

## ENTRELAÇANDO CAMINHOS E CUIDADOS: CARTOGRAFIA DA SAÚDE NA VISÃO DOS USUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-320>

**Data de submissão:** 25/02/2025

**Data de publicação:** 25/03/2025

### **Lêda Antunes Rocha**

Graduada em Psicologia; Mestra em Ciências da Saúde;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: [ledaantunesr@gmail.com](mailto:ledaantunesr@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-1666>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0192636305460449>

### **Maria Clerismar Pereira dos Santos**

Graduada em Enfermagem; Mestra em Ciências da Saúde;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: [clerismarenf@gmail.com](mailto:clerismarenf@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8060-5506>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0192636305460449>

### **Victória Silva Midlej Ribeiro**

Graduada em Fisioterapia; Mestra em Ciências da Saúde;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: [vsmidlej.1@gmail.com](mailto:vsmidlej.1@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7114-3859>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/1029331250827423>

### **Roberto Carlos Pires Júnior**

Graduado em Psicologia; Mestre em Ciências da Saúde;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: [robertocarlospjunior@gmail.com](mailto:robertocarlospjunior@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9836-5152>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0695624005931521>

### **Andreia Cristina Feitosa do Carmo**

Graduada em Biblioteconomia; Mestra em Cirurgia Translacional;  
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

E-mail: [carmo@unifesp.br](mailto:carmo@unifesp.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-7946>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5232885982117203>

### **Gabriela Barbosa Silva**

Graduanda em Medicina;

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: [barbosagabriela1012@gmail.com](mailto:barbosagabriela1012@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6323-624X>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/9695670155489835>

**Thaiza Guimarães Laudares**  
Graduanda em Medicina;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)  
E-mail: thaizalaudares@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7253-8577>  
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/7551647312311110>

**Cristina Andrade Sampaio**  
Graduada em Ciências Sociais; Doutora em Saúde Coletiva;  
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)  
E-mail: cristina.sampaio@unimontes.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9067-4425>  
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4349732641428502>

## RESUMO

O Consultório na Rua representa um elemento vital na oferta de cuidados de saúde à População em Situação de Rua, um grupo tradicionalmente marginalizado no acesso a serviços de saúde. Objetivo: O propósito deste estudo é explorar e elucidar como os usuários do Consultório na Rua percebem a assistência à saúde que recebem, identificando e mapeando os territórios existenciais que influenciam a interação dos usuários com os serviços de saúde e como isso afeta a formação de suas subjetividades. Método: Utilizou-se uma abordagem de pesquisa cartográfica para gerar dados, os quais foram coletados por meio da observação participante da pesquisadora durante as atividades do Consultório na Rua e através de entrevistas semiestruturadas com os usuários deste serviço. A validação dos dados foi conduzida com o apoio de membros do Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde (LabQuali). Resultados: Os achados indicam que o Consultório na Rua implementa linhas de cuidado adaptáveis e se estabelece como um ponto de referência em saúde para os usuários, contribuindo para a promoção de ações emancipatórias e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos. Conclusão: O estudo revela a importância de abordagens flexíveis e humanizadas na prestação de cuidados de saúde, e ressalta o valor de práticas que favoreçam a emancipação e a responsabilização dos usuários na gestão de sua própria saúde. A pesquisa realça o Consultório na Rua como um modelo inovador de cuidado que responde eficazmente às necessidades de uma população frequentemente invisibilizada nas políticas de saúde pública.

**Palavras-chave:** Consultório na Rua. Pessoas em Situação de Rua. Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A condição de população em situação de rua é uma questão social crítica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. A população de rua é diversa, incluindo indivíduos de todas as idades, gêneros e etnias. De acordo com as estatísticas disponíveis, a população de rua no mundo apresenta uma ampla gama de situações, desde pessoas vivendo sem qualquer tipo de abrigo até aquelas habitando em moradias precárias.

Os dados apontam para uma realidade complexa, com países como Paquistão e Nigéria apresentando números alarmantes, com 8 milhões e 4,5 milhões de pessoas em situação de rua, respectivamente (Fazel; Geddes; Kushel, 2014; Liu; Hwang, 2021). Nos Estados Unidos, a estimativa é de mais de meio milhão de pessoas vivendo em situação de rua por noite. No Brasil, a população em situação de rua tem aumentado significativamente, com estimativas indicando um crescimento de 38% entre 2019 e 2022, alcançando 281.000 pessoas (*World Population Review*, 2024).

Nesta condição há uma predominância de homens adultos, mas o número de famílias, mulheres e jovens vivendo nas ruas tem aumentado. Dados de diferentes regiões mostram variações, mas consistentemente indicam que minorias étnicas estão sobrerepresentadas entre os moradores de rua. A falta de um lar afeta milhares de pessoas globalmente, com estimativas variando amplamente devido à dificuldade de contagem e definições variáveis de sem-teto (Gutwinski *et al*, 2021; Stone; Dowling; Cameron, 2019; Topolovec-Vranic *et al*, 2012).

As causas da condição de rua são multifacetadas, incluindo fatores econômicos como: desemprego e falta de moradia acessível; fatores sociais, rupturas familiares e sistemas de apoio insuficientes; e questões de saúde, incluindo saúde mental e dependência de substâncias. A interseção desses fatores cria um ciclo difícil de quebrar, onde a falta de recursos leva à rua, e a vida na rua exacerba problemas existentes (Omerov *et al*, 2020). Internacionalmente, a definição de população em situação de rua abrange uma ampla gama de condições habitacionais, incluindo dormir ao relento, estar em abrigos inadequados, e a falta de posse segura. As pessoas em situação de rua caracterizam-se pela extrema pobreza, laços familiares rompidos ou enfraquecidos, falta de uma moradia convencional e a utilização de espaços públicos e áreas degradadas para moradia e subsistência, seja de maneira temporária ou permanente (Brasil, 2009).

Os modelos de atendimento à saúde para atender a necessidades das pessoas em situação de rua variam, com alguns países implementando serviços direcionados, como programas de medicina de rua, enquanto outros dependem de sistemas de saúde gerais que podem não atender às necessidades únicas dos indivíduos em situação de rua (Lemões, 2019). A redução da população em situação de rua globalmente faz parte do trabalho de direitos humanos e é um foco para a Agenda 2030 para o

Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ONU). As ações incluem a erradicação da pobreza, garantia de uma vida saudável e promoção do bem-estar, reduzindo assim a desigualdade dentro e entre os países (Liu, Hwang, 2021; *World Population Review*, 2024).

O Brasil, alinhando-se às diretrizes da Agenda 2030, tem adotado medidas para abordar essa questão, refletindo um compromisso com os direitos humanos e a redução das desigualdades. Neste contexto, a estratégia do Consultório na Rua (CnR) destaca-se como uma iniciativa alinhada aos esforços globais, visando fornecer cuidados de saúde acessíveis e qualificados às populações vulneráveis, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O Consultório na Rua (CnR) é parte integrante da Política Nacional de Atenção Básica, focando na "Atenção Básica para populações específicas" dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria nº 3.088 de 2011(Brasil, 2011). Esta rede articula diversos pontos de atenção à saúde mental, abuso de substâncias, e outras demandas, promovendo um atendimento qualificado e acessível às populações vulneráveis.

A equipe do CnR é caracterizada por sua natureza multiprofissional, tem como responsabilidades a discussão, construção e manutenção de projetos terapêuticos singulares (PTS), o atendimento direto no local de vivência das pessoas e a realização de visitas regulares aos pontos estratégicos para a busca ativa dos usuários. As intervenções de saúde incluem a distribuição de insumos e vacinas, consultas médicas gerais ou especializadas, atendimento odontológico, pré-natal, realização de exames laboratoriais e de imagem, viabilização de cirurgias, além de oficinas terapêuticas, orientação e acompanhamento nos cuidados de higiene pessoal, e a interação com a Atenção Básica e outros serviços (Brasil 2009; Brasil, 2011).

Este estudo objetiva explorar a percepção dos usuários do Consultório na Rua sobre a assistência recebida, mapeando os territórios existenciais que influenciam a relação dos usuários com a saúde e os impactos na produção de subjetividades. A análise integra as interações entre os trabalhadores da saúde e os usuários, fundamentando-se nas teorias brasileiras sobre o processo de trabalho em saúde, as relações de poder e a cartografia das linhas de cuidado.

## 2 METODOLOGIA

O estudo em questão investiga a interconexão entre território, lugar, mapeamento, fronteiras e subjetividade, adotando o método cartográfico como abordagem qualitativa. Inspirado pelos conceitos teóricos de território e nomadismo de Deleuze e Guattari (2012), ou seja, um conceito "território" é como uma construção subjetiva e simbólica, marcada pela delimitação de espaços que adquirem significados específicos. Dentro deste contexto, a metodologia cartográfica surge como um

instrumento crucial para sondar e entender as dinâmicas e interações experimentadas pela equipe do CnR e seus usuários, tornando-se um elemento chave da pesquisa (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009).

Durante o período de novembro de 2019 a janeiro de 2021, a pesquisadora, imersa no cotidiano da equipe do CnR, realizou nove entrevistas discursivas em profundidade até alcançar a saturação dos dados. Esse compromisso prolongado com o campo foi fundamental para uma imersão e compreensão profundas das dinâmicas cotidianas da equipe do CnR, sendo que as entrevistas discursivas realizadas adotam um formato que privilegia a flexibilidade e a abertura, permitindo que os entrevistados guiem a conversa tanto quanto o pesquisador (Tedesco; Sade; Caliman, 2013). As entrevistas abordaram tanto as experiências vividas quanto as pré-refletidas, favorecendo a emergência de planos de força representacionais (Campos, 2013).

A pesquisa também foi enriquecida pela manutenção de um diário de campo, referido como “caderno de rua”, no qual a pesquisadora documentou uma variedade de observações, sentimentos e reflexões durante o contato com a equipe do CnR (Pozzana, 2014).

Uma entrevista, em particular, foi destacada como catalisadora na produção de dados, por tratar de maneira abrangente os temas de investigação e por servir de ponto de referência para a identificação de categorias temáticas decorrentes das narrativas dos usuários e das vivências da pesquisadora. A análise e validação dos dados foram realizadas em colaboração com um grupo de pesquisadores do Laboratório de Estudos e Pesquisas Qualitativas Interdisciplinares em Saúde (LabQuali), por meio de leituras compartilhadas, enriquecendo a compreensão e a interpretação dos resultados.

Para a participação no estudo, foram estabelecidos critérios de elegibilidade, incluindo a idade mínima de 18 anos, o acompanhamento pelo CnR por no mínimo um ano e o consentimento voluntário para participar da pesquisa. Este estudo obteve aprovação ética, garantindo a conformidade com as diretrizes éticas na pesquisa com seres humanos.

### **3 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. 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 (Tedesco; Sade; Caliman, 2013). Cada cruzamento delimita uma categoria temática, que surge a partir da análise e decantação dos dados.

### 3.1 PRIMEIRO CRUZAMENTO: “EU FUI FICANDO SOZINHO”

A experiência de solidão e desamparo é, conforme já denunciava Freud (1969), 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 (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009).

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)

Esse não reconhecimento parece promover tensionamentos que realocam posições subjetivas existenciais. Partindo daquilo que Deleuze & Guattari (2012) 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” (Pozzana, 2014, 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 (2012) 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 segmentariedade 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 segmentariedade e linhas de fuga, produzindo desterritorializações e novas conexões:

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 falari 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. (E2)

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2012) 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. 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 (Safatle; Junior; Dunker, 2021).

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. Situações semelhantes foram experienciadas no consultório na Rua Manguinhos no Rio de Janeiro (Araújo, 2019). Trata-se, segundo Foucault (2016), de “fazer viver e deixar morrer”.

Parece haver uma relação entre carência e potência, o que evidencia determinadas resistências, resiliência e negação de processos de sujeição (Rodrigues; Carvalho; Yasui, 2019). 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 (Conceição, 2018).

Deve-se, portanto, considerar que 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 (Pelbart, 1993).

### 3.2 SEGUNDO CRUZAMENTO: “VOCÊ ANDA NA RUA E VOCÊ FICA INVISÍVEL”

A rua é o signo daquilo que representa a civilização, a erupção do escoamento de pessoas, coisas e afetos. A pólis, numa perspectiva Aristotélica (Aristóteles, 1982), 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.

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 (Andrade, 2019). Discursos são anzóis de captura, estruturam hierarquias e modos de existir. Foucault (1998) 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 (2004), a representação social da Pessoa em Situação de Rua no Brasil está enquadrada, historicamente, no domínio de aparelhagens institucionais vinculadas a sua assistência. 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:

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)

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 (Franco; Merhy, 2012).

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* (2011), “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 moradoras 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)

Torna-se uma problemática importante, quando se considera as leituras de Deleuze (1992) acerca da “sociedade de controle”, reveladoras 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. Durante a cartografia, desvelaram-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 ... 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)

Nesta trajetória cristalizada pela busca da droga, foi possível testemunhar que a abordagem da equipe do consultório na Rua (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 (Lancetti, 2014). A eCR, quando escuta, convoca, acolhe, repreende e responsabiliza, não só cumprindo uma função burocrática, mas também implicando seus usuários na própria existência.

### 3.3 TERCEIRO CRUZAMENTO: “O CONSULTÓRIO NA RUA É EM PRIMEIRO LUGAR”

De acordo com Merhy (1999), 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.

É neste espaço que Merhy *et al.* (2011), 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. A saúde, enquanto produto, é gerada no momento de sua execução, ou seja, na interação entre o trabalhador e o usuário (Feuerwerker, 2014).

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 (Merhy *et al*, 2011; Feuerwerker, 2014).

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 (Hallais; Alves; Barros, 2015). Para cuidar de necessidades 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 ali no ... perto do “DR”, mas é sempre aqui que eu venho. (E3)

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 (Ferreira *et al*, 2019). 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? (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 (Merhy *et al*, 2011; Feuerwerker, 2014).

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 (2012), a cartografia da produção da saúde desenvolve-se como um agenciamento de linhas de conexão polimorfas 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, sendo o vínculo fator importante nesse processo. Um estudo realizado por Ferreira et al. (2019) 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.

#### **4 CONCLUSÃO**

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.

O estudo buscou investigar a percepção dos usuários do CnR 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

- ANDRADE, H. S. 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*. 1<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; p. 271, 2019.
- ARAÚJO, E. Funcionamentos de instituições em cenas de uso de crack: um estudo etnográfico. Trabalho, *Educação e Saúde*; v. 17, n. 2, 2019.
- ARISTOTELES. *La Politique*. Tradução de Ricot JT. Paris: Vrin; 1982.
- BRASIL, Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 24 de dezembro de 2009.
- BRASIL, 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). *Diario Oficial da União*, 23 de dezembro, 2011.
- BRASIL. 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* / Brasília-DF: Editora MS; 2012
- CAMPOS, R. O. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- CONCEIÇÃO, H. R. M. 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; p. 233, 2018
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. 34a ed, p. 219-226, 1992.
- DELEUZE, G; GUATARRI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, Vol I, 34a ed. 2012.
- FAZEL, S; GEDDES, J. R; KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, v. 384, n. 9953, p. 1529-40, 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
- FERREIRA, K. F et al. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Revista Brasileira de Enfermagem*; v. 72, n. 1, p. 211-20, 2019
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 13a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade (1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 2016.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Brasília: Tempus Actas; v. 6, n. 2, p. 12-21, 2012.

FREUD, S. *Inibições, sintomas e angústia*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1969

GUTWINSKI, S; SCHREITER, S; DEUTSCHER, K; FAZEL, S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, v. 18, n. 8, p. e1003750, 2021. doi: 10.1371/journal.pmed.1003750.

HALLAIS, S; ALVES, J; BARROS, N. F. Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

LANCETTI, A. *A Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2014.

LEMÕES, T. Hierarquia, contestação e igualdade: a produção da militância política para a população de rua no Brasil. *Civitas*, v. 19, n. 1, p. 123-41, 2019. Doi: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30356>.

LIU, M; HWANG, S. W. Health care for homeless people. *Nat Rev Dis Primers*, v. 14, n. 1, p. 5, Jan. 2021. doi: 10.1038/s41572-020-00241-2.

MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. São Paulo: CINAEM; 1999.

MERHY, E. E. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Rio de Janeiro: Lugar Comum; v. 33, n. 34, p. 89-103, 2011.

OMEROV, P; CRAFTMAN, Å. G; MATTSSON, E; KLARARE, A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*, v. 28, n. 1, p. 1-11, Jan. 2020. doi: 10.1111/hsc.12857. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31524327.

PASSOS, V. K; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. [org.]. Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1a ed. Porto Alegre: Sulina; 2009.

PELBART, P. P. *A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago; 1993.

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; p. 42-65, 2014

RODRIGUES; C. C. O, CARVALHO, S. R; 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; p. 271, 2019.

SAFATLE, V; JUNIOR, N. S, DUNKER, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica; 2021.

STONE, B; DOWLING, S; CAMERON, A. Cognitive impairment and homelessness: A scoping review. *Health Soc Care Community*, v. 27, n. 4, p. e125-e142, 2019. doi: 10.1111/hsc.12682

TEDESCO S. H; SADE, C; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer [internet]. Fractal: *Revista de Psicologia* [online]; v. 25, n. 2, p.299-322, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>>.

TOPOLOVEC-VRANIC, J *et al.* Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 12, p. 1059, 2019 doi: 10.1186/1471-2458-12-1059.

VARANDA, W; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*; v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.

WORLD POPULATION REVIEW. Homelessness by Country 2024 [Internet]. Lancaster (PA): *Word Population Review*, Feb. 2024. Available from: Homelessness by Country 2024 ([worldpopulationreview.com](http://worldpopulationreview.com))