




## **DILEMAS ÉTICOS NO ATENDIMENTO MÉDICO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: AMPLIANDO O DEBATE SOBRE POPULAÇÕES MARGINALIZADAS NA EDUCAÇÃO**

 <https://doi.org/10.56238/levv15n41-097>

**Data de submissão:** 25/09/2024

**Data de publicação:** 25/10/2024

**Cely Carlyne Pontes Morcerf**

Mestre em Ciências pela  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP USP)  
Doutoranda em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da FMRP USP  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC FMRP USP)  
E-mail: celymorcerf@usp.br

**Lucas Silva de Amorim**

Mestre em Administração e Controladoria pela Universidade Federal do Ceará  
Universidade Federal do Ceará  
E-mail: lucas.rmamorim@gmail.com

**João Mazzoncini de Azevedo Marques**

Doutorado em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
E-mail: jmaq@usp.br

### **RESUMO**

O presente trabalho aborda reflexões e discussões sobre a figura feminina no cenário da marginalização social, atrelada a ameaças de direitos humanos, com um foco no acesso à saúde e no acompanhamento longitudinal de qualidade. Tal debate, analisa o processo histórico de marginalização e opressão amplificado quando a mulher está inserida como habitante das ruas, potencializando fragilidades do desamparo e do uso abusivo de substâncias, agravando assim a violência e o estigma. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de caráter reflexivo, associada a um relato de experiência educacional na construção de uma metodologia de ensino baseada em um caso fictício disparador de discussão e resolução de problemas atrelados a violações de direitos humanos da mulher marginalizada, à luz de filosofias do direito e do estudo de políticas públicas para alunos de graduação médica. O desenvolvimento do trabalho mostra a importância da ampliação dos estudos dessa temática, dando foco a pessoas historicamente invisíveis, em uma narrativa problematizadora, utilizando a construção de casos clínicos contendo não apenas necessidades em saúde para uma resolução de medicalização, pautada estritamente em diagnósticos biológicos, mas que desafiem o pensamento reflexivo da medicina social, direcionando o debate para linhas de direitos humanos, em um contexto de diálogos interprofissionais e estudos de políticas públicas, como essenciais na formação de médicos engajados com a garantia da equidade e acesso aos seguimentos populacionais mais negligenciados do Brasil.

**Palavras-chave:** Populações Negligenciadas. Vulnerabilidade Social. Medicina de Família e Comunidade. Educação Médica.

## 1 INTRODUÇÃO

A construção da cultura ocidental até o final do século XVI teve como base a ideia de semelhança e a representação acontecia como repetição. Tal ideia de semelhança possibilitou o conhecimento do visível e do invisível. Tem-se então um contraste entre os iguais e os diferentes, assim como o padrão da invisibilização e da visibilidade. (Foucault, 1999) O desenvolver da história, com base na cultura do ocidente traça definições sobre padrões e noções de normalidade, em detrimento do conhecimento do que seria diferente. Assim, a história se passa com o desenvolvimento dessa relação com o outro, com o ser diferente. Na Grécia clássica, perpetuava-se a noção de que o povo bárbaro era inferior por não possuir linguagem ou cultura, sendo estes desconhecidos, inferiorizados e em alguns momentos alvo de temor. Desenvolve-se em paralelo o culto ao corpo perfeito, às formas perfeitas de beleza e de vida, com uma metáfora de corpo belo e saudável alinhada à noção de harmonia.

A história mostra também que, desde o início do desenvolvimento das civilizações ocidentais, destacando as relações de poder e sociais estabelecidas na Idade Média, indivíduos que não se adequavam ao padrão de normalidade estabelecido para os costumes, convenções e cultura local, eram alvo de preconceitos, negligências, estigmatizados e deixados à margem do convívio social, por grupos soberanos e ditadores de regras, os detentores de poder e grande status social. Essas populações negligenciadas, rotuladas como marginalizadas, por serem diferentes de padrões familiares, escolhas pessoais, serem do sexo feminino, possuírem alguma deficiência física ou mental, serem acusadas de crimes para a noção de criminalidade e desvios de conduta da cultura local, entre outras características que não as adequassem ao padrão do normal dentro da moral e dos bons costumes para a época, foram rotuladas como inferiores e, assim, excluídas.

Dentre essas populações marginalizadas, enquadra-se a figura dos moradores de rua, também chamados ao longo da história como mendigos, populações em situação de rua que migram entre territórios, muitas vezes abrigados em albergues temporários enquanto mudam de ambiente. Em momentos históricos da humanidade, essas populações negligenciadas também foram vítimas de perseguições e aprisionamento em instituições de longa permanência, incluindo hospitais psiquiátricos, os “manicômios”, por contrariarem a organização local e serem atrelados ao imaginário preconceituoso da violência, desorganização, criminalidade e periculosidade, sendo este preconceito potencializado na figura feminina, quando falamos de mulheres que moram nas ruas. Assim, a sociedade enraíza rótulos estigmatizantes, construindo uma ideia preconceituosa em torno da população em situação de rua, principalmente quando esta adquire a figura feminina. Dentro da população em situação de rua, um grupo extremamente vulnerável da sociedade, ganha destaque como maior alvo de preconceito e de violação de direitos humanos a mulher em situação de rua. (Santos, 2003; Rosa, 2012; Souza *et al.*, 2016)

O uso de substâncias, a dependência química associada e a falta de amparo familiar e social estão diretamente atreladas à manutenção da drogadição e do preconceito que a mulher em situação de rua sofre. Tal olhar estigmatizante impede muitas vezes um cuidado integral em saúde e um acolhimento por profissionais trabalhando na saúde pública para essas mulheres. A negligência frente a inúmeros casos de estupro, violência sexual, violência física e psicológica, que ampliam a situação de vulnerabilidade dessas mulheres e podem desencadear transtorno mentais não é algo incomum e evidencia um crescente despreparo de médicos e outros profissionais de saúde para o atendimento dessas mulheres invisibilizadas. Tal carência de uma educação médica crítica, com um olhar para os direitos humanos e formação que desenvolvam competências e habilidades ao futuro médico para abordagem e para a legislação de amparo a essas mulheres vítimas, contribuem na perpetuação do machismo e de práticas derivadas que inferiorizam o papel social da mulher.

A questão do uso de substâncias psicoativas pelas mulheres em situação de rua, é duplamente condenada pelo fato de ser mulher e de estar morando na rua, sendo muitas vezes abordada com um olhar predominantemente policial de periculosidade, rotulando a pessoa como um ser desprovido de direitos, dignidade e respeito, devendo ser afastado dos cuidados e serviços de saúde e estando sua existência ligada ao caos e a perturbação da ordem. O fato de a mulher escolher o uso de drogas e de ser moradora de rua não são trabalhados ou considerados como fruto de um meio de violência, desamparo, exploração e de sofrimento seguido por problemas e padrões familiares prévios, tendo assim essas mulheres seus cuidados em saúde negligenciados e seus direitos humanos violados, com um machismo enraizado desde o primeiro contato com a recepção do serviço de saúde até o atendimento médico. (Cardoso *et al.*, 2014).

As mulheres em situação de rua, principalmente quando usuárias de substâncias psicoativas são associadas à necessidade de controle pela ligação do hábito de uso de drogas à criminalidade e violência. Assim, essa população em situação de rua, com um passado e história de vida de busca da drogadição por motivos de problemas sociais, carências de vínculos e de afeto, de desamparo, muitas vezes possuindo grandes lacunas de suporte desde a infância, por rupturas familiares, são tratadas com negligência, ironia ou como um caso de necessidades de abordagem estritamente psiquiátrica, focadas na abstinência, no enclausuramento e na exclusão. Essa visão errônea, porém, ainda presente no cenário atual de saúde, auxilia na perpetuação da ideia de marginalização dos excluídos para a manutenção da ordem social (Cardoso *et al.*, 2014).

A propagação do machismo tem suas raízes desde o desenvolvimento de uma cultura ocidental preconceituosa, tendo na figura do masculino o modelo ideal de força, superioridade e liderança, entregando à mulher o papel de subordinação e inferiorização, acatando ordens e estando exposta a vontades e punições masculinas. Assim, firma-se a concepção do homem como o protagonista da sexualidade e a mulher como o objeto de satisfação e instrumento de poder da masculinidade. A ideia

dos corpos femininos como construções da figura da mulher é moldada pela visão machista e pelo discurso misógino, levantando um dilema de definição feminina embasada no objeto e no alvo de supremacia masculina. Pela definição do homem, a figura da mulher é compreendida como um agrupamento de atributos a serem controlados, uma objetificação da mulher, desconsiderando o livre arbítrio e a identidade feminina. (Alcoff, 2006) A construção da família nuclear patriarcal oculta e normaliza punições físicas e psicológicas dos chefes familiares, papel este desempenhado pelo homem, tendo a mulher como alvo e sinônimo de fraqueza, obediência e servidão. O ritual do homem como detentor das decisões, das ações e do comando de relações familiares justifica com a ideia de proteção o que na realidade beira um processo de silenciamento feminino, opressão individual, objetificação da mulher à serviço das vontades do homem e a normalização da violência contra a mulher como alvo comum e de direito de ser realizada pelo homem. Assim, a ideia do “homem provedor” e responsável pela manutenção da segurança do lar e da mulher justifica condutas de violação dos direitos humanos das mulheres de poder sobre o próprio corpo, sobre decisões em relação a vida feminina, liberdade decisória e sexual e poder de negar a obediência a ordens masculinas. Valores tradicionais de gênero são normatizados e se perpetuam, mesmo com a constante e atual luta pelos direitos sexuais e de controle do próprio corpo e de liberdade da mulher, contra o machismo, a violência e o silenciamento feminino. (Minayo, 2005)

O fato de ser mulher em uma atual sociedade competitiva já está vinculado ao rótulo e viés implícito de fraqueza, delicadeza e de potencialidades inferiores ao homem, tanto nas esferas intelectuais e de habilidades físicas, quanto nas esferas de talentos, organizacionais e de liderança. O viés implícito também está presente no contato com populações em situação de rua, sendo esse potencializado quando o morador de rua é do sexo feminino. Assim, o imaginário popular e de senso comum rotula a mulher em situação de rua como um ser inferior, perigoso, desprovido de voz, liberdade, protagonismo ou direitos e que toda e qualquer situação de opressão ou de violação de direitos humanos, quando direcionadas a essas mulheres negligenciadas, são simplesmente normalizadas ou ignoradas. Quando não neutralizadas, são desconsideradas as opressões sofridas por essas mulheres, como a negligência de cuidados em saúde, ausência de preparo para acolhimento, atendimento digno e direcionado à investigação do caso de estupro, levando o relato da vítima em consideração e iniciando orientações quanto ao registro da ocorrência em delegacia e aos direitos da mulher.

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa e reflexiva da literatura acerca da mulher em situação de marginalização social, com um estudo à luz de cenários de violação de direitos humanos, com foco para a saúde como direito. Busca também discutir a inclusão do ensino sobre a temática da mulher em situação de vulnerabilidade social para estudantes de medicina, através da construção de um caso disparador fictício, inserido na temática de violação dos direitos humanos

de mulheres ao acesso à saúde com equidade. Debate assim sobre preconceitos e olhares estigmatizantes associados ao impacto do machismo e considerando a importância do acolhimento e suporte a mulheres em situações de vulnerabilidade, com destaque à mulher em situação de rua.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa reflexiva de literatura, com relato da construção de uma metodologia de aula para alunos de medicina baseada na criação e debate de um caso fictício, disparador de discussão e resolução pelos estudantes, que versa sobre violação dos direitos humanos da mulher em situação de vulnerabilidade social, destacando o machismo e a negligência médica de assistência à mulher vítima de violência. Também são problemáticas abordadas o estigma e a dificuldade de acesso à saúde da mulher vulnerável em situação de rua, usuária de substâncias ativas, assim como o poder do viés implícito com alta carga de estigma social, atuando como barreiras nos cuidados de saúde física e mental dessas mulheres. Para a presente revisão de literatura foram utilizados 13 artigos científicos, 1 tese de doutorado, 1 módulo teórico de álcool e outras drogas e 3 livros, englobando a temática e com o objetivo de ampliar a discussão acerca de direitos humanos no contexto da mulher em situação de rua, drogadição, sofrimento e questões em saúde mental de populações marginalizadas, assim como do contexto social de construção, opressão e estigmatização que envolve populações em situação de vulnerabilidade.

O presente caso disparador, foi construído para o direcionamento de aula sobre populações marginalizadas, com foco na população em situação de rua e da amplificação do desafio associado ao “ser mulher” e habitar as ruas, em uma perspectiva direcionada ao acesso à saúde. A narrativa fictícia cria a trajetória de uma mulher em situação de rua, usuária de substâncias, vítima de violência e estupro – Alvo de machismo, preconceito psicossocial, negligência médica e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. A complexidade do caso é delineada para promover a reflexão e a resolução do caso clínico no cenário da educação médica, de modo a desafiar estudantes de medicina do ciclo básico para o olhar crítico e reflexivo sobre influências das Determinantes Sociais da Saúde e da discussão de políticas públicas voltadas à temática.

### 2.1 CASO FICTÍCIO DISPARADOR CONSTRUÍDO EM CENÁRIO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DA MULHER VULNERÁVEL

“Mulher em situação de rua busca atendimento em uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de São Paulo. Em seu primeiro contato com a recepcionista, é solicitada carteira de identidade e endereço. A mulher relata não possuir documento de identificação e diz ser moradora de rua. A recepcionista da unidade de saúde repete o pedido dos documentos e dados de endereço com rua e bairro onde mora, reforçando que sem tais dados a mesma não poderia ser atendida. A mulher entra

em desespero e diz que está passando por situação de risco de morte pois está ouvindo vozes de ameaças em sua cabeça, com comandos para realizar ‘coisas ruins’ ao mesmo tempo em que iniciou quadro de tremores pelo corpo. A recepcionista com ar de ironia após algumas risadas diz que ‘deve ser o efeito de tanta droga no corpo e que resolveria esse problema dando um jeito na vida’. A mulher foi mandada embora da unidade de saúde pela funcionária, porém a enfermeira da unidade a aborda e diz que conseguirá um encaixe em acolhimento com o médico da unidade. Ao entrar em consultório médico e após relatar o motivo da busca de atendimento que consistiam em ouvir vozes com ameaças, sensação de medo e pânico, assim como tremores pelo corpo, é abordada sobre sua situação social e suporte familiar. A paciente entra em desespero e chora na consulta, afirmando estar em situação de rua após anos de abuso físico, psicológico e sexual por um antigo companheiro, a quem auxiliava com venda de drogas na região da Cracolândia. Percebe expressão de medo do médico que diz que seu problema deve ser resolvido por um psiquiatra ou assistente social e que a mesma deveria procurar um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, liberando a paciente. A mulher entra em desespero e relata ter sido vítimas de abuso sexual recentemente nas últimas 24 horas por outros moradores de rua. O médico abre a porta e diz que isso deve ter acontecido para ela ‘aprender a não dar confiança a qualquer um por aí e a usar roupas mais comportadas’ e que também isso poderia ter sido evitado se ela sáísse da situação de rua e ‘parasse de se drogar’. Nenhum outro tipo de aconselhamento ou medida foi tomada, assim como exame físico, suporte à mulher ou demais orientações foram dadas à paciente. Assim, ela voltou para a rua sem suporte ou plano de cuidados.”

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O fato de uma mulher estar em situação de rua a expõe a diversos determinantes sociais em saúde que amplificam sua situação de vulnerabilidade para a manutenção da saúde e para o desenvolvimento de um adoecimento físico e principalmente psicológico. Condições como pobreza, fome, exposição a estruturas precárias de moradia itinerante, dificuldade de acesso à água potável, entre outros determinantes sociais, amplificam a variedade de influências de iniquidades em saúde para populações negligenciadas. As condições de vida das mulheres em situação de rua apesar de variadas, convergem em motivações que as levam a escolhas do viver na rua, como opressões e violências no núcleo familiar de origem, muitas vezes desde a infância, ameaças de figuras masculinas e silenciamentos, assédio moral e muitas vezes sexual, tendo a rua e a ideia do fugir desse núcleo opressor atreladas ao imaginário de liberdade. Porém, a situação de rua não é vista pela sociedade como escolha pessoal, ocasionada por uma série de dificuldades enfrentadas pela mulher, e esta é rotulada como periculosa, maluca, digna da manutenção do estado de violência, miséria e indigna de cuidados em saúde, principalmente no mesmo ambiente de outras pessoas tidas como normais. (Rosa; Brêtas, 2015; Nardes; Giongo, 2021)

O cenário da mulher em situação de rua então é entendido como uma culpa da própria mulher que habita a rua, e não é entendido como um resultado de um fenômeno social de omissão e incapacidade dos governos em enfrentar desigualdades de distribuição de renda, acesso à terra e à propriedade individual, oportunidades e ampliar o acolhimento para necessidades de saúde mental das mulheres, assim como suporte a vítimas de agressões, ameaças e diversos tipos de abusos. Também demonstra a ineficiência na resolução problemática da fome e da carência de empregos e oportunidades, frutos da urbanização crescente e da migração. Assim, a questão da moradia também não é tratada como um direito humano e sim como mercadoria, atrelada à ideia de propriedade privada. (Nardes; Giongo, 2021)

Pela extrema invisibilidade e negligência sobre as quais estão expostas, muitas vezes as mulheres em situação de rua questionam sobre o próprio valor e desconhecem os próprios direitos, acreditando que devem permanecer em silêncio e que não possuem direitos a cuidados dignos em saúde, assim como poder em denunciar abusos físicos e psicológicos sofridos durante toda a sua trajetória de vida. As dificuldades de amparo e de acesso a cuidados em saúde são então normalizadas e é ampliada a descrença dessas próprias mulheres em relação a seu poder de mudança, de luta por direitos e até mesmo da existência desses direitos. Tal carência, falta de suporte, dificuldade de expressão e informação levam à amplificação do sofrimento da mulher em situação de rua. (Rosa; Brêtas, 2015; Nardes; Giongo, 2021)

Essas mulheres invisibilizadas, enfrentam desde a infância caminhos de dificuldades, cheios de desafios e a busca pela rua, uma vez símbolo de liberdade, é permeada por uma prisão de violação de direitos ao próprio corpo, à manutenção da própria saúde e à inferiorização pelo machismo socialmente enraizado. Assim, as vivências na rua se transformam em sobrevivências, individuais e coletivas para o grupo de outras mulheres que nela habitam, e o dia-a-dia na rua se torna um evento imprevisível. Essas mulheres estão expostas a diversas formas de opressão e deveriam ser prioridade em ações individuais e coletivas para atendimentos em saúde da mulher e saúde mental, porém continuam invisibilizadas, com uma carência de preparo das unidades de saúde para acolhimento e atendimento dessas mulheres, assim como um mínimo grupo de profissionais especializados e qualificados no auxílio a essas mulheres, como as equipes de Consultório na Rua, tendo em vista a escassez de recursos mobilizados para a ampliação dessas modalidades de atendimento aos marginais. A agressividade contra a mulher, o assédio e a violência de gêneros são acontecimentos comuns contra a mulher, na realidade social geral e principalmente na realidade das que moram na rua, ampliando a condição de vulnerabilidade desse grupo populacional e levando os seus cuidados em saúde a níveis prioritários de assistência, por serem os mais negligenciados. (Nardes; Giongo, 2021) Porém tal olhar de equidade ainda possui muita resistência de ser realizado na prática diária da medicina e de outras áreas da saúde, que muitas vezes exigem documentos de identificação e de endereço para um atendimento em saúde,

mesmo a essas populações que não possuem endereço fixo e assim não estão cadastradas em nenhum território ou área de abrangência de uma unidade de saúde.

No cenário apresentado, que nada mais é do que o reflexo de situações corriqueiras enfrentadas pelas mulheres em situação de rua, as violações de direitos se somam e muitas vezes não são consideradas violações pelas próprias mulheres, por não se enxergarem como protagonistas e por manterem o temor frente as posições hierárquicas da figura masculina e impositora de regras e condutas por muitos profissionais em saúde. Sofrem assim o impacto direto das condições sociais em saúde impostas na realidade da mulher, por instituições que as invisibilizam e perpetuam a ideia de que as necessidades individuais e em saúde dessas mulheres não são consideráveis ou prioritárias de atendimento. (Teixeira; Paiva, 2021; Esmeraldo; Ximenes, 2022) Assim, essas mulheres enfrentam problemas de negação de seus direitos durante grande parte de suas vidas, com total desconsideração a sua figura humana, subjetiva, singular, levando a uma desumanização do atendimento à mulher vulnerável. (Nardes; Giongo, 2021) No Brasil, é crescente a carência de notificações das violências sofridas por mulheres, principalmente aquelas em situação de rua e em muitos municípios os dados são inexistentes. Tal fato é justificado muitas vezes pelo medo da mulher em denunciar o agressor. Essas mulheres, pelo grande estado de fragilidade que as fazem buscar a moradia na rua, muitas vezes fugindo de relações familiares de agressões, comumente realizadas pela figura masculina, identificam a rua como símbolo de liberdade, porém as relações punitivas, de violências e de submissões são perpetuadas, independentemente dos espaços em que essas mulheres ocupem. Por isso, buscando uma falsa sensação de proteção, muitas vivem uma eterna busca por novos parceiros e figuras masculinas que simbolizem e garantam a ideia de segurança, submetendo-se a novas opressões, principalmente assédios e abusos sexuais. (Rosa, 2012; Souza *et al.*, 2016; Esmeraldo; Ximenes, 2022)

A Política de Redução de Danos (PRD) pode ser definida como ações no âmbito da saúde pública que objetivam reduzir efeitos e consequências negativas atreladas à drogadição, consistindo no principal pilar de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, tendo como foco a visão psicossocial. (Silva *et al.*, 2010; Passos; Souza, 2011; UFSC, 2014) Porém o cuidado a questões em saúde mental da população em situação de rua, principalmente das mulheres, deve ser feito de forma holística e integrada por uma equipe multiprofissional, sendo papel de ações conjuntas da atenção primária junto aos centros de atenção psicossociais, com necessidade de ampliação do acolhimento e suporte realizado por equipes do consultório na rua, de forma a escutar e entender todas as demandas psicológicas e realização de projetos terapêuticos singulares, visando educar e auxiliar quanto a luta de manutenção dos direitos dessas mulheres negligenciadas. (Fonsêca, 2012; Tondin; Barros Neta, 2013; UFSC, 2014)



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as mudanças ocorridas ao longo da história, socialistas feministas perceberam a complexa influência do Direito mantendo a condição da mulher de subordinação frente à figura masculina, em que passava por períodos em que o direito possuía um papel aberto por meio da legislação, porém em outros momentos da história, havia um papel indireto que legitimava a ideia de poder, comando e manutenção da supremacia masculina sobre a mulher, atuando ideologicamente na perpetuação das relações de submissão feminina e comando do homem. (Coombe, 2001) Tal posição de inferioridade ocupada pela mulher e que leva à normalização de atitudes de opressões e comportamentos machistas é potencializada pela influência de determinantes sociais da saúde, nas condições de vida da mulher, em que quanto maior o número de fatores de vulnerabilidade essa mulher possua, como uso de substâncias psicoativas e estar em situação de rua, maior é a ideia e a normalização social e masculina de que tais mulheres não possuem direitos que devem ser defendidos.

Na discussão sobre a divisão das forças da política progressista em dois campos, tem-se o da redistribuição, buscando justiça na alocação de bens, e o do reconhecimento, buscando um apoio às diferenças, com reconhecimento das minorias sexuais, evidenciando-se que as relações entre os dois campos estão conflitantes e beiram à tensão. Assim, na atualidade, a mobilização em prol do reconhecimento não está alinhada às lutas do campo da redistribuição, tendo o feminismo e a luta pelos direitos das mulheres, combatendo diretamente a manutenção da cultura machista, uma tendência de entender o campo da redistribuição como uma solução frente à supremacia e domínio do homem. Essas tendências estão se afastando das tendências que olham para o campo do reconhecimento de diferença de gêneros. Tem-se com isso um fenômeno maior de separação entre a política da igualdade e a política da diferença. (Fraser, 2007)

Frente aos movimentos sociais das mulheres contra o machismo e a violação dos direitos humanos femininos, é essencial que os membros desse grupo historicamente oprimido, e que se encontram cada vez mais fragilizados, principalmente quando expostos a outras vulnerabilidades sociais, unam-se buscando identificação e uma luta coletiva pelos direitos de seus membros, porém sem desconsiderar a singularidade e a complexidade da vida de cada indivíduo componente do grupo. Dentro dessa problemática é essencial o debate dessas temáticas atrelado à construção de aulas teóricas com base prática na resolução de casos complexos, abordando uma perspectiva interdisciplinar com aspectos políticos, filosóficos e dialogando com teorias do direito, em uma visão ampla de políticas públicas e construção histórica de relações de poder. Dessa forma, a inserção da metodologia de discussão de casos clínicos disparadores do conteúdo teórico, embasada na resolução de problemas, deve ser voltada à problematização de temas frequentes e negligenciados pelo seguimento da saúde, principalmente da medicina. Essa mudança na forma de construir o conhecimento e do pensar em saúde, debatendo pautas prioritárias e direcionadas a populações marginalizadas, busca a modelagem



do profissional socialmente engajado, contra a manutenção do tradicionalismo médico fragmentador e alheio ao entendimento dos desafios de acesso em saúde com garantia de direitos humanos principalmente para mulheres em situação de vulnerabilidade, associando o estudo de políticas públicas e de direitos humanos dentro de uma discussão de caso médica. A criação da nova abordagem, pautada na construção de um caso desafiador e com temáticas sensíveis para alunos de medicina, contribui para uma mudança de atitude, aumento do interesse e curiosidade em aprofundar conhecimentos acerca de um tema raramente abordado no currículo médico. Assim, a abordagem de discussão de casos complexos, envolvendo a temática de populações marginalizadas, instiga a busca do memorial histórico e o olhar investigativo para a origem de problemas em serviços de saúde e na formação médica que perpetuam a progressiva desumanização do médico e mantenham a marginalização dos invisíveis.

### **AGRADECIMENTOS**

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001



## REFERÊNCIAS

- ALCOFF, Linda Martín. *Visible Identities: Race, Gender, and the Self*. Studies in feminist philosophy. New York: Oxford University Press, 2006.
- CARDOSO, Maristela Person *et al.* A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia*, Canoas, n. 45, p. 72-86, dez. 2014.
- COOMBE, Rosemary. Is there a Cultural Studies of Law? In: MILLER, Toby (ed.) *A companion to Cultural Studies*. Blackwell. Publishers, 2001.
- ESMERALDO, Andréa Ferreira Lima; XIMENES, Verônica Moraes. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, e235503, 2022.
- FONSÊCA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, Maceió, v. 1, n. 1, 2012.
- FOUCAULT, Michael. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 8ª edição, 1999.
- FRASER, Nancy. Reconhecimento Sem Ética? *Lua Nova*, São Paulo, v. 70, p.101-138, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005.
- NARDES, Scarleth; GIONGO, Carmem Regina. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n. 1, e66011, 2021.
- PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.
- ROSA, Anderson da Silva. *Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo: um olhar sobre trajetórias de vida*. 2012. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015.
- SANTOS, Luciana Oliveira dos. *O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões*. *Psicol. cienc. prof*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 48-55, 2003.
- SILVA, Luiz Henrique Prado da *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.
- SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de *et al.* Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, e59876, 2016.
- TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 02, e310214, 2021.



TONDIN, Mara Cristina; BARROS NETA, Maria da Anunciação P.; PASSOS, Luiz Augusto. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Álcool e outras drogas da coerção à coesão. Módulo Recursos e Estratégicos do Cuidado Florianópolis: UFSC, 2014.