2014).

Assim, a partir do contato com estudantes de graduação e de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que realizam projeto com a população de rua, a pesquisadora foi apresentada a moradores de rua que habitam a Praça XV de Novembro¹. A partir disso, passou a frequentar o local e suas redondezas, a fim de conhecer melhor estas pessoas e seu cotidiano. Assim, houve a possibilidade de realizar uma entrevista no Largo da Alfândega². Posteriormente, um dos moradores de rua que habita a Praça XV de Novembro indicou o Centro POP, que fica na Passarela Nego Quirido³ como possibilidade de local para as demais entrevistas. Chegando lá, a pesquisadora se deparou com atividades que estavam sendo realizadas naquele dia, o que possibilitou maior imersão no campo e a abordagem com várias pessoas em situação de rua. Lá foram entrevistadas mais cinco mulheres em situação de rua.

A apresentação do TCLE e Termo de Autorização para Gravação de Voz foi feita pessoalmente no início das entrevistas, disponibilizando espaço para interrogações. Após o aceite na participação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais abertas. A maioria das entrevistadas preferiu não ter sua voz gravada, portanto foi realizada transcrição manual pela pesquisadora no momento da entrevista.

¹ A Praça XV de Novembro, também chamada de Praça XV ou Praça da Figueira, está situada no centro de Florianópolis, e é considerada um dos pontos de referência mais importantes da cidade.

² O Largo da Alfândega é uma praça localizada no centro de Florianópolis, e é considerado um ponto turístico e de encontro da população local.

³ A Passarela Nego Quirido é o sambódromo de Florianópolis, localizada no bairro Prainha.

Após o levantamento das informações coletadas a partir dos relatos dos profissionais do CAPSad e das mulheres em situação de rua, foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2001), que se desdobra nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na etapa da pré-análise, foram realizadas leitura flutuante e anotações, visando à formulação de hipóteses e pressupostos. Na etapa da exploração do material, buscou-se encontrar categorias de expressões e palavras significativas a partir da organização da fala. Por fim, os dados foram classificados e agregados a partir de categorias teóricas e/ou empíricas, sendo realizadas inferências e interpretações.

4.2.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada, sob nº 2448741/2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme a Resolução CNS 510/16. Esta resolução orienta sobre os princípios científicos e éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, que se voltam para o conhecimento, compreensão das condições, existência, vivência e saberes das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, institucionais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta, incluindo modalidades de pesquisa que envolvam intervenção.

Os dados do presente estudo foram coletados e utilizados somente no âmbito dos objetivos do mesmo. As informações foram apresentadas de forma coletiva e sem nenhum prejuízo para as pessoas envolvidas, respeitando a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes. Foi entregue o TCLE aos participantes que se dispuseram a participar da pesquisa. O estudo levou em conta as normas técnicas determinadas para este tipo de investigação, tomando as medidas pertinentes para evitar o mínimo risco ou dano possível aos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e a discussão deste estudo estão apresentados em forma de dois artigos científicos intitulados: Artigo 01: Redução de danos e inclusão social: entendimento de profissionais de um CAPSad sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua, e Artigo 02: Redução de danos e inclusão social: entendimento de mulheres em situação de rua sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento.

5.1 MANUSCRITO 1 – REDUÇÃO DE DANOS E INCLUSÃO SOCIAL: ENTENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UM CAPSad SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Camila Paravisi Frizzo⁴
Fátima Büchele Assis⁵

Resumo

Esta pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa teve como objetivo analisar a contribuição da estratégia de redução de danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua no município de Florianópolis, SC. Buscou-se registrar o entendimento que profissionais de uma unidade CAPSad têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos. Para isso, foi utilizada a técnica da Análise Temática de Conteúdo, onde primeiro foram estabelecidos categorias e um núcleo temático por meio de uma revisão narrativa de literatura que nortearam a elaboração de roteiros de entrevista. Posteriormente, foram entrevistados seis profissionais da saúde de uma unidade CAPSad. Os resultados foram organizados em núcleos temáticos, compostos por categorias e elementos formulados a partir da análise dos resultados. Após esta análise, foram identificados fatores que dificultam o acesso ao acolhimento de mulheres em situação de rua e a concretização de políticas públicas em âmbito prático, que vão desde a estrutura de acolhimento até questões que englobam a articulação

⁴ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Residente em Atenção Integrada Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração Urgência e Emergência, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵ Professora Associada do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

da rede e instâncias governamentais. Embora estes dados se mostrem como desafios para a elaboração de propostas mais abrangentes de redução de danos, foram registrados também facilitadores que evidenciam o potencial desta estratégia como garantia de direitos básicos e de promoção de cidadania. A RD é uma proposta que busca a flexibilização de limites e políticas proibicionistas, trazendo possibilidades de trabalhar no campo da saúde coletiva na minimização de danos desde medidas simples até ações emergenciais dos riscos e agravos à saúde. Destaca-se também a importância de considerar questões de gênero a partir de um olhar interseccional como determinante social e de saúde para a formulação de políticas públicas que visem à inclusão social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Mulheres. Redução de danos.

Abstract

This descriptive-exploratory qualitative approach study aimed to analyze harm reduction strategy contributions to the social inclusion of homeless women in the city of Florianópolis, SC. The aim was to record the understanding that CAPSad professionals have on hosting homeless women from harm reduction strategy. For that, Content Thematic Analysis technique was applied, with categories and a thematic core established through a narrative literature review that guided the elaboration of interview scripts. Subsequently, six health professionals from a CAPSad unit were interviewed. The results were organized into thematic core, composed by categories and elements formulated from the results analysis. After this, difficulties were identified regarding homeless women access to user embracement and implementation of public policies in a practical scope, ranging from the hosting structure to the issues that encompass networking and governmental instances. Although these results are presented as challenges to elaborate more comprehensive harm reduction proposals, facilitators have also been registered that highlight the potential of this strategy as a guarantee of basic rights and citizenship promotion. Harm Reduction is a proposal that seeks to flexibilize limits and prohibitionist policies, bringing possibilities of working in the field of public health, minimizing damages from simple measures to emergency actions of risks and health problems. It is also important to consider gender issues from an intersectional perspective as a social and health determinant for the formulation of public policies aimed at social inclusion.

Keywords: Homeless persons. Women. Harm reduction.

Introdução

A desigualdade social, a má distribuição de renda e a falta de emprego conduzem as pessoas a uma condição de impossibilidade de gerar o mínimo para sua sobrevivência, caracterizando tal situação como pobreza. Então, de forma gradativa, essa falta de condições de se reerguer econômica e socialmente leva estas pessoas a terem seus direitos de cidadania afetados, direcionando-as para a exclusão e situação de rua (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Dessa forma, a existência de pessoas em situação de rua denuncia a profunda desigualdade social brasileira. E assim traz na própria denominação ‘rua’ a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas, na medida em que sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas (BRASIL, 2008b).

Em muitos casos, a vulnerabilidade da população de rua já existe antes mesmo da ida para a rua. A complexidade deste fenômeno carrega fatores como a fragilidade das relações familiares, o uso abusivo de drogas, o desemprego, a miséria, a ausência de vínculos comunitários e a dificuldade de acesso a políticas sociais, que devem ser vistos dentro de sua totalidade, compreendendo que eles contribuem para o estabelecimento dessa situação de rua (FILHO, 2006).

Foi verificado que 82% da população em situação de rua é masculina (BRASIL, 2008b). Entretanto, esta proporção pode camuflar a importância da investigação deste fenômeno com mulheres, pois embora haja estudos científicos sobre pessoas em situação de rua, levantamentos específicos sobre mulheres nessas condições não são comuns (COSTA et al., 2015).

É fundamental que se perceba a relevância das características peculiares em trajetórias, percursos e histórias de vida que levam as mulheres a essa situação. Há um conjunto de componentes estruturais e biográficos que as conduzem de uma forma diferente do que estrutura a existência de pessoas em situação de rua em geral (ROSA; BRÊTAS, 2015). As mulheres são submetidas à categoria coletiva ‘população em situação de rua’, porém sofrem de maneira acentuada com as invisibilidades e as violências físicas e simbólicas que acometem as pessoas que vivem nas ruas, destacando-se as violações que detêm expressivo recorte de gênero (DIAS et al., 2015).

A situação de rua para as mulheres transcende as causas associadas à renda e à habitação, sendo frequentemente resultado de agressões e violências, desde suas formas mais veladas até as mais explícitas. Componentes de vulnerabilidade, como a ruptura dos vínculos sociais e a

não-existência de outros suficientemente fortes para subsidiar a reorganização da vida, somada à escassez de recursos financeiros e a ausência de instituições que lhe garantam segurança e proteção, servem de facilitadores para a consolidação da vida dessas mulheres na rua (ROSA; BRÉTAS, 2015).

Com isso, é necessário pensar em formas de abordar questões de saúde e ocupar espaços importantes na renovação do paradigma de atendimento, construindo um conceito de saúde ampliado e visando criar melhores condições para que as pessoas possam tomar suas decisões, garantindo seus direitos de autonomia de cidadania (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). Neste sentido, a abordagem de Redução de Danos (RD) se apresenta como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada, funcionando como estratégia fundamental no reconhecimento das dificuldades no que tange à adesão ao tratamento e o papel ativo do usuário nesse processo (SANTOS, 2013).

O objetivo da RD é o atendimento às pessoas e comunidades, considerando sua dimensão cultural, diferenças regionais, disponibilidades de recursos e vulnerabilidade psicossocial. Trabalha-se com a minimização dos efeitos nocivos decorrentes do fenômeno que envolve o uso de substâncias, sem ignorar ou condenar os comportamentos nocivos. Busca-se assim diminuir as consequências da exposição a qualquer dano associado a contextos comportamentais, econômicos, políticos e culturais que envolvam riscos (RIBEIRO, 2015).

As ações de RD fazem parte da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e foram efetivadas pela Portaria nº 1.028, de julho de 2005. Podem ser desenvolvidas de forma ampla: por meio da confecção de cachimbos apropriados para evitar o fumo em recipientes contaminados; pela distribuição de piteiras de silicone, protetor labial e preservativos; por informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis; através de projetos sociais envolvendo arte e trabalho grupal; pelo oferecimento de trabalho remunerado e moradia, entre outros (QUEIROZ, 2015).

A RD deve ser um conceito-ferramenta que se justifica na articulação de ofertas e pedidos de cuidado no campo da clínica, ganhando materialidade na relação entre trabalhador de saúde e usuário do SUS, assim como na escuta, reflexão e problematização das demandas de saúde, e na construção compartilhada e corresponsável de planos terapêuticos (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Portanto, considerando as relativizações dos processos de exclusão nas trajetórias das mulheres em situação de rua e a constatação do potencial de inclusão social por meio da Redução de Danos, busca-se

compreender como essas mulheres podem ser incluídas socialmente. Dito isso, objetiva-se com este artigo registrar o entendimento de profissionais de um CAPSad⁶ sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir das estratégias de redução de danos.

Método

Esta pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, foi realizada em Florianópolis, SC, em uma Unidade CAPSad, considerando a estrutura social de apoio e proteção às pessoas em situação de rua em Florianópolis. Os participantes foram seis profissionais que trabalham neste local, sendo cada um de uma área de atuação diferente: uma psicóloga, um enfermeiro, uma farmacêutica, uma artista plástica, uma médica clínica e uma técnica de enfermagem.

Após o primeiro contato com a coordenação, foi realizada a apresentação da pesquisa em reunião de equipe, onde os trabalhadores foram convidados a participar da mesma. A apresentação do TCLE e Termo de Autorização para Gravação de Voz foi feita pessoalmente no início das entrevistas, disponibilizando espaço para interrogações. Após o aceite na participação e nos recursos de gravação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais abertas, sendo estas gravadas no momento e transcritas posteriormente pela pesquisadora. Uma das entrevistadas preferiu não ter sua voz gravada, portanto nesse caso houve a transcrição manual no momento da entrevista.

Após o levantamento destas informações, foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2001), que se desdobra nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na etapa da pré-análise, foram realizadas leitura flutuante e anotações, visando à formulação de hipóteses e pressupostos. Na etapa da exploração do material, buscou-se encontrar categorias de expressões e palavras significativas a partir da organização da fala. Por fim, os dados foram classificados e agregados a partir de categorias teóricas e/ou empíricas, sendo realizadas inferências e interpretações.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada, sob nº 2448741/2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

⁶ O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Uma de suas modalidades é o CAPSad, que atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Federal de Santa Catarina, conforme a Resolução CNS 510/16.

Resultados

Os resultados provenientes das entrevistas individuais realizadas com profissionais de uma unidade CAPSad serão descritos, e posteriormente sintetizados em núcleos temáticos, apresentados nos quadros 3 a 6. Cada núcleo temático contém categorias e seus respectivos elementos, que derivam da síntese do conteúdo coletado nas entrevistas, a partir da exploração do material transcrito e interpretação dos dados.

Quanto ao acolhimento de pessoas em situação de rua, os entrevistados responderam que o serviço é “porta aberta” e “livre demanda” de acordo com o horário de funcionamento do local, não sendo realizado apenas em um período previamente informado por se tratar do tempo reservado para reunião de equipe. Há também um técnico de acolhimento responsável, sendo este um profissional da área da saúde. Os usuários são recebidos por ordem de chegada e então é realizada uma escuta das demandas, dificuldades, potencialidades, dificuldades, necessidades, e de acordo com as possibilidades do serviço, organiza-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou realiza-se outro encaminhamento, caso necessário. São feitos questionamentos sobre situação de moradia atual, rede de apoio, rede familiar, padrões do uso de drogas, histórico de vida e familiar, vínculo social, trabalho, objetivo do tratamento, entre outros. A entrevistada 3 destaca a importância de este profissional ser “bem acolhedor”, o que, em sua opinião, contribui positivamente para a formação de vínculo e para a eficácia do tratamento.

A partir de uma avaliação, verifica-se se há intoxicação pelo uso de drogas e, mesmo que intoxicado, o usuário será acolhido. Porém, caso esta pessoa esteja intoxicada a ponto de estar em risco de saúde, é feito um convite para a mesma ficar em repouso ou é solicitado para ela retornar em outro dia em que não esteja intoxicada, para que assim seja possível a elaboração de seu PTS em outro momento. Em geral, a demanda por higiene e roupas é algo que as mulheres trazem bastante quando estão em situação de rua. Então quando há esta demanda, são oferecidos banho e roupas limpas, as quais elas podem escolher a partir de doações localizadas no próprio serviço. Posteriormente, são convidadas a participar das atividades do CAPSad. É importante mencionar também que existe um protocolo local para pessoas em situação de rua: o exame de escarro. A entrevistada 4 explica que partir da alta incidência de resultados de tuberculose positivos em pessoas em situação de rua que frequentam este CAPSad, o exame de escarro se tornou um protocolo do serviço para esta população, a fim de detectar

infecções pulmonares como tuberculose e pneumonia.

Quando questionados sobre possíveis facilitadores do acesso e uso desse serviço por mulheres em situação de rua, foram mencionados fatores como: o caráter “porta aberta” do serviço; a disponibilização do serviço de referência para moradores de rua em mais um CAPSad da cidade; a doação de roupas para os usuários no CAPSad; a existência de um grupo para mulheres ministrado por técnicas mulheres; o vínculo entre profissionais e usuárias; a presença de profissionais mulheres competentes e acolhedoras; e o projeto de um espaço separado de descanso para mulheres com objetivo de garantir maior privacidade a elas.

Quando questionados sobre fatores que dificultam o acesso e uso por esse público feminino, surgiram respostas como: a dificuldade de logística de chegar ao local caso o usuário more longe; a retirada do vale transporte; a falta de estrutura de acolhimento; a falta de vaga feminina nas casas de apoio; a falta de rede de apoio; o fato de que as mulheres usuárias do serviço não se sentem à vontade quanto à participação nos grupos diante da predominância masculina; a vergonha de ser discriminada ou taxada como doente; as dificuldades para se organizar com os horários das atividades do CAPSad em função da maternidade; a hipótese de que as mulheres demoram para acessar o serviço e por isso chegam “mais graves” que os homens; o pressuposto de que elas vêm menos ao CAPSad por serem mais autônomas; e a ideia de que os homens têm mais medo da morte e por isso acessam de forma mais rápida do que as mulheres o serviço com o objetivo de se recuperar.

A entrevistada 1 discorre sobre possíveis dificultadores de acesso:

Algumas coisas que eu consigo identificar, já nesses anos aqui, é até um pouco da nossa falta de estrutura de acolher mulheres. A gente conseguiu fazer um grupo específico pra mulheres tem dois meses. Até então não tinha. Quando eles vêm com alguma demanda de abrigo, por exemplo, as casas de apoio da prefeitura não aceitam mulheres. Quando elas vêm com demanda de comunidade terapêutica, com casos de falha ambulatorial, ou até mesmo, não necessariamente casos de falha ambulatorial, mas muitas vezes os pacientes que estão em situação de rua, eles pedem por abrigo, e uma das maneiras que eles vêm de abrigo é a comunidade terapêutica. Eles falam: “ah muito difícil eu tratar, fico o dia inteiro aqui no CAPS e depois eu volto pra rua pra dormir?”. Então, comunidade terapêutica, por

exemplo, a prefeitura não tem convênio pra vaga feminina. Então eu acho que isso são alguns fatores impeditivos de elas estarem aqui no serviço (E1).

Estes dados podem ser visualizados no Quadro 3.

Quadro 3. Apresentação do Núcleo Temático 01. Acolhimento dos serviços de apoio e de saúde para as pessoas em situação de rua.

Caracteriza o entendimento de profissionais de uma Unidade CAPSad sobre o processo de acolhimento dos serviços de apoio e de saúde para as pessoas em situações de rua	
Categories	Elementos
A) Processo do acolhimento de pessoas em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Livre demanda; 2. Não é realizado durante reunião de equipe; 3. Técnico de acolhimento da área da saúde; 4. Escuta qualificada das demandas; 5. PTS e/ou novo encaminhamento; 6. Avaliação da intoxicação e risco à saúde; 7. Oferta de banho e roupas limpas; 8. Protocolo para PSR: exame de escarro; 9. Avaliação dos fatores protetivos e de risco; 10. Verificação dos padrões de uso de drogas; 11. Verificação do objetivo do tratamento; 12. Vínculo para eficácia do tratamento.
B) Facilitadores do acesso/uso do CAPSad por mulheres em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço “porta aberta”; 2. Dois CAPSad de referência para PSR; 3. Doação de roupas no local; 4. Grupo de/para/por mulheres; 5. Vínculo; 6. Técnicas competentes e acolhedoras; 7. Projeto de espaço privativo para mulheres.
C) Dificultadores do acesso/uso do CAPSad por mulheres em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Logística de chegar ao local; 2. Retirada do vale transporte pela prefeitura local; 3. Falta de estrutura para acolhimento; 4. Falta de vaga feminina nas casas de apoio; 5. Falta de rede de apoio; 6. Mulheres não se sentem à vontade quanto à participação nos grupos diante da predominância masculina; 7. Medo de ser discriminada; 8. Dificuldades com horários em função da maternidade; 9. Demoram para acessar e chegam “mais graves” que os homens; 10. Mulheres vêm menos por serem mais autônomas; 11. Os homens têm mais medo da morte, vêm mais rápido aqui se recuperar.

Fonte: As autoras, 2018.

Sobre a população de rua feminina usuária deste CAPSad, os profissionais entrevistados responderam que há em torno de uma ou duas mulheres utilizando o serviço no momento. Além disso, todos identificam que há muito mais homens em situação de rua utilizando o CAPSad atualmente em comparação às mulheres nesta mesma condição. Foi levantada a hipótese de que há diferenças na forma de inclusão de mulheres e homens no acesso às redes de atenção. Houve também o relato de que embora ainda haja mais homens utilizando o CAPSad, nos últimos oito anos aumentou o número de mulheres:

[...] eu tô há oito anos aqui no CAPS, então eu percebo bastante essa, ao meu ver, uma melhora, né. De maior número de mulheres de uns tempos pra cá. Quando eu cheguei há 8 anos atrás, isso também era presente, só que a gente era o único Caps. Não foi por esse motivo que elas pararam de vir, sempre me perguntei porquê, e eu nunca soube responder (E3).

No mesmo sentido, a entrevistada 5 supõe que embora haja mais homens em situação de rua, existem mulheres em situação de rua, então elas deveriam acessar mais. A entrevistada 1 também relata:

A gente tem até, de um ano pra cá, tentado identificar o porque essas mulheres não chegam aqui, né. Não exatamente que não existam né, mas porque que elas não chegam no serviço com a mesma frequência que os homens, assim, eu, claro que é um chute, mas eu arrisco dizer que tem dez vezes mais homens em situação de rua do que mulheres chegando aqui no serviço (E1).

Posteriormente, os profissionais foram questionados sobre como são abordadas as trajetórias e históricos de violência com essas mulheres. Sobre isso, foi relatado que a temática é abordada e acolhida em consultas, grupos de fala e em reuniões de equipe. Portanto, a abordagem pode ser em grupo ou individual, dependendo do contexto. É feita uma escuta qualificada nos atendimentos, bem como a orientação sobre os direitos desta mulher (e da criança, caso haja menor de idade envolvido) diante da situação de violência sofrida. São também realizadas a busca ativa e a visita domiciliar para monitoramento da situação de violência, objetivando maior esclarecimento do contexto e suporte profissional. Caso haja necessidade de notificação da violência pelo profissional, avalia-se a importância do vínculo com a usuária e as peculiaridades de cada caso. Os profissionais relatam que não há um fluxograma fixo a priori para estas situações, sendo então consideradas características e

subjetividades das histórias relatadas por cada mulher.

Os entrevistados apontam alguns fatores e cuidados a serem considerados previamente diante da abordagem desta temática: a incidência importante de violência doméstica e de violência na rua sofridas por estas mulheres; a importância do papel do Serviço Social na abordagem e encaminhamento destas mulheres para estruturas físicas de apoio e proteção onde possam pernoitar; o cuidado em proporcionar espaços individuais para estas mulheres no serviço; a priorização e classificação de risco, considerando a importância de consultas clínicas, acompanhamento psicológico e acionamento do serviço social; a importância da sensibilidade do profissional de perceber e acolher sinais de angústia na fala, pois muitas vezes a situação é velada ainda; a atenção à relação de fatores como: o uso de drogas, o contexto da rua, situações de violência física e psicológica, visto que estes caracterizam fatores de risco e de vulnerabilidade psicossocial.

Foi informado que quando há um casal de usuários do CAPSad que caracterizam situação de violência conjugal, estes são separados por serviço, na medida em que um dos dois é encaminhado para o outro CAPSad existente no município, ou então este casal é separado por turnos de atividades dentro do mesmo serviço. Os profissionais percebem também que há uma frequência importante de relatos de usuárias relacionados a situações de violência, além de exemplos constantes atrelados a situações antigas, e com isso verifica-se a importância do atendimento e acompanhamento psicológico. Com isso, sempre que há um sofrimento percebido pela equipe, é feito encaminhamento para atendimento psicológico em comum acordo com a usuária, consultando sua vontade e disponibilidade.

A síntese destes dados está apresentada no Quadro 4.

Quadro 4. Apresentação do Núcleo Temático 02. Reflexões acerca do gênero e violências para os profissionais de serviços de saúde e de apoio.

Caracteriza as reflexões acerca do gênero e das violências para os profissionais de uma Unidade CAPSad	
Categories	Elementos
A) Disparidades do acesso/uso do serviço por homens e mulheres em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. No momento há entre uma e/ou duas mulheres utilizando o serviço; 2. Há muito mais homens em situação de rua utilizando o serviço atualmente do que mulheres em situação de rua; 3. Há diferenças na forma de inclusão; 4. Embora ainda haja mais homens, nos últimos oito anos aumentou o número de mulheres que utilizam este serviço; 5. Há mais homens em situação de rua do que mulheres, porém há mulheres na rua, então supõe-se que elas deveriam acessar mais o serviço.
B) Abordagem das trajetórias e históricos de violência com essas mulheres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza-se a abordagem do tema em consultas, em grupos de fala e nas reuniões de equipe; 2. Abordagem em grupo ou individual; 3. Há escuta qualificada em atendimento; 4. Orienta-se sobre direitos da mulher (e da criança, caso haja menor de idade envolvido) diante do relato; 5. São realizadas busca ativa e visita domiciliar para monitoramento da situação de violência; 6. É feita a notificação da violência pelo profissional, considerando vínculo com a usuária e peculiaridades de cada caso; 7. Atenção a características e subjetividades das histórias relatadas por cada mulher; 8. Cuidado ao abordá-las, considerando fatores como violência doméstica e violência na rua. 9. Importância do Serviço Social na abordagem e encaminhamento destas mulheres para estruturas físicas de apoio para pernoite. 10. Quando há um casal de usuários que caracterizam violência conjugal: encaminha-se um dos dois para o outro CAPSad do município, ou os separam por turnos de atividades. 11. Espaços individuais para estas mulheres no serviço. 12. Priorização e classificação de risco; 13. Consultas clínicas, acompanhamento psicológico e acionamento do serviço social; 14. Acolhimento de sinais de angústia na fala, considerando que a situação de violência pode estar velada; 15. Percebe-se frequência considerável de relatos de situações de violência atuais e antigas, e com isso verifica-se a importância do atendimento e acompanhamento psicológico no serviço e na continuidade do cuidado; 16. Sempre que há um sofrimento percebido pela equipe, é feito encaminhamento para atendimento psicológico em comum acordo com a usuária, consultando sua vontade e disponibilidade. 17. Os profissionais devem estar atentos à relação de fatores como: o uso de drogas, o contexto da rua, situações de violência física e psicológica, visto que estes caracterizam fatores de risco e de vulnerabilidade psicossocial.

Fonte: As autoras, 2018.

Em seguida, foi perguntado aos entrevistados como as estratégias de redução de danos se dão na prática e no cotidiano desta unidade CAPSad. Assim, foram levantadas algumas informações da prática local: a política de redução de danos faz parte da estruturação e modo de trabalho deste serviço; a abstinência não é condição para o tratamento; o usuário escolhe seu objetivo de tratamento e participa conjuntamente da elaboração de seu PTS; a equipe trabalha com a disponibilidade e livre escolha do usuário para o tratamento; e há a possibilidade de diminuir frequência e/ou quantidade do uso, assim como substituir uma droga por outra.

Foi também relatado que há a preferência de que o usuário não esteja intoxicado para o acolhimento e participação das atividades, entretanto não é impeditivo, conforme explica a entrevistada 1:

A gente tenta manter a abstinência durante as atividades, mas não é impeditivo. Então se a pessoa tá em tratamento aqui, e tá fazendo o uso de alguma substância, 'ah tô em redução, tô usando outra substância ao invés da minha de preferência', ele continua participando de projeto, ele pode vir mesmo intoxicado, ele vai ser atendido em acolhimento (E1).

O convite para repouso ou retorno em outro dia no caso de intoxicação, ocorre pelas suposições de que o próprio usuário não aproveitará a atividade em sua integralidade quando intoxicado, mas também pela razão de que o uso abusivo favorece a ocorrência de brigas e comportamentos agressivos.

Os profissionais mencionam que este serviço é um local seguro e abrigado, diferente do contexto de vulnerabilidade psicossocial e violência que a maioria vive. Assim como há outras características como: flexibilidade na elaboração e reestruturação do PTS; orientação sobre riscos de gravidez, infecções sexualmente transmissíveis e distribuição de preservativos; grupos de qualidade de vida que abordam a promoção de saúde; disponibilização de atendimento clínico e exames; e disponibilização de cuidados com a higiene e alimentação. São proporcionadas a desintoxicação ambulatorial e a dose supervisionada, que consideram possíveis riscos, assim como menciona a entrevistada 4:

A desintoxicação do álcool que é mais delicada, porque como a gente faz desintoxicação ambulatorial, os pacientes pegam a medicação todo dia aqui, até por ter o risco de estarem em situação de rua, fazerem o uso do medicamento junto com o álcool, tem essa particularidade.

Pessoas também com o risco de suicídio que a gente faz dose supervisionada aqui, no serviço (E4).

No mesmo sentido, levam-se em conta motivações e expectativas em relação ao tratamento ao formular o PTS. Considera-se também a ambivalência e outros sentimentos que possam surgir neste processo e, a partir disso, busca-se implicar o sujeito em seu tratamento e na própria construção de sua história. A entrevistada 3 opina que deve se estar atenta para não reproduzir julgamentos morais e preconceitos em relação aos usuários e o uso de drogas. Ela relata que por vezes é difícil fazer este exercício de não reproduzir o preconceito e trabalhar com a lógica da redução de danos. Com isso, relembra uma situação em que se sentiu incomodada por sentir cheiro de *cannabis* em um usuário e que, diante disso, refletiu sobre sua reação e buscou compreender a situação.

A entrevistada 4 fala que apenas pelo fato destas pessoas virem ao CAPSad, já estão reduzindo danos. Ela menciona que antigamente existiam os “redutores de danos”, profissionais capacitados especificamente para esta temática, que trabalhavam de uma forma que compreendia: acompanhar os usuários nas atividades do CAPSad, sugerir outras atividades fora desta instituição, realizar busca ativa dos usuários em suas residências, estimular o vínculo com a arte e oficinas gratuitas, entre outras possibilidades. Infelizmente esta função não faz parte das determinações da gestão pública municipal atual.

Estes dados podem ser visualizados no Quadro 5.

Quadro 5. Apresentação do Núcleo Temático 03. Entendimento de acolhimento e de redução de danos para os profissionais de saúde e de apoio

Caracteriza o entendimento de acolhimento e de redução de danos para os profissionais de uma Unidade CAPSad	
Categorias	Elementos
A) Redução de danos na prática e cotidiano do serviço	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Redução de Danos é uma política que rege as práticas deste serviço, portanto ir ao CAPSad já previne e reduz danos; 2. Abstinência não é condição para o tratamento; 3. O usuário escolhe seu objetivo de tratamento, elaborando e reestruturando em conjunto com a equipe seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que leva em conta suas motivações e expectativas; 4. A equipe trabalha com a disponibilidade e livre escolha do usuário para o tratamento; 5. Possibilidade de diminuir frequência e/ou quantidade do uso, assim como substituir uma droga por outra; 6. A intoxicação do usuário não é impeditivo para o acolhimento e participação destes nas atividades; 7. É um local seguro e abrigado, diferente do contexto de vulnerabilidade psicossocial e violência que a maioria vive; 8. Orientação sobre riscos de gravidez, infecções sexualmente transmissíveis e distribuição de preservativos; 9. Oferta de grupos de qualidade de vida que abordam a promoção de saúde; 10. Disponibilização de atendimento clínico, exames, cuidados com a higiene e alimentação; 11. São proporcionadas a desintoxicação ambulatorial e a dose supervisionada, que consideram riscos, como uso de medicação com uso de álcool e risco de suicídio; 12. Considera-se a ambivalência e outros sentimentos que possam surgir neste processo, e a partir disso busca-se implicar o sujeito em seu tratamento e na própria construção de sua história; 13. Busca-se estar atento para não reproduzir julgamentos morais e preconceitos em relação aos usuários e o uso de drogas;

Fonte: As autoras, 2018.

Posteriormente, foi questionado aos profissionais se há alguma iniciativa para incluir mulheres em situação de rua a partir da abordagem de redução de danos. Com isso, foi relatado que não há uma abordagem específica para estas mulheres, mas sim para pessoas em situação de rua. Consideram-se iniciativas de inclusão: o grupo de mulheres, que é focado em suas demandas, porém não específico para a situação de rua ou redução de danos; a existência de grupos que almejam interessar o público

feminino, com atividades como arte, artesanato, costura, customização e música; o oferecimento de alimentação, mesmo com a perda da concessão pela prefeitura local. Sobre este aspecto, a entrevistada 4 relata:

E oferecer também, não adianta a gente ser hipócrita, oferecer alimentação também. Porque as pessoas em situação de rua, quando a gente perdeu essa concessão de ter alimentação, a gente diminuiu muito a população em situação de rua, porque eles tinham que acessar o Centro POP pra se alimentarem, então quando retornou a alimentação, a gente percebeu que a adesão melhorou, tem algumas mulheres que a gente percebeu isso. Direitos básicos, né. Então, tem um pouco de dificuldade por causa do passe que foi cortado, mas ainda assim, algumas continuam vindo (E4).

Buscando ainda incluí-las, é proporcionada uma escuta qualificada às necessidades de cada mulher, considerando questões que permeiam construções culturais em torno do gênero e do contexto da rua, como aspectos relacionados à autoestima e questões orgânicas hormonais. Além disso, é oferecido espaço de descanso privativo às mulheres usuárias do serviço; considera-se a importância de um bom acolhimento, ofertando psicoterapia se houver demanda; e são realizadas doações de roupas e de produtos de higiene, que também são trazidos e ofertados pelos próprios profissionais.

Por último, foi questionado sobre como poderia ser promovida uma maior inclusão social por meio das estratégias de redução de danos. Tal pergunta gerou inquietação nos entrevistados de uma forma geral, fazendo-os refletir sobre possíveis estratégias de inclusão para mulheres em situação de rua, que por algum motivo acessam remotamente o serviço. A entrevistada 5 se questiona sobre a inclusão e acesso de mulheres em situação de rua ao CAPSAd:

Mas não sei por que não chega. Às vezes ficamos tão presas aqui no dia-a-dia do serviço, que não paramos para refletir nessas questões. Boa pergunta, porque não chega? Tô há 3 anos aqui, e trabalhei com 2 mulheres em situação de rua, e por pouco tempo, e homens vários (E5).

Foram mencionados alguns serviços que podem promover inclusão social através da redução de danos no âmbito de políticas públicas: Centro POP, Consultório na Rua, centro de abordagem - “só que

as vagas de abrigamento são restritas” (E6), ONG’s e empresas que vão até as ruas e oferecem algum tipo de cuidado – ex.: corte de cabelo, doação de roupas. Desta forma, é um consenso entre os entrevistados que a iniciativa de ofertar cuidados básicos é uma forma de incluir socialmente e de reduzir danos, na medida em que com isso se tenta proporcionar um pouco mais de dignidade e equidade de direitos. Explicam também que é preciso oferecer cuidados sem esperar ou impor a saída destas pessoas da rua.

A entrevistada 1 fala sobre a importância de divulgar mais sobre a abordagem de rua para as (os) usuárias (os), além da divulgação do “grupo de mulheres” para mulheres e para profissionais de outras unidades e serviços da rede.

E assim, no próprio grupo de mulheres a gente pede pra que elas convidem, que elas trazem, ‘ah eu tenho uma amiga que faz isso’, então, traz ela aqui no próximo grupo, então, a gente tem tentado sensibilizar elas como comunidade, né. E também outras unidades, assim, outros locais de saúde, da rede de saúde e assistência social, assim, pra que saibam que aqui tem um espaço pra elas, assim (E1).

A entrevistada 1 completa:

Já melhorou muito, hoje mesmo no grupo, eu tava vendo isso, assim, a gente tava fazendo grupo motivacional, e eu acho que um terço do grupo era feminino. Não em situação de rua necessariamente, mas isso já é bastante, assim, sabe. E o que a gente percebe, é que justamente pela vulnerabilidade social, as mulheres em situação de rua são mais rotativas, tipo, elas vêm, ficam um tempo, e quando elas se estabilizam minimamente, assim, se reorganizam minimamente, elas mais rápido saem do serviço (E1).

O entrevistado 6 refere a importância de promover o acesso à documentação necessária para trabalhar, quando este é o desejo do sujeito, apontando esta atividade como uma forma de construir vínculo com a (o) usuária (o), além de garantir o direito à cidadania. Cita a falta da atuação dos “redutores de danos” no contexto atual do serviço:

A questão que é feito, que hoje não é feito mais, a gente tinha um programa de redução de danos na prefeitura, não sei se falaram isso pra ti já. A gente tinha, então a gente tinha os redutores de danos, o CAPS tinha né. Então na época o CAPS era

vinculado a AFLOV, que era aquela ONG, então tinha os redutores de danos que ficavam aqui no serviço, então eles tinham uma rotina de fazer grupo focado na redução pra quem vinha aqui, e também, rotina semanal, duas vezes por semana, eles iam nos mocós, aonde o pessoal usava, e iam com distribuição de seringa, de agulhas, e recolhiam o pérfuro cortante que, eles deixavam uma caixinha de pérfuro cortante lá, pra quem fazia injetável, distribuía cachimbo, essas questões básicas. Aí hoje não existe mais (E6).

A entrevistada 4 também lamenta a falta dos “redutores de danos” em Florianópolis e a existência de apenas uma equipe de Consultório na Rua para a cidade, considerando que o investimento nestas duas medidas contribuiria bastante para a promoção de inclusão social no âmbito da redução de danos. Cita dados de vulnerabilidade psicossocial, como a prostituição e o uso de drogas, e menciona que a busca por um maior entrosamento com o Consultório na Rua possibilitaria acessar estas mulheres, e assim promover o acesso destas ao CAPSad de forma mais eficaz.

Aparecem nos relatos outras possibilidades de inclusão por meio dos serviços de acolhimento, como: o empoderamento e promoção da autonomia da (o) usuária (o); a corresponsabilidade de profissionais e usuárias (os) no tratamento; o acolhimento e manejo da crise, buscando estratégias de enfrentamento às dificuldades; e maior integração dos serviços de saúde e assistência social, que proporcione melhor atendimento à população de rua.

A entrevistada 3 ressalta que há poucas vagas para abrigamento da população de rua, e quando estas são específicas para mulheres são menos ainda, o que se torna um obstáculo para a inclusão social destes sujeitos. Menciona, entretanto, que há um abrigamento para mulheres que são vítimas de violência. A profissional fala que há poucas possibilidades efetivas de serviços para casos que necessitam de contenção e proteção.

Teve uma época que, não sei se tu soube, eles iam montar uma casa de abrigamento feminino, há uns anos, em cima dos CAPSad ali, quando não ia ser uma policlínica, uma UPA, que eles querem fazer ali, ia ser uma casa de abrigamento feminino transitória, com não sei quantos leitos, e aí se perdeu. Tu vê, quanto se perde. E elas tão aí, sozinhas, em situação de rua, com o uso cada vez mais grave, e com muito pouco apoio (E3).

Relata também a dificuldade de oferecer saúde quando há dificuldades de acesso tão grandes para as mulheres em situação de rua:

Acho que sim, que ela pode tá em situação de rua e acessar aqui, como algumas acessam, mas eu acho que as condições são bem mais difíceis que a dos homens. Me lembro de um acolhimento de uma moça que eu fiz, que ela tava muito intoxicada, que ela tinha um uso muito grave por crack, e é isso, tipo ela dizendo 'eu preciso de ajuda, eu preciso de ajuda', e tipo, ou tu vai pro IPQ, e aí tu tenta uma vaga feminina que é super difícil, ou sei lá, sabe? E é isso, é bem difícil essa... Eu acho que elas sofrem mais ainda do que os homens (E3).

Reflete ainda sobre diferenças na inclusão de homens e mulheres em locais para abrigo:

[...] mas pra elas a dificuldade do abrigo é ainda pior, porque eles podem botar o nome deles num Centro POP e conseguir vagas de abrigo pra seguir vindo aqui ou pra uma casa de apoio ou ir pro albergue. E elas? Tem algumas vagas naquele albergue, mas não sei, não sei se tu sabe, mas são cinco, são cinco vagas se eu não me engano, pra uma população de rua inteira de mulheres (E3).

Finaliza dizendo que é frustrante lidar com estas questões, porém refere certa diferença de uns anos pra cá, percebendo que atualmente há mais mulheres acessando e também permanecendo por um período maior nesta Unidade CAPSad.

Estes dados estão no Quadro 6.

Quadro 6. Apresentação do Núcleo Temático 04. Reflexões acerca da abordagem e de seus desafios

Caracteriza as reflexões de profissionais de uma Unidade CAPSad acerca da abordagem e de seus desafios	
Categories	Elementos
A) Iniciativas de inclusão de mulheres em situação de rua a partir da redução de danos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilização de grupos para mulheres focados em suas demandas e em atividades que possam interessá-las; 2. Oferta de alimentação, mesmo com a perda da concessão pela prefeitura local; 3. Escuta qualificada e acolhimento às necessidades de cada mulher, considerando questões que permeiam construções culturais em torno do gênero e do contexto da rua; 4. Espaço de descanso privativo às mulheres usuárias do serviço; 5. Doação de roupas e produtos de higiene, que também são trazidos pelos próprios profissionais.
B) Promoção da inclusão social por meio da redução de danos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas públicas, Centro POP, Consultório na Rua, centro de abordagem, busca ativa, abordagem de rua 2. ONG's e empresas que vão até as ruas e oferecem algum tipo de cuidado (corte de cabelo, doação de roupas) 3. A iniciativa de ofertar cuidados básicos é uma forma de incluir socialmente e de reduzir danos, proporcionando dignidade e equidade de direitos 4. Oferecer cuidados sem esperar ou impor a saída destas pessoas da rua 5. Promover o acesso à documentação necessária para trabalho, quando há desejo, garantindo o direito à cidadania e construindo vínculos 6. Oferta de direitos básicos de higiene no CAPSad, ex.: banho 7. Iniciativas que almejam melhorar a autoestima podem trazer a redução do dano e/ou do uso de substâncias 8. “Redutores de danos”: atividades em grupo, busca ativa, distribuição de seringas e agulhas, disponibilização e recolhimento do pérfuro cortante, distribuição de cachimbo 9. Divulgar mais sobre a abordagem de rua (Consultório na Rua, Centro POP) para as(os) usuárias(os) 10. Divulgar “grupo de mulheres” para mulheres e profissionais de outras unidades e serviços da rede 11. Buscar maior entrosamento com o Consultório na Rua para identificar mulheres em situação de rua 12. Promover o empoderamento e autonomia da(o) usuária(o), corresponsabilizando-o em seu tratamento e respeitando seu tempo e vontade 13. Ter uma equipe para acolhimento e manejo da crise, buscando estratégias de enfrentamento às dificuldades 14. Os serviços de saúde e de assistência social devem se integrar mais para proporcionar um melhor atendimento à população de rua

Fonte: As autoras, 2018.

Discussão

Trabalhar em uma lógica de redução de danos significa ter que encarar abertamente os limites e possibilidades de incluir as singularidades do sujeito nas reflexões e intervenções em saúde, priorizando o real sentido da clínica ao invés de reduzir a subjetividade humana aos preceitos morais e sociais de determinado contexto (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). A abordagem de acolhimento baseada na redução de danos capacita o profissional a contribuir, em uma perspectiva integral, de forma mais efetiva para a saúde das pessoas. Do mesmo modo, a apropriação do conhecimento destas estratégias possibilita o profissional a debater seus alcances e limitações na instância prática e assim buscar alternativas para superar seus desafios (BRASIL, 2012).

Fica evidente este movimento a partir dos relatos dos entrevistados, em que o propósito da redução de danos aparece não somente como oposto de abstinência, mas também como potencial para a garantia de direitos básicos e para a promoção de cidadania. O entendimento desta abordagem como prevenção ao dano e não como prevenção ao uso de substâncias caracteriza diferenças fundamentais em sua aplicação na prática. Portanto, embora seja incipiente ainda a aplicação prática da Redução de Danos nos dispositivos de saúde em geral (QUEIROZ, 2015), é percebida uma abertura maior para a abordagem nos últimos anos.

A redução de danos tornou-se uma alternativa viável de acolhimento, entretanto ainda há uma compreensão limitada sobre como essa abordagem é implementada na prática (TIDERTON; STANHOPE; HENWOOD, 2013). É preciso considerar a importância e os benefícios dessa estratégia, porém sua aplicação ainda é insuficiente no que se refere à abordagem das desigualdades estruturais e econômicas que contribuem para a violência, a saúde e o uso de drogas na vida de mulheres em situação de rua. Esta situação contribui para um maior distanciamento dessas mulheres no que diz respeito ao acesso à redução de danos e outros serviços relacionados à saúde (BUNGAY et al, 2010). Sendo assim, é necessário reconhecer a necessidade da formulação de estratégias de redução de danos mais eficazes que contribuam para a redução da violência e de outros problemas nesse âmbito.

Apesar da aparente simplicidade da proposta da RD, esta enfrenta dificuldades em sua implementação ao considerar a história política do Brasil, oriunda de regimes autoritários e lentos processos de abertura política (RIBEIRO, 2015). Assim, o potencial democrático, equânime, integral e universal de direitos às pessoas em condições de

vulnerabilidade é prejudicado e dá vazão a práticas higienistas e medidas paternalistas neste âmbito.

As dificuldades de resolução destas problematizações se apresentam pelo fato destas estarem inseridas em um nível macro, perpassando paradigmas culturais e necessidades de articulação da rede de saúde e socioassistencial, o que foge do âmbito individual de um serviço apenas. Esta constatação causa frustração nos profissionais, na medida em que a promoção da inclusão social por meio da RD esbarra em instâncias maiores que impossibilitam a concretização de sua prática.

Os profissionais relatam barreiras de acesso como: a retirada do vale transporte, a retirada dos Redutores de Danos, a existência de apenas uma equipe de Consultório na Rua de referência para toda a cidade, a perda da concessão de alimentação – que já retornou atualmente neste serviço –, a falta de estrutura de acolhimento, a falta de vagas femininas em abrigos e casas de apoio, além da falta de leitos em instituições que possam acolher estas mulheres quando há necessidade de cuidados clínicos contínuos. Sobre este último tópico, é importante relatar que não existe em Florianópolis um CAPS III⁷ ou CAPSad III⁸, que trabalham com a reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar, e por isso o único local de referência que se enquadra nestas condições é o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ/SC).

Estas constatações, portanto, suscitam reflexões sobre o processo de exclusão a partir das especificidades do grupo feminino, pois sabendo que estes componentes estão relacionados à vulnerabilidade da população de rua em geral, pode-se dizer que a soma destes com o fator do gênero intensifica ainda mais as disparidades em saúde e em outras possibilidades de acolhimento e inclusão (MOE, 2007).

As experiências de vida, o uso de drogas, as barreiras de acesso e outros fatores determinam resultados diferenciados no tratamento e acolhimento dos serviços para as mulheres em relação aos homens. Com isso, as desigualdades de poder relacionadas ao gênero aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao abuso e à coerção e, quando combinadas

⁷ Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011b).

⁸ Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidade de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011b).

com o estigma associado ao uso de drogas por mulheres, criam uma situação de diminuição no acesso a serviços de: redução de danos, tratamento pelo uso de drogas e cuidados de saúde sexual e reprodutiva (CARRIÈRE, 2008).

Considerando então que a saúde das mulheres é significativamente afetada por suas condições de vida, fatores como o status social e socioeconômico, responsabilidades e papéis sociais, expectativas de cuidado e o suporte social apresentam uma grande influência na estrutura das inequidades sociais e nos determinantes em saúde dentro deste contexto social (CARRIÈRE, 2008). Por isso, é fundamental que consideremos o respeito às condições sociais e às diferenças de gênero, preconizado pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), ao abordar a formulação de políticas e estratégias de acolhimento para mulheres em situação de rua.

Levando em conta as violências atreladas às trajetórias de mulheres em situação de rua, considera-se fundamental a existência de uma casa de passagem em Florianópolis para mulheres em situação de violência. Contudo, é importante refletir sobre o que caracteriza tais violências para garantir o acolhimento de mulheres que necessitem de proteção, considerando que a situação de rua pode englobar uma série de violências simbólicas, psicológicas, patrimoniais, físicas e sexuais. Assim, quais as alternativas para mulheres que não puderem comprovar alguma violência ou o que se entende por violência socialmente? A comprovação de violência como condicionante de acesso ao serviço, e ainda, sendo uma das únicas opções de acolhimento às mulheres em situação de rua em Florianópolis, pode inviabilizar a abrangência do cuidado com todas as mulheres que se encontram em tal condição de vulnerabilidade. Ademais, será que essa situação se assemelha a outras cidades brasileiras?

Tendo em vista as diversas formas de violência como fator significativo na ida de mulheres para a rua, torna-se necessário o fornecimento de mecanismos adequados de apoio, assim como a discussão desse fenômeno para a elaboração de propostas mais abrangentes (MEYER, 2016). A consideração do histórico de violências no âmbito prático das políticas públicas e a importância de uma abordagem de gênero a partir de um olhar interseccional (PESTANA, 2017) estão pautadas na equidade de direitos e são medidas essenciais para o rompimento da marginalização e exclusão deste grupo. Assim, na medida em que direitos básicos conseguem trafegar da teoria para a prática, torna-se cada vez mais concreto o caráter de inclusão social contido nos princípios que regem as estratégias de redução de danos.

Referências

BRASIL. Decreto Presidencial 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. **Diário Oficial da União**: Brasília/DF, 2009.

_____. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua**. Brasília: MS, 2012.

BUNGAY, V. et al. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. **International Journal of Drug Policy**, n. 21, p. 321-329, 2010. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116989>>. Access in: 10 mar 2017.

CARRIÈRE, G. L. Linking women to health and wellness: street outreach takes a population health approach. **International Journal of Drug Policy**, p. 205-210. 2008. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18468879>>. Access in: 10 mar 2017.

COSTA, S. L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01089.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

DIAS, A. L. F. et al. À margem da cidade: trajetórias de invisibilidade e exclusão de travestis em situação de rua. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 214-233, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de março de 2017.

FILHO, C. E. E. **Saúde mental e (ex)-moradores de rua: um estudo a partir do valor pessoal e do poder pessoal.** 2006. 101p. Monografia (Disciplina Monografia em Psicologia). Departamento de Psicologia Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

MEYER, S. Examining women's agency in managing intimate partner violence and the related risk of homelessness: The role of harm minimisation. **Global Public Health.** v. 11, n.1-2, p. 198 - 210, 2016.

Available in:

<<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F17441692.2015.1047390>>. Access in: 10 mar 2017.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOE, A. M. Silenced voices and structured survival: battered women's help-seeking. **Violence Against Women.** 2007, v. 3, n. 7, p. 676-99.

Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600305>>.

Access in: 10 mar 2017.

PESTANA, Y. O. M. As mulheres e a rua. In: SÃO PAULO (Estado). Escola da Defensoria Pública do estado de São Paulo. Direitos das pessoas em situação de rua. 1. ed. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.** São Paulo, n. 2, p. 42-52, jun 2017.

QUEIROZ, L. A. **Análise das informações sobre a droga crack: o que divulgam os meios de comunicação?** 2015. 125f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

RIBEIRO, C. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na Saúde Coletiva.** 2015. 263f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu),** v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

SANTOS, C. F. **Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas.** 2013. 26p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS. Porto Alegre, 2013.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

TIDERINGTON, E.; STANHOPE, V.; HENWOOD, B. F. A qualitative analysis of case managers' use of harm reduction in practice. **J Subst Abuse Treat.**, n. 44, p. 71-77, 2013. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22520277>>. Access in: 10 mar 2017.

TIRADENTES, L. R.; FERNANDES, R. A. Q. Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres em situação de rua. **Online braz. J. Nurs.** v. 7, n. 1. 2008. Available in: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1356/431>>. Access in: 10 mar 2017.

5.2 MANUSCRITO 2 – REDUÇÃO DE DANOS E INCLUSÃO SOCIAL: ENTENDIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS DE ACOLHIMENTO E NÃO ACOLHIMENTO

Camila Paravisi Frizzo⁹
Fátima Büchele Assis¹⁰

Resumo

Esta pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa teve como objetivo analisar a contribuição da estratégia de redução de danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua no município de Florianópolis, SC. Buscou-se identificar o entendimento que mulheres em situação de rua têm sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos. Para isso, foi utilizada a técnica da Análise Temática de Conteúdo, onde primeiro foram estabelecidas categorias e um núcleo temático por meio de uma revisão narrativa de literatura que nortearam a elaboração de roteiros de entrevista. Posteriormente, foram entrevistadas seis mulheres em situação de rua na região central da cidade. Os resultados foram organizados em núcleos temáticos, compostos por categorias e elementos formulados a partir da análise dos resultados. Após esta análise, foram identificados fatores que dificultam o acesso ao acolhimento de mulheres em situação de rua, assim como processos significativos para a consolidação e manutenção da situação de rua, que englobam violências, o uso de drogas, o desemprego, o rompimento de vínculos familiares e sociais, a marginalização, a discriminação e o julgamento moral. Embora estes dados mostrem-se como desafios para a elaboração de propostas mais abrangentes de redução de danos, foram registrados também fatores facilitadores que evidenciam o potencial desta estratégia como garantia de direitos básicos e de promoção de cidadania. A RD é uma proposta que busca a flexibilização de limites e políticas proibicionistas, trazendo possibilidades de trabalhar no campo da saúde coletiva na minimização de danos desde medidas simples até ações emergenciais dos riscos e agravos à saúde. Destaca-se também a importância de considerar questões

⁹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Residente em Atenção Integrada Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração Urgência e Emergência, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

¹⁰ Professora Associada do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

de gênero a partir de um olhar interseccional como determinante social e de saúde para a formulação de políticas públicas que visem à inclusão social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Mulheres. Redução de danos.

Abstract

This descriptive-exploratory qualitative approach study aimed to analyze harm reduction strategy contributions to the social inclusion of homeless women in the city of Florianópolis, SC. The aim was to identify the understanding that homeless women have about the experiences of being and not being hosted from the strategy of harm reduction. For that, Content Thematic Analysis technique was applied, with categories and a thematic core established through a narrative literature review that guided the elaboration of interview scripts. Subsequently, six homeless women from city centre were interviewed. The results were organized into thematic core, composed by categories and elements formulated from the results analysis. After this, difficulties were identified regarding homeless women access to user embracement, as was shown significant processes to consolidate and maintain street situation, which includes violence, drug use, unemployment, breaking of family and social ties, marginalization, discrimination and moral judgment. Although these results are presented as challenges to elaborate more comprehensive harm reduction proposals, facilitators have also been registered that highlight the potential of this strategy as a guarantee of basic rights and citizenship promotion. Harm Reduction is a proposal that seeks to flexibilize limits and prohibitionist policies, bringing possibilities of working in the field of public health, minimizing damages from simple measures to emergency actions of risks and health problems. It is also important to consider gender issues from an intersectional perspective as a social and health determinant for the formulation of public policies aimed at social inclusion.

Keywords: Homeless persons. Women. Harm reduction.

Introdução

De acordo com o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, 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).

Os fatores que contribuem para a condição da existência de pessoas em situação de rua fazem parte de um fenômeno multifacetado e multicausal, englobando aspectos estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social), biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos de vínculos familiares, doenças mentais, perda de bens, desastres de massa e/ou naturais), entre outros (BRASIL, 2008b).

O Brasil apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo, sendo considerado uma das sociedades mais desiguais e, com isso, propicia fatores que conduzem pessoas a uma situação de pobreza. A desigualdade social, a má distribuição de renda e a falta de emprego impossibilitam a geração de recursos mínimos para sobrevivência, o que resulta na falta de condições de se reerguer econômica e socialmente. Então, gradativamente, estas pessoas têm seus direitos de cidadania afetados e caminham para a exclusão e para a situação de rua (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Dito isso, esta população evidencia o trinômio exprimido do termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação. A exclusão relaciona-se com uma situação extrema de ruptura de relações familiares e afetivas, além da ruptura total ou parcial com o mercado de trabalho e de não participação social efetiva. Deste modo, pessoas em situação de rua podem ser caracterizadas como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (BRASIL, 2008b).

Segundo dados das Organizações das Nações Unidas, 70% dos pobres do mundo são mulheres que sofrem discriminação nas formas de dificuldade de acesso à educação e ao emprego, na capacitação inadequada para o trabalho, entre outras. O desemprego e subemprego se inscrevem em um dos problemas sociais que atingem mais mulheres do que homens no Brasil, e entre elas, mais intensamente as mulheres negras, representando uma taxa de desemprego de 25% no ano 2000 (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Deste modo, a situação de rua remete a uma população com maior vulnerabilidade a fatores de risco à saúde e, dentro disso, a problemática da exclusão e da pobreza está ligada fortemente ao fator gênero, onde então as mulheres são excluídas em dois sentidos: gênero e pobreza. As questões de gênero e de pobreza implicam em consequências graves para as mulheres, pois elas têm menos fontes de recursos do que os homens. Assim, 60% das mulheres nos países pobres têm problemas de nutrição e

anemia, o que aumenta a predisposição a agravos relacionados à saúde (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Existem fatores associados ao gênero que influenciam a saúde da mulher, independentemente da cultura ou classe social em que ela está inserida. A coerção e a violência sexual, que englobam o estupro, a esterilização involuntária, o aborto, são algumas das ocorrências que representam sérios riscos à saúde das mulheres, potencializados pela impossibilidade econômica de mulheres excluídas (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Fatores prévios dentro do contexto familiar como: tentativa de ação disciplinadora sobre a mulher, cerceamento de suas escolhas, dificuldade de alcance da autonomia e condição de dependência mostram como as relações de poder dentro do contexto familiar agem tanto no âmbito simbólico quanto no físico, trazendo marcas da violência na mente e no corpo das mulheres. Deste modo, a saturação do limite das violências suportadas por estas mulheres contribui significativamente para o abandono do lar e para a tentativa de uma nova vida nas ruas (ROSA; BRÊTAS, 2015).

A população em situação de rua como um todo já é um grupo social historicamente marcado por um processo de exclusão dos próprios serviços de saúde e de barreiras para encontrar assistência e acolhimento (BRASIL, 2012). E ao pensar sobre o grupo específico de mulheres nesta condição, as barreiras de acesso aos serviços são ainda maiores, o que se torna grande fonte de frustração para muitas mulheres quando lá não encontram a assistência que precisam (HUEY et al., 2014).

Assim, fica evidente a importância do acolhimento e de serviços apropriados para lidar com os processos de violência vivenciados por estas mulheres, o que pode ser um diferencial no encaminhamento e acesso aos serviços de saúde. Outro fator estruturante no contexto da rua que deve ser considerado é o uso de drogas (BISCOTTO et al., 2016), o qual está associado a uma série de vulnerabilidades e riscos, e consiste também em um processo desafiador às equipes de cuidado e ao desenvolvimento de uma abordagem mais adequada junto às pessoas em situação de rua.

Dito isso, a Redução de Danos (RD) apresenta-se como uma abordagem que propõe estratégias para o enfrentamento de desafios e problemas relacionados ao uso de drogas de forma ampla e integral, transformando-se em uma possibilidade de prevenção do dano e de produção de saúde (RIBEIRO, 2015). Por considerar que muitas pessoas não querem ou não podem parar de usar drogas, entende-se que se podem reduzir os danos e riscos que o contexto de uso traz. Assim, se o uso de

drogas for comparado a um semáforo em uma analogia, os usuários ao se aproximarem de um cruzamento, teriam as seguintes opções frente às cores do sinal: vermelho – pare de usar (abstinência); verde – continue usando; amarelo – atenção (diminua a velocidade, tome cuidado e perceba o risco de danos). A RD significa a cor amarela, representando o meio termo entre extremos (MARLATT; WITKIEWITZ, 2002).

Suas práticas abrangem ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso e/ou abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Estas ações são orientadas por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. A RD é pragmática por ter objetivos claros, como a prevenção da infecção pelo HIV e outras doenças através da utilização de equipamentos estéreis de injeção, preservando a vida de milhares de pessoas expostas a estas infecções através de seu compromisso com as políticas públicas acima de qualquer moralidade, religião ou preconceito. Do mesmo modo, é tolerante por apresentar respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas escolhas de consumo. Já a diversidade, pode ser vista na inclusão de diferentes práticas de RD em função das múltiplas possibilidades entre as populações de usuários, dos recursos técnicos possíveis e disponíveis e das diferentes drogas de usos/abuso por parte dessas populações (ANDRADE, 2004).

Portanto, caracteriza-se como uma abordagem mais adequada e de referência, na medida em que suas estratégias são um conjunto de princípios e ações que vão além da lógica da abstinência e visualizam a prevenção do dano associada a contextos de vulnerabilidade psicossocial, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras (BRASIL, 2012). Visam proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos, valorizando o conceito de integralidade do cuidado em saúde e respeitando princípios de direitos e cidadania (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). Considerando o objetivo de diminuir danos e promover saúde, elas tornam-se ferramentas importantes para contribuir e enriquecer a abordagem dos profissionais dos serviços de saúde e das instituições de apoio que trabalham com essa população (BRASIL, 2012).

Diante destas reflexões, pretende-se ir além da dicotomia inclusão/exclusão e, ao invés de apenas relativizar os processos de exclusão nas trajetórias das mulheres, busca-se compreender como essas mulheres podem ser incluídas socialmente. Dito isso, o objetivo desse artigo é identificar o entendimento de mulheres em situação de rua sobre

suas experiências de acolhimento e de não acolhimento a partir das estratégias de redução de danos.

Método

Esta pesquisa, descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, foi realizada em Florianópolis, SC, nas ruas da região central da cidade. As participantes foram seis mulheres adultas em situação de rua.

Os instrumentos de coleta de dados abrangeram a observação participante, o diário de campo (MINAYO, 2001), a modalidade de amostragem por acessibilidade ou por conveniência (GIL, 2008), e a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve ou *snowball sampling*. Esta última técnica visa utilizar a rede social de indivíduos, organizações e instituições para ter acesso ao coletivo, e assim encontrar participantes por recomendação e cadeias de referência (VINUTO, 2014).

A partir do contato com estudantes de graduação e de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que realizam projeto com a população de rua, a pesquisadora foi apresentada a moradores de rua que habitam a Praça XV de Novembro¹¹. A partir disso, passou-se a frequentar o local e suas redondezas, a fim de conhecer melhor estas pessoas e seu cotidiano. Assim, houve a possibilidade de realizar uma entrevista no Largo da Alfândega¹². Posteriormente, um dos moradores de rua que habita a Praça XV de Novembro indicou o Centro POP, que fica na Passarela Nego Quirido¹³ como possibilidade de local para as demais entrevistas. Chegando lá, a pesquisadora se deparou com atividades que estavam sendo realizadas naquele dia, o que possibilitou maior imersão no campo e a abordagem com várias pessoas em situação de rua. Lá foram entrevistadas mais cinco mulheres em situação de rua.

A apresentação do TCLE e Termo de Autorização para Gravação de Voz foi feita pessoalmente no início das entrevistas, disponibilizando espaço para interrogações. Após o aceite na participação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais abertas. A maioria das entrevistadas preferiu não ter sua voz gravada, portanto foi realizada transcrição manual pela pesquisadora no momento da entrevista.

Após o levantamento destas informações, foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2001), que se desdobra nas

¹¹ A Praça XV de Novembro, também chamada de Praça XV ou Praça da Figueira, está situada no centro de Florianópolis, e é considerada um dos pontos de referência mais importantes da cidade.

¹² O Largo da Alfândega é uma praça localizada no centro de Florianópolis, e é considerado um ponto turístico e de encontro da população local.

¹³ A Passarela Nego Quirido é o sambódromo de Florianópolis, localizada no bairro Prainha.

etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na etapa da pré-análise, foram realizadas leitura fluente e anotações, visando à formulação de hipóteses e pressupostos. Na etapa da exploração do material, buscou-se encontrar categorias de expressões e palavras significativas a partir da organização da fala. Por fim, os dados foram classificados e agregados a partir de categorias teóricas e/ou empíricas, sendo realizadas inferências e interpretações.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada, sob o protocolo nº 2448741/2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme a Resolução CNS 510/16.

Resultados

Os resultados provenientes das observações participantes, diário de campo e entrevistas individuais realizadas com mulheres em situação de rua serão descritos, e posteriormente sintetizados em núcleos temáticos, apresentados nos quadros de 7 a 11. Cada núcleo temático contém categorias e seus respectivos elementos, que derivam da síntese da exploração do material e interpretação dos dados coletados durante a inserção em campo.

O tempo que as entrevistadas relataram que estão em situação de rua variou bastante, sendo de oito dias até quatro anos, de acordo com os elementos da categoria A (Quadro 7). As entrevistadas têm respectivamente: 38, 40, 55, 35, 27 e 22 anos de idade.

Sobre as trajetórias destas mulheres até a chegada às ruas, aparecem os relatos:

Separei do meu marido, morava com a minha mãe, depois ela morreu e fiquei jogada por aí (E1).

Não é adequado eu ficar em casa porque lá é numa boca, é muito perigoso o local. Mas eu vim pra rua mais por causa do meu marido, que o patrão dele é bandido mesmo sabe? Aí não foi com a cara dele, aí eu dei uma passagem pra ele trabalhar, ele não foi porque foi ameaçado, aí veio pra rua, entendesse? (E2).

Perdi o emprego, não tinha como pagar aluguel, me botaram pra fora (E3).

Conheci meu marido, ele já morava na rua (E4);

No Rio tinha 15 tiroteios por dia, agora 30. Aqui em Floripa tá ótimo então (E5).

Por causa das drogas, influência de amizade,

problema com a família em casa, discuti com meu irmão também (E6).

Quadro 7. Apresentação do Núcleo Temático 05. Relações do sujeito com a rua

Caracteriza as reflexões de mulheres em situação de rua acerca de suas relações com a rua	
Categories	Elementos
A) Tempo que estas mulheres estão em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Há quatro ano 2. Há um mês 3. Há quinze dias 4. Há oito dias 5. Há um ano 6. Há um mês
B) Trajetórias destas mulheres até a chegada às ruas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Separação do marido e morte da mãe 2. Morava em uma “boca de fumo”; há ameaças de morte ao marido e perigo diante da possibilidade de voltar para casa. 3. Perda de emprego; falta de dinheiro para pagar aluguel da casa e ordem de despejo pelo locatário 4. Conheceu o marido, que já morava na rua. 5. Veio para Florianópolis, que tem menos violência do que no Rio de Janeiro 6. Discussão familiar; relações sociais conflituosas; problemas relacionados ao uso de drogas

Fonte: As autoras, 2018.

Quando questionadas sobre o que diferencia mulheres e homens em situação de rua, surgem relatos variados:

A gente sofre bastante (E1).

Daí é dependente das mulheres que usa droga mais forte, assim, que fuma pedra, né? Eu não uso pedra. É a pedra que leva à violência, né? [...] Os homens batem nas mulher porque fumam pedra, porque elas exigem a pedra [...] Homem pra homem se entende, mas também é bem arriscado, porque às vezes se vingam na pessoa dormindo, né? Tipo, tem uma rixa lá contigo, e matam a tua família né, se tem alguma droga que tu não pagou, essas coisas (E2).

Acho que é igual. Aqui em Florianópolis não tem violência (E3).

Se a mulher for esperta, não cai na violência, mas

vai bater ainda nos homens (E4).

Não, acho que não tem muita diferença (E5).

As mulheres são mais abusadas na rua, os homens se aproveitam da dificuldade. E é mais fácil da mulher se aprofundar nas drogas (E6).

Sobre violências sofridas antes e depois de estarem em situação de rua, as entrevistadas relatam:

Várias vezes. Violência é o que mais tem na vida né? Tinha mais violência quando era casada do que na rua (E1).

Não, só em casa. Violência doméstica né? (...) mas não chegou a encostar também, né? (E2).

Não (E3).

Não, mas um pouco. Mas agora não. Quase que aconteceu (E4).

Já (E5).

Depois, na rua. Já tentaram me estuprar (E6).

Estes dados estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8. Apresentação do Núcleo Temático 06. Reflexões acerca do gênero e das violências nos sujeitos que habitam a rua.

Caracteriza as reflexões de mulheres em situação de rua acerca do gênero e das violências nos sujeitos que habitam a rua	
Categorias	Elementos
A) Diferenças entre mulheres e homens em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulheres sofrem mais que homens nas ruas 2. Mulheres que consomem drogas “mais fortes” têm mais chance de sofrer violência por homens na rua 3. Homens se entendem mais facilmente entre si nas ruas 4. Não há muita diferença, pois nesta cidade não há violência 5. Se a mulher for “esperta”, não sofre violência por homens na rua, e pode ainda bater neles 6. Os homens se aproveitam da dificuldade das mulheres, e estas sofrem violência sexual. 7. É mais fácil das mulheres se aprofundarem nas drogas
B) Violências sofridas antes e depois de estar em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tinha mais violência quando era casada do que na rua 2. Violência doméstica e violência psicológica antes de estar em situação de rua 3. Não sofreu violência ou quase sofreu violência 4. Tentaram estuprá-la quando já estava em situação de rua

Fonte: As autoras, 2018.

Sobre o uso de drogas, as entrevistadas relataram:

Já usei várias (E1).

Pó. Eu assim, eu uso pó, mas não deixo o pó me usar (E2).

Há muito tempo, já parei (E3).

Uso. Cocaína, maconha e cigarro quando quero.

Senão não uso (E4).

Sim, maconha e pó (E5).

Uso. Crack, maconha, cocaína, álcool, cigarro (E6).

Quando questionadas sobre como veem o uso de drogas na vida das pessoas que estão em situação de rua, as entrevistadas relatam:

É perigoso (E1).

Se deixa se levar a outras coisas já entra numa loucura né? (...) eu já sou mais consciente do que eu faço (...) do que tá em volta de mim, do que pode acontecer, entendesse? Porque tem pessoas que usam, mas ficam naquela abstinência, né? Eu já sou mais diferente, eu fico normal. Só quero andar (E2).

É destruidor, você perde tudo por causa da droga (E3).

É complicado (E4).

Estraga a vida da pessoa né? Tem que saber se controlar (E5).

Pra tirar a fome, às vezes não consegue um rango, aí a pessoa usa pra tirar a fome. Crack e cocaína tira a fome (E6).

Estes dados podem ser visualizados no Quadro 9.

Quadro 9. Apresentação do Núcleo Temático 07. Relações das mulheres com o uso de drogas no espaço da rua.

Caracteriza as reflexões de mulheres em situação de rua acerca das relações de mulheres com o uso de drogas no espaço da rua	
Categorias	Elementos
A) Uso de drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Já usei várias 2. Eu uso pó, mas não deixo o pó me usar 3. Há muito tempo, já parei. 4. Uso. Cocaína, maconha e cigarro quando quero. Senão não uso. 5. Sim, maconha e pó. 6. Uso. Crack, maconha, cocaína, álcool, cigarro.
B) Percepção do uso de drogas na vida das pessoas em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. É perigoso 2. Não deve “se deixar levar”; tem que saber “se controlar”. 3. Eu sou consciente do que faço, eu fico normal. 4. Tem pessoas que ficam em abstinência; é destruidor, você perde tudo por causa da droga; é complicado. 5. Quando a pessoa não consegue comer, usa crack e/ou cocaína para tirar a fome.

Fonte: As autoras, 2018.

Posteriormente, perguntou-se às mulheres se elas conheciam instituições que acolhem pessoas em situação de rua, se já buscaram alguma dessas instituições e como foi a experiência (Quadro 10). Estes foram os relatos:

Já. Preferi ficar na rua (E1).

Não, não. Conhecer eu conheço, mas não faz a minha cabeça (E2).

Tô esperando abrir vaga na casa de passagem (E3).

Já. Albergue. Não adiantou de nada. Voltei pra rua de novo (E4).

Sim, mas não sei se adianta muito (E5).

Casa de passagem em Criciúma. Foi bom, tinha banho, tinha hora, era mais organizado, acordava cedo, não ficava dormindo na rua. Tinha só uma semana pra ficar, por isso voltei pra rua (E6).

Quadro 10. Apresentação do Núcleo Temático 08. Experiências de acolhimento e de não acolhimento para as mulheres em situação de rua

Caracteriza as reflexões de mulheres em situação de rua acerca das experiências de acolhimento e de não acolhimento.	
Categorias	Elementos
A) Reflexões sobre instituições de acolhimento para pessoas em situação de rua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conheço e já frequentei, mas prefiro ficar na rua 2. Conheço, mas não “faz a minha cabeça” 3. Estou esperando abrir vaga em uma casa de passagem 4. Conheço e já frequentei, mas não adiantou 5. Conheço, mas não sei se adianta 6. Conheço e já frequentei. Gostei da experiência, porém tive que sair porque havia limite de permanência de uma semana

Fonte: As autoras, 2018.

Foi perguntado às mulheres se elas já tinham ouvido falar em redução de danos, e se sim, qual a experiência delas. Surgiram algumas reflexões sobre estas experiências:

Sim, é mais humano (E1); Ah, não. Já fiz isso. Eu fiz no CAPS, um ano e pouco. Mas depois que eu perdi meu filho de 21 anos, que foi assassinado, eu me perdi mais ainda. Mas agora eu tô bem mais controlada. Na rua na verdade eu me controlo mais do que em casa (E2).

A entrevistada 3 reflete e indaga sobre a questão:

Não. As pessoas em Florianópolis são ignorantes, discriminam demais. Outro dia uma mulher me deu um marmite com comida sem tampa, e eu pedi se ela tinha a tampa. Ela disse: aí já é demais! Aí eu disse que quando eu tinha dinheiro, eu vinha ali naquele restaurante, que há um mês atrás eu podia pagar aquele restaurante. Aí ela começou a gritar: eu não quero saber nada da sua história! Eles humilham demais. E o governo de Santa Catarina não ajuda. Muita gente tá esperando vaga e não tem. Como vou trabalhar se não tenho pra onde ir? Se não tenho como tomar banho? (E3).

As entrevistadas 4 e 5 respondem que não conhecem a abordagem, enquanto a entrevistada 6 relata: *Já. Legal. Importante, é mais aberta em relação à gente, à nossa experiência, vê a gente mesmo (E6).*

E por último, foi questionado às mulheres se elas se sentem incluídas na sociedade. Estas responderam:

Sim, me sinto legal. É ter uma vida né? (E1).

Não. Algumas vezes sim, mas cinquenta por cento não, umas duas ou três sim [...] Mas eu me cuido não roubando deles, não comprando droga fiada, coisa que eu nunca comprei, nem quero, entendesse? Até dizem pra mim que eu sou muito devagar nas coisas. Eu sei me controlar. Porque se passar do controle, aí tu já visse, né? (E2).

A entrevistada 3 reflete:

Excluída completamente. Se vai procurar emprego e você tá em situação de vulnerabilidade, eles discriminam você. Se todas as pessoas fossem boas... Olha, eu choro. Isso não é vida nem pra cachorro, eu vejo um cachorro na rua e sinto pena, imagina um ser humano. E eu sou soropositivo, quando toma o remédio, tem que deitar. Como vou tomar remédio na rua? Então eu acabo não tomando o remédio direito (E3).

As entrevistadas 4 e 5 respondem brevemente: *Não (E4); Um pouco só (E5)*, enquanto a entrevistada 6 comenta: *Excluída. Os outros olham pra gente com outra cara. Por causa dos erros de alguns, os outros pagam (E6).*

É pertinente também citar dois relatos de homens em situação de rua que se deram espontaneamente durante o processo de busca de mulheres para as entrevistas: *O homem é bicho ruim, não trata bem as mulheres, vê como objeto. Deveria enxergar a alma, o espírito delas. Outro comenta:*

*Os albergues parecem a casa dos nossos pais, tratam a gente como criança. [...] A prefeitura tirou quatro bancos aqui na praça pra gente não dormir. As mulheres não estão aqui porque foram se esconder em outros bairros por medo da violência. Outro dia um guarda acordou a Maria (nome fictício), ela reclamou e ele botou spray de pimenta na cara dela. A polícia nos trata tão mal por ser da rua, que dá vontade de partir pra cima. Teve um dia que eu fiquei feliz, porque senti que **vencemos por um dia**. Todos nos apoiaram e nos defenderam do policial (grifo nosso).*

Estes dados estão sintetizados no Quadro 11.

Quadro 11. Apresentação do Núcleo Temático 09. Reflexões acerca da abordagem de redução de danos e inclusão social

Caracteriza as reflexões de mulheres em situação de rua sobre a abordagem de redução de danos e inclusão social	
Categorias	Elementos
A) Reflexões e experiências sobre a abordagem de redução de danos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, é mais humano. 2. Sim, já frequentei o CAPS por um ano e pouco. Porém, quando meu filho foi assassinado, “me perdi” mais ainda. Estou mais controlada. Na rua me controlo mais do que em casa. 3. Não. As pessoas em Florianópolis são ignorantes e discriminam demais. O governo não ajuda. Muitos aguardam vagas em casas de apoio, mas não há. A falta de moradia e de direitos básicos, como higiene, dificulta o fato de conseguir e manter um emprego. 4. Não conheço. 5. Conheço e acho “legal”. É mais “aberta” em relação à gente, à nossa experiência, vê a gente mesmo.
B) Percepção de estar incluída na sociedade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, me sinto legal. É ter uma vida né? 2. Algumas vezes sim, mas “cinquenta por cento” não. 3. Excluída completamente. 4. Não; um pouco só. 5. Excluída. 6. Há discriminação frente à condição de vulnerabilidade 7. A situação de rua é um dificultador para manter TARV para HIV 8. Há julgamentos morais à priori e preconceitos

Fonte: As autoras, 2018.

Discussão

Foi percebida a existência de perfis variados em relação às mulheres entrevistadas, tanto em relação às idades de cada uma, ao tempo em que estão em situação de rua, quanto às trajetórias que permeiam suas vindas e permanências neste contexto. Do mesmo modo, há determinantes sociais que marcam de forma similar suas histórias, caracterizadas por relatos de vulnerabilidade, violências, uso de drogas, vínculos fragilizados, buscas pelo reconhecimento de suas identidades e por autonomia.

Destaca-se que, para a mulher, geralmente há a representação da rua como uma solução inicial para situações de violências e insatisfações com o espaço doméstico, não nutrindo desejo de voltar para o lar perdido ou abandonado, mas de construir outro. Já como ponto de convergência nas trajetórias de vida, há a busca por liberdade e autonomia nas ruas, motivada a partir da insuficiência no âmbito das capacidades de renda e na conseqüente incapacidade de manutenção do espaço de suas casas. Entretanto, é necessário considerar o caráter subjetivo de cada trajetória durante o processo de fragilizações e rupturas sociais, sendo importante a escuta das necessidades destas mulheres para que se possa entender as marcas que suas trajetórias de vida deixaram no processo (ROSA; BRÉTAS, 2015).

A preocupação em apresentar histórias de forma linear, segura ou equilibrada, é o que Pierre Bourdieu chama de “ilusão biográfica”, algo impensável na realidade. A trajetória social destas mulheres se apresenta por meio de discursos providos de singularidades e rupturas, que possibilitam a compreensão de narrativas e a construção de sentidos. Estas experiências, embora ricas em sua singularidade, também trazem consigo elementos coletivos, compartilhados por gerações e grupos sociais semelhantes (BOURDIEU, 1996a).

Dito isso, “toda trajetória social deve ser compreendida como uma maneira singular de percorrer o espaço social, onde se exprimem as disposições do *habitus*” (BOURDIEU, 1996b, p. 292), que é um sistema de esquemas de valores, percepções, juízos, ações e apreciações que são incorporados por experiências que ao mesmo tempo em que o reproduz, o constrói e o modifica (CAMPOS, 2016). Portanto, “a ideia de identidade só faz sentido se a remetemos à relação dos sujeitos não apenas a outros sujeitos, mas também ao espaço que ocupam e ao modo como o ocupam” (BROGNOLI, 1996, p.50).

A rua não é somente um lugar de circulação entre espaços privados, mas também um espaço em si, tão abarcador e produtor de realidades como qualquer outro. Estar na rua é ocupá-la, porém não como violação do espaço limpo e vazio, mas sim como produção e reprodução de identidades sociais (BRASIL, 2008b). A rua pode ser um espaço ambíguo, pois ao mesmo tempo em que marginaliza socialmente a população que lá vive, também lhe dá possibilidades de existência (ARRÀ, 2009). Lá são produzidas relações sociais e simbólicas, sendo habitada por sujeitos com agência política que exploram o mundo na instabilidade de seu movimento (SILVA, 2014).

A partir do que foi relatado sobre o uso de drogas e sobre evitar situações de violência, é possível perceber que as identidades aparecem

como performances socialmente implicadas à necessidade de sobrevivência no contexto da rua (BUTLER, 2003). As relações de poder se dispõem no campo das violências físicas e simbólicas que atravessam o universo destas mulheres, permeando os processos de vulnerabilidade, exclusão e invisibilidade constituídos durante suas trajetórias.

Com base em uma visão pós-moderna de gênero, é possível identificar diferenças substanciais nas formas em que a situação de rua é internalizada, considerando as relações de poder dentro das construções sociais. É preciso destacar a violência como um dos elementos intrínsecos ao universo das moradoras de rua, não só no contexto que as trouxe para as ruas, mas na própria rua também. Sendo a violência implícita ou explícita, ela aparece em conflitos territoriais; nas práticas sexuais ou em opressões de gênero entre os próprios habitantes de rua; nas intervenções materiais e simbólicas agressivas concretizadas por agentes urbanísticos; ou no discurso, no plano da ofensa recorrente dirigida a esse segmento, alimentando o ciclo estigmatizante de sua imagem (ROSA; BRÊTAS, 2015).

Sobre as experiências de terem sido ou não acolhidas por instituições, aparece certa descrença em relação aos serviços de apoio. Neste sentido, estudos apontam que é frequente a preferência pelas ruas pela população em situação de rua, a qual se justifica pela falta de liberdade encontrada nos albergues, além de horários rígidos e proibição do uso de álcool e outras drogas. Por outro lado, fatores como a violência e o desconforto nas ruas tornam os albergues e outras instituições atraentes na hora da decisão (BRASIL, 2008a). Além das normas com horários e uso de drogas, há outros fatores para a não preferência pelos abrigos, como a sensação de aprisionamento gerada no acolhido e as dificuldades na convivência com os outros abrigados, até o limite no número de vagas (ARRÀ, 2009).

No presente estudo foi relatada também a dificuldade de acesso e de permanência nestes locais. Tais barreiras de acesso aos serviços podem apresentar-se pela falta de: estrutura de acolhimento, vagas femininas em abrigos e casas de apoio, leitos em instituições para cuidados clínicos contínuos, entre outros. Estudos mostram consistentemente que as mulheres em situação de rua enfrentam barreiras sistêmicas e situacionais significativas (HUEY et al., 2014).

Outros dados importantes apresentados nos resultados consistem na situação de rua como empecilho na manutenção do tratamento de doenças crônicas, assim como na garantia de direitos básicos, o que inviabiliza outras concretizações, como a inserção em um emprego. Sobre isso, é importante considerar que a negação de direitos básicos às

mulheres em situação de rua acarreta em problemas muito maiores posteriormente. Há um direcionamento deficitário das políticas públicas na promoção da saúde e uma precariedade no atendimento, atrelados ao preconceito e à dificuldade de relacionamento do profissional de saúde com os moradores de rua (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Deste modo, as recomendações e intervenções propostas são praticamente inviáveis para estas pessoas por suas condições de vida, padrões de higiene e horários estabelecidos para os medicamentos. Questões aparentemente básicas acabam por refletir na dificuldade em se recolocar no mercado de trabalho por ter a aparência e higiene prejudicadas, fato que potencializa a discriminação de um possível empregador e da sociedade (TIRADENTES; FERNANDES, 2008).

Mostra-se indispensável pontuar também os resultados relacionados ao conhecimento e experiência das entrevistadas com a Redução de Danos, assim como suas percepções de estarem ou não incluídas socialmente. Por vezes parece confusa a compreensão da abordagem, assim como em outros momentos esta suscita indagações e desabafos que evidenciam a barreira de acesso aos serviços de acolhimento e o contexto de vulnerabilidade psicossocial nas trajetórias destas mulheres. Ainda, quando é reconhecida a proposta e capacidade da RD durante as falas, é inevitável não se questionar o que falta para sua aderência e efetivação em âmbito prático.

Ademais, a percepção de inclusão social também aparece de forma sutil e simplificada algumas vezes, e em outras o processo de exclusão é escancarado por meio de relatos de marginalização, discriminação e julgamento moral. Tal dicotomia parece disfarçar processos velados de exclusão, na medida em que quando essas mulheres se responsabilizam individualmente pela necessidade de mudança, ignora-se o funcionamento econômico excludente do próprio sistema (DIAS et al., 2015). Assim, a partir da ordem social desigual que perversamente atrela a inclusão à exclusão em uma relação dialética, a sociedade exclui para depois incluir, implicando em caráter ilusório desta inclusão (SAWAIA, 1999), o que resulta em sentimentos de culpabilização e fracasso destas mulheres.

A sociedade civil e o Estado contribuem para o estigma sobre a população em situação de rua quando propõem medidas assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”, visto que tais perspectivas não dão conta da complexidade do processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e de outras esferas (BRASIL, 2008b). É evidente como a sociedade ignora a problematização e contextualização mais abrangente desse fenômeno, e

isso mostra a relevância da consideração de determinantes sociais e econômicos envolvidos no contexto das mulheres em situação de rua. Portanto, olhar para essas pessoas e mulheres que habitam a rua como cidadãos e sujeitos de direito ao invés de fundar-se em concepções assistencialistas e higienistas, é fundamental para que haja uma real mudança de paradigma.

O contexto atual brasileiro enfrenta fragilidades, mas também expõe a falência de modelos proibicionistas e de abstinência. Por vezes prevalecem os interesses de poucos e questões morais e ideológicas na formulação de políticas públicas, entretanto, mostra-se a necessidade de discussões e ações pautadas nas urgências reais da população, e para isso é preciso considerar os aspectos sociais e econômicos que envolvem esta problemática. Então, partindo do princípio que as drogas fazem parte da humanidade desde a sua existência, não devem ser ignorados os riscos que permeiam seu uso, porém há de se entender que sua abordagem deve ser centrada no sujeito e em sua proteção por meio do acesso ao cuidado (RIBEIRO, 2015).

É um desafio para o Brasil desvincular-se de políticas proibicionistas de ação sobre as drogas e foco na segurança pública. Para isso, deve-se romper com o conservadorismo e com interesses mercadológicos. É necessário elaborar estratégias de prevenção de danos a pessoas expostas a riscos, entretanto, dificuldades como a descontinuidade de propostas, gerada pela alternância do poder, faz com que alianças e conflitos internos provoquem divergências políticas e se desviem das necessidades sociais (RIBEIRO, 2015).

Continuar abordando problemas de saúde de um ponto de vista neutro em termos de gênero é insuficiente, ineficaz e dispendioso em longo prazo (CARRIÈRE, 2008). As históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres impactam significativamente nas condições de saúde destas últimas, e por isso as questões de gênero devem ser vistas como um dos determinantes da saúde para a formulação de políticas públicas (BRASIL, 2004).

A Redução de Danos se mostra ainda incipiente em sua consolidação e prática, tendo em vista que muitas vezes é confundida com a visão simplificada do contrário de abstinência de substâncias, o que minimiza seu potencial para a garantia de direitos básicos e promoção de cidadania. Sua amplitude ainda é pouco conhecida e se encontra em um campo nebuloso entre usuárias (os) e profissionais, que depende da articulação das redes de saúde e socioassistenciais e da viabilização de instâncias governamentais para sua eficácia.

No entanto, conclui-se que trabalhar em uma lógica de RD implica em lidar com estes limites e possibilidades diariamente. A RD representa a potencialidade de um modelo ético, clínico e político, podendo nortear a elaboração de políticas públicas voltadas ao resgate de cidadania, de oferta de saúde e de acesso ao cuidado para pessoas em situação de rua, usuárias de drogas, em situação de violência e/ou em outros contextos de vulnerabilidade. Suas intervenções devem ser formuladas a partir das demandas de cada sujeito e comunidade, considerando sua dimensão cultural, diferenças regionais e disponibilidades de recursos (RIBEIRO, 2015).

Apropriando-se do conhecimento destas estratégias, torna-se viável a superação de desafios e a concretização de propostas mais abrangentes em âmbitos de intervenção. Assim, ao considerar desigualdades estruturais e econômicas que contribuem para a violência e outros componentes de vulnerabilidade psicossocial na vida destas mulheres, é possível elaborar estratégias de políticas públicas a partir de uma abordagem de gênero interseccional. E com isso, torna-se mais claro o potencial da RD como ferramenta de inclusão social e de integralidade do cuidado para mulheres em situação de rua, garantindo seus direitos e promovendo sua cidadania.

Referências

- ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L. A. et al. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.
- ARRÀ, A. S. N. **A abrigagem de “moradores de rua”**: um estudo sobre as trajetórias de exclusão e expectativas de reinserção. UFRGS, Porto Alegre, 2009.
- BISCOTTO et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p.750-756. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n5/pt_0080-6234-reusp-50-05-0750.pdf>. Acesso em: 10 mar 2017.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus Editora, 1996a.
- _____. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008a.

_____. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua.** Brasília, 2008b.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BROGNOLI, F. F. **Trecheiros e Pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos.** 1996. 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - CFH/Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

CAMPOS, D. A. **Os efeitos das relações de gênero nas trajetórias dos moradores de rua do município de Florianópolis (SC).** 2016. 198f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CARRIÈRE, G. L. Linking women to health and wellness: street outreach takes a population health approach. **International Journal of Drug Policy**, p. 205-210. 2008. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18468879>>. Access in: 10 mar 2017.

DIAS, A. L. F. et al. À margem da cidade: trajetórias de invisibilidade e exclusão de travestis em situação de rua. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 8, n. 2, p. 214-233, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de março de 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HUEY et al. “They just asked me why I became homeless”: “failure to ask” as a barrier to homeless women’s ability to access services post-victimization. **Violence and Victims**, vol. 29, n. 6, 2014.

MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. **Addictive behaviors**, v. 27, n. 6, p. 867, 2002. ISSN 0306-4603.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

RIBEIRO, C. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na Saúde Coletiva**. 2015. 263p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SILVA, T. L. **População em situação de rua e a linguagem dos direitos**: reflexões sobre um campo de disputas políticas, definições de sentidos e práticas de intervenção. 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal, 2014.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

TIRADENTES, L. R.; FERNANDES, R. A. Q. Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres em situação de rua. **Online braz. J. Nurs.** v. 7, n. 1. 2008. Available in: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1356/431>>. Access in: 10 mar 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, v. 22, n. 44, p. 203 - 220, 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: 10 mar 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a analisar a contribuição da Redução de Danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua, por meio do entendimento destas e de profissionais de uma unidade CAPSad sobre as experiências de acolhimento e não acolhimento a partir desta abordagem. Com isso, foram confirmadas barreiras de acesso ao acolhimento, que já haviam sido destacadas na revisão integrativa de literatura, porém com a oportunidade de um contato mais próximo com a realidade das ruas e do serviço. A RD é um conceito ainda permeado por estigmas, havendo alguns impasses que vão desde aspectos que percorrem a apropriação teórica até a burocratização e a disputa de interesses governamentais na prática, o que dificulta sua resolutividade e eficácia. Contudo, foi possível visualizar a amplitude do potencial desta estratégia em âmbito interventivo.

Quando se tem como objetivo reduzir danos – e não o uso de substâncias – amplia-se esta compreensão a muitos outros danos que podem ser evitados, prevenidos e reduzidos. Assim, quando se está atento às relações de poder que permeiam as disparidades socioeconômicas, afetando componentes de gênero, classe e raça, entende-se que o respeito e consideração a este fenômeno é uma forma de reduzir danos através da garantia de direitos básicos e promoção de cidadania. Logo, contribui-se para o rompimento da marginalização em que se encontram estas pessoas.

As pesquisas e avaliações das ações no âmbito da RD fortalecem esta lógica, evidenciando sua efetividade na prática e rompendo com o modelo proibicionista. Além disso, a Saúde Coletiva tem uma importância significativa ao demonstrar os efeitos da interdisciplinaridade na elaboração e concretização de propostas mais abrangentes no âmbito do SUS.

A construção desta pesquisa possibilitou uma ressignificação dos sentidos que permeiam as trajetórias das pessoas em situação de rua. O fenômeno pesquisado tratou especificamente de mulheres neste contexto, o que foi essencial para explicitar os componentes de violência que demarcam sua ida para as ruas, fazendo-nos deparar com a busca pela rua como local protetivo em meio a violências que transbordam os ambientes domésticos. Ao mesmo tempo, tanta ambiguidade se traduz em meio à luta das mulheres pelo espaço público, à não aceitação de padrões socialmente impostos e ao ato de deslocar-se na aposta de algo melhor por vir. Do mesmo modo, este local é também permeado por violências e exclui com a mesma facilidade que inclui. Não há respostas prontas e nem perfis predeterminados na rua.

A experiência da inserção no campo suscitou um novo olhar para as diversidades que englobam a população de rua. Ao dizer que estas pessoas são invisibilizadas pela sociedade, há uma verdade visceral nisso, pois é insuportável dar-se conta de que se contribui para a reprodução desta lógica. Quando me inseri no campo, passei a enxergar outro cenário que até então era invisível para mim, por mais que eu lute conscientemente para desinvisibilizar esta população. Não é suficiente apenas dar-se conta, mas é um começo, e um começo urgente e necessário.

Diante desta pesquisa, considero um desafio para mim e para outros pesquisadores assumir que haja um limite na forma que construímos ciência e na forma que nos comunicamos verbalmente, percebendo que estas são também construções socioculturais. Faço esta colocação, pois o universo da rua abrange sentidos que transbordam a nossa compreensão e não se encaixam na rigidez de metodologias estabelecidas a priori. Assim, este estudo não busca uma verdade absoluta, até porque entendo que não se pode tê-la. Pelo contrário, buscam-se mais perguntas do que respostas, pois a falta de respostas e soluções causa incômodo, e este incômodo é necessário para suscitar dúvidas e reflexões, fazendo-nos questionar sobre o outro. Esse 'Outro', marcado de alteridade e ambivalência, é estranho e familiar, na medida em que se tenta rejeitar aquilo que emerge de si no outro. Essas mulheres, que se encontram à margem da inclusão, escancaram o real da exclusão que não se quer significar.

Por fim, espero que meu desejo e amor pela pesquisa tenham contribuído para o desenvolvimento deste estudo e tenham demonstrado a complexidade e relevância do tema. Além disso, espera-se que esta pesquisa desperte o interesse em futuros estudos na área e favoreça a elaboração de estratégias de redução de danos para a inclusão social de mulheres em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua**. 2013. 168f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

AHMED, R. A. et al. The impact of homelessness and incarceration on women's health. **Journal of Correctional Health Care**. v. 22, n. 1, p. 62-74. 2016. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078345815618884>>. Acesso em: 10 mar 2017.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L. A. et al. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

ARRÀ, A. S. N. **A abrigagem de “moradores de rua”**: um estudo sobre as trajetórias de exclusão e expectativas de reinserção. UFRGS, Porto Alegre, 2009.

BAKER, C. K.; COOK, S. L.; NORRIS F. H. Domestic Violence and Housing Problems: A Contextual Analysis of Women's Help-seeking, Received Informal Support, and Formal System Response. **Violence Against Women**. v. 9, n. 7, p. 754 – 783, Jul, 2003. Available in: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801203009007002#articleCitationDownloadContainer>> Accessed in: 10 mar 2017.

BISCOTTO et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p.750-756. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0750.pdf>. Acesso em: 10 mar 2017.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papius Editora, 1996a.

_____. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.** Gabinete de segurança institucional, Brasília, 2005.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008a.

_____. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua.** Brasília, 2008b.

_____. Decreto Presidencial 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. **Diário Oficial da União:** Brasília/DF, 2009.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Perguntas e respostas: centro de referência especializado para população em situação de rua.** SUAS e População em Situação de Rua. Vol. II. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua.** Brasília: MS, 2012.

_____. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

BROGNOLI, F. F. **Trecheiros e Pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos.** 1996. 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - CFH/Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BROWNE, A.; BASSUK, S. S. Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: prevalence and patterns in an ethnically diverse sample. **Am J Orthopsychiatry**. v. 67, n. 2, p. 261-78. Apr, 1997. Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9142360>>. Accessed in: 10 mar 2017.

BUNGAY, V. et al. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. **International Journal of Drug Policy**, n. 21, p. 321-329, 2010. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116989>>. Access in: 10 mar 2017.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

CAMPOS, D. A. **Os efeitos das relações de gênero nas trajetórias dos moradores de rua do município de Florianópolis (SC)**. 2016. 198f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CARRIÈRE, G. L. Linking women to health and wellness: street outreach takes a population health approach. **International Journal of Drug Policy**, p. 205-210. 2008. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18468879>>. Access in: 10 mar 2017.

COSTA, S. L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01089.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

DIAS, A. L. F. et al. À margem da cidade: trajetórias de invisibilidade e exclusão de travestis em situação de rua. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.** Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 214-233, dez, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de março de 2017.

FILHO, C. E. E. **Saúde mental e (ex)-moradores de rua: um estudo a partir do valor pessoal e do poder pessoal.** 2006. 101f. Monografia (Disciplina Monografia em Psicologia). Departamento de Psicologia Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Editora Grall, 1979.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HARDING, S. **The Science question in feminism.** Ithaca, London: Cornell University Press, 1986.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, Revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/84979>>. Acesso em: 10 mar 2017.

HUEY, L. et al. “They just asked me why I became homeless: “failure to ask” as a barrier to homeless women’s ability to access services post-victimization. **Violence and Victims**, v. 29, n. 6, 2014. Available in: <<http://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/vav/2014/00000029/00000006/art00005>>. Access in: 10 mar 2017

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. **The Global State of Harm Reduction: key issues for broadening the response.** 2010. Disponível em: <http://www.ihra.net/>. Acesso em: 15 abr 2018.

MACHADO, L. A. R. **O aporte teórico/ideológico dos serviços em proteção social especial para a população em situação de rua: quais implicações?** In: ESCOLA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Direitos das pessoas em situação de rua. 1ª ed. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. São Paulo, n.3, p. 19-29, jun 2017.

MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. **Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment.** *Addictive behaviors*, v. 27, n. 6, p. 867, 2002. ISSN 0306-4603.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? – Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Revista Psicologia e Sociedade.** v. 16, n. 2, p. 47-58, maio/ago, 2004.

Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

MENDES, C. R. P.; HERR, J. F. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

MEYER, S. Examining women's agency in managing intimate partner violence and the related risk of homelessness: The role of harm minimization. **Global Public Health.** v. 11, n.1-2, p. 198 - 210, 2016. Available in:

<<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F17441692.2015.1047390>>. Access in: 10 mar 2017.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOE, A. M. Silenced voices and structured survival: battered women's help-seeking. **Violence Against Women.** 2007, v. 3, n. 7, p. 676-99.

Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600305>>. Access in: 10 mar 2017.

NOGUEIRA, C. Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 112, p. 137-153, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Portugal, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/n112/16105.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

PACHECO, M. E. A. G. Políticas públicas e capital social: o projeto consultório de rua. **Fractal**, Ver. Psicol., v. 26 – n. 1, p. 43-58, jan./abr., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n1/v26n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

PESTANA, Y. O. M. As mulheres e a rua. In: SÃO PAULO (Estado). Escola da Defensoria Pública do estado de São Paulo. **Direitos das pessoas em situação de rua**. 1. ed. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. São Paulo, n. 2, p. 42-52, jun 2017.

QUEIROZ, L. A. **Análise das informações sobre a droga crack: o que divulgam os meios de comunicação?** 2015. 125f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

RIBEIRO, C. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na Saúde Coletiva**. 2015. 263f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

ROSA, P. O. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. 2012. 373f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, C. F. **Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas**. 2013. 26f. Monografia (Especialização em Saúde Mental) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS. Porto Alegre, 2013.

SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>>. Acesso em: 10 mar 2017.

_____. O enigma da igualdade. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n1/a02v13n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

SILVA, T. L. **População em situação de rua e a linguagem dos direitos**: reflexões sobre um campo de disputas políticas, definições de sentidos e práticas de intervenção. 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal, 2014.

SILVEIRA, D. X., DOERING-SILVEIRA, E. **Padrões de Uso de Drogas: Eixo Políticas e Fundamentos**. 2016. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2017.

SOUZA, Jessé (org). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

TERUYA, C. et al. Health and health care disparities among homeless women. **Women health**. v. 50, n. 8, p. 719-736. 2010. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084601/>>. Accessed in: 10 mar 2017.

TIDERINGTON, E.; STANHOPE, V.; HENWOOD, B. F. A qualitative analysis of case managers' use of harm reduction in practice. **J Subst Abuse Treat.**, n. 44, p. 71-77, 2013. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22520277>>. Access in: 10 mar 2017.

TIRADENTES, L. R.; FERNANDES, R. A. Q. Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres em situação de rua. **Online braz. J. Nurs.** v. 7, n. 1. 2008. Available in:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1356/431>>. Access in: 10 mar 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, v. 22, n. 44, p. 203 - 220, 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: 10 mar 2017.

WOMEN AND HARM REDUCTION INTERNATIONAL NETWORK. 2018. Available in: <<https://idpc.net/profile/whrin>>. Access in: 15 apr 2018.

ZURBA, M. C. (org). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 1. ed. 2012.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista: **Mulheres em situação de rua**



Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Há quanto tempo você está em situação de rua?
2. Qual foi sua trajetória até chegar às ruas?
3. O que você acha que diferencia as mulheres dos homens em situação de rua?
4. Você já sofreu algum tipo de violência antes de estar em situação de rua? E depois?
5. Você conhece instituições que acolhem pessoas em situação de rua? Você já buscou alguma? Como foi?
6. Você já usou e/ou usa alguma droga?
7. Como você vê o uso de drogas na vida das pessoas que estão na rua?
8. Você já ouviu falar em redução de danos? Se sim, qual é a sua experiência?
9. Você se sente incluída na sociedade?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista: Profissionais do CAPSad



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Há mulheres usuárias deste serviço que estão em situação de rua?
2. Você identifica uma diferença de uso desse serviço por homens e mulheres em situação de rua?
3. Que fatores você considera como facilitadores e dificultadores do acesso/uso desse serviço por mulheres em situação de rua?
4. Como é feito o acolhimento de pessoas em situação de rua?
5. Como as estratégias de redução de danos se dão na prática e no cotidiano deste serviço?
6. Há alguma iniciativa para incluir mulheres em situação de rua a partir dessa abordagem?
7. Como são abordadas as trajetórias e históricos de violência com essas mulheres?
8. Como você acha que poderia ser promovida uma maior inclusão social por meio das estratégias de redução de danos?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Mulheres em situação de rua



Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada “Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua - Florianópolis, SC”. A presente pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Camila Paravisi Frizzo, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este trabalho pretende analisar as estratégias de redução de danos como fator de inclusão social para mulheres em situação de rua do município de Florianópolis, Santa Catarina, tendo como objetivos específicos: identificar o entendimento que as mulheres em situação de rua de Florianópolis, SC têm sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos; e registrar o entendimento que os profissionais do CAPSad de Florianópolis, SC têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos. Para isso, durante a fase de campo da pesquisa, você será entrevistada uma vez, de forma individual e reservada, para conversarmos sobre sua trajetória de vida e experiências acerca do acolhimento.

Lembramos que durante a entrevista alguns aspectos de sua trajetória de vida podem lhe trazer lembranças desagradáveis. Nesse sentido, a pesquisadora realizará a condução da entrevista visando minimizar as consequências preservando sua integridade. Durante os procedimentos de coleta, você sempre estará acompanhada pela pesquisadora, que lhe prestará a assistência necessária e lhe esclarecerá qualquer dúvida sobre o projeto. Além disso, você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Caso opte em deixar de participar da pesquisa, você não terá qualquer prejuízo. Também é importante mencionar que a pesquisadora é graduada em Psicologia e, portanto, em qualquer momento, durante e/ou depois da entrevista, a mesma estará disponível para prestar serviços psicológicos e acolhê-la, de acordo com os princípios fundamentais e responsabilidades que regem o Código de Ética Profissional do Psicólogo, aprovado pela Resolução CFP nº 010/05.

Ressaltamos que a pesquisadora e a pesquisadora responsável pela pesquisa serão as únicas a terem acesso às informações das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, todavia sempre existe a possibilidade, mesmo que remota, da quebra do sigilo involuntário e/ou não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Informamos

também que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros e/ou publicados em revistas científicas, entretanto mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa se dá pela relevância social e acadêmica de alguns componentes como: o conhecimento e reconhecimento das peculiaridades dos componentes estruturais e biográficos envolvidos nas trajetórias das mulheres em situação de rua; a escassez de estudos científicos com essa população específica e que abordem a percepção das mesmas; e o fator do acolhimento a partir da estratégia de redução de danos como grande possibilitador de uma maior inclusão social destas mulheres. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa é de suma importância para que o campo científico, a sociedade em geral, o estado e seus servidores tenham a possibilidade de acessar narrativas que ultrapassem o preconceito e a invisibilidade que as mulheres em situação de rua enfrentam em seu cotidiano, possibilitando ações para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Informamos que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Ressaltamos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas, em caso de qualquer despesa, inclusive com transporte e/ou alimentação, vinculado à pesquisa e também quando houver necessidade, você será ressarcida amplamente e integralmente pela pesquisadora. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar a pesquisadora, através do telefone de número +55 (048) 98485-0163 ou pelo e-mail: camilapfrizzo@gmail.com, ou a pesquisadora responsável pela pesquisa, Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele Assis, através do telefone +55 (48) 3721-6363 e pelo e-mail fatima.buchele@ufsc.br, ou ainda presencialmente na Sala 129 do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde, localizado na Rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Você poderá também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda pelo número: +55 (48) 3721-6094. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa dentro de padrões éticos.

Tanto a pesquisadora quanto a pesquisadora responsável pela pesquisa comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 de 07/04/2016, que orienta sobre os princípios científicos e éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação científica serão usados somente para fins acadêmico-científicos e inutilizados após a fase de análise dos dados e apresentação dos resultados finais na forma de dissertação de mestrado. Solicitamos autorização para gravação das entrevistas e o uso de seus dados para a produção de artigos científicos.

Duas vias deste documento, que possui quatro páginas, serão rubricadas e assinadas por você, pela pesquisadora e pela pesquisadora responsável pela pesquisa. Lembre-se de guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante de pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

Consentimento pós-informação

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecida e para optar por livre e espontânea vontade em participar da pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante

Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele Assis
Pesquisadora responsável

Camila Paravisi Frizzo
Pesquisadora

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Profissionais do CAPSad



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la (o) a participar da pesquisa intitulada “Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua - Florianópolis, SC”. A presente pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Camila Paravisi Frizzo, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este trabalho pretende analisar as estratégias de redução de danos como fator de inclusão social para mulheres em situação de rua do município de Florianópolis, Santa Catarina, tendo como objetivos específicos: identificar o entendimento que as mulheres em situação de rua de Florianópolis, SC têm sobre suas experiências de acolhimento e não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos; e registrar o entendimento que os profissionais do CAPSad de Florianópolis, SC têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos.

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa se dá pela relevância social e acadêmica de alguns componentes como: o conhecimento e reconhecimento das peculiaridades dos componentes estruturais e biográficos envolvidos nas trajetórias das mulheres em situação de rua; a escassez de estudos científicos com essa população específica e que abordem a percepção das mesmas; e o fator do acolhimento a partir da estratégia de redução de danos como grande possibilitador de uma maior inclusão social destas mulheres.

Trata-se de uma pesquisa estabelecida na abordagem qualitativa, a qual exige enquanto coleta de dados a entrevista junto aos participantes do estudo, utilizando um gravador para registro das informações. Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a pesquisadora e a pesquisadora responsável pela pesquisa serão as únicas a terem acesso às informações dos dados coletados e a entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto às questões profissionais levantadas, assim como, mesmo que remotamente, pode ocorrer quebra de sigilo por eventuais problemas involuntários e/ou não intencionais.

Para minimizar esses possíveis desconfortos a entrevista será realizada em ambiente favorável, em uma sala fechada, com a presença apenas da (o) entrevistada (o) e da entrevistadora. Além disso, a qualquer momento da realização desse estudo, a (o) senhora (o) e/ou os estabelecimentos envolvidos

poderão receber esclarecimentos adicionais que julgarem necessários por e-mail ou telefone e poderão se recusar a participar ou retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo.

Sua privacidade e o sigilo das informações serão preservados em todas as fases da pesquisa por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta e análise de dados. Nenhum nome e identificação de pessoas interessam a esse estudo. Os benefícios e vantagens em participar desse estudo serão: a) o levantamento de informações sobre as percepções acerca do acolhimento de mulheres em situação de rua, b) a possibilidade de revelar possíveis contribuições a partir da influência da estratégia de redução de danos para a inclusão social destas mulheres.

A pesquisadora declara que a Resolução 510/16, que orienta sobre os princípios científicos e éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, será cumprida integralmente. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação científica serão usados somente para fins acadêmico-científicos e inutilizados após a fase de análise dos dados e apresentação dos resultados finais na forma de dissertação de mestrado. Solicitamos autorização para gravação das entrevistas e o uso de seus dados para a produção de artigos científicos, pois os resultados deste trabalho também poderão ser apresentados em encontros e/ou publicados em revistas científicas.

Informamos que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Ressaltamos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, porém caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, será garantido ressarcimento amplo nos termos da lei, vinculado à pesquisa e quando houver necessidade. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar a pesquisadora, através do telefone de número +55 (048) 98485-0163 ou pelo e-mail: camilapfrizzo@gmail.com, ou a pesquisadora responsável pela pesquisa, Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele Assis, através do telefone +55 (48) 3721-6363 e pelo e-mail fatima.buchele@ufsc.br, ou ainda presencialmente na Sala 129 do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde, localizado na Rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Você poderá também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda pelo número: +55 (48) 3721-6094. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa dentro de padrões éticos.

A pesquisadora responsável pela pesquisa, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 de 07/04/2016, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, que serão assinadas pela (o) entrevistada (o) e também rubricadas e assinadas pela pesquisadora e pela pesquisadora responsável pela pesquisa, sendo que as três assinaturas estarão na mesma página. Uma via ficará em poder da pesquisadora e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

Consentimento pós-informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecida (o) sobre a pesquisa “Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua - Florianópolis, SC”, recebi de forma clara todas as explicações pertinentes ao projeto e opto por livre e espontânea vontade em participar da pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante

Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele Assis
Pesquisadora responsável

Camila Paravisi Frizzo
Pesquisadora

APÊNDICE E – Termo de Autorização para Gravação de Voz



Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de compreender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA - FLORIANÓPOLIS, SC” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão utilizados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, as pesquisadoras Camila Paravisi Frizzo e Fátima Büchele Assis a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso das pesquisadoras acima citadas em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam artigos e apresentações em revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa, Fátima Büchele Assis, e após esse período, serão destruídos e;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação de minha entrevista.

Florianópolis, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante

Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele Assis
Pesquisadora responsável

Camila Paravisi Frizzo
Pesquisadora

ANEXO 1 - Declaração da Instituição Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 20 de Outubro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA - FLORIANÓPOLIS, SC”**, da pesquisadora responsável Camila Paravisi Frizzo . Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e da Resolução 510, de 7 de abril de 2016 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à **apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.**

Evelise Ribeiro Gonçalves
Escola de Saúde Pública
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA - FLORIANÓPOLIS, SC

Pesquisador: Fátima Büchele Assis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79370117.7.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.741

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA - FLORIANÓPOLIS, SC", objetiva analisar as estratégias de redução de danos como fator de inclusão social para mulheres em situação de rua do município de Florianópolis, SC. Deste modo, visa caracterizar a produção científica publicada em bases de dados nacionais e internacionais, acerca da estratégia de redução de danos e as mulheres em situação de rua; além de identificar o entendimento que as mulheres em situação de rua têm sobre suas experiências de acolhimento e de não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos; e de registrar o entendimento que os profissionais do CAPSad e do Centro POP têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos. A abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória norteará técnicas de coleta e análise como a observação simples, a entrevista semi-estruturada e a análise temática de conteúdo. A partir de revisão integrativa de literatura do tema proposto, foram estabelecidos eixos temáticos que nortearão os roteiros de entrevista. Tais entrevistas serão gravadas no momento da coleta e transcritas posteriormente para a análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as estratégias de redução de danos como fator de inclusão social para mulheres em

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.440.741

situação de rua do município de Florianópolis, SC.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a produção científica publicada em bases de dados nacionais e internacionais, acerca da estratégia de redução de danos e as mulheres em situação de rua.
- Identificar o entendimento que as mulheres em situação de rua de Florianópolis, SC têm sobre suas experiências de acolhimento e de não acolhimento a partir da estratégia de redução de danos.
- Registrar o entendimento que os profissionais do CAPSad e do Centro POP de Florianópolis, SC têm sobre o acolhimento de mulheres em situação de rua a partir da estratégia de redução de danos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No que se refere aos riscos às participantes mulheres em situação de rua, durante a entrevista, alguns aspectos de suas trajetórias podem trazer lembranças desagradáveis. Nesse sentido, a pesquisadora realizará a condução da entrevista visando minimizar as consequências preservando sua integridade. Ressalta-se que a pesquisadora e a pesquisadora responsável pela pesquisa serão as únicas a terem acesso às informações das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, todavia sempre existe a possibilidade, mesmo que remota, da quebra do sigilo involuntário e/ou não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Durante os procedimentos de coleta, a participante sempre estará acompanhada pela pesquisadora, que lhe prestará a assistência necessária e lhe esclarecerá qualquer dúvida sobre o projeto. Além disso, a mesma poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Caso opte em deixar de participar da pesquisa, ela não terá qualquer prejuízo. Também é importante mencionar que a pesquisadora é graduada em Psicologia e, portanto, em qualquer momento, durante e/ou depois da entrevista, a mesma estará disponível para prestar serviços psicológicos e acolher a participante, de acordo com os princípios fundamentais e responsabilidades que regem o Código de Ética Profissional do Psicólogo, aprovado pela Resolução CFP nº 010/05. No que se refere aos riscos aos profissionais do Centro POP e CAPSad, os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a pesquisadora e a pesquisadora responsável pela pesquisa serão as únicas a terem acesso às informações dos dados coletados e a entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto às questões

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.440.741

profissionais levantadas, assim como, mesmo que remotamente, pode ocorrer quebra de sigilo por eventuais problemas involuntários e/ou não intencionais. Para minimizar esses possíveis desconfortos a entrevista será realizada em ambiente favorável, em uma sala fechada, com a presença apenas da(o) entrevistada(o) e da entrevistadora. Além disso, a qualquer momento da realização desse estudo, o(a) participante e/ou os estabelecimentos envolvidos poderão receber esclarecimentos adicionais que julgarem necessários por e-mail ou telefone e poderão se recusar a participar ou retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo. Benefícios:

Tanto a pesquisadora quanto a pesquisadora responsável pela pesquisa comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 de 07/04/2016, que orienta sobre os princípios científicos e éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. O desenvolvimento deste projeto de pesquisa se dá pela relevância social e acadêmica de alguns componentes como: o conhecimento e reconhecimento das peculiaridades dos componentes estruturais e biográficos envolvidos nas trajetórias das mulheres em situação de rua; a escassez de estudos científicos com essa população específica e que abordem a percepção das mesmas; e o fator do acolhimento a partir da estratégia de redução de danos como grande possibilitador de uma maior inclusão social destas mulheres. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa é de suma importância para que o campo científico, a sociedade em geral, o estado e seus servidores tenham a possibilidade de acessar narrativas que ultrapassem o preconceito e a invisibilidade que as mulheres em situação de rua enfrentam em seu cotidiano, possibilitando ações para a melhoria da qualidade de vida dessa população. A privacidade e o sigilo das informações serão preservados em todas as fases da pesquisa por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta e análise de dados. Nenhum nome e identificação de pessoas interessam a esse estudo. Os benefícios e vantagens em participar desse estudo serão: a) o levantamento de informações sobre as percepções acerca do acolhimento de mulheres em situação de rua, b) a possibilidade de revelar possíveis contribuições a partir da influência da estratégia de redução de danos para a inclusão social destas mulheres. Ressalta-se que os participantes não terão nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas, em caso de despesas com transporte e/ou alimentação, decorrentes da participação da pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. Caso o(a) participante tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8064 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.440.741

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos, poderá contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre a temática proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas alterações pontuais nos TCLEs não havendo Inadequações ou Impedimentos a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_983795.pdf	24/11/2017 23:58:56		Aceito
Outros	Carta de resposta as pendencias solicitadas pelo CEP/SH.pdf	24/11/2017 23:56:45	Fátima Büchele Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS.pdf	24/11/2017 23:55:54	Fátima Büchele Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MULHERES.pdf	24/11/2017 23:54:51	Fátima Büchele Assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Camila.pdf	24/11/2017 23:54:02	Fátima Büchele Assis	Aceito
Declaração de Instituição e Inscricão	Declaracao_sms.pdf	25/10/2017 15:40:03	Fátima Büchele	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_gravacaodevoz.pdf	25/10/2017 15:39:30	Fátima Büchele	Aceito
Outros	Roteiro_profissionais.pdf	25/10/2017	Fátima Büchele	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.446.741

Outros	Roteiro_profissionais.pdf	15:37:45	Fátima Búchele	Aceito
Outros	Roteiro_mulheres.pdf	26/10/2017 15:37:01	Fátima Búchele	Aceito
Folha de Rosto	20170829181124008.pdf	30/08/2017 17:18:59	Fátima Búchele	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6064 E-mail: cep.propeq@contato.ufsc.br