



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Lêda Antunes Rocha



Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em  
saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua.

Montes Claros  
2021

Lêda Antunes Rocha

Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Aparecida Rosângela Silveira

Montes Claros  
2021

R672h Rocha, Lêda Antunes.  
Havia um consultório no meio do caminho [manuscrito] : cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na rua / Lêda Antunes Rocha. – Montes Claros, 2021.  
60 f.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

Coorientadora: Profa. Dra. Aparecida Rosângela Silveira.

1. Saúde - Consultório na rua. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Cartografia – Cuidado em saúde. I. Sampaio, Cristina Andrade. II. Silveira, Aparecida Rosângela. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na rua.

# UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Dr. Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Profa. Dra. Ilva Ruas Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Profa. Dra. Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Dra. Maria Alice Ferreira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dra. Sara Gonçalves Antunes

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Prof. Dr. Marcos Flávio Silveira Vasconcelos D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Prof. Dr. Carlos Alexandre Bortolo

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: Prof. Dr. Renato Sobral Monteiro Júnior

**PÓS-GRADUANDA: LÊDA ANTUNES ROCHA**

HAVIA UM CONSULTÓRIO NO MEIO DO CAMINHO: CARTOGRAFIA SOBRE CUIDADO EM SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UM CONSULTÓRIO NA RUA.

**BANCA (TITULARES)**

**ASSINATURAS**

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Cristina Andrade Sampaio - ORIENTADOR



PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Aparecida Rosângela Silveira -COORIENTADOR



PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Ana Karenina de Melo Arraes Amorim



PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Desiree Sant'anna Haikal



**BANCA (SUPLENTES)**

**ASSINATURAS**

PROF. DR Cristiano Leonardo de Oliveira Dias



PROF. DR Renato Sobral Monteiro Júnior

**APROVADA**

**REPROVADA**

Dedico este estudo a todos os colegas profissionais de saúde que atuam de forma heroica na assistência à pacientes durante a pandemia de Covid-19, a vocês minha admiração, respeito e gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Antunes Rocha e Maria Da Luz Mendes Rocha, que me ensinaram a sonhar sem limites e sustentaram comigo tantos desejos. Aos meus irmãos: Arildo, Tiago, Filipe, Sara, Tadeu e Luciana, meu muito obrigado por sempre cuidarem de mim e se fazerem presença zelosa. Minha gratidão aos meus avós: Joana, Honorato e Ana, que são exemplo de sabedoria e virtude. Aos meus pequenos: Gabriel, Ana Clara, Bernardo, Pedro e Samuel, obrigada por terem, por tantas vezes, me reconduzido a alegria despreocupada da infância. Aos demais familiares, tios, cunhadas, primos, agradeço todo apoio e incentivo.

Não poderia deixar de agradecer aos grandes e fieis amigos que me apoiaram incondicionalmente em diversas circunstâncias, gratidão aos queridos Roberto Pires e Robson Kleber, meu nó até a eternidade. Aos sempre cuidadosos Isaque Mendes e Tânia Ramos, agradeço o amparo, o companheirismo e afeto genuíno.

Minha eterna gratidão a delicada e acolhedora presença de minha orientadora Dra. Cristina Andrade Sampaio, obrigada pela paciência, compreensão e parceria, tê-la comigo nesse processo foi fundamental.

À minha coorientadora Profa. Dra. Aparecida Rosângela Silveira pela orientação e por ter, ainda no processo inicial do mestrado, me apoiado de tantas maneiras. Muito obrigada!

A equipe do Consultório na Rua de Montes Claros: Maria Clerismar, Rita de Cássia, Valéria Cristina, Lucas Matheus, Alberth Neves, Ana Claudia Antunes e Michael Francesco, meu mais profundo agradecimento pela acolhida e reciprocidade, vocês foram fundamentais em todo processo. O trabalho de vocês é inspirador!

Muito obrigada aos usuários que participaram direta ou indiretamente dessa pesquisa, mobilizaram meu desejo até aqui.

*“Todos os devires singulares, todas as maneiras de existir de modo autêntico  
chocam-se contra o muro da subjetividade capitalística”*  
(Guattari & Rolnik)

## RESUMO

Presenciamos, nas últimas décadas, uma mudança estrutural dos serviços de saúde no Brasil que alude à conquista e implantação progressiva de um novo paradigma em defesa da humanização e da atenção integral. No entanto, para populações específicas, como aquelas em situação de rua, a efetivação desse direito necessita da perseverança dos movimentos sociais, frente à histórica omissão estatal, e da adequação do SUS às particularidades desse público. Nesse sentido, o Consultório na Rua, apesar de sua recente criação, representa uma das possíveis estratégias de cuidado. Essa dissertação teve como objetivo desvelar a percepção dos usuários do Consultório na Rua quanto a assistência prestada por esse serviço, mapeando territórios existenciais que permeiam a relação dos usuários com a saúde e suas consequências na produção de subjetividades. Para isso, realizou-se uma pesquisa cartográfica a partir da circulação da pesquisadora com a equipe do Consultório na Rua, de novembro de 2019 a dezembro de 2021, do município de Montes Claros/MG e entrevistas realizadas com usuários desse serviço, que foram referenciadas pelos profissionais do Consultório na Rua. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente os dados foram validados internamente por pesquisadores do Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde (LabQuali). Os entrevistados podiam discorrer livremente sobre sua história de vida, sobre saúde, território e o lugar da mulher nas ruas. Esta dissertação é um dos produtos de um projeto que busca investigar várias dimensões do trabalho do Consultório na Rua, o que justifica a amplitude dos temas propostos. Lançando mão do caderno de rua durante a circulação com a equipe, os afetamentos, sensações e movimentos foram sendo também registrados, desenhando assim redes e conexões existenciais. Uma das entrevistas foi selecionada como “entrevista operadora de produção de dados” por contemplar com profundidade todos os temas estabelecidos como roteiro para entrevista, seu conteúdo nomeia as categorias temáticas que foram levantadas a partir das falas dos usuários e da experiência da pesquisadora no território. Como resultado, evidenciou-se que o rompimento de vínculos e “estar sozinho” promove rupturas que provocam deslocamentos e novas trajetórias, sendo um desafio para as políticas de saúde, já que o cuidado envolve também acolher o desamparo. Outro aspecto evidenciado pela pesquisa diz respeito a invisibilidade das pessoas em situação de rua, sendo também estes capturados por discursos segregadores, onde relações de poder se cristalizam e territórios são definidos. Por fim, fica evidente o

papel do Consultório na Rua não só como articulador, mas sobretudo como serviço de referência para população em situação de rua, destacando-se o vínculo como ferramenta fundamental do cuidado, assim como a assistência *in loco* e a implicação dos usuários no cuidado de si.

Palavras-chave: Consultório na rua. Pessoas em situação de rua. Cartografia. Saúde.

## ABSTRACT

In recent decades, we have witnessed a structural change in health services in Brazil that alludes to the conquest and progressive implementation of a new paradigm in defense of humanization and comprehensive care. However, for specific populations, such as those living on the streets, the effectiveness of this right requires the perseverance of social movements, given the historical state omission, and the adequacy of the SUS to the particularities of this public. In this sense, the street clinic, despite its recent creation, represents one of the possible care strategies. This dissertation aimed to unveil the perception of users of the Street Clinic regarding the assistance provided by this service, mapping existential territories that permeate the relationship of users with healthcare and its consequences in the production of subjectivities. For this purpose, a cartographic research was carried out based on the researcher's circulation with the staff of the Street Clinic, from november de 2019 to december 2021, in the municipality of Montes Claros/MG and interviews with users of this service, who were referenced by the professionals of the Street Clinic. The interviews were recorded, transcribed and the data were subsequently validated internally by researchers from the Interdisciplinary Qualitative Studies and Research Laboratory in Health (LabQuali). Respondents could speak freely about their life story, health, territory and the place of women on the streets. This dissertation is one of the products of a project that seeks to investigate several work dimensions of the Street Clinic, which justifies the breadth of the proposed themes. Using the street notebook while circulating with the team, the affectations, sensations and movements were also registered, thus drawing existential networks and connections. One of the interviews was selected as “data production operator interview” because it covered in depth all the themes established as an interview script, its content names the thematic categories that were raised from the users' speeches and the researcher's experience in the territory. As a result, it was evidenced that the breaking of bonds and “being alone” promote ruptures that provoke displacements and new trajectories, considered to be a challenge for health policies, since care also involves embracing helplessness. Another aspect highlighted by the research concerns the invisibility of people living on the streets, which are also captured by segregating discourses, where power relations crystallize and territories are defined. Finally, the role of the Street Clinic is evident not only as an articulator, but above all as a reference service

for the homeless population, highlighting the bond as a fundamental tool of care, as well as on-site assistance and the involvement of users in self-care.

Keywords: Office on the street. Homeless people. Cartography. Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras Drogas
Censo Suas	Censo do Sistema Único de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CnR	Consultório na Rua
PSR	Pessoa em Situação de Rua
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de acesso ao tratamento e prevenção de álcool e outras drogas
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ecr	Equipes de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNPR	Política Nacional para População em Situação de Rua
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

## APRESENTAÇÃO

Cheguei ao mundo no lugar mais fantástico que poderia existir, foi no interior do sertão mineiro que fui me fazendo gente. Há 29 anos eu nascia, me juntei aos meus 3 irmãos que estrearam antes de mim, vi chegar mais 1, mais 2, mais 3... de repente éramos 7! Talvez minha grande família tenha sido meu primeiro coletivo, um mini ecossistema que me impregnou de uma vontade sempre latente de fazer conjunto.

O lugar onde nasci, um recanto chamado carinhosamente de Ribeirão, foi meu primeiro território, lá a potência da vida se apresentava no contato com a natureza, no modo de viver, na lógica colaborativa que se estabelecia entre pessoas e lugares. Me recordo com grande prazer de acompanhar meus pais nas reuniões da associação da comunidade, de participar dos leilões para causas coletivas, de respirar o ar da generosidade do povo sertanejo. Ali havia um encontro entre escassez e fartura que fecundou em mim o gosto pela invenção, quem nasce no sertão aprende a reparar nas miudezas, sabe que em cada cantinho há um mundo possível.

Aos 14 anos fui me aventurar na cidade grande (na verdade era bem pequena) mas suficiente para provocar em mim toda sorte de medos, receios e sonhos, me desterritorializei por completo aos 17 anos, ao embarcar na loucura de ir colonizar outra cidade (mais digna do adjetivo grande) para cursar Psicologia. Fui ser rizoma no mundo de asfalto, o meu não-lugar foi se tornando espaço de fissuras para multiplicidades.

Após concluir a faculdade, fui aprovada na residência multiprofissional em Saúde Mental desta Universidade, os bons encontros que ali se produziram reverberam até hoje, fazem parte do que me tornei e do que tenho sido, com certeza uma das afecções mais transformadoras que pude experimentar.

O mundo da loucura me descolonizou, me arrebatou para fora de qualquer muro, foi na residência que pude me agenciar à associação de usuários da RAPS, lá, meu prazer pueril de frequentar reuniões foi capturado pela deliciosa pretensão de devir-louco, de existir com anormalidade. Foi também durante a residência, em meados de 2017, que tive meu primeiro contato com o Consultório na Rua, naquele momento eu dava início, mesmo

sem saber, a uma experiência cartográfica que me conduziria ao mestrado e que me trouxe até aqui. Fui afetada inteira e profundamente pela clínica da inventividade, pelo trabalho aguerrido da equipe e pela errância dos afetos.

Hoje, encerrando um Mestrado em Ciências da Saúde, lugar que me proporcionou também tantos bons encontros, me parece razoável pensar que novamente estou desterritorializada, na encruzilhada onde algo grande pode raiar no horizonte. Inúmeros desafios bateram à porta no último ano, concluir o Mestrado atuando na linha de frente no combate a covid-19 dentro de um Hospital Geral foi o maior deles, precisar me afastar do campo de pesquisa, temer o real da morte, viver a tragédia a olho nú fez, de toda experiência, um grande acontecimento transformador. Certamente essa cartografia não se encerra aqui, nunca se pode escapar dos efeitos de um desejo capturado.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 UM CONSULTÓRIO NA RUA .....	18
3 OBJETIVOS .....	23
Objetivo geral .....	23
Objetivos específicos .....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 PRODUTO .....	27
5.1 Produto: <i>Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua</i> .....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
6.1 Limitações do estudo .....	49
REFERÊNCIAS .....	50
APÊNDICES .....	53
APÊNDICE A – Instrumento da coleta de dados .....	53
ANEXOS .....	54
ANEXO A – Declaração de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG .....	54
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	55
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	56
ANEXO D – Extrato da submissão e Normas da Revista Interface – comunicação, saúde, educação .....	59
ANEXO E – Autorização de Publicação das Dissertações na Internet .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

Cuidar dos sujeitos, eis um dos principais objetivos de toda rede de assistência à saúde, impedir que epidemias se espalhem, tomar providências para que a vitalidade dos indivíduos seja resguardada, preservar a potência da vida e minimizar os impactos da morte. Para isso, é preciso lançar mão de tecnologias de trabalho e estratégias de cuidado que alcancem o maior número possível de sujeitos doentes ou não, fazer chegar a todos a mão do Estado e integrar a *polis* todos os seus cidadãos (BENTO, 2018).

Trava-se uma batalha em que é necessário não apenas derrotar o inimigo, neste caso as doenças, mas também prevenir seu avanço sobre os territórios e existências, sendo questão primordial as intervenções *in loco*. É importante levar em conta que há, nos territórios, uma dimensão política – relacionado aos micro-poderes vividos no cotidiano, mas também uma dimensão integradora- onde o Estado exerce seu papel de gestor indo ao encontro dos grupos sociais que possuem lógicas e modos de funcionamento muito particulares (DELEUZE, 1990). Nesse entroncamento, tem-se o desafio de regionalizar o cuidado, os profissionais são convocados a se aproximar dos espaços coletivos, do singular que é produzido nas microrregiões, ofertando um modo de cuidado minimamente possível (SANTOS, 2018).

No cruzamento entre estado e povo há um tensionamento de interesses e trocas, um dar e receber, a partir de uma lógica que privilegia os objetivos comuns dessas duas forças, poderíamos pensar neste caso em um interesse na preservação da vida. No entanto, nesse tensionamento há também forças outras, que destoam do objetivo comum, forças representadas por sujeitos que nem sempre estão interessados em cuidar de si ou se haver com suas próprias questões, como produzir saúde quando toxicomanias, por exemplo, são o imperativo? É justamente esse desafio que exige um novo arranjo das políticas públicas em saúde.

Interessa a este trabalho o estudo de uma população peculiar, a população em situação de rua (PSR), que é caracterizada, de forma geral, pelo grupo de pessoas que faz da rua seu espaço de vida privada, utilizando locais públicos e áreas degradadas como espaço de

moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, assim como abrigos e albergues para pernoite ou moradia provisória (BRASIL, 2009). Uma população com dinâmica própria de funcionamento e modos de vida distintos do que seria o habitual e, mesmo havendo diferentes fatores que levam esses sujeitos a fazerem da rua espaço de moradia, há também, nos espaços urbanos, uma construção de territórios que devem ser considerados na produção e oferta de cuidado (PINHEIRO R.M; CONCEIÇÃO H. R; WORCMAN, 2018).

Em 2011, para ampliar o cuidado em saúde dessa população, instituí-se os Consultórios na Rua (CnR), a portaria 122 define as diretrizes de organização dessas equipes, que tem como característica realizar um cuidado itinerante, na rua, trabalhando de forma integrada a Rede de Atenção Básica, bem como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devendo ser formada por profissionais de diversas áreas, tais como: psicólogo, médico, odontólogo, enfermeiro, agente comunitário de saúde, assistente social e outras categorias previstas em lei (BRASIL, 2011). Esta pesquisa propõe uma investigação sobre a relação que as pessoas em situação de rua estabelecem com a saúde a partir do encontro com o CnR, levando em consideração suas histórias e percursos. Sua relevância reside não apenas na investigação, mas sobretudo na possibilidade de produzir movimentos a partir do lugar de onde falam tantos que buscam amordaçar.

## 2 UM CONSULTÓRIO NA RUA

As especificidades e a complexidade dos fatores envolvidos no cotidiano das pessoas em situação de rua desafiam os gestores públicos e vários setores, a realidade desse grupo populacional aponta para percursos marcados por extrema vulnerabilidade social, cujas vidas são demarcadas por privações de direitos, rompimento de vínculos afetivos, violência, sofrimento e estigmas (AGUIAR, 2012; CARNEIRO et al, 2015).

No Brasil, os movimentos de organização, representação popular e assistência coerente com as necessidades da população em situação de rua tiveram início nas décadas de 1970 e 1980, por meio da Pastoral do Povo na Rua, em Belo Horizonte e São Paulo. Tais mobilizações incitaram a responsabilização de gestores públicos para uma melhor estruturação e sistematização da atenção à saúde e assistência social (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, na cidade de Belo Horizonte, no ano de 1993, foi inaugurado o “Programa de População em Situação de Rua” para a elaboração de políticas públicas específicas, favorecendo, assim, a reordenação dos serviços assistenciais e a reestruturação da saúde pública. Essa medida permitiu que em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantasse a primeira equipe de Saúde da Família específica para o atendimento da população em situação de rua, sem território de abrangência fixo, e que passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a tarefa de matriciar as demais Estratégias de Saúde da Família do município, fomentando a sensibilização do cuidado de forma transversal (REIS JUNIOR, 2011).

A partir destas experiências, outras grandes cidades reproduziram a estratégia utilizada em Minas Gerais, mediante a implantação de equipes de Saúde da Família para população em situação de rua e censos municipais. Além do município de Belo Horizonte, os municípios de São Paulo, Porto Alegre e Recife também realizaram censos específicos para levantar dados sobre essa população (BRASIL, 2012).

Em seguida, no ano de 2007, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou o censo para população em situação de rua, onde foram incluídas pessoas em situação de rua acima de

18 anos, em um total de 71 municípios com população igual ou superior a 300 mil habitantes, reconhecendo ainda os quatro censos realizados pelos municípios citados (BRASIL, 2009).

Em 23 de dezembro de 2009, o Decreto Presidencial nº 7.053 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Nele, sistematizam-se os princípios e as diretrizes da Política, em consonância com a defesa dos Direitos Humanos, o acesso democratizado, universalizado e equitativo e a responsabilização do poder público (BRASIL, 2009).

Paralelo aos movimentos que trouxeram maior visibilidade à população em situação de rua, surgiu no município de Salvador o primeiro “Consultório de Rua”, experiência liderada pelo professor Antonio Nery Filho, da Universidade Federal da Bahia, visando acolher/atender crianças e adolescentes em situação de rua e que faziam uso de substâncias psicoativas. Com o crescimento e sucesso desse serviço, o Ministério da Saúde, em 2009, considerou tal dispositivo como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e, no ano de 2010, no Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (LOPES, 2014).

Em consequência, o Consultório de Rua teve ampla difusão em todo o país, sendo regido, até então, pela Política Nacional de Saúde Mental. Porém, as experiências das equipes e usuários indicaram a necessidade de ampliação da assistência integral à saúde, abordando os diferentes tipos de demandas, para além das relacionadas ao sofrimento psíquico.

Em 2011, este dispositivo deixa de estar vinculado exclusivamente à Coordenação Nacional de Saúde Mental, sendo, daí em diante, incorporado à Política Nacional de Atenção Básica, o Consultório de Rua passa a ser denominado “Consultório na Rua”, imprimindo nesse serviço seu caráter itinerante e integrante da rua. A Portaria 122 de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização dessas equipes, que tem como característica realizar um cuidado ambulante, na rua, trabalhando de forma integrada a Rede de Atenção Básica, bem como a Rede de Atenção Psicossocial, devendo ser formada por profissionais de diversas áreas, tais como: psicólogo, médico, odontólogo,

enfermeiro, agente comunitário de saúde, assistente social e outras categorias previstas em lei, respeitando o número máximo de profissionais para cada modalidade. Na modalidade I, deve haver no mínimo 4 profissionais, na modalidade II um mínimo de 6 profissionais e na modalidade III um mínimo de 6 profissionais mais um profissional médico. Os serviços ofertados pelo CnR vão desde a aferição de pressão, realização de curativos, distribuição de preservativos, ações de educação em saúde até articulação de internações hospitalares, promoção do acesso aos benefícios sociais, organização de oficinas e construção de projetos terapêuticos (BRASIL, 2011).

Ao longo dos anos as políticas públicas para população em situação de rua foram sendo desenhadas a partir de experimentações locais, sendo um dificultador a escassez de dados que de fato evidenciam características epidemiológicas dessa população. Os censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não dispõem de dados reais sobre a população em situação de rua, uma vez que reconhecem somente os que habitam domicílios regulares ou coletivos.

Uma análise realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) a partir dos dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) de 2015 sugere que o número de pessoas em situação de rua tem crescido no país, atraindo a atenção de planejadores e gestores públicos. Aproximadamente 122.890 pessoas encontravam-se em situação de rua, dessa população, 82% do sexo masculino, a população feminina representa os outros 18% do total. Quanto aos motivos que levam as pessoas a viver na rua destaca-se: o uso de álcool e/ou outras drogas, perda de emprego, conflitos familiares, violência domiciliar e transtornos mentais (NATALINO, 2016).

É nesse cenário, de tantos desafios e escassez até mesmo de dados que de fato representem a real condição das pessoas em situação de rua, que o cuidado ofertado pelo CnR atravessa e inunda a existência de seus usuários, na captura da pluralidade dos modos de vida em cada território de atuação, privilegiando o modelo de intervenção em que a abordagem deve ser participativa, fazendo um contraponto entre as normativas das estratégias com as possibilidades dos usuários e suas singularidades (ROMANI, 2008).

A implicação do sujeito na produção do cuidado se faz preponderante para que as estratégias não sejam uma replicação de uma clínica engessada, mas sim processo construído mediante a capacidade de cada sujeito se posicionar diante de suas necessidades, como coloca Merhy (2004, p. 08) “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo”.

Na prática cotidiana do serviço muitas limitações se impõem caso o trabalho esteja fundado pura e simplesmente em agendas programadas da equipe, já que o cuidado se concretiza na aproximação do profissional com o inesperado de cada assistido no encontro real, no imprevisto da oportunidade que se apresenta para o lugar de identidade do saber fazer e o fazer junto. Seguindo o nomadismo da população em situação de rua, as intervenções do trabalho se ajustam à dinâmica das situações, desconstruindo a rigidez imposta pelos serviços de saúde, para contemplar a amplitude das demandas (LONDERO, M. F. P et al. 2014).

É neste contexto que o CnR se insere enquanto estratégia de cuidados em saúde, efetivando a dimensão micropolítica para uma população que vive à margem, produzindo práticas de assistência nas experimentações dos encontros entre profissionais e usuários do serviço, que extrapolam protocolos clínicos (VALE & VECCHIA, 2019).

O CnR não tem por objetivo retirar as pessoas dos espaços urbanos ou expulsar das calçadas aqueles que elegeram, por algum motivo, a rua como moradia, reafirmando, muitas vezes, o direito das pessoas de ir, vir e permanecer nas vias públicas. Nessa perspectiva o trabalho da equipe se distancia da lógica higienista e curativista, tem seu movimento próprio, modificando o próprio entendimento do que seja promover saúde, é a clínica da invenção, do que é possível (FIGUEIREDO, 2005).

Mas parece haver também um movimento em que os alvos são os corpos, corpos adoecidos, cujo objetivo é cuidar e extinguir as doenças de populações vulneráveis sem considerar suas subjetividades, silenciando necessidades outras, há então um ambiente de tensão em que forças de controle convergem com práticas que buscam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Foucault (1975), ressalta o perigo que paira sobre as

instituições de saúde, assim como prisões, escolas e exército, os hospitais e afins também se prestam a mecanismos de controle e biopoder, onde “a vigilância médica das doenças é aí solidária de toda uma série de outros controles: militar sobre os desertores, fiscal sobre as mercadorias, administrativo sobre os remédios, as rações, os desaparecimentos, as curas, as mortes” (p.141).

Portanto, uma mudança de modelo de atenção não assegura mudanças de prática, se antes a hegemonia era da disciplina e da ordem, hoje os corpos são controlados ao ar livre sem a necessidade de instituições (DELEUZE, 1992). Certamente não há como imunizar-se do controle e muito menos medi-lo, mas parece ser questão primordial investigar com qual viés o cuidado em saúde tem sido ofertado e como os sujeitos, nesse caso as pessoas em situação de rua, têm percebido e recebido as intervenções das quais são alvo.

Propondo uma clínica aberta, o CnR extrapola os muros físicos e existenciais que enquadram e “encaixam” os sujeitos em categorias nos modelos tradicionais da vigilância epidemiológica, dos consultórios médicos, do racional, da biopolítica e biomedicina (HALLAIS, 2015). Espera-se, com o presente estudo, acompanhar movimentos processuais, a partir do entendimento de que “pesquisar com” ao invés de “pesquisar sobre” pode gerar potências e transformações no campo. O caráter experimental, ou seja, sentir com o corpo a pesquisa, é o que possibilita revelar a vida em seu modo rizomático e multifacetado (ROMAGNOLI, 2009).

Realizar pesquisas com pessoas em situação de rua mostra-se desafiador, pelos diversos fatores que estão associados às vivências nas ruas, às possibilidades de acesso e capacidade do pesquisador em estabelecer vínculo que favoreçam responder as questões propostas. Entretanto, a pesquisa é o recurso que identifica os potenciais das estratégias estabelecidas nas Políticas Públicas, as necessidades dos coletivos, especialmente dos grupos minoritários.

### 3 OBJETIVOS

#### Objetivo geral

- Desvelar a percepção dos usuários do Consultório na Rua quanto a assistência em saúde prestada por esse serviço;

#### Objetivos específicos

- Compreender a percepção de usuários do Consultório na Rua sobre cuidado e saúde;
- Mapear territórios existenciais que permeiam a relação de usuários da estratégia Consultório na Rua com a saúde.

#### 4 METODOLOGIA

Fazer do próprio corpo aparelhagem de pesquisa, permitir que atravessamentos produzam um saber inédito, disso se trata o método que nesse estudo se propõe. O pesquisador tem a tarefa de explorar, com os próprios órgãos, o campo de pesquisa, nesse sentido a rua é compreendida como rizoma, que Deleuze & Guatarri (1995) conceituam como aquilo que ramifica-se em múltiplas direções e cresce de acordo com as conexões que se realizam, ligando um ponto qualquer a outro ponto, uma rede não hierárquica que não tem começo nem fim. Fazer-se rizoma é o que permite cartografar, ou seja, exercer a cartografia, método que aqui também é empregado para que as tessituras do cotidiano das pessoas em situação de rua possam emergir.

O pesquisador cartógrafo não pretende revelar uma verdade ou ser um mero observador, mas sim uma presença no território (DA COSTA, 2018). Essa posição adequa-se aos objetivos da pesquisa, já que há um caráter itinerante não só dos usuários do Consultório na Rua, mas também do próprio serviço. Aqui faz-se uma cartografia que engloba as aproximações da pesquisadora com o serviço, entendendo que tais experiências são fundamentais para compreensão do campo.

A cartografia pressupõe uma reorientação do trabalho do pesquisador. É necessário permitir que a pesquisa aconteça em movimento, ou seja, trata-se de uma pesquisa-intervenção, onde não há regras rígidas pré-estabelecidas, a experiência do pesquisador é que permite a tessitura de um saber, que não é hegemônico, mas sim contextual (PASSOS, 2012). A pesquisa-intervenção é aquela em que o pesquisador constrói interferências na realidade, movendo capacidades coletivas de análise ao pesquisar-se o plano das vidas na rua, onde habita uma miríade de forças e relações, sendo fundamental que o método abarque a plasticidade das relações e tensões nos espaços urbanos (BORGES, 2017). Tornar-se fundamental mapear linhas de fuga, verdadeiros rompimentos que promovem mudanças, rupturas que desfazem o eu com suas relações estabelecidas, entregando-o à pura experimentação, são linhas muito ativas, imprevisíveis, que demandam invenção (DELEUZE, 1995).

O estudo foi desenvolvido em Montes Claros-Minas Gerais, onde a realidade social é marcada por profundas desigualdades sociais, sendo o município referência em saúde da macrorregião do norte de Minas Gerais e sul da Bahia. Situada no segundo entroncamento de malha viária do país, apresenta grande fluxo de pessoas vindas das cidades circunvizinhas e demais regiões, que demandam cuidados em saúde e acesso a serviços públicos (IBGE, 2017). O serviço de CnR de Montes Claros foi habilitado junto ao Ministério da Saúde no ano de 2013, funcionando desde então na modalidade III, sendo a equipe composta pelos seguintes profissionais: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, agente social e motorista, uma equipe móvel com capacidade de articular e viabilizar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde e cidadania (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram selecionados de forma intencional, a partir da dinâmica rizomática da equipe. Durante os momentos de circulação pela cidade com a equipe de CnR os encontros foram sendo viabilizados, assim como a experimentação do ser corpo vetor na pesquisa. A pesquisadora circulou pela cidade com a eCnR durante os períodos matutino e vespertino, acompanhando atendimentos nas principais regiões da cidade: mercado municipal, praças, locais de moradia provisória e visita à serviços públicos ou filantrópicos.

Além disso, foram realizadas 09 entrevistas discursivas, nessa modalidade a interação entre entrevistado e entrevistador é determinada quanto aos temas norteadores, mas as modalidades nas quais a interlocução toma forma, as palavras com as quais apresentar as questões e as usadas para articular uma resposta, não são predeterminadas (ONOCKO-CAMPOS, 2008). Os entrevistados podiam discorrer livremente sobre sua história de vida, saúde, território e o lugar da mulher nas ruas. Este estudo é um dos produtos de um projeto que busca investigar várias dimensões do CnR, o que justifica a amplitude dos temas propostos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para leitura.

Lançando mão do caderno de campo durante a circulação com a equipe, chamado pela pesquisadora de “caderno de rua”, os afetamentos, sensações e movimentos foram sendo também registrados, desenhando assim redes e conexões existenciais. A produção dos dados foi realizada à luz dos conceitos da cartografia, naquilo que propõe Deleuze,

Guatarri e seus contemporâneos, sendo possível construir mapas subjetivos que dizem da relação dos sujeitos com a rua e com dispositivos de cuidado (PASSOS, 2010).

Uma das entrevistas (E1) foi selecionada como “entrevista operadora de produção de dados”<sup>2</sup> por contemplar com profundidade todos os temas estabelecidos como roteiro para entrevista, o conteúdo da entrevista nomeia as categorias temáticas que foram levantadas a partir das falas dos demais usuários e da experiência da pesquisadora no território. Em complementaridade, os dados foram validados por um grupo de pesquisadores qualitativos que integram o Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde (LabQuali) numa atividade de leitura compartilhada das entrevistas, o que possibilitou uma validação interna e discussões sobre e a partir dos dados.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: ser maior de 18 anos, estar sendo acompanhado pelo serviço de Consultório na Rua por pelo menos um ano e aceitar participar do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa sob o parecer de número: 3.379.321 de 09 de junho de 2019.

A pesquisa apresentou limitações referentes a necessidade de suspensão temporária da pesquisa devido à pandemia de Covid-19, o que trouxe dificuldades quanto a permanência da pesquisadora em campo. No entanto, assim que tais dificuldades foram minimizadas e a circulação da pesquisadora com a equipe foi retomada, os afetamentos foram resgatados a partir de uma nova inserção no território.

---

<sup>2</sup> O termo "entrevista operadora de dados" foi inspirado na metodologia de Duarte *et.al* (2021), em que os autores usam um personagem da literatura como "operador de produção literária", possibilitando aproximações entre produções discursivas. Neste trabalho a entrevista operadora é pensada como dispositivo que possibilita o mapeamento de linhas e multiplicidades que perpassam os corpos e acontecimentos da pesquisa.

## 5 PRODUTO

5. 1 Produto: *Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua*. Formatado segundo as normas para publicação do periódico Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ISSN 1414-3283.

## 5.1 PRODUTO 1

### **Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua**

**Resumo:** O Consultório na Rua é, atualmente, um dos principais dispositivos de produção de cuidados para a População em Situação de Rua, a qual é, historicamente, carente de atenção. Este estudo objetiva desvelar a percepção dos usuários do Consultório na Rua quanto à assistência prestada, mapeando territórios existenciais que permeiam a relação dos usuários com a saúde e suas consequências na produção de subjetividades. Como método, realizou-se uma pesquisa cartográfica, sendo os dados produzidos a partir da circulação da pesquisadora com o Consultório na Rua e de entrevistas com usuários do serviço. Os dados foram validados internamente por integrantes do Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde. Os resultados apontam que o Consultório na Rua promove linhas de cuidado flexíveis, sendo referência para os usuários no que diz respeito à assistência, além de provocar movimentos emancipatórios e de responsabilização.

**Palavras-chave:** Consultório na rua. Pessoas em situação de rua. Saúde. Cartografia.

There was an office in the middle of the way: Cartography on health care in the perception of users of an office on the street

**Abstract:** The Street Clinic is currently one of the main care production devices for the Homeless Population, which is historically in need of attention. This study aims to unveil the perception of users of the Street Clinic regarding the assistance provided, mapping existential territories that permeate the relationship of users with health and its consequences in the production of subjectivities. As a method, a cartographic research was carried out, with the data produced from the circulation of the researcher with the Street Clinic and from interviews with service users. Data were internally validated by members of the Interdisciplinary Qualitative Studies and Research Laboratory in Health (LabQuali). The results show that the Street Clinic promotes flexible lines of care, considered to be a reference for users in terms of assistance, in addition to causing emancipatory and accountability movements.

**Keywords:** Street office. Homeless People. Health. Cartography.

Había una clínica en medio del camino: Cartografía sobre el cuidado de la salud en la percepción de los usuarios de una clínica en la calle

**Resumen:** La Clínica en la Calle es actualmente uno de los principales dispositivos de producción de atención a la población sin hogar, que históricamente ha necesitado atención. Este estudio tiene como objetivo dar a conocer la percepción de los usuarios de la Clínica de Calle sobre la atención proporcionada, mapeando territorios existenciales que permean la relación de los usuarios con la salud y sus consecuencias en la producción de subjetividades. Como método, se realizó una investigación cartográfica, con los datos producidos a partir de la circulación de la investigadora con la Clínica en la Calle y de las entrevistas con los usuarios del servicio. Los datos fueron validados internamente por miembros del Laboratorio de Investigación y Estudios Cualitativos Interdisciplinarios en Salud (LabQuali). Los resultados muestran que la Clínica en la calle promueve líneas de atención flexibles, teniendo en cuenta un referente para los usuarios en materia de atención, además de provocar movimientos emancipatorios y de rendición de cuentas.

**Palabras clave:** Clínica de calle. Personas sin hogar. Salud. Cartografía.

## Introdução

Nas últimas décadas, presenciou -se uma mudança estrutural dos serviços de saúde no Brasil, que alude à conquista e à implantação progressiva de um novo paradigma em defesa da humanização e da atenção integral. Contrapondo-se ao modelo hegemônico biomédico e hospitalocêntrico, busca-se garantir os princípios previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a promoção da saúde de expressiva parcela de brasileiros<sup>1</sup>. No entanto, para populações específicas, como aquelas em situação de rua, a efetivação desse direito necessita da perseverança dos movimentos sociais frente à histórica omissão estatal e da necessidade de adequação do SUS às particularidades desse público<sup>2</sup>.

As pessoas em situação de rua são caracterizadas como aquelas que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular e que utilizam 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.<sup>3</sup> Para acolher e prestar assistência à essa população, tem-se o Consultório na Rua.

A equipe de Consultório na Rua (eCR) compõe a estratégia estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica e integra o componente “Atenção Básica para populações específicas”, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. De acordo com essa portaria, a RAPS se constitui pela articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS<sup>4</sup>. Esses pontos de atenção são serviços criados para qualificar e viabilizar o atendimento às populações vulneráveis.

Nesse sentido, a eCR deve ser multiprofissional, a rotina de trabalho deve englobar a discussão, construção e manutenção de projetos terapêuticos singulares (PTS), o atendimento da população deve se dar *in loco* e deve haver a busca ativa dos usuários por meio das visitas regulares aos locais estratégicos. As demandas de saúde também estão relacionadas: distribuição de insumos e vacinas; consulta médica generalista ou especializada; atendimento odontológico; pré-natal; exames laboratoriais e de imagem; viabilização de cirurgias; oficinas terapêuticas; orientação e acompanhamento nos cuidados de higiene pessoal; acompanhamento e discussão dos casos com a Atenção Básica e outros serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.<sup>5-4</sup>

O Consultório na Rua do Município de Montes Claros, polo regional do norte de Minas Gerais, vivenciou transição semelhante ao movimento nacional. Inaugurado em 2012, vinculado à Coordenação Municipal de Saúde Mental, o “Projeto Chegando Junto: Consultório de Rua” tinha como objetivo a oferta de serviços de saúde para os moradores de rua usuários de substâncias psicoativas, justificado pelo aumento crescente dessa população com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistenciais. Em 2013, um novo Projeto foi criado, sendo oficialmente denominado “Consultório na Rua” na modalidade III<sup>(a)</sup>. A equipe passou a ser composta pelos seguintes profissionais:

---

<sup>(a)</sup> As equipes de Consultório na Rua são divididas em três modalidades, conforme abrangência e necessidade territorial, divididos igualmente entre profissionais de nível

enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, agentes sociais e motorista, com o intuito de disponibilizar os recursos e cuidados básicos de saúde no próprio espaço da rua e, quando necessário, viabilizar o acesso aos outros serviços da Rede de Atenção à Saúde e redes intersetoriais<sup>6</sup>.

Considerando a inovação dessa estratégia, cuja particularidade é a produção itinerante de cuidados extramuros, tem-se como objetivo desvelar a percepção dos usuários do Consultório na Rua quanto à assistência prestada pelo CnR, mapeando territórios existenciais que permeiam a relação dos usuários com a saúde e suas consequências na produção de subjetividades. A investigação lança um olhar sobre o âmbito microfísico, constituído pelos trabalhadores e usuários. A produção e a análise dos dados têm aporte nas produções teóricas de sanitaristas brasileiras acerca do processo de trabalho em saúde, especificamente nas discussões relacionadas à micropolítica do trabalho, das relações de poder, bem como da cartografia de linhas de cuidado.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo, sendo que os dados foram produzidos a partir do método cartográfico. Abre-se espaço, nesta pesquisa, para a experiência e para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que não prescrevem formas universais de se andar a vida, numa posição de pesquisador *in-mundo*. Nesse sentido, o movimento de circulação com a eCR constituiu um modo de produzir e viabilizar um corpo vetor de pesquisa<sup>7</sup>.

A partir do movimento de circulação da pesquisadora, os encontros foram sendo viabilizados, realizando-se 09 entrevistas discursivas, de novembro de

---

superior e nível médio. Na modalidade I, deve haver no mínimo 4 profissionais, na modalidade II um mínimo de 6 profissionais e na modalidade III um mínimo de 6 profissionais mais um profissional médico. Os serviços ofertados pelo Consultório na Rua vão desde aferição de pressão, realização de curativos, distribuição de preservativos, ações em educação em saúde até articulação de internações hospitalares, promoção do acesso aos benefícios sociais, organização de oficinas e construção de projetos terapêuticos.<sup>5</sup>

2019 a janeiro de 2021. Nessa modalidade de conversa(ação), a interação entre entrevistado e entrevistador é determinada quanto aos temas norteadores, mas as modalidades nas quais a interlocução toma forma, as palavras utilizadas para apresentar as questões e as usadas para articular uma resposta, não são predeterminadas<sup>8</sup>. A entrevista na cartografia considera dois planos da experiência: a experiência de vida e a experiência pré-refletida, o que permite uma intercessão entre as reflexões do sujeito sobre suas vivências, no narrar dos conteúdos vividos, e a processualidade dos planos de força que emergem dos conteúdos representacionais<sup>9</sup>. Durante as entrevistas, os usuários poderiam discorrer livremente sobre sua história de vida, sua saúde, território e o lugar da mulher nas ruas. Este estudo é um dos produtos de um projeto que busca investigar várias dimensões do CnR, o que justifica a amplitude dos temas propostos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para leitura.

Lançando mão do caderno de campo durante a circulação com a equipe, chamado pela pesquisadora de “caderno de rua”, os afetamentos, sensações e movimentos também foram registrados, desenhando, assim, redes e conexões existenciais. A produção dos dados foi realizada à luz dos conceitos da cartografia, naquilo que propõe Deleuze, Guatarri e seus contemporâneos, sendo possível construir mapas subjetivos que dizem da relação dos sujeitos com a rua e com a saúde<sup>10</sup>.

Uma das entrevistas (E1) foi selecionada como “entrevista operadora de produção de dados”<sup>(b)</sup> por contemplar com profundidade todos os temas estabelecidos como roteiro para entrevista e pelo fato de o conteúdo da entrevista nomear as categorias temáticas que foram levantadas a partir das falas dos demais usuários e da experiência da pesquisadora no território. Em complementaridade, os dados foram validados por um grupo de pesquisadores qualitativos, que integram o Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde (LabQuali), numa atividade de leitura compartilhada

---

<sup>(b)</sup> O termo "entrevista operadora de dados" foi inspirado na metodologia de Duarte et.al.<sup>12</sup>, em que a entrevista é pensada como dispositivo que possibilita o mapeamento de linhas e multiplicidades que perpassam os corpos e acontecimentos da pesquisa.

das entrevistas, o que possibilitou uma validação interna e discussões sobre e a partir dos dados.

O estudo foi desenvolvido em Montes Claros-MG, onde a realidade social é marcada por profundas desigualdades, sendo o município referência em saúde da macrorregião do norte de Minas Gerais e sul da Bahia. Situada no segundo entroncamento de malha viária do país, o município apresenta grande fluxo de pessoas vindas das cidades circunvizinhas e demais regiões, que demandam cuidados em saúde e acesso a serviços públicos.<sup>11</sup>

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: ser maior de 18 anos, estar sendo acompanhado pelo serviço de Consultório na Rua por pelo menos um ano e aceitar participar do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 3.379.321 de 09 de junho de 2019.

## **Resultados e Discussão**

Os sujeitos agenciados por este estudo são aqueles que fazem do espaço público um lugar de permanência e circulação. As pessoas em situação de rua promovem uma colisão entre vulnerabilidade e cuidado em saúde, que não só incomoda, como impõe desafios. Como é possível propor cuidado em saúde para uma população que, de forma não convencional, traça suas próprias rotas e desafia concepções assépticas de saúde? Para cartografar tal realidade, este trabalho propõe um percurso que costura subjetividades de trabalhadores e usuários do serviço CnR, tendo como cruzamento um corpo-pesquisa<sup>13</sup>.

### **[subtítulo] Primeiro cruzamento: “Eu fui ficando sozinho”**

“quando me levanto ainda disfarçado/não há ninguém a meu lado/não importa o disfarce usado/e pelo resto do dia esgarçado/ não há ninguém a meu lado.”  
(Eugênio Gianetti - Escritor em situação de rua na cidade de SP)<sup>14</sup>

A experiência de solidão e desamparo é, conforme já denunciava Freud<sup>15</sup>, universal e primária; disso, não se escapa. Aqui, não se trata de naturalizar uma experiência de sofrimento, mas pensá-la a partir dos atravessamentos e discursos que podem dar ou não lugar ao desamparo dos que vivem na rua<sup>10</sup>.

Na circulação pelo espaço/rua, foi possível escutar sujeitos marcados pelo desamparo e abandono, cujas nomeações do sofrimento têm profunda intimidade com o não reconhecimento existencial em um núcleo familiar ou afetivo, como revelam as falas a seguir:

A vida minha foi muito difícil, a minha irmã foi embora de Montes Claros e o meu pai era alcoólatra e eu fiquei mais meu pai sabe, as vezes não tinha nada pra comer...[..]meu pai pegou e foi morar nas construção que ele trabalhava aqui em Montes Claros e eu peguei e fiquei sozinho. (E3)

Minha vida assim. Eu nasci, minha mãe me abandonou. Fui criada em abrigo e casa de passagem. (E4)

Já passei por tudo, acabei entrando em uns lances esquisitos, principalmente no mundo das drogas, fui parar na rua, não porque a minha família não me apoia, pelo contrário, para não dar trabalho para eles (E5).

Aí eu prefiro ficar aqui do que lá. Porque a rua pode ser ruim, é muito ruim e perigoso, né? Mais só que a perturbação que eu tenho dentro da minha casa, na rua eu não tenho... (E9)

Esse não reconhecimento parece promover tensionamentos que realocam posições subjetivas existenciais. Partindo daquilo que Deleuze & Guattari<sup>15</sup> chamam de “princípio da multiplicidade”, onde deve-se considerar a realidade como um produto de determinações várias, heterogêneas, contraditórias, rizomáticas e agenciadoras e no qual “um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões”<sup>16</sup> (p.16), deve-se assumir que a experiência de “ficar sozinho” não é fechada em si mesma a partir de uma relação entre causa e efeito, mas se trata de um produto e é produtora de discursos, linhas, afetamentos e historicidade.

Ainda em Mil Platôs, Deleuze & Guattari<sup>16</sup> esclarecem que linhas de fuga são aquelas que permitem um escoamento de afetos, o movimento, a circulação, o que escapa à institucionalização; já as linhas de segmentaridade compreendem tudo aquilo que tenta estratificar, segmentar, cristalizar e impedir o movimento, não por acaso se apresentando de forma tão proeminente em instituições, ideologias e pessoas. A erupção de um rizoma se dá justamente no cruzamento entre linhas de segmentaridade e linhas de fuga, produzindo desterritorializações e novas conexões.

A ida para rua é acompanhada de alguns signos: violência, abandono e abuso, condições que geram afecções e produzem novas trajetórias:

Quando eu fui pra rua, foi quando eu tinha uns nove... Nove pra dez anos... Foi quando aconteceu uma violência doméstica comigo pelo lado do meu pai... que eu não gosto nem de lembrar... E aí eu fui pra rua. (E6)

Aí eles falaram assim: “Você quer viajar com nós?” Eu quero, só não quero ficar dentro daquela casa lá, porque eu não sou obrigada a prostituir e nem ter relação sexual com meu padrasto. Aí peguei e comecei viajar com esse casal de hippie. (E2)

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde<sup>17</sup> revela que os principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar na rua são: problemas de alcoolismo e/ou drogas; desemprego e desavenças com pai/mãe/irmãos. Considerando a tamanha complexidade dessas condições de existência, os processos saúde-doença e a micropolítica que envolve e tensiona o cuidado, é impossível pensar assistência em saúde sem cartografar posições e discursos. Se por um lado é possível capturar motivos para se estar na rua, é necessário também abrir caminhos para suportar tal condição.

A experiência de “ficar sozinho” revela uma face outra dos desafios das políticas de saúde: há posições e discursos que desconsideram o sofrimento individual como de responsabilidade coletiva, fazendo da experiência humana de existir, um empreendimento. Assim, sujeitos passam a ser miniempresas que se autorregulam e, pelo próprio mérito, alcançam algum tipo de sucesso ou fracasso<sup>18</sup>. Este movimento pivotante impede que relações sociais se estabeleçam de forma rizomática e radicular, produzindo linhas de segmentaridade que capturam a experiência de desamparo.

Os profissionais que prestam assistência através da eCR relatam, por exemplo, momentos em que são hostilizadas por indivíduos que presenciam o atendimento às Pessoas em Situação de Rua (PSR), sendo questionadas quanto à legitimidade da prestação de serviço àquela população. Ora, seriam eles dignos de cuidado? Situações semelhantes foram experienciadas no consultório na Rua Manguinhos no Rio de Janeiro<sup>19</sup>. Trata-se, segundo Foucault<sup>20</sup>, de “fazer viver e deixar morrer”.

Obviamente, as condições de vida em que se encontram as pessoas em situação de rua não devem ser explicadas exclusivamente pelo fato de se

encontrarem em precarização econômica, subjetiva e social. Parece haver uma relação entre carência e potência, o que evidencia determinadas resistências, resiliência e negação de processos de sujeição<sup>21</sup>. Não raramente, a lógica de produção, quando associada a uma definição de saúde, traça compromissos, não só com o campo científico, mas também com a produção de vida; os discursos põem em funcionamento questões diversas, inclusive as relações de poder<sup>22</sup>.

E se o que está em jogo é a produção de saúde, não como ideal que extermina a doença, mas como potência e vitalidade, a experiência de incompletude, falta e desamparo abre caminho para a oferta de um cuidado inédito e descompromissado com utopias. Uma clínica é composta por diversas dimensões de funcionamento: espaciais, dramáticas, sonoras, linguísticas, investimentos e modos de existencialização. É preciso abrir as possibilidades em direção à sua pluralidade e multiplicidades, ao invés de reconduzi-la a uma unidade qualquer<sup>23</sup>. Quem dá pistas de como operar na clínica são os próprios usuários quando, por exemplo, em visita a uma casa de acolhimento para mulheres, uma interna diz às técnicas da eCR: “Quero sair daqui, quero ser livre como um passarinho” (anotação caderno de Rua). Escutar tal prece permite a esse sujeito e equipe um devir, um devir-passarinho.

**[subtítulo] Segundo cruzamento: “Você anda na rua e você fica invisível”**

"Amanheceu outra vez/a luz do dia espreguiça e boceja/em breve vozes  
incrédulas se juntarão a vozes brandas/que se juntarão a vozes  
inumanas;/minha sombra será outra vez/pisoteada nas calçadas"  
(Eugênio Gianetti - Escritor em situação de rua na cidade de SP)<sup>14</sup>

A rua é o signo daquilo que representa a civilização, a erupção do escoamento de pessoas, coisas e afetos. A pólis, numa perspectiva Aristotélica<sup>24</sup>, faz do homem um ser cidade, um cidadão, pertencente a uma comunidade última que não só o define, mas também o transforma. Se o homem é, por excelência, um ser político, é também um ser ambulante, que circula e faz circular, que se move ao sabor de incontáveis variáveis, cujo gerúndio de pensar produz potência de movimento. Nietzsche<sup>25</sup> adverte: “só os pensamentos que surgem caminhando têm valor”. Portanto, é urgente

compreender a rua não apenas como um espaço, mas também como território; não apenas como via, mas como afetamento; não somente como progresso, mas como agenciamento; para tal, faz-se necessário acrescentar à rua o seu caráter cidadão, ou seja, assumir que não somente de pedra e cimento é composta, mas também de subjetividades.

E se é possível pensar os espaços públicos como fundadores da civilização, também é possível pensá-los como segregadores, que demarcam posições existenciais e lugar de palavra. Neste segundo cruzamento, dois verbos se conjugam: “andar” e “ficar”. O primeiro diz do ir e vir de quem está na rua e do território peripatético que vai sendo constituído; o segundo, diz das posições intersubjetivas que emergem dos afetamentos e capturas de quem vive a rua<sup>26</sup>.

Discursos são anzóis de captura, estruturam hierarquias e modos de existir. Foucault<sup>27</sup> diz que o poder “se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento” (p. 182). A sua investigação revela a constituição das táticas de dominação, as formas de sujeição, os operadores materiais e as formas estratégicas utilizadas pelos sistemas locais de converter a multiplicidade das vontades e das formas existenciais em uma massa uniforme e normatizada.

Segundo Varanda e Adorno<sup>28</sup>, a representação social da Pessoa em Situação de Rua no Brasil está enquadrada, historicamente, no domínio de aparelhagens institucionais vinculadas a sua assistência. Em decorrência disso, compartilham-se coletivamente percepções que ordenam e naturalizam a existência dessa população e delimitam e generalizam a complexidade dos modos de vida na rua, criminalizando estratégias de sobrevivência alternativas.

Além disso, os próprios sujeitos são absorvidos por tais representações, enquadrando-se no espectro social que vai da condenação do “vagabundo”, da ameaça inoportuna do “delinquente”, até à vitimização resignada do “mendigo”. São posições incorporadas que consolidam a desqualificação, incapacitação e precarização da existência desses sujeitos, além de sustentarem um regime de descarte social<sup>28</sup>. Como dizem a seguir:

Me encontrei em uma situação que ninguém dá a mão, ninguém te ajuda, ninguém ... você não acha ninguém nem pra cuspir em

“você essa hora moço ... pra falar assim ... o cara me viu e cuspiu em mim.” (E1)

“A gente é mal visto, entendeu? A gente é malvisto, a gente, sei lá, sabe, a sociedade rejeita as pessoas entendeu?” (E3)

Pode-se pensar nos “espaços intercessores” como espaço rua, agenciados por linhas de força dissonantes, em constante tensão, nas quais a invisibilidade se articula a diversos interesses e discursos.

É possível a identificação de situações de “ruído” nos encontros pela rua. Quando escutado, o ruído pode revelar a presença de processos instituintes: múltiplas linhas de fuga imperceptíveis ou asfixiadas pelo modelo institucional. Nesse caso, o ruído da invisibilidade<sup>29</sup>.

Permitindo questionar as formas de captura do trabalho vivo pelo instituído, as linhas de fuga ampliam os horizontes a uma “desterritorialização”, determinando outros possíveis atos de cuidado e servindo de fundamento para a transformação das ações de saúde no próprio ato diário do trabalho. Segundo Merhy et al<sup>30</sup>, “a vida resiste e nessa resistência abre linhas de fuga sistematicamente, para as quais precisamos inventar modos de suportá-las e visibilizá-las” (p.100). A vida resiste quando afecções que escapam à lógica institucional emergem dos encontros:

“Nós, quando a gente tá nesse mundo nas drogas na rua, a gente é muito humilhado. O pessoal joga a autoestima da gente lá na lama. Então, é por isso que muitos dessas pessoas moradores de rua não consegue sair dela, porque não é todo mundo que vê igual eles vê (CnR). Não é todo mundo que chega na gente igual eles chegam com carinho, atenção.” (E4)

Durante a circulação com a eCR pela cidade, tornou-se nítido o lugar de marginalização conferido às pessoas em situação de rua. Um acontecimento específico chamou a atenção: durante a rota vespertina, a equipe faria a abordagem a um usuário de drogas portador de sofrimento mental e tentaria levá-lo para cortar o cabelo, tarefa bastante complexa, realizada poucas vezes ao ano. Após abordagem e tendo o paciente aceito a oferta, a equipe se dirigiu a um salão de beleza. O dono do estabelecimento recusou a tarefa; àquele, não poderia oferecer seus serviços. A equipe tentou um segundo salão, que também se recusou a atender aquele usuário. Apenas na terceira tentativa, a missão foi aceita. Ali, não estava em jogo o “poder pagar”, mas sim todo o insuportável de

ter perto de si o mau cheiroso, o desordenado e o drogado, pura estratificação reproduzida ao infinito.

Diante de tais circunstâncias, é destaque o papel do Consultório na Rua em relação ao cuidado com aqueles que se encontram à margem, especialmente quando contrariam radicalmente às formas de vida capturadas pelos ideais. Torna-se uma problemática importante quando se considera as leituras de Deleuze<sup>31</sup> acerca da “sociedade de controle”, reveladoras a respeito de uma nova forma de poder, exercida não mais na ação direta aos corpos e aos espaços confinados das instituições, mas em um novo regime de dominação, que se volta à prevenção e controle dos riscos, em mecanismos abertos, moduláveis e incorporados na grande malha social, tornando os indivíduos prisioneiros em campo aberto.

As relações de poder também determinam e delimitam territórios. Compreendendo-os como processo para além de suas extensões geográficas, os territórios representam uma complexidade de fatores que, no diagnóstico situacional da rua, devem ser considerados em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos, na busca de sentidos para a vida)<sup>17</sup>.

Durante a cartografia, desvelam-se territórios existenciais demarcados pela relação com a droga e micropoderes, os quais se ramificam pelos capilares da cidade:

Você só vai nesses lugares, parece que é automático, parece que seu GPS ... o GPS seu, que te guia pra onde você vai ... para que ele só aponta ... só para tragédias, só para as bocas de fumo, só para os botecos, só para esses lugares assim ... parece que é automático ... você roda aqui, sai aqui, passa no HU, passa na praça da matriz, já sai com o papelão passando nos bairros tudo assim ... tudo no mesmo sentido (E1)

Feijão. Onde tinha droga(risos). São José, a cidade em peso, tudo quanto é lugar que você pensar eu tava rodando. Comecei a reciclar e andava em tudo quanto é lugar. Andava a cidade inteira e ferro velho ... [...] buscava a droga, vinha, fumava e voltava pro Feijão. (E4)

Ficava ali no Feijão porque não vou mentir não... Pra usar, eu não queria fazer programa... Eu vendia fruta no cesto... Ficava

de olheira... Aí andava e ia lá no Feijão e ficava lá vendendo droga, para poder manter meu vício... (E8)

Nesta trajetória cristalizada pela busca da droga, foi possível testemunhar que a abordagem da eCR provoca rupturas e faz furo em um caminho sedimentado por discursos e posições de poder, apostando na clínica peripatética, nas intervenções *in loco* e na empreitada de fazer circular afetos por outras vias e lugares<sup>32</sup>. A eCR, quando escuta, convoca, acolhe, repreende e responsabiliza, não só cumprindo uma função burocrática, mas também implicando seus usuários na própria existência, em um movimento que não culpa e vitimiza, mas sim, reterritorializa.

**[subtítulo] Terceiro cruzamento: “O consultório na rua é em primeiro lugar”**

“vou semeando devagar/entre a bandidagem/ a imundície/o epicentro/ não na superfície/mas dentro”  
(Eugênio Gianetti - Escritor em situação de rua na cidade de SP)<sup>14</sup>

A população em situação de Rua é indócil à normatividade nos diversos âmbitos, especialmente nos que são divergentes às práticas consideradas saudáveis pelo grande sistema social. Dessa maneira, cabem as interrogações ao processo de trabalho da eCR: Como ofertar cuidados sem reproduzir o ideário biopolítico de docilização dos corpos? Como favorecer o reconhecimento das resistências e enfrentamentos às diversas formas de dominação, admitindo, nas formas alternativas de existência, a invenção de ações de cuidado potenciais e desejantes?

De acordo com Merhy<sup>33</sup>, diante das grandes reformas macroestruturais do controle institucional ou organizacional das políticas de saúde, a verdadeira mudança paradigmática da atenção encontra-se mais próxima de uma política tecida no cotidiano dos serviços de saúde e das relações e representações concebidas entre trabalhadores e usuários. Em outras palavras, é no plano micropolítico dos processos de trabalho em saúde que se efetiva a produção de cuidados e os processos de subjetivação correspondentes.

É neste espaço que Merhy et al.<sup>30</sup>, a partir da elaboração conceitual de “micropolítica do trabalho vivo em ato”, considera o território o lugar onde se

realiza a consumação do cuidado em saúde. Especificamente, sua análise converge à esfera molecular das relações cotidianas, no plano em que atuam os processos de subjetivação consecutivos às relações de poder. A saúde, enquanto produto, é gerada no momento de sua execução, ou seja, na interação entre o trabalhador e o usuário, valendo-se como um princípio norteador de tecnologias afinadas às suas condições<sup>34</sup>.

O trabalho vivo, pensado justamente como esse que acontece “em ato”, verifica-se na ação intencional e livre do trabalhador de operar os objetos para a produção de bens. Difere, desse modo, do “trabalho morto”, descrito como a produção concretizada, outrora incorporada aos instrumentais de trabalho e sem mais usufruir do propósito de criação<sup>30-34</sup>. Observa-se que, na saúde, concorrem processos estruturados pelo trabalho morto com aqueles comandados pelo trabalho vivo, oposição da qual se fabricam os modos de cuidado.

Embora a Política Nacional para a População em Situação de Rua pretenda assegurar acesso à saúde, o cuidado, muitas vezes, não se efetiva, já que serviços e profissionais de saúde nem sempre são capazes de acolher pessoas em situação de rua e compreender suas necessidades reais. Dentre as barreiras para que os moradores de rua tenham acesso à saúde, destaca-se o preconceito social, racial e a discriminação relacionada às condições de higiene, aumentando a vulnerabilidade desse grupo<sup>35</sup>. Mas o que seria, então, saúde para os usuários do CnR? Chama a atenção quando um usuário diz: “saúde é a pessoa dormir bem, comer bem, viver bem, acordar bem.” (E3).

Essa proposição, que parece se aproximar de um ideário, abre o campo de intervenções para ações que não são somente burocráticas e prescritivas. Para cuidar de necessidades tão singulares, reafirma-se a importância das práticas pautadas na redução de danos, no trabalho em rede e no estabelecimento de vínculos. Nesse sentido, ao falarem sobre a sua relação com a saúde e com as instituições ligadas ao cuidado, os usuários destacam o papel do Consultório na Rua:

Eu procuro aqui (CnR) também, aí eles vai e coisa um encaminhamento e eu vou no Alfeu de Quadros ou alí no ... perto do “DR”, mas é sempre aqui que eu venho. (E3)

Ao lado de toda a equipe, o consultório que foi... primeiramente Deus e eles que começaram a me dar apoio. Falaram pra mim, levantaram minha autoestima. Foi através deles, primeiramente Deus e deles, que eu tomei a decisão própria de sair da vida das drogas. (E4)

Eu procuro é vocês, os consultórios de rua, pra mim tomar minha injeção e às vezes pedir remédio. (E6)

É porque eles, pelo menos eles, ajuda a gente... Se a gente precisa de alguma coisa eles ajuda a gente... E no PSF não... (E7)

O cuidado perpassa pela construção de vínculo, através de uma escuta qualificada pelo acolhimento, com rompimento de abordagens prescritivas e pontuais, servindo de instrumento para a responsabilização sobre a própria existência, o que favorece a relação entre profissionais e usuários<sup>36</sup>. É possível verificar tal perspectiva na fala que se segue:

eu gostaria que toda cidade tivesse um Consultório na Rua, né? Eu gostaria muito, porque para mim foi muito útil, então eu acho que este trabalho de vocês, muito útil, em muitos pontos de vista, né? Por que tanto vocês dão assistência, ajuda a gente em termos de assistência médica, como também trata a gente com muito respeito e carinho (E2)

O espaço de interação entre profissionais e usuários configura a sua abrangência territorial, formada conjuntamente pelos diversos atores em cena, responsáveis pela mudança e mutuamente afetados pelo território coletivo, vivo e existencial que os circunda. Esse espaço também é fundo de complexas variáveis e tensionamentos, além de campo do incógnito e do não-saber, no qual os sujeitos são convocados incessantemente à invenção de novos arranjos de vida<sup>30-34</sup>.

A afluência de diversas conexões, próprias do trabalho vivo, constitui o desenho de um mapa aberto, uma “cartografia” no interior do cenário de trabalho. Tal como ilustrado por Deleuze e Guattari<sup>16</sup>, a cartografia da produção da saúde desenvolve-se como um agenciamento de linhas de conexão polimorfos em diversas intensidades, redes de múltiplas entradas e saídas, plásticas, moventes, conectáveis em qualquer ponto da trama, em fluxos abertos, a-centrados e não definitivos e, sobretudo, atemporais.

Durante o primeiro dia de circulação com a eCR, a pesquisadora estive no Centro Pop (Centro de Referência Especializada para população em

Situação de Rua) para produção de dados. Um dos usuários, ao ser perguntado se desejaria participar da pesquisa, indagou se não haveria também oficinas, as quais foram conduzidas por uma das pesquisadoras naquele mesmo espaço há aproximadamente 2 anos antes daquele acontecimento. Fica evidente a força motriz e potente que há no estabelecimento de um vínculo para a produção de uma implicação subjetiva na produção desejante. Um estudo realizado por Ferreira et al.<sup>36</sup> com usuários do CnR de Maceió, em 2016, revelou que a escuta e a relação foram destacadas pelos usuários como elementos primordiais no acesso à saúde, o que vem ao encontro aos achados deste estudo. As andanças com o Consultório na Rua revelaram ainda as muitas linhas de fuga que esse serviço permite surgir a partir dos mais variados encontros. Sua dinâmica peripatética não estabelece rédeas ao devir; ao contrário, amplia redes e conexões.

Observou-se que, nesse serviço, o trabalho vivo em ato é autogerido, capaz de subverter a norma e dar abertura a linhas de fuga, através das quais o trabalhador pode realizar seu ofício com maiores alcances de independência, colocando em evidência sua potência inventiva<sup>30</sup>. Durante as reuniões de equipe, havia sempre a problematização do acesso dos usuários aos seus direitos, da necessidade de articular os casos com os demais serviços da rede e de realizar busca-ativa em um movimento de ofertar e implicar, a partir do desejo de cada um. A eCR resiste e insiste no seu devir-passarinho.

## **Considerações Finais**

A rua perpassa terrenos, enlaça parques, zigue-zagueia entre prédios e rios. A rua põe limite, traça percurso, estende o caminho. A rua é que povoa, que alicerça, que se descompõe, que denuncia. A rua que, composta no entre, é singular e pública e carrega em si o paradoxo da coletividade individual, fazendo existir um espaço no qual há vários possíveis. A rua é rizoma por natureza, platô por vocação.

Na rua, é possível passar, permanecer, viver e morrer. Trata-se de um espaço território povoado de tensões, que revelam toda capilaridade de uma cidade/lugar e linhas de fuga perpassadas por segmentaridades.

A execução de uma cartografia nesse espaço permitiu um encontro entre o desamparo e os fluxos potentes que compõem o cuidado em saúde no território rua. Diante da interrogação de como as pessoas em situação de rua compreendem o cuidado em saúde, foi possível apreender que a assistência concreta e efetiva inicia seu movimento no cotidiano, na micropolítica da produção de saúde, no ato vivo do trabalho e no contato direto e rotineiro entre trabalhador e usuário.

Dessa forma, o Consultório na Rua traz consigo a potencialidade de invenção de modos de produção de saúde inovadores, justamente por estar localizado em um cenário fronteiriço, heterogêneo e instável, em que predominam os ruídos e as linhas de fuga. O que escapa e rompe o instituído pode se tornar a fonte profícua de novas linhas de cuidados. Os fluxos de desterritorialização constituem o que orienta e define uma cartografia do cuidado que contempla a diversidade.

Portanto, a oferta de serviços voltados à População em Situação de Rua deve estar afinada e flexível aos seus modos de arranjo e inserção no espaço urbano, oferecendo cuidados singularizados que reconheçam especificidades que, muitas vezes, implicam na dificuldade de acesso padronizado à saúde, bem como na normalização da atenção. A imersão na rua e na dinâmica realidade vivenciada pelos sujeitos inseridos é imprescindível em uma proposta de cuidados que beneficia a busca de práticas emancipatórias de saúde e subjetivação.

O estudo buscou investigar a percepção dos usuários do CnaR quanto o cuidado em saúde, tal investigação poderia ser ampliada a partir da entrevista dos profissionais que atuam no serviço, sendo uma limitação deste estudo. Nesse sentido, é necessário novas investigações que contemplem outros atores da rede assistencial.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
2. Lemões T. Hierarquia, contestação e igualdade: a produção da militância política para a população de rua no Brasil. *Civitas*. 2019; 19(1):123-41. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30356>.
3. 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 Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 24 de dezembro de 2009.
4. Portaria nº 3.088 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). *Diário Oficial da União*, 23 de dezembro, 2011.
5. Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial Da União*, 26 de Janeiro de 2011.
6. Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Mental. Relatório Final de Execução do Projeto Chegando Junto: Consultório de Rua de Montes Claros. Montes Claros, MG, 2013.
7. Abrahão AL, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes, MC; Merhy E.E. *Pesquisadores IN-MUNDO. Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Lugar comum; 2013. 133-144.
8. Campos RO. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer [internet]. *Fractal: Revista de Psicologia [online]*; 2013. 25(2): 299-322. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>>.
10. Passos VK, Kastrup V, Escóssia L. [org.]. *Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
12. Duarte LG, Araujo FM, Bortoletto MSS, Melchior R, González AD. Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*; 2021.
13. Pozzana L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: Passos, VK, Kastrup, V, Escóssia, L [org.]. *Pistas do método da cartografia e experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol 2. Porto Alegre: Sulina; 2014. 42-65.
14. Gianetti ER. *Zoobreviver*. 1a ed. São Paulo: Patuá; 2018.
15. Freud S. Inibições, sintomas e angústia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1969.
16. Deleuze G, Guatarri F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia* Vol I. 34a ed. 2012.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília-DF: Editora MS; 2012.
18. Safatle V, Silva Junior N, Dunker C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica; 2021.
19. Araújo E. Funcionamentos de instituições em cenas de uso de crack: um estudo etnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde*; 2019. 17(2).
20. Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 1976.
21. Rodrigues CCO, Carvalho SR, Yasui S. *Corpos que vão para rua: batalhas cotidianas entre práticas de coragem e estratégias de biopoder*. In: Carvalho SR, Oliveira CF, Andrade HS, Cheida RS [org.]. *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. p. 271.
22. Conceição HRM. *Moléstias profundas da sensibilidade- Experimentação na produção de Saúde*. In: Conceição HRM, Franco TB [org.]. *Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 233.
23. Pelbart PP. *A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago; 1993.
24. Aristoteles. *La Politique*. Tradução de Ricot JT. Paris: Vrin; 1982.

25. Nietzsche F. *Crepúsculo dos Ídolos*. Trad: Paulo César de Souza. São Paulo: Cia das Letras; 2006.
26. Andrade HS. *Extensionar-se entre a clínica, a arte e a cidadania*. In: Carvalho SR, Oliveira CF, Andrade HS, Cheida RS [org]. *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. p. 271.
27. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 13a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
28. Varanda W, Adorno RCF. *Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde*. *Saúde e Sociedade*; 2004. 13(1): 23-45.
29. Franco TB, Merhy EE. *Cartografias do trabalho e cuidado em saúde*. Brasília: Tempus Actas; 2012. 6(2): 12-21.
30. Merhy EE et al. *Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: Lugar Comum; 2011. 33(34): 89-103.
31. Deleuze G. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In: *Conversações*. 34a ed. 1992. p. 219-226.
32. Lancetti A. *A Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2014.
33. Merhy EE. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. São Paulo: CINAEM; 1999.
34. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
35. Hallais S, Alves J, Barros NF. *Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility*. *Cadernos de Saúde Pública*; 2015. 31(7): 1497-1504.
36. Ferreira KF et al. *O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua*. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2019. 72(1): 211-220.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos atualmente imersos em refinadas estratégias de regulação da existência disseminadas em todas as esferas da vida social, especialmente no campo da saúde. As pessoas em situação de rua, entretanto, mostram-se avessas aos mecanismos contemporâneos do poder, mesmo quando, historicamente, estiveram sob a tutela de dispositivos dedicados ao seu ajustamento no corpo social.

Em vista disso, devemos considerar que o CnR surge nesta sociedade incorporada nas tecnologias biopolíticas. Se, por um lado, a perspectiva de promoção de cuidados à PSR é estimada, por outro, não elimina a ameaça de reedição das intervenções opressivas sobre a vida. Isso acontece, principalmente, quando as práticas de saúde estão submetidas ao ideário normalizante, resultando em ações burocráticas, normativas e pouco flexíveis à pluralidade insubmissa dessa população.

Vê-se, portanto, que a possibilidade de produção de linhas de saúde pauta-se não necessariamente às grandes políticas, menos ainda às amarras institucionalizantes, mas orientadas na produção de saúde em sua micropolítica, germe da construção de rizomas de atos de cuidado, que se formam e se transformam nessa trama. A lógica de trabalho deve se orientar na transversalidade, na ideia de redes múltiplas de cuidado considerando, até mesmo, para além do domínio da saúde.

O contato direto com a população oportunizou o conhecimento de histórias em que a rua apresenta-se não necessariamente como um infortúnio em si, ao contrário, muitas vezes como resposta a condições de vida insustentáveis ou incompatíveis ao grande sistema coletivo. Assim, a emergência da dimensão subjetiva manifesta na escuta do usuário, no vínculo estabelecido, no reconhecimento das oscilações e imprecisões da realidade social, como no ato do trabalhador em atribuir significação ao seu fazer, são pontes que acessam as singularidades e favorecem a produção de linhas de cuidados originais que contemplem a diversidade.

Por fim, realizar essa cartografia prova uma dimensão atemporal do trabalho de pesquisar, onde o que está em jogo não é realizar um recorte do espaço tempo, mas justamente fundilos em uma realidade múltipla e complexa para eclosão de um saber rizomático.

### 6.1 Limitações do estudo

A dissertação apresenta como limitação o tempo de suspensão da pesquisa em decorrência da pandemia de COVID-19, o que provocou um afastamento da pesquisadora do campo de pesquisa, o que acarretou uma diminuição do tempo de imersão no território. Além disso, os resultados deste estudo podem ser ampliados a partir de novas pesquisas que incluam profissionais da eCR e gestores municipais.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2012.v28n1/115-124/pt/>>. Acesso em: 20 dez. 2020.
2. BORGES, R. L; CECCIM, R. B. O cartografar da grande saúde das ruas em “ir vir permanecer”, audiovisual com o jornal Boca de Rua. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 70-81, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/169625>>. Acesso em: 12 set. 2019.
3. BENTO, B. N. Quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos pagu**, n. 53, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/MjN8GzVSCpWtxn7kypK3PVJ/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mai. 2021.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua**. Brasília, 2012.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento**. Brasília, 2009.
6. BRASIL, Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Diário Oficial Da União, Brasília, 26 de Janeiro de 2011. Seção 1.
7. DA COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista digital do LAV**, v. 7, n. 2, p. 066-077, 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/106583>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
8. DE ALCANTARA, S. C.; DE ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692015000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692015000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 fev. 2021.
9. DELEUZE, G. Sobre as sociedades de controle. Trad. de Peter Pál Pelbart. Ed. 34. Scriptum, Rio de Janeiro, p. 1972-1990, 1992.
10. DUARTE, L. G. et al. Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200063>>. Acesso: 27 jun. 2021.

11. FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 0, 2005.
12. FOUCAULT, M. Vigiar e punir: Nascimento da prisão. **Vozes**, Petrópolis – RJ, 2002.
13. GUATTARI, F.; DELEUZE, G. Mil platôs. **Capitalismo e Esquizofrenia**, Rio de Janeiro, v. 34, 1995.
14. HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1497-1504, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n7/1497-1504/pt/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.
15. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 set. 2018.
16. LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18n49/251-260/pt/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.
17. LOPES, L. E. (Org). Caderno de Atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua. **EAD/ENSP**, Rio de Janeiro, 2014.
18. MERHY, E. E. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido”. In: *FRANCO, T. B; PERES, M. A. A. (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec, v. 1, 2004. p. 21-45.
19. NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil, Texto para Discussão, No. 2246**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2016.
20. ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: **Hucitec**, 2008.
21. PASSOS, E. et al. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. In: *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. BVS. 2010. p. 207-207. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-18307>>. Acesso em: 12 set. 2019.
22. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

23. PINHEIRO R.M; CONCEIÇÃO H. R; WORCMAN. **Estratégias de Cuidado no território e suas singularidades**. In: *CONCEIÇÃO H.R; FRANCO T.B. Cartografias na saúde: Ensaio da multiplicidade no cuidado. 1º ed.* Rede UNIDA, Porto Alegre, p. 233, 2018.
24. REIS JUNIOR, A.G. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.
25. ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/zdCCTKbXYhjdVYL4VS8cXWh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 mai. 2021.
26. ROMANÍ, O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. **Salud colectiva**, v. 4, p. 301-318, 2008. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2021.
27. SANTOS, A.M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Edufba, 2018.
28. VALE, A. R; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Instrumento da coleta de dados

#### TEMAS NORTEADORES/SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS:

##### **1- História de vida**

O participante é convidado a dizer sobre sua história, começando por qualquer ponto, de onde quiser;

##### **2- Território**

O participante é convidado a dizer dos locais por onde circula, lugares de permanência e relações estabelecidas nos territórios;

##### **3- Saúde**

O participante é convidado a falar sobre sua relação com a saúde, o que entende sobre ter saúde e quais serviços costuma buscar quando necessita de assistência;

##### **4- A mulher na rua**

O participante é convidado a falar sobre como percebe a situação das mulheres que vivem na rua, dizer sobre possíveis experiências de violência contra mulheres e quais impactos na maternidade.

## ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

**A U T O R I Z A Ç Ã O****Declaração de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde**

Autorizo a pesquisadora do trabalho **“Os desafios de uma clínica itinerante: percepção de assistidos, profissionais de saúde e gestores sobre a estratégia Consultório na Rua na cidade de Montes Claros-MG”** vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES sob a coordenação da pesquisadora responsável \_\_\_\_\_ a procurar pela Equipe de Consultório da Rua para aplicar o questionário do referido estudo aos participantes cadastrados e que aceitem a aceitarem participar da pesquisa.

---

Nome e cargo (ou função)

---

Assinatura

Montes Claros, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2019.

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa:** Os desafios de uma clínica itinerante: percepção de assistidos, profissionais de saúde e gestores sobre a estratégia Consultório na Rua na cidade de Montes Claros-MG

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

**Pesquisadora :**

---

**Atenção:** Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1- Objetivo Geral:** Compreender a estratégia do Consultório na Rua a partir da percepção dos assistidos, profissionais de saúde e gestores.

**2- Metodologia:** Coleta de dados por meio de entrevistas e observação em campo.

**3-Justificativa:** A população que vive em situação de rua está exposta a uma vulnerabilidade social com evidências de causas e efeitos como, por exemplo, o tempo vivido nas ruas, o sentimento de abandono e insegurança, a violência sofrida no âmbito familiar e nas ruas, a saúde precária, a falta de assistência e as desigualdades de gênero. Neste sentido, acredita-se serem úteis desenhos de estudos voltados para compreender o significado da realidade que essa população enfrenta nas ruas e o que isto acarreta na sua vida pessoal, familiar e social.

**4- Benefícios:** Os resultados obtidos poderão ser utilizados por órgãos de serviço, na formulação de estratégias para promover políticas públicas de saúde e uma mudança na realidade do atendimento e assistência a esta população.

**5- Desconfortos e riscos:** Inexistentes

**6- Danos:** Inexistentes

**7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Nenhum

**8- Confidencialidade das informações:** A entrevista a ser utilizada não incluirá informações que permitam a identificação dos participantes.

**9- Compensação/indenização:** Nenhum

**10- Outras informações pertinentes:** Nenhuma

**11- Consentimento:**

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

---

Nome do participante Assinatura do participante

---

Nome da testemunha Assinatura da testemunha

---

Coordenador da pesquisa Assinatura e Data

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Os desafios de uma clínica itinerante: percepção de assistidos, profissionais de saúde e gestores sobre a estratégia Consultório na Rua na cidade de Montes Claros-MG

**Pesquisador:** Lêda Antunes Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14943819.3.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.379.321

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que visa compreender a estratégia do Consultório na Rua a partir da percepção dos assistidos, profissionais de saúde e gestores. O levantamento dos dados será feito a partir da Cartografia, essa metodologia pressupõe uma reorientação do trabalho do pesquisador, é necessário permitir que a pesquisa aconteça em movimento, ou seja, trata-se de uma pesquisa-intervenção, onde não há regras rígidas pré-estabelecidas, a experiência do pesquisador é que permite a tessitura de um saber, que não é hegemônico, mas sim contextual.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a estratégia do Consultório na Rua a partir da percepção dos assistidos, profissionais de saúde e gestores.

**Objetivo Secundário:**

-Compreender os itinerários territoriais dos assistidos pelo Consultório na Rua;-Investigar acolhimento e cuidado em saúde ofertado pelo Consultório na Rua. -Compreender as histórias de vida de mulheres assistidas pelo Consultório na Rua e suas demandas de cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos. Os usuários, profissionais e gestores podem se sentir

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéla **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 3.379.321

constrangidos com alguma questão que apareça durante a entrevista, para minimizar tal impacto, os pesquisadores utilizarão linguagem clara e compatível com o público-alvo, esclarecendo o caráter sigiloso deste estudo.

**Benefícios:**

Os usuários, profissionais e gestores terão oportunidade de falar sobre si e dizer do cuidado ofertado pelo Consultório na Rua e demais serviços de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta possui mérito e relevância científica, podendo contribuir para o avanço do conhecimento científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresenta o TCLE individual assinado e com endereço do pesquisador responsável, folha de rosto assinada pelo pesquisador e pró-reitor de pesquisa, Termo de concordância institucional.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1366877.pdf	03/06/2019 10:28:54		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	03/06/2019 10:22:45	NAYARA TEIXEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_B.pdf	03/06/2019 10:19:49	NAYARA TEIXEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_A.pdf	03/06/2019 10:19:32	NAYARA TEIXEIRA GOMES	Aceito

Endereço: Av. Dr Rul Braga s/n-Camp Unvers Profº Darcy Rib  
 Bairro: Vila Mauricéla CEP: 39.401-089  
 UF: MG Município: MONTES CLAROS  
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 3.379.321

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_plataforma.doc	03/06/2019 10:13:14	NAYARA TEIXEIRA GOMES	Aceito
---	------------------------	------------------------	--------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 09 de Junho de 2019

---

Assinado por:  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr Rul Braga s/n-Camp Univer Profª Darcy Rib  
Bairro: Vila Maurício CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

ANEXO D – Extrato da submissão e Normas de submissão da Revista Interface –  
comunicação, saúde, educação

03/07/2021 ScholarOne Manuscripts

☰ Interface - Comunicação, Saúde, Educação

# Início

✍ Autor

🗨 Avaliar

---

Confirmação da submissão 🖨 imprimir

---

Obrigado pela sua submissão

---

**Submetido para**  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**ID do manuscrito**  
ICSE-2021-0453

**Título**  
Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua

**Autores**  
Rocha, Lêda  
Santos, Maria Clerismar  
Gomes, Nayara  
Pires Júnior, Roberto  
Silveira, Aparecida  
Sampaio, Cristina

**Data da submissão**  
03-jul-2021



*As normas da revista estão disponíveis no link abaixo:*

<https://interface.org.br/submissao/>

## ANEXO E – Autorização de Publicação das Dissertações na Internet

**AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO NA INTERNET**

Na qualidade de autora da obra intelectual abaixo identificada, aqui denominada simplesmente OBRA, autorizo o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde a reproduzi-la e publicá-la podendo a OBRA ser acessada através rede mundial de computadores (WWW – Internet), sendo permitida exclusivamente a consulta bem como a reprodução, a título gratuito, de um exemplar da OBRA para uso próprio de quem a consulta para fins acadêmicos e científicos.

Natureza da OBRA

Dissertação de Mestrado ( ) Tese de Doutorado

Título da OBRA: Havia um consultório no meio do caminho: Cartografia sobre cuidado em saúde na percepção de usuários de um Consultório na Rua

AUTORA:

Nome completo: Lêda Antunes Rocha

Endereço completo: Avenida Pio XII, 408, bairro Amazonas – Montes Claros/MG

Telefone: (38) 9 9820-2092

Identidade: MG-16.934.879

CPF: 117.005.846-93

A autorização de publicação aqui concedida não tem limitação de tempo, podendo a OBRA ser publicada nas condições acima mencionadas até o momento em que, na qualidade de AUTORA, solicite expressamente a sua retirada da rede mundial de computadores (WWW – Internet).

Montes Claros, 29 de junho de 2021.



---

Lêda Antunes Rocha