

Encontros na rua:

possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto

Carla Félix dos Santos^(a)
Ricardo Burg Ceccim^(b)

Félix-dos-Santos C, Ceccim RB. Encounters on the street: possibilities of health in a street health care center. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(67):1043-52.

The present study discusses street health care and maps out the work of a health team to reflect about: encounters on the street, reducing harm, respecting people in their modes of being/existing/building a life, and the inscription of suitable healthcare models. Videos recordings, team annotations and the experiences of the authors were used for data analysis. The following expressive dimensions were constructed from our contact with the street population: the experience of living on the streets, the experience of working with health on the streets, the experience of on-the-job learning of a multiprofessional/interdisciplinary team, and the sociocultural intersection that originated from our "encounter" with this population. Providing health care on the streets is not a merely technical action, but represents a political presence involving the spheres of human rights, equity and justice, as well as political and cultural interventions. It is a way to respect ways of life, promote health, and defend multiplicity in citizenship.

Keywords: Street health care. Psychosocial care network. Primary care network. Street dwellers. Education and health promotion.

O presente estudo debate o Consultório na Rua, envolvendo a cartografia do trabalho de uma equipe de saúde para "pensar": encontros na rua, redução de danos, respeito às pessoas em seus modos de ser/existir/constituir vida e inscrição em modelos próprios de saúde. Foram usados vídeos gravados na rua, atas de equipe e vivências dos autores. No desenvolvimento, foram construídos quatro âmbitos expressivos do contato com essa população: experiência do morar na rua, experiência do atuar com saúde na rua, experiência do aprender em ato de equipe multiprofissional/interdisciplinar e intercessão sociocultural proveniente do "encontro" com essa população. Na conclusão, destaca-se que a presença do consultório na rua não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, assim como intervenção política e cultural, respeitando modos de vida, promoção da saúde e defesa da multiplicidade na cidadania.

Palavras-chave: Consultório na rua. Rede de atenção psicossocial. Rede de atenção básica. Moradores de rua. Educação e promoção da Saúde.

^(a) Consultório na Rua Pintando Saúde, Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Praça Alfred Sehbe, 45, Vila Ipiranga. Porto Alegre, RS, Brasil. 91360-340. enfcarylafelix@yahoo.com.br
^(b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. burgceccim@gmail.com

Introdução

Em nosso país, a condição de vida da população de rua coloca, no cenário das políticas públicas de saúde, uma desafiadora e intensa situação de iniquidade. Nesta direção, a construção de um modelo de atenção voltado a este segmento populacional precisa considerar: seus cenários de vida, desigualdade social e características do “morar” e “circular” nas cidades, vindo a contemplar necessidades individuais e coletivas de saúde^{1,2}. A elaboração e implantação de estratégias de saúde devem dizer respeito a “esta” população, não à higienização de sua condição com medidas corretivas ou compensatórias. Nosso pressuposto é de que uma prática de saúde não opera em discriminação, opera em inclusão da diversidade, seja ela qual for; que a vida não é uma regra das ciências da saúde, é a invenção de tantas saúdes, quantas forem necessárias à vazão do viver; que ofertas terapêuticas devem ser condizentes com os pedidos de mais vida provenientes de cada lugar onde a vida pede passagem. Assim, por vezes, é preciso incluir intuitivamente uma rede de zelos simplesmente porque não sabemos que vidas pedem passagem ou que vidas são experimentadas por pessoas em diversidade dos modos de ver ou conseguir ver o mundo em relação a nós, nossas instituições e nossas verdades.

Os modos do trabalho em um Consultório na Rua devem ser capazes de articular: atenção básica, atenção psicossocial e mediações socioculturais^{2,3}. A proposta de política nacional nesse campo demonstra práticas de zelo especialmente sob o contorno das drogas, da violência e da saúde pública⁴⁻⁶. São destacadas a prevalência e a vulnerabilidade quando a saúde pública vem marcada pelos indicadores de vigilância epidemiológica: gravidez (sempre apresentada como de risco), doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, periodontite e transtornos mentais; mas a população de rua pede por um zelo com outras designações: alívio de dores e desconfortos físicos, acesso ao asseio corporal, alimentação e curativos^{7,8}. A população requer a ampliação do acolhimento em ações de cuidado, estratégias de promoção do bem-estar saudável e acesso à proteção da saúde; cabendo, ao planejamento e gestão setorial, a organização de ofertas terapêuticas e políticas de trabalho fora da clausura do protocolo, do sistema de informação, da porta de entrada em linha vertical de trânsito por serviços instituídos e predefinidos à população a assistir^{2,3,8}.

O presente artigo nasce de um trabalho de pesquisa que teve como proposta “falar e pensar” sobre: atendimento, escuta, cuidado e tratamento desenvolvidos em um Consultório na Rua da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, designado, em sua criação, pelo nome de Pintando Saúde. Tal consultório integra a rede de serviços externos do Grupo Hospitalar Conceição, um complexo de saúde na zona norte da cidade, tendo sido implantado no ano de 2010^{9,10}. O objeto da pesquisa perpassou a descrição do trabalho no Consultório, mas apresentou quatro tópicos de análise: a experiência do habitar a/na rua (moradores), a experiência do atuar interdisciplinar e interprofissional da equipe de saúde na rua, a intercessão sociocultural com arte e saúde, questionando a produção sanitária neste tipo de serviço. A experiência do trabalho foi tomada em causa, assim como o relato de um casal de moradores em seu “pedacinho do céu” e a interposição positiva do rap na abordagem de rua (como vivência do/no Consultório).

Saberes antecedentes

As atividades do Consultório na Rua Pintando Saúde acontecem com a disposição de: um veículo de 15 lugares, dois telefones celulares, cota de lanches e sucos, estoque de preservativos, material de enfermagem para curativos e administração de medicamentos, kit teste rápido de HIV/Sífilis e alguns dos medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiro, conforme protocolo institucional/municipal. As atividades de trabalho da equipe são divididas por microequipes, conforme a combinação de, aproximadamente, três pessoas por microárea, atuantes em dias fixos da semana, como estratégia de vinculação com a população local (rotina de território). Atualmente, são abordadas cinco microáreas na zona norte de Porto Alegre, definidas a partir de um mapeamento do território físico e de relações (locais que apresentam coletivos distintos de pessoas em relação aos modos de viver na rua, alternando concentração de gênero, atividades na rua e tipos de substâncias psicoativas predominantes).

Contudo, a ideia é escapar dos modelos da vigilância epidemiológica, da clínica psiquiátrica ou do consultório médico (engrenagem biopolítica da racionalidade biomédica), dando passagem a um “consultório a céu aberto”^{10,11}. A principal característica a ser destacada no trabalho a céu aberto é a abordagem de pessoas no local onde se encontram (a calçada, a praça, o beco, o terreno baldio, a quebrada, a biboca, a bocada, o maloco, o mocó...) e em meio a relações que se movem e se enredam “ao vivo”, ou seja, não há a assepsia, disposições e guarnições de um “*locus* médico”. Levando em conta a desguarnição sanitária desse consultório, sua clínica não pode mais ser a clínica (bio)médica, mas uma clínica dos encontros, uma clínica aberta ao que as cenas de encontro requererem, um “consultório desguarnecido do consultório” (um consultório de rua, como o teatro de rua, o circo de rua ou a arte de rua, que só existem na e pela interação; não se destinam ao palco, precisam a linguagem, as formas e as disposições da rua, do povo de rua, do povo na rua). Por outro lado, existe o “*locus* educossanitário”^{12,13}, a “sede” da equipe, o ponto de encontro dos trabalhadores em atividades como: reuniões, momentos de fortalecimento dos laços interdisciplinares ou interprofissionais, educação permanente, discussão e estudo de casos, compartilhamento de ações e intervenções realizadas em cenas de rua ou programadas em microáreas, e promoção da gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas.

A clínica “peripatética”, como definida por Lancetti¹¹, também é recurso conceitual e inspiração à prática da equipe do Consultório de/na Rua, pois norteia as ações no campo da saúde mental, oferecendo possibilidades terapêuticas, uma vez que orienta funcionar/operar em meio aberto, onde os usuários podem encontrar as situações cotidianas com função clínico-terapêutica (redes familiares, socioculturais, de trabalho etc.).

Métodos

A metodologia nesta investigação, como em qualquer pesquisa, pretendeu nortear o encontro com o campo. Por outro lado, supunha uma disposição de corpo aos encontros. Como ocorre no trabalho junto à rua, o desafio agora era o de pesquisa junto à rua. Cartografia dos encontros: prática do trabalho. Cartografia do trabalho: prática da pesquisa. Seguimos, pesquisadora em formação e orientador metodológico da investigação, com os pares de pesquisa e trabalho, as disposições éticas ao “pensar”. Pensar é acolher a desestabilização que devém, não reorganizar as desestabilizações que sobrevêm; pensar é uma “movência”, trânsito entre ideias, não uma reflexão, não uma interpretação ilustrada¹⁴. Os passos da cartografia não “pré-vistos”, são sabidos ao final, uma maneira de relatar percursos, aprendizados, exposições, experimentações, por exemplo¹⁵. Qualquer tentativa de “metodologizar” a cartografia termina por inscrevê-la numa teoria baseada em dados (*grounded theory*), concepção científica já afirmada nas ciências sociais desde 1990, com Alselm Strauss e Juliet Corbin¹⁶ e suas bases da pesquisa qualitativa, apresentando concepção, técnicas e procedimentos múltiplos, abertos, variados. Uma teoria embasada em dados precisa de diversificadas fontes, admite a complexidade e reconhece a pluralidade, mas não é isso a cartografia. Ela precisa acolher os desafios de pensamento emergentes das redes de interação, das redes de conversa e das redes de conexão espontânea que convocam experimentações e perturbam análises, interpretações e teorizações¹⁷. A cartografia se contrapõe a uma tradição que define o método a partir das metas, propondo, em seu lugar, a centralidade do caminho em relação às metas¹⁸. O que nos propusemos foi a efetivação de uma ética dos encontros, aqui foram três: afeto-equipe, afeto-moradores e afeto-rap-na-rua, não o ritual das metas. Assim, fez-se com que a pesquisa fosse, antes de tudo, uma experimentação, um processo em aberto. Suely Rolnik¹⁹, pensadora e pesquisadora que introduz a cartografia na ciência universitária brasileira com sua tese de doutorado, nos ensina que o pesquisador cartógrafo “leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações”. Conforme a pensadora, cada cartógrafo vai definindo, mas também redefinindo, para si mesmo – e constantemente – suas preocupações. Este é um tópico de relevo, afastado da teoria da evidência ou dos dados. Contando com estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos, um estudo pode atender aos valores da cartografia, como desafiaram Gilles Deleuze e Félix

Guattari^{20,21}, quanto à produção de subjetividade. A proposta de investigar processos de produção de realidades, acompanhar percursos em um certo tempo que dura de maneira mais aberta e que amplia suas conexões^{1,22}.

Foram selecionados dois casos “de campo” e um “caso de implicação”. Os dois casos de campo se impuseram, se colocaram em cena como demanda ética ao pensar²³; o caso de implicação foi o inescapável, foi o método do cartógrafo, sua equipe de colegas em cena. Dentre os dois casos de campo, um portava um casal e sua casa de/na rua; outro, um morador e um estudante de graduação em estágio, ambos em uma performance musical na rua, cartógrafos de si mesmos. Quanto ao casal, moradores de rua que apresentam sua morada, seu “pedacinho do céu”, ao tempo em que veem a possibilidade de reencontro com uma família do interior e sua reintegração à mesma. Quanto ao morador e estudante, o afeto-*rap* e sua produção de saúde.

O tema do casal também trouxe o tema da equipe de saúde, os trabalhadores e um de seus momentos educossanitários¹³. O “caso” foi configurado como relato em uma reunião de equipe específica, um momento de apoio matricial, um momento de educação permanente em autogestão local. Houve a gravação em vídeo do contato com a “casa de rua”; a gravação em áudio da reunião de estudos e apoio matricial; o registro de impressões com a emergente roda de conversa dos trabalhadores; e o acesso à ata de análises e encaminhamentos debatidos. A gravação em vídeo é de setembro de 2015 e o mesmo encontra-se público na Internet, na página do Consultório na Rua Pintando Saúde junto à rede social Facebook²⁴. O tema do dueto de *rap* – morador e estudante universitário – também possuía um vídeo junto à rede social Facebook, já constante na mesma página²⁵, mostrando um momento de retomada de um encontro numa praça da região, na zona norte de Porto Alegre, onde ambos cantam *Negro Drama*, de Edy Rock e Mano Brown, dos Racionais MC's. A letra do *rap* tem, aproximadamente, sete minutos de duração.

Nos estudos de caso junto à equipe do Consultório sobre nossos usuários moradores de rua, colhemos as vivências relatadas pelos trabalhadores nos vídeos e materiais de acesso público e percebemos como se afetam e interagem. No relato sobre o contato com a população de rua, flutuam as conversas sobre acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e participação na construção da autonomia de vidas em movimento. Uma saúde “falada” e uma saúde “sentida” pelo encontro dos trabalhadores com os usuários. O relato ganha uma tonalidade na narrativa e outra na construção do projeto terapêutico a ser construído na rua. O trabalho atendeu às diretrizes dispostas na Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos (Protocolo 29.876.15). Para a realização e divulgação dos vídeos, todos os envolvidos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permissão de uso de imagem em redes sociais da rede mundial de computadores, e tomaram ciência da possibilidade de revogar disponibilidades por indisponibilidades a qualquer tempo.

Resultados

Os encontros que se produzem nas reuniões semanais são momentos de discussão sobre: os acompanhamentos de usuários e familiares, a rede intersetorial, as possibilidades de encaminhamento, e as intervenções focais longitudinais. A atenção é pensada sem se fragmentar a produção de saúde; e, também, os atendimentos, encaminhamentos e acompanhamentos na rede devem ter em conta condições subjetivas e viabilidades reais. As deliberações envolvem a construção de pactuações com os usuários sobre: consultas médicas e de enfermagem, internações, indicações para abrigos, atividades de geração de renda, inserção em centros de atenção psicossocial ou socioassistenciais, entre outros. Os momentos de reunião tornam-se potentes ao encontro a partir dos trabalhadores, que falam de suas percepções, incômodos, ideias e de seus estranhamentos (momentos educossanitários).

A expressão de sentimentos, envolvida no contato com histórias de vida na rua; seu relato nos momentos coletivos do trabalho; e as interações de equipe emergentes da presença na rua ou da presença em coletivos do trabalho representam a experiência do aprender em ato da equipe

multiprofissional e interdisciplinar na rua. Uma narrativa do/no trabalho na rua mobiliza afetos, mostra facetas da realidade, e seu debate coloca em evidência variáveis pouco exploradas naquele momento, mas é possível reconhecer a discussão dos modos de vida, sobre o viver e sobre as fragilidades da vida. Tomamos, em uma cena da rua, um casal com o desejo da “organização de um lar”; apresentam-nos seu “cantinho”, que os “abriga da chuva e do frio”. Falam de um lugar personalizado, mostram-nos plantinhas que tinham nome, um limoeiro no terreno onde havia uma casa e hoje fornece a oportunidade de uma fruta colhida do pé. Uma mulher que narra sua vida de casal com um companheiro que, apesar das brigas e da violência sofrida com ele, configura a presença do amor íntimo. No dia a dia, surge uma vida de moradores de rua, que formam sua saúde por meio de atividades diárias em modos de vida próprios. Ações sutis criam, a céu aberto, seu “pedacinho do céu”. Microterritorialidades que constituem subjetividade e comunidade. Apreendemos territórios construídos diariamente por gestos, variáveis pessoais, econômicas, culturais e políticas que incitam ou facilitam o processo de moradia nas ruas. Microterritórios constituídos por afecções de sobrevivência e possibilidades de saúde, seja sob o caráter solitário, de relações pouco estabelecidas, ou sob fragmentos do cotidiano que desenham personalidades provisórias. Em uma visita ao assim designado “nosso cantinho, nosso pedacinho do céu”, foi gravado um vídeo, transcrito e estudado (nos deixamos afetar) em reunião de equipe no matriciamento pela Saúde Mental. Em apenas 2,5 min, todo o lar do casal estava apresentado: a cama, os móveis, os objetos de decoração, as plantas, as árvores em torno, a presença de mariposas noturnas (bruxas), a lona alta que agora permitia ficar em pé quando antes habitavam um lugar de “andar agachadinho”. Saídos da rua por terem sido reencontrados pela família do interior, à rua retornaram pouco tempo depois. O vídeo teve duração de 3,21 min.



Figura 1. “Rosimar e André mostrando seu espaço...”

Fonte: <https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/523896197765515/>

Um segundo vídeo colhemos do espaço aberto de uma praça. O contexto de representatividade e agenciamento do *hip-hop*. Podemos dizer que, por meio da música, tivemos: um estímulo de reterritorialização da subjetividade entre moradores de uma praça na periferia da cidade, troca de ideias, histórias de vida, espaço para debate e troca de experiência. Nossas propostas de mediação sociocultural aconteciam, até então, no formato de roda de conversa e de atividade física (partidas de futebol), pensadas como estratégias de interação; contudo, de forma espontânea e sem combinações prévias, um dos moradores nos trouxe o rap, demonstrando maior “presença” ao expressar suas opiniões, revoltas e críticas, inscreve a si mesmo em uma cultura urbana, de vivências coletivas e transversalidade política com o país e o mundo. Nosso vídeo, na cena de uma ação em redução de danos com uma “comunidade” de usuários “abusivos e dependentes” do álcool, colhe a performance espontânea de um morador e um estudante de graduação em saúde coletiva com o rap Negro Drama. O vídeo produzido durante o encontro na praça teve duração de 2,24 min, trazia a interação entre um morador e um estudante universitário, o convite à comunidade para inscrever-se em um contexto maior que sua vida na praça-rua. Foi possível atentar para uma canção declamada em 26 estrofes, trazendo o jogo canceiro entre dois homens diferentes, que se dessubjetivam/ressingularizam nesse ato. Denunciam para a sociedade o preconceito com os negros e com a periferia. A letra traz palavras fortes e sensíveis para quem habita (afeto do morar) a rua e para quem aderiu ao trabalhar em um consultório de/na rua. Escuta-se: negro drama, (...) à procura da cura; o trauma que eu carrego para não ser mais um preto fodido; agonia que sobrevive; me ver pobre, preso ou morto já é cultural; eu era a carne, agora sou a própria navalha; a alma guarda o que a mente tenta esquecer; sempre a provar que sou um homem e não um covarde; poeta entre o tempo e a memória; falo pro mano que não morra e também não mate; inacreditável, mas meu filho me imita; [sob] esgote a céu aberto; aê, você sai do gueto, mas o gueto nunca sai de você, morou irmão?; “firme e forte, guerreiro de fé, vagabundo nato!”²⁶



Figura 2. “Atividades de lazer/cultura realizadas pela equipe do Consultório na Rua/Pintando Saúde em territórios da zona norte”

Fonte: <https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/340127296142407/>

O *hip-hop* trouxe não apenas conexões musicais, mas a construção de um espaço produtivo de sentidos próprios e novos olhares, não apenas por oportunizar a fala, mas por oportunizar a insurreição de saberes e processos de subjetivação local. A subjetividade, conforme Deleuze, é constituída por múltiplas linhas e planos de forças que atuam ao mesmo tempo: linhas duras, que detêm a divisão binária de sexo, profissão, camada social, e que sempre classificam, sobrecodificam os sujeitos; e linhas flexíveis, que possibilitam acometer a subjetividade e criam zonas de indeterminação, permitindo-lhe agenciar²⁷. A equipe devém rua ao tratar desses temas, se renova, se compromete, se faz inédita de um momento para outro, entende seu fazer, as exigências éticas de seu ir, vir, permanecer²⁸.

Discussão

Nos percursos de atendimento à população de rua, são os encontros que portam olhares e escutas. Olhares e escutas que, na rua, não são metáforas para os trabalhadores do consultório de/na rua, são seus dispositivos assistenciais. Chama-se “consultório”, mas não oferta consultas, realiza abordagens, oferta olhares e escutas. Realiza procedimentos de coleta de exames, aplicação de testes sorológicos rápidos, administração de medicamentos e providência de curativos; mas estes somente ocorrem sob ações de interação nas quais identidades díspares se tencionam, inscrição em mediações socioculturais e submissão a compromissos socioassistenciais em rede. Um simples procedimento, quando se trata de um paciente que ocorre voluntariamente a um serviço, com ambientes sob processo asséptico e rotinas de biossegurança, pode se tornar de grande complexidade, quando se trata da população de rua: compreender a aceitação ou não de um procedimento, construir significados, oferecer condições adequadas e humanizadas de intervenção, prover recursos socioafetivos de retaguarda ou de base etc. Nos serviços da rede intersetorial, nos registros em prontuário, no preenchimento de números em sistemas de informação, percebe-se que as possibilidades de pensar são mínimas. O pensar só se concretiza nas reuniões onde os casos são, não necessariamente, detalhados, mas discutidos. Claro que, em parte, são os problemas socioeconômicos, de desigualdades e discriminações, mas existem as dificuldades das equipes de saúde em trabalhar com sentimentos, e muitos significados profissionais e morais dos trabalhadores desmoronam. Alguns conceitos surgem ressignificados ou são emergentes em ato: acolhimento, afeto, desejo, escuta, potência de vida, responsabilização, vazio e vínculo. Esses conceitos – novos ou revistos – são provenientes das narrativas dos trabalhadores sobre o que reverbera no seu “encontro” com a população atendida. O trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, desde que fletidos ao outro, não aos objetivos das regras e protocolos. São importantes um olhar atento e uma escuta ativa para se alcançar o estreitamento de vínculos por entre redes de trabalho afetivo²⁹. Como fala Ricardo Teixeira, quando remete a clínica a Spinoza, não se trata apenas de eficácia, mas de potência, e a “potência é sempre em ato”, é sempre efetuada, e são os afetos que a efetua. A clínica a céu aberto é a clínica dos encontros, encontros que são afetos ou afecções a céu aberto. Nos encontros por motivo de atenção à saúde³⁰ com os moradores de rua, é necessário crer na potência do cuidado e construir a saúde das pessoas que ali estão: possibilidades de saúde, um percurso onde vozes da diferença se entrelacem, onde discursos entrem em problematização, atuando como imersão na subjetividade e recriando a experiência social da rua, do habitar a rua como afeto do morar e como afeto do atender em saúde.

Considerações finais

A presença, na rua, de um consultório a céu aberto ou a garantia de uma política pública de saúde e de atenção psicossocial que preveja esse tipo de serviço, essa modalidade de atenção, é desafio ético e político. Sua presença, entretanto, não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, mas trata-se, também, de intervenção política e cultural respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania. De certa forma, trouxemos o pensar de outros atores sociais, estes do escopo sociocultural, como Mano

Brown: “aos parceiros tenho a oferecer minha presença, talvez até confusa, mas leal e intensa”³¹. A preocupação na manutenção de um permanente “encontro”³⁰ com a população atendida é aliviar/lidar com o afeto de frustração ante a vontade de uma vida com máximo acesso aos mínimos direitos e com a sensação de vazio ante a ausência de alternativas ou de explicações ou, ainda, a ausência de recursos materiais e conceituais de intervenção e com apoiadores. Os Racionais Mc’s também inscrevem o afeto de frustração quando explicam a periferia: “corpos vazios e sem ética lotam os pagodes rumo à cadeira elétrica; eu sei, você sabe o que é frustração, máquina de fazer vilão”³². O rapper alerta: “me ajude, sozinho penso merda pra caralho”. São os aprendizados que, por fim, vieram da pesquisa realizada porque buscou a experiência do morar na rua, a experiência do atuar com saúde na rua e a experiência educossanitária^{12,13} de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de consultório na rua. As abordagens na rua, quando “encontros”, afecção, disposição de corpo à cartografia, são possibilidades de saúde, próximas ou distantes, ao acaso, da vigilância epidemiológica, ou da saúde pública baseada em evidências, só se fazem consultório se a céu aberto, oferecendo presença (se confusa, leal e intensa).

Colaboradores

Carla Félix dos Santos participou da elaboração e execução da pesquisa, participou diretamente na coleta, análise e discussão dos dados, atuando na redação conjunta do artigo. Ricardo Burg Ceccim participou da supervisão na elaboração e execução da pesquisa, na análise dos dados e no relatório de pesquisa, atuando na redação conjunta do artigo e dos textos de extração da dissertação de mestrado.

Fontes de financiamento

A investigação científica se insere em projetos maiores de pesquisa e ensino do supervisor, mesmo não tendo financiamento específico.

Referências

1. Borges RL. A grande saúde peregrina: vidas que constituem o jornal Boca de Rua [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
2. Assumpção ELA, Antunes VH, Lima CLC, Freitas DLG, Costa MS, Costa AA, et al. A atenção básica do fora: construção do consultório na rua. In: Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS, Wottrich LAF, Kessler LL, organizadores. Informes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 133-53.
3. Morganti R, Franco T. Palhaçaria na gestão com acolhimento: o caso do morro do Cantagalo/Pavão/Pavãozinho (Cidade do Rio de Janeiro). In: Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS, Wottrich LAF, Kessler LL, organizadores. Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências “informes” e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p.195-308.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 25 Jan 2012.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 23 Dez 2011.
6. Presidência da República (BR). Decreto Federal nº 7.179, de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Maio 2010.
7. Candiani C, Pedra M, Gallassi A. 7.7. Álcool e drogas. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 72-6.
8. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface (Botucatu). 2014; 18(49):251-60.
9. Grupo Hospitalar Conceição. Consultório de rua do SUS: projeto "Pintando Saúde". Porto Alegre: GHC; 2010.
10. Félix-dos-Santos C. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
11. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Ceccim RB, Kreutz JA. Prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na educação em saúde coletiva. In: Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS, Wottrich LAF, Kessler LL, organizadores. In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p.17-32.
13. Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS. Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica. In: Ceccim RB, Kreutz JA, Paiva-de-Campos JD, Culau FS, Wottrich LAF, Kessler LL, organizadores. Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências "informes" e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p.17-30.
14. Siegmann C, Fonseca TMG. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. Interface (Botucatu). 2007; 11(21):53-63.
15. Amorim AKMA, Severo AKS, Romagnoli RC. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. Physis. 2015; 25(2):657-78.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Ceccim RB, Ferla AA. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2a ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 253-67.
18. Passos E, Escóssia L. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31.
19. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2006.
20. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34; 1995. v. 1.
21. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34; 2012. v. 3.

22. Paiva-de-Campos JD. Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos: conversas-em-ação [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
23. Ceccim RB, Noal-Gai D. Apontamentos sobre ética na pesquisa: tensões da educação no encontro com a saúde. *Saúde em Redes*. 2015; 1(1):31-8.
24. Consultório na rua/pintando saúde. Rosimar e André mostrando seu espaço... [citado 18 Set 2015]. Disponível em: <https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/523896197765515/>.
25. Consultório na rua/pintando saúde. Atividades de lazer/cultura realizadas pela equipe do Consultório na Rua/Pintando Saúde em territórios da zona norte [citado 16 Ago 2014]. Disponível em: <https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/340127296142407/>.
26. Racionais Mc's. Negro drama (letras de música) [citado 16 Ago 2014]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/racionais-mcs/63398/>
27. Deleuze G. Da superioridade da literatura anglo-americana. In: Deleuze G, Parnet C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta; 1998. p. 49-92.
28. Borges RL. Ir, vir, permanecer (vídeo-documentário) [citado 5 Jul 2016]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=8WxAiA1jpE&index=1&list=PLOK6SV06TyAekYnPqmrgBUGbrxcxe_BUB
29. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):585-97.
30. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):305-14.
31. Racionais Mc's. Vida loka – Parte I (letras de música) [citado 5 Jul 2016]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/racionais-mcs/64916/>
32. Racionais Mc's. Jesus chorou (letras de música) [citado 5 Jul 2016]. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/racionais-mcs/jesus-chorou.html>.

Félix-dos-Santos C, Ceccim RB. Encuentros en la calle: posibilidades de salud en un consultorio a cielo abierto. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1043-52.

En este artículo se discute el Consultorio en la Calle, envolviendo la cartografía del trabajo de un equipo de salud para “pensar”: encuentros en la calle, reducción de daños, respeto a las personas en sus modos de ser/existir/constituir vida, e inscripción en modelos propios de salud. Se usaron videos grabados en la calle, actas del equipo y vivencias de los autores. En el desarrollo se constituyeron cuatro ámbitos expresivos del contacto con esta población: experiencia del vivir en la calle, experiencia del actuar con salud en la calle, experiencia del aprender en acto de equipo multi-profesional/interdisciplinario e intercesión sociocultural proveniente del “encuentro” con esta población. En la conclusión, se subraya que la presencia del consultorio en la calle no es simplemente técnica, sino que se trata de una presencia política en la esfera de los derechos, de la equidad y de la justicia, así como una intervención política y cultural, respetando modos de vida, promoción de la salud y defensa de la multiplicidad en la ciudadanía.

Palabras clave: Consultorio en la calle. Red de atención psicosocial. Red de atención básica. Personas que viven en la calle. Educación y promoción de la Salud.

Submetido em 27/04/17. Aprovado em 28/08/17.