

Entre territórios pandêmicos: cartografia de um Consultório na Rua durante a pandemia de covid-19

Exploring pandemic territories: cartography of a street clinic during the covid-19 pandemic

Entre territorios pandémicos: cartografía de un Consultorio en la Calle durante la pandemia de covid-19

Luiz Gustavo Duarte^{1,a}

lgduarte@proton.me | <https://orcid.org/0000-0003-3196-5174>

Clarissa Terenzi Seixas^{2,b}

claseixas@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-8182-7776>

Helvo Slomp Junior^{3,c}

helvosj@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-5346-0965>

Maira Sayuri Sakay Bortoletto^{4,d}

mairuska@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-7458-389X>

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil.

² Université Paris Cité, Faculté de Santé, Département Universitaire en Sciences Infirmières. Paris, França.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé. Macaé, RJ, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil.

^a Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

^b Doutorado em Ciências Sociais e Saúde Pública pela Université Paris Cité.

^c Doutorado em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^d Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O objetivo do presente artigo foi realizar uma cartografia de um Consultório na Rua, durante o período da pandemia de covid-19. A cartografia foi produzida por uma vivência no consultório de um município de grande porte no sul do Brasil, de agosto de 2021 a janeiro de 2022. Foi perceptível que a locomoção e o funcionamento do serviço reconhecem outros territórios das Pessoas em Situação de Rua, muitas vezes não percebidos por outros pontos do Sistema Único de Saúde. Foram encontradas tanto as barreiras já estabelecidas historicamente quanto as emergentes da pandemia. Foi vivenciado que a esta população não utiliza o território do modo que a cidade racionalizada planeja, sendo, portanto, singular. O reconhecimento do serviço, aliado à compreensão de como as Pessoas em Situação de Rua vivem no território urbano, em cada realidade, mostrou-se essencial para a produção de cuidado.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Consultório na Rua; Sistema Único de Saúde; Território; Cartografia.

ABSTRACT

The objective of this article was to conduct a cartographic study of a street clinic during the covid-19 pandemic. The cartography was based on an experiential approach in a street clinic located in a major city in southern Brazil, between August 2021 and January 2022. It became evident that the flows and operation of the service acknowledged the alternative territories inhabited by the homeless population, often overlooked by other parts of Brazil's Unified Health System. Both historically established barriers and those emerging from the pandemic were encountered. It was observed that the homeless population does not conform to rationalized urban plans, displaying unique patterns of engagement with the urban territory. Recognizing the significance of the service, coupled with a comprehensive understanding of the unique living conditions of homeless individuals, proved indispensable for the provision of effective care.

Keywords: Homeless persons; Clinic at the Street; Unified Health System; Territory; Cartography.

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue realizar una cartografía de un Consultorio en la Calle durante el período de la pandemia del covid-19. La cartografía fue producida por una experiencia en un Consultorio en la Calle en una gran ciudad del sur de Brasil, de agosto de 2021 a enero de 2022. Se pudo observar que la locomoción y operación del servicio reconocen otros territorios habitados por personas en situación de calle, a menudo no percibidos por otros puntos del Sistema Único de Salud. Se encontraron barreras, tanto históricamente establecidas como emergentes debido a la pandemia. Se constató que la población en situación de calle no utiliza el territorio de la forma planificada por la ciudad racionalizada. El reconocimiento del servicio, junto con la comprensión de cómo viven las personas en situación de calle en el territorio urbano en cada realidad, se mostró fundamental para la producción del cuidado.

Palabras clave: Personas en situación de calle; Consultorio en la Calle; Sistema Único de Salud; Territorio; Cartografía.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Este artigo compõe o dossiê O povo na rua: saúde, políticas públicas e comunicação, parte 2.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Luiz Gustavo Duarte e Maira Sayuri Sakay Bortoletto.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Luiz Gustavo Duarte.

Redação do manuscrito: Luiz Gustavo Duarte, Maira Sayuri Sakay Bortoletto e Clarissa Terenzi Seixas.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Luiz Gustavo Duarte, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Clarissa Terenzi Seixas e Helvo Slomp Junior.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por meio de bolsa estudantil.

Considerações éticas: O artigo inédito seguiu todos os rigores éticos preconizados pela resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 97495718.6.0000.5231.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: não há.

Histórico do artigo: submetido: 29 maio 2023 | aceito: 4 nov. 2023 | publicado: 28 mar. 2024.

Apresentação anterior: não houve.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

INTRODUÇÃO

Em 2019, estimava-se que 221.869 pessoas estavam em situação de rua no Brasil, representando cerca de 0,1% da população do país (Natalino, 2020). Contudo, tais números não levam em conta os efeitos da pandemia de covid-19, a recessão econômica e a alta dos preços que se seguiu, gerando um aumento dessa população nos anos subsequentes (CNJ, 2022).

A vulnerabilidade social é um vetor necessário para pensar políticas públicas para pessoas nessa situação, especialmente no âmbito da saúde, haja vista as dificuldades enfrentadas cotidianamente por Pessoas em Situação de Rua (PSR) no acesso aos serviços de saúde, seja no sistema público ou no setor privado, acentuadas durante o período pandêmico (SMDH, 2021).

Um dos serviços de que o SUS dispõe para garantia e ampliação do acesso à saúde da população em situação de rua é o Consultório na Rua (CnaR), regulamentado como “equipes de Atenção Básica para populações específicas” pela portaria n. 2.488, de 2011, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e pelas portarias n. 122 (de 2011) e n. 123 (de 2012), do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a, 2011b, 2012). O serviço, integrante da rede de Atenção Básica, busca, por meio da atuação itinerante de equipes multiprofissionais, desenvolver ações compartilhadas entre pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), utilizando, quando necessário, as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território (Brasil, 2021).

A criação dos CnaR significou a instauração de ações direcionadas às PSR que não eram até então oferecidas, o que se tornou singularmente necessário durante o período pandêmico (Fiocruz, 2020). Este artigo divulga resultados parciais de uma pesquisa que se voltou a um que CnaR atuante no município de Londrina, no norte do estado do Paraná, município de mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2022). No município, há um déficit de acesso à moradia, como exposto pela companhia de habitação do município, havendo aproximadamente 12.540 pessoas vivendo em ocupações irregulares (Londrina, 2021, 2022; Nascimento, 2016). Se, por um lado, o município apresenta-se como um polo de urbanização com comércio e indústrias, por outro, experimenta um déficit habitacional, o que reflete nas políticas públicas exercidas na cidade, onde terras mais baratas são destinadas às políticas habitacionais, enquanto os empreendimentos urbanos fortalecem a especulação (Pagani; Alves; Cordeiro, 2015).

Quando voltamos os olhares para a PSR que vive no município, deparamo-nos com a dificuldade de obtenção de dados oficiais para pautar tais discussões, uma vez que, nacionalmente, a PSR não é incluída no censo, havendo apenas os dados produzidos por entes estaduais ou municipais ou do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como o CadÚnico, o que não permite a sua comparabilidade e o seu acompanhamento ao longo do tempo (Natalino, 2020). Apesar da desagregação possível das estimativas, um levantamento da PSR no município, realizado através de uma parceria entre universidades, Ministério Público e Movimento da População em Situação de Rua, mostrou que havia ao menos 822 pessoas vivendo em situação de rua em Londrina no ano de 2018.

Em 2021, na base do CadÚnico, havia 725 pessoas cadastradas em situação de rua, resultando numa taxa de 124,81 PSR/100.000 habitantes, nível próximo ao de metrópoles nacionais, como Recife e Goiânia (CECAD, 2022; Lanza; Rocha; Miani, 2019; Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua, 2022).

Por estar localizado numa região interiorana, Londrina tem assistido a uma intensificação de sua urbanização como consequência de um processo de desmetropolização próprio ao Brasil. Assim, as PSR acabam por se deslocar entre os municípios pertencentes à região, mantendo um fluxo e movimento muitas vezes pautado na busca de renda e moradia (Lanza; Rocha; Miani, 2019; Maricato, 2011). Distante de massificar as PSR e afastá-las de suas individualidades, essas representações mostram o território por onde as relações do CnaR com as PSR se dão e, assim, caracterizam a dimensão do espaço abrangido pela equipe do Consultório na Rua (eCnaR).

Diante de tal cenário, este estudo teve como objetivo realizar uma cartografia de um CnaR de Londrina, durante o período da pandemia de covid-19.

O ENCONTRO COMO MÉTODO: O PROCESSO CARTOGRÁFICO

A presente pesquisa é produto de uma tese de doutorado, e faz parte de um projeto maior, “Análise dos novos movimentos sociais e a produção de saúde na periferia da região metropolitana de Londrina (PR)”, produzido segundo uma proposta cartográfica. O trabalho de campo dessa pesquisa foi realizado durante o período de agosto de 2021 a janeiro de 2022. As atividades de um CnaR em Londrina foram acompanhadas pelo autor principal deste artigo, que é graduado em enfermagem, filosofia e é doutorando em saúde coletiva, até o momento da realização da pesquisa. Devido ao fato de o pesquisador estar no espectro autista, sua vivência se deu a partir dessa territorialidade.

Trata-se de estudo exploratório qualitativo de abordagem cartográfica. A cartografia aqui proposta tem como pressuposto a elaboração teórica de Gilles Deleuze e Félix Guattari, por ser considerada uma “geofilosofia”, visto que a construção de ciência proposta pelos autores se dá no mesmo terreno de produção do real, percorrendo elementos intensivos que são fluxos que cortam e produzem um plano de organização, ou seja, as afetações que vivemos. Tal processo se dá nos encontros, vivenciados em um plano não representativo, nos quais os fluxos de desejos são produzidos. Portanto, considerando um plano de imanência, produtivo e em devir, a cartografia visa criar um mapa dessa produção intensiva do real, partindo da diagramação das linhas e dos fluxos desejantes que percorrem o pesquisador (Costa; Amorim, 2019; Deleuze, 2013).

Devido a tal característica da pesquisa cartográfica, não há um *a priori* estabelecido como hipótese para desenvolvimento do estudo. Há uma inserção no território proposto, no qual, enquanto o processo é vivenciado, é realizada uma análise da produção da realidade que afeta o pesquisador, e, a partir daí, cria-se um mapa desse território existencial produzido pelos encontros (Cardoso; Romagnoli, 2019).

Essa maneira de pesquisar tem no plano da experiência o seu primado, de maneira que este próprio plano se dá enquanto intervenção, numa inseparabilidade de pesquisador, objeto, sujeito e conhecimento. Essa inseparabilidade está constituída entre relações verticais e horizontais dos modos de organização social, que são cruzados por uma transversalidade da cartografia que visa mapear esses fluxos que cruzam tal meio (Passos; Barros, 2015).

Toda a cartografia é uma pesquisa-intervenção, e para a realização desta é importante compreender que ela se dará num processo emaranhado de relações de poder, com disputas e resistências que irão emergir no encontro (Lima; Merhy, 2016). Considerando que esses encontros se darão num espaço específico, essa intervenção ocorre simultaneamente a uma vivência do pesquisador, que, devido a isso, deve estar aberto para tal investigação, reconhecendo sua implicação e seu lugar de maneira que sua inserção esteja pautada num *éthos* de pesquisa, onde o campo problemático no qual se dá a pesquisa está aberto a redesenhos, desvios e reconfigurações (Passos; Barros, 2015).

Para a pesquisa em questão, o campo problemático foi estabelecido a partir das vivências e da produção de estudos anteriores do pesquisador, bem como das discussões realizadas no grupo de pesquisa, “Observatório microvetorial de políticas públicas e educação em saúde UEL/Londrina”, nas quais as questões relacionadas ao CnaR se entrelaçavam com as problemáticas levantadas em outros grupos minoritários e sua relação com os serviços de saúde, já cartografadas pelo grupo, como viventes em ocupações urbanas, periferias e pessoas com deficiência.

Essas discussões no grupo de pesquisa se deram num espaço onde o processamento coletivo dos outros trabalhos de campo funcionam numa dinâmica de recolhimento de afetações e produção de uma dobra na reverberação desse processo no grupo, de maneira que o campo e as vivências também são colocados em questionamento (Cruz *et al.*, 2016; Passos; Barros, 2015).

A partir desses processamentos, novos questionamentos e sugestões foram colocados no espaço entre a vivência do pesquisador e o seu processamento no grupo, de maneira que o desejo de continuar a

investigação e a construção de novos mapas com o serviço de saúde voltado para a PSR se manteve. Desse modo, o contato para inserção no campo foi reativado, para uma nova vivência.

Nessa maneira de fazer pesquisa são necessários modos de organizar e registrar as vivências e afetações, para que os produtos desse período não se percam ao longo do tempo e sejam processados, visando ganhar voz através da escrita. Considerando o imperativo de que “o método é o encontro, o resto são ferramentas” (Lima; Merhy, 2016 p. 19), é necessário lançar mão de ferramentas nas quais o uso tenha sentido e coerência com o território onde as afetações são vividas. Dessa forma, o pesquisador faz uso de uma verdadeira caixa de ferramentas a fim de produzir o conhecimento por tais vivências (Moebus; Merhy; Silva, 2016). A seleção das ferramentas utilizadas aqui considera o pesquisador como aquele que é afetado por suas vivências, e que também afeta e agencia o seu redor, de modo que ele se “suje” com o campo de pesquisa, *in-mundo* (Abrahão *et al.*, 2013).

Como primeiro instrumento dessa caixa de ferramentas, utilizou-se uma abordagem que parte de um dispositivo “usuário-cidadão-guia”, com a compreensão de dispositivo advinda de Michel Foucault, como um conjunto heterogêneo de uma rede que pode abarcar discursos, arquiteturas, leis, protocolos, entre outros elementos que se relacionam entre o dito e o não dito (Bertussi *et al.*, 2016).

O “usuário-cidadão-guia” é aquele que atenta para os processos cuidadores e de produção de vida, de modo que o pesquisador ali envolvido não é tido como um observador, mas como parte da própria produção de saber com o usuário, reconhecendo as multiplicidades e as descentralidades durante o processo (Feuerwerker; Bertussi; Merhy, 2016; Merhy *et al.*, 2016a). Utilizando os pressupostos já estabelecidos no “usuário-guia” e na materialidade imposta do território acompanhado e de sua característica, fez-se coerente o uso do termo “trabalhador-guia”, pois o pesquisador, em sua vivência, acompanhou os caminhos traçados pelos trabalhadores do serviço em questão. O pesquisador acompanhava integralmente as atividades realizadas pela equipe, desde o início do turno até o fim. Eram acompanhadas atividades itinerantes, reuniões, campanhas e outras ações que porventura surgissem ao longo do período.

O “diário cartográfico”, um elemento da caixa de ferramentas do pesquisador, foi utilizado por ser um modo de registro das vivências que não contém apenas anotações referentes ao campo inserido objetivamente, mas que, numa busca por introduzir a análise da produção subjetiva das afetações, também inclui as impressões, os sentimentos e as reações vivenciadas ao longo do período de vivência de campo (Slomp Junior *et al.*, 2020).

Dessa vivência no território junto aos trabalhadores-guia do CnaR, o processo de mapeamento segue um movimento que compreende tanto a vivência quanto a escrita e o processamento dessas afetações, de maneira que o próprio processo de escrita dos mapas é uma produção cartográfica. Disto, foram elaborados dois vetores de análise, a partir do mapa criado pelo pesquisador. O primeiro deles direcionado à relação CnaR-cidade, durante a pandemia de covid-19, e o segundo voltado à relação da PSR com seus modos de habitar. Ambos os vetores são interdependentes e aparecem entrelaçados nas análises.

UM CONSULTÓRIO NA RUA PARA A COVID-19 NA RUA

Na construção da cartografia, o território da cidade utilizado pelo CnaR surge como um vetor de discussão. À medida que o pesquisador acompanhava os trabalhadores-guia, foi se estabelecendo uma percepção de como eles reconheciam e viviam a territorialidade da cidade, e de como a cidade contrastava com a territorialidade que a PSR produz nela. Dessa maneira, buscando desenvolver a discussão a respeito da produção de território pela eCnaR, é necessário explicar como o serviço é constituído no município e a sua proposta de atuação.

A equipe em que o pesquisador se inseriu estava cadastrada como Modalidade II, contando com profissionais da enfermagem dos níveis superior e médio, da psicologia, do serviço social, e com uma educadora social, todas mulheres. Porém, os profissionais da equipe não se limitam somente a esses, pois a eCnaR recebia residentes médicos da Residência em Medicina da Família e Comunidade do município,

os quais passavam um período da semana com o CnaR, de modo que em dois períodos da semana havia um profissional médico ali. Vale ressaltar que, durante o período da pesquisa, alguns profissionais foram contratados e realocados, de modo que a equipe, que até então realizava atendimentos apenas pela manhã, passou a realizá-los também na parte da tarde. Diferentemente da Estratégia Saúde da Família (ESF) tradicional, que se ocupa de um território delimitado por um número populacional estabelecido pela própria PNAB, o CnaR em questão tem como seu território de atuação o espaço urbano como um todo. No início da vivência, o CnaR estava alocado numa sede de uma área central do município, com espaço próprio para reuniões, salas para materiais, documentos e prontuários. Contudo, no decorrer da pesquisa, o serviço foi transferido para uma UBS na zona oeste do município, com estrutura reduzida, devido à atuação exclusiva dessa UBS, durante a pandemia, como unidade vacinadora contra a covid-19.

A mudança de base, como os profissionais a chamavam, era uma constante no serviço. O CnaR estava habituado às recorrentes mudanças físicas. O consultório já esteve alocado, por exemplo, ao lado da cozinha de uma UBS, ou dentro de uma UBS com salas fixas, sempre com espaço muito reduzido e pouco adaptado à necessidade e à complexidade de tal serviço.

Quando o pesquisador se inseriu na vivência durante a pandemia, a sensação sobre a base – que estava localizada em uma área central, numa antiga clínica particular que teve seu espaço comprado para utilização do município – era a de que ela seria o local onde o serviço poderia se enraizar e programar ações a partir dali. Contudo, pouco tempo após o início da vivência, a equipe foi informada de que realizaria uma mudança da base, para, novamente, ser inserida dentro do espaço físico de uma UBS.

Essa mudança de local causou estranhamento no pesquisador, visto que o novo ambiente parecia ser um local no qual o serviço, mesmo que ainda se adaptando, estaria em um espaço com potencial para novos modos de organização e ação. O anúncio da mudança gerou desânimo na equipe, expresso em falas que traziam à superfície a própria repetição da história do CnaR, situação que acabava voltando e produzindo nos membros um assombro, como se eles estivessem sempre na iminência de uma mudança, um eterno retorno.

Tal característica do CnaR se aproxima da condição de muitas PSR, esse estado de mudança iminente, isso foi algo que muitas vezes foi dito pela própria equipe ao pesquisador. Essa condição de desenraizamento do território, formulada por Arnold (2004), advém de um agenciamento de corpos que leva os sujeitos a se impedirem de criar territórios existenciais com os locais, pois, muitas vezes, acabam por fazer de sua vivência um eterno presente, sem saber se estarão naquele espaço no dia seguinte. Dessa maneira, como os próprios usuários, o CnaR utiliza a rua como produção de seu modo de operar e funcionar.

Para a eCnaR, o sentimento produzido também vinha de agenciamentos que não permitem que o serviço se reconheça com uma base, em um espaço que tenha certa permanência com planejamento de ações a longo prazo. Ao contrário de outros serviços de saúde, especialmente as próprias UBS – que atuam num território delimitado no seu entorno dito “de abrangência ou adscrito” –, as relações estabelecidas pela eCnaR não podem ser pensadas e organizadas do mesmo modo.

Esse modo de funcionamento, por outro lado, produziu inúmeros encontros nos quais o serviço acabou por utilizar outros lugares como referência de ações ou procedimentos junto aos usuários, como articulações diversas com UBS, setores da assistência social e equipamentos. Nesse modo de funcionamento característico, existe a necessidade de um deslocamento pelo espaço da cidade, que, aliado à mudança, acaba gerando uma rotina intensa de deslocamentos, com a eCnaR geralmente saindo para as ruas logo no início do turno e retornando somente próximo ao seu final. O deslocamento pelo município era intenso e precisou ser organizado entre demandas urgentes e outras previamente agendadas. Como a equipe tem dois carros populares para uso, dividia-se em dois grupos, organizando-se conforme a necessidade. O uso dos veículos permitia que as equipes se deslocassem por grande parte do território urbano, por áreas em

que a equipe já sabia haver PSR, em grupo ou sozinhas. Entretanto, devido à necessidade de mobilização de profissionais para a vacinação contra a covid-19, um veículo acabou sendo destinado a esse fim.

As demandas que o CnaR buscava atender, durante esse período, não se diferenciavam das atendidas previamente à pandemia. No entanto, ficou perceptível o desgaste da equipe durante o processo, algo já apresentado em outros estudos que demonstram o esgotamento de profissionais de saúde durante o período pandêmico (Magalhães *et al.*, 2022). A eCnaR tem por característica fazer um trabalho itinerante. Isso, somado à necessidade de paramentação com Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e do uso de um uniforme adotado pelos trabalhadores – que é composto por um pijama cirúrgico (*scrub*) – e de um carro desconfortável, tornava os turnos de trabalho exaustivos, tendo em vista que o município atingia altas temperaturas mesmo pela manhã, e a necessidade constante de EPI e medidas de precaução dificultavam inclusive a hidratação. Tais condições de trabalho vão ao encontro do que Teixeira *et al.* (2020) citam, ao afirmar que, além de apresentar novos problemas a serem enfrentados, a pandemia agudizou situações que já eram crônicas em relação às condições de trabalho dos profissionais de saúde.

TERRITÓRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

No que tange aos deslocamentos pela cidade, é necessário compreender que a cidade, ou o traçado que delimita o município, não é, propriamente, o único território do CnaR.

Os dias geralmente eram atribulados, visto que a equipe programava uma agenda com vários locais para visitar desde o início da manhã, de maneira que muitas vezes havia deslocamento por várias regiões da cidade, e não raramente a equipe se deparava com situações emergenciais que geravam mudanças nas rotas – desde alguém informando que outra pessoa havia se machucado e precisava de cuidados até familiares ligando para informar de alguma situação que se tornava prioridade.

Por estarem abertos à imprevisibilidade dos encontros, muitas vezes os atendimentos da eCnaR resultavam em deslocamentos que não estão trilhados em mapas oficiais do espaço urbano do município. Era preciso compreender como o usuário se deslocava, como vivia, o que gostava de fazer ou com quem andava, para, então, estabelecer a busca, de acordo com as necessidades.

Uma cena que afetou o pesquisador ocorreu durante um atendimento na entrada de uma área de mata na região urbana da cidade. Enquanto conversávamos com os viventes surgiu a questão de uma usuária que tratava de diabetes e era usuária de *crack*. Precisávamos encontrá-la para dar seguimento aos atendimentos já realizados anteriormente pela eCnaR. A equipe se colocou a pensar como encontrá-la, e a psicóloga iniciou o exercício de construir uma imagem, para mim, do próprio mapa de deslocamento que a usuária costumava fazer, utilizando pontos de referência próprios da vida da usuária. Ocorreu uma construção de frases que indicavam os locais por onde a vivente costumava passar, incluindo a mata em que estávamos. Ela costumava andar próximo a um prédio público pela manhã, e caso não a encontrássemos lá poderíamos procurá-la na área onde costumava ficar outra usuária, pois ambas costumavam estar juntas. A trabalhadora optou por esperar ali mesmo, porque, seguindo esse mapa construído em ato, a usuária poderia passar ali até o final do atendimento que estávamos realizando. Para a surpresa do pesquisador, que não estava contando com tal desfecho, a usuária é vista descendo a rua momentos depois.

Esse relato é excepcional em sua contingência. Na eCnaR, recorrentes eram os reconhecimentos dos territórios possíveis que a equipe conhecia e buscava compreender. Alguns lugares funcionam como abrigos e pontos mais fixos para algumas PSR, enquanto, para outros, os mesmos lugares funcionam apenas como um ponto de passagem em seus deslocamentos diários.

Um conceito que pode explicar como fomos compreendendo a noção de território, juntamente com a eCnaR, é um, entre tantos, ofertado por Milton Santos (2005). No texto O retorno do território, ele apresenta território como algo construído e determinado a partir de uma realidade social e que vaza a

noção de região. Oferece uma nova percepção de espaço, que apresenta um funcionamento diferente, denominando horizontalidades e verticalidades, sendo as horizontalidades os domínios da contiguidade, vizinhança territorial, e as verticalidades, os pontos distantes uns dos outros, ligados pelas formas e pelos processos sociais. Tais territórios verticais e horizontais se dão no plano de organização da cidade e são produzidos conforme seu uso. De acordo com Santos (2005, p. 255): “[...] é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social”. Consequentemente, há de se compreender que a permanência num dado território se dá de acordo com a nossa condição, estando necessariamente atrelada à existência individual ou coletiva.

Os territórios, nessa multiplicidade, podem assumir funções sobrepostas mesmo estando localizados no mesmo espaço (Santos; Souza; Silveira, 1994) – podem ser formados por locais contíguos/horizontais e de lugares em redes/verticais. No entanto, os de redes também são os que formam o espaço banal, resgatado pelo autor como elemento do território em uma leitura ampla de espaço geográfico, na qual o território compõe uma das categorias de análise social que englobam os seres humanos e as suas produções (instituições, organizações etc.) (Santos, 2005). Assim, o espaço banal pode ser constituído pelas mesmas referências de locais, pelos mesmos pontos de reconhecimento, no entanto, com simultaneidades de função totalmente diferentes ou até mesmo antagônicas.

Essa radicalidade apresentada pelo conceito de espaço banal de Milton Santos (2005) ficou perceptível durante a vivência, quando um mesmo ponto num território poderia funcionar como abrigo, ponto de encontro, local para uso de drogas, local de descanso, entre outros. À medida que o território era conhecido pela eCnaR, suas funções ficavam mais claras, visto que o mesmo poderia ser acionado para atividades, conforme os processos de cuidado. Essa visão do território como múltiplo trazia ao CnaR um funcionamento que se aproximava da realidade dos usuários, ao mesmo tempo que compreendia o modo de vida ali exercido. Possibilitava que o cuidado produzisse, muitas vezes, conexões com outros pontos do território, através das funções ora ali conhecidas e evidentes, conexões que iam, em alguns momentos, se compondo no trabalho cotidiano com as pessoas que vivem na rua.

Essas funções, que os territórios podem articular, formam uma rede na qual pontos verticais se conectam de acordo com processos sociais com pontos distantes no espaço – os territórios horizontais se dão pela proximidade (Paula; Gomes; Toniolo, 2021; Santos, 2005). Nesse contexto, o CnaR usa o território horizontal urbano para se deslocar aos pontos verticais necessários. Esse modo de percorrer foi visto, por exemplo, nas articulações realizadas no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que se conectavam com pontos onde moravam grupos de PSR, os quais por sua vez se conectavam com o abrigo em outro ponto da cidade, e assim por diante. Assistíamos à formação de pontos verticais num espaço horizontal da cidade pelo qual o CnaR se locomovia – e era difícil a percepção para aqueles que não estavam implicados no processo.

Se por um lado há espaços que convergem com a compreensão do território-rede e que se estabelecem por conexões já reguladas e esquadrihadas dentro de um espaço urbano – racionalizadas pelos cortes de ruas, quadras e praças, por exemplo –, por outro também existem espaços que fluem por outro regime de existência, que converge para a compreensão aqui apresentada de espaço banal, na qual o encontro é imperativo e que forma verdadeiras redes vivas (Merhy *et al.*, 2016b). São essas redes vivas que irão ditar como os fluxos se constroem e se dissolvem na disputa com a racionalidade de metragens, muros e organizações, que rivalizam sentidos perante o vivido dos afetos, sejam eles de alegria ou tristeza (Merhy *et al.*, 2016b).

Ao percorrer ambientes que escapam da lógica estruturada no sistema de saúde, o CnaR se aproxima das redes vivas. São encontros que se efetivam em mocós (imóveis abandonados), viadutos, matas, terrenos baldios, construções abandonadas e até em locais que, num primeiro momento, não pareçam relacionar-se com o trabalho do CnaR, como casas e condomínios. O reconhecimento da heterogeneidade das PSR não

se relaciona com os estereótipos correntes na sociedade, e, sim, com os locais que devem ser percorridos para se produzirem cuidados a tais viventes. Desse modo, a imanência intrínseca das redes vivas emerge no plano de organização por uma territorialidade reconhecida pelo CnaR.

Durante as vivências, foi perceptível que o conhecimento empírico dos trabalhadores do CnaR acerca dessa rede de conexões verticais, ao longo do território, funcionava como um modo de trabalhar que caracterizava o próprio serviço. Apesar de ser itinerante, o processo de trabalho não se limita à locomoção por regiões circunscritas ou vizinhas, mas, sim, por uma busca de articulação entre locais e territórios relevantes para o cuidado e a ampliação do acesso ao usuário, tensionando as redes vivas passíveis de emergência.

Devido ao estabelecimento das conexões e das redes, o CnaR atua como um serviço que capaz de dar visibilidade a tais pessoas e garantir a elas o acesso a outros serviços. O consultório reconhece e chega aos locais onde as pessoas viviam, enquanto os outros serviços ou mesmo a vizinhança sequer os conhecia. Há também a afirmação de acesso aos serviços nos quais as barreiras se dão pelo próprio corpo da PSR, gerando signos que limitam e dificultam o acesso dessa pessoa à UBS e a outros pontos da rede de atenção. Tais vivências corroboram os estudos que demonstraram dificuldades tanto na aproximação dos serviços do SUS quanto no acesso dessa população aos serviços (Oliveira *et al.*, 2021; Valle; Farah, 2020).

Foi nessa construção de rede e articulação que o CnaR demonstrou sua potência. Essa vivência se dava em muitos atendimentos nos quais, por exemplo, por não poder transportar o usuário no carro do CnaR – por não ser uma prática permitida no município –, o profissional realizava o contato com o SAMU. Depois disso, o profissional acompanhava o usuário até a UPA, visto que, muitas vezes, os integrantes do CnaR eram os únicos profissionais nos quais a PSR confiava – eram as pessoas que ela conhecia e que podiam oferecer informações durante os atendimentos do SAMU.

Esse modo de criar redes, acioná-las e locomover-se entre elas no território acaba criando um serviço singular de saúde. Tal funcionamento se dá por uma aproximação com a PSR, pelo reconhecimento e pela implicação nos territórios relacionados por pontos verticais, os quais podem ser vistos como banais por outros profissionais e serviços de saúde, mas que, pelo contrário, sustentam e viabilizam essa construção. São os profissionais do CnaR que conhecem matas, bocas, viadutos, mocós e principalmente os viventes desses locais por seus nomes, apelidos e condições. Dessa forma, cria-se um vínculo com tais pessoas que não se limita ao ambiente do serviço de saúde, mas, à própria realidade na qual o vivente está inserida. A eCnaR age, assim, como potencial produtora de cuidado, garantindo o acesso à RAS do SUS.

A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ENTRE O LISO E O ESTRIADO

O funcionamento do CnaR se dá em um território que pode ser visto por suas horizontalidades e verticalidades no plano de organização da própria cidade e que, simultaneamente, busca efetivar, por redes vivas, suas ações, tendo no encontro com os usuários o seu imperativo. Na vivência, foi perceptível a tensão entre esses modos possíveis de atuar, o que gerava muitas discussões e debates na própria equipe. Isso porque, se por um lado há uma construção de territórios horizontais e verticais que se instituem no ambiente urbano vivenciado, por outro há uma construção anterior à própria produção desses lugares.

Nessas territorializações e desterritorializações há um processo de devir que, portanto, é constante e imanente às próprias relações do vivente na máquina social. De acordo com Deleuze e Guattari (2012), pode-se compreender que há um plano de organização que busca estriar tal território, formado pelos fluxos contidos e pela organização da cidade, na qual há o lugar correto para andar, morar, pegar o ônibus, trafegar de carro etc. Ou seja, há uma superfície repartida em intervalos e cortes. Também há o estriamento do tempo, no qual as coisas funcionam em determinados horários do dia, por exemplo, o aumento no tráfego de veículos, os horários de pico, a abertura e o fechamento do comércio. Tudo isso demonstra que o espaço

da cidade é estriado por excelência, necessita de um esquadramento rígido para funcionar instituído pelo aparelho de Estado.

Se há um espaço desenvolvido na busca pelo estriamento dessa superfície, há, no mesmo jogo, um espaço de outra natureza, liso, ilimitado em todas as direções, acentrado, numa variação contínua. É nesse espaço que ocorrem os acontecimentos, ou seja, os encontros que produzem uma rede viva, em que as formações têm menos relevância em comparação com a percepção de forças do acontecimento. Tem-se, assim, uma disputa que nunca é finalizada, pois o espaço liso sempre pode devir estriado, e vice-versa. Contudo, muitas vezes os modos de habitar em tais espaços produzem uma tentativa de subjugar um em detrimento do outro. A cidade, numa tentativa de subjugar o espaço liso, por exemplo (Deleuze; Guattari, 2012).

A cidade é compreendida como um espaço que não está contido em si, mas um local onde ocorre um movimento contínuo de disputas individuais e coletivas. Sob o capital, a cidade contemporânea busca um modo de habitar que almeja a própria acumulação de capital, criando e destruindo territórios nas próprias malhas urbanas, de maneira que o estriamento é sua condição elementar. Ao organizar e esquadram a vida, validando certos modos e subjugando outros, a cidade é produtora de subjetividades. Se ela produz subjetividades, é porque nessas disputas há a potencialidade de reconhecimento e valorização das singularidades – uma cidade subjetiva (Guattari, 2012).

Ao conhecer alguns usuários acompanhados pelo CnaR nesse período, ficou perceptível o ambiente de tensão entre o liso e o estriado, pois eles não se guiavam pelo esquadramento da cidade. Tais tensões apareciam quando o pesquisador entrava em contato com ambientes da cidade que não eram pensados para funcionar de determinadas maneiras – por exemplo, a cena da coleta de exames e a realização de curativos em uma praça pública onde viviam várias PSR e que passou por uma reforma após o período pandêmico. A instalação de um sistema de vigilância tornou a praça um ambiente hostil para aquelas pessoas – o ambiente liso sofreu um estriamento.

Outras cenas tornam mais claras tais “lisificações”, quando, em determinado momento, a equipe precisava encontrar uma usuária, mas a referência de onde ela poderia estar não se dava na cidade estriada e racionalizada. Para a eCnaR, não seria funcional procurar a vivente em ruas, avenidas, prédios ou mesmo praças. Precisávamos nos emaranhar por caminhos, adentrar córregos, matas urbanas e estruturas abandonadas. O território estriado não fazia sentido para o trabalho do CnaR, a não ser na compreensão de sua tensão com o espaço liso.

O ambiente urbano funcionava como um deserto a ser deslizado, com oásis a serem criados ou destruídos, conforme se deslocavam. Enquanto o CnaR e outros serviços públicos fazem seus trajetos de carro, se deslocando entre os pontos horizontais e verticais dos planos de organização do território, os usuários pareciam se mover de um modo intensivo, guiados, em muitos momentos, pelas suas afetações. A rua, nesse caso, não se torna um caminho necessário, a mata não se torna um obstáculo a contornar, mas, sim, pontos onde se estabelecem enquanto deslizam por um território específico. O território existencial se constrói à medida que, a partir de suas intensidades, caminham na tensão entre o ambiente liso e o estriado.

Muitas vezes, em conversas no próprio CnaR ou com outros serviços, emergia nas falas a noção de que determinada PSR sempre estava em algum lugar entre os pontos verticais já mapeados e conhecidos pelo serviço. Contudo, ao se tentar visitar tais usuários, muitas vezes eles eram encontrados num “passeio esquizofrênico”, que Deleuze e Guattari trazem n’O anti-Édipo (2011). Eles estavam caminhando de acordo com suas intensidades, nos quais os espaços físico e temporal estriados pela cidade não faziam sentido. Passeavam por entre ruas, vielas, terrenos baldios, córregos e rios, sem um destino muito específico, mas, sim, como se deslizassem pelos lugares.

Esse modo de viver o território urbano exercido pelas PSR difere do modo de organização ao qual a cidade contemporânea está submetida, promovendo um tensionamento entre os serviços envolvidos e o trabalho em saúde. Merhy (2005), pensando especialmente o trabalho em saúde, traz o conceito de tecnologias leves,

leve-duras e duras, se referindo, respectivamente, às tecnologias que abarcam as relações entre sujeitos que se dão no encontro, as que abarcam os saberes que têm organização e estruturação e as que estão nos recursos materiais. Tal modo de compreender essas tecnologias em saúde expõe a potencialidade relacional constante entre os modos de produzir cuidado.

Ocorre que, conforme o modo que tais tecnologias se relacionam, a produção de cuidado que se dá no ato – chamada de trabalho vivo – pode ficar subjugada pelas tecnologias duras, decorrendo um imperativo do trabalho morto, ou seja, que não visa a nenhum produto, almejando uma regulação, com uma rigidez perante protocolos, equipamentos e regulações – o que limita a própria liberdade e a criatividade do trabalhador, que é inerente ao trabalho vivo em ato (Franco; Merhy, 2012).

A sociedade ocidental norte-centrada moderna tende a estabelecer uma racionalidade dentro da cidade, em que tudo conspira e funciona a partir de um modo esperado de morar, de viver, de se locomover, constrangido pelo aparelho de Estado. Quando algumas das PSR não agem de acordo com a racionalidade urbana, os equipamentos e os serviços pensados para a população geral não se mostram preparados para o acesso, ao não disponibilizar tecnologias leves, leve-duras ou duras que permitem tais atendimentos (Merhy, 2005).

Tal dificuldade de acesso da PSR já foi demonstrada por outros estudos (Cervieri *et al.*, 2019; Lira *et al.*, 2019; Neves-Silva; Martins; Heller, 2018), e aqui é vista não somente pelo modo de organização dos serviços, mas também por uma dificuldade em reconhecer que, muitas vezes, aqueles que estão em situação de rua, por necessidades produzidas no ambiente social ou não, acabam usando o território urbano de uma maneira para a qual o modo racional de construir serviços e políticas públicas não está preparado.

Esse modo de habitar as cidades, que foge às convenções territoriais estriadas modernas, é alcançado geralmente pelo aparelho de Estado, mediante dispositivos de repressão de políticas de segurança pública, o que dificilmente garante o acesso à saúde para essa população. Desse modo, as PSR, que antes já tinham dificuldades de acesso e visibilidade no sistema de saúde, durante a pandemia de covid-19 têm evidenciada a sua vulnerabilidade diante da nova situação (Nunes *et al.*, 2021). Nesse cenário, o CnaR funcionou como um dos serviços que conseguiam chegar em tais pessoas, enquanto outros serviços pareciam habitar territórios distantes, para não dizer inexistentes, para as PSR.

À GUIA DE CONCLUSÃO: O ALÉM-PANDEMIA

Diante da cartografia apresentada, ao acompanhar os trabalhadores-guia do CnaR na construção de mapas, foi perceptível a potencialidade da eCnaR em se deslocar por territórios que não são usuais para os outros serviços da rede assistencial do SUS no município. As ações do CnaR, muitas vezes, encontravam barreiras diante das mudanças de processo de trabalho decorrentes do período pandêmico de covid-19, mas também encontravam barreiras já estabelecidas historicamente, refletidas na dificuldade de acesso da PSR a outros serviços do SUS.

Também foi possível perceber que muitas PSR podem não percorrer e usar a cidade de modo estriado e racionalizado. Esses viventes não são guiados, muitas vezes, por tal organização, mas, sim, por intensidades, escapando a qualquer organização prévia pensada. Tal modo de habitar a cidade, sendo singular e único, traz à tona a necessidade de aproximação e de articulação com serviços e equipamentos que promovam a integração das PSR com os vários pontos da rede assistencial, visando à produção de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/lc/article/view/50836>. Acesso em: 19 jan. 2024.
- ARNOLD, Kathleen R. **Homelessness, citizenship, and identity: the uncanniness of late modernity**. Albany: State University of New York Press, 2004.
- BERTUSSI, Débora Cristina *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2. p. 48-61.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**: seção 1, Brasília, DF, v. 21, n. 122, p. 15, 26 jan. 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 19 jan. 2024.
- BRASIL. Portaria no 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por município. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 21, n. 123, p. 18, 26 jan. 20112. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html. Acesso em: 19 jan. 2024.
- BRASIL. Portaria n. 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua... **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 114, p. 91, 21 jun. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em: 15 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 213, n. 2488, p. 21, 24 out. 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 out. 2023.
- CARDOSO, Maria Luiza Marques; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Contribuições da cartografia para a produção de uma ciência nômade. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 6-25, set.-dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000300002. Acesso em: 15 out. 2023.
- CONSULTA, SELEÇÃO E EXTRAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO CADÚNICO (CECAD). **CECAD 2.0**. 2022. Disponível em: https://cecad.cidadania.gov.br/agregado/resumovariavelCecad.php?uf_ibge=35&nome_estado=SP+-+S%C3%A3o+Paulo&p_ibge=3550308&nome_municipio=S%C3%A3o+Paulo&id=44. Acesso em: 7 jan. 2023.
- CERVIERI, Nayelen Brambila *et al.* O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/164014>. Acesso em: 15 out. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Pop Rua Jud: Política Nacional de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas Interseccionalidades**. Brasília, DF: CNJ, 2022. Relatório de atividades. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/02/relatorio-pop-rua.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.
- COSTA, Luciano Bedin da; AMORIM, Alexandre Sobral Loureiro. Uma introdução à teoria das linhas para a cartografia. **Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 14, n. 3, p. 912-933, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2019v14n3p912-933>. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8045>. Acesso em: 15 out. 2023.
- CRUZ, Kathleen Tereza da *et al.* Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2. p. 252-269.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2013.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 15 out. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Recomendações para os Consultórios Na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Fiocruz, 2020. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia de covid-19. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%a3o-para-os-consult%c3%b3rios-na-rua-e-a-rede-de-servi%c3%a7os-que-atuam-junto-com-a-popula%c3%a7%c3%a3o-em-situa%c3%a7%c3%a3o-de-rua.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Paranoma municipal de Londrina, Paraná**. c2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acesso em: 20 dez. 2022.

LANZA, Fabio; ROCHA, Marco Antonio da; MIANI, Rozinaldo Antonio. **Relatório final da Pesquisa Pop Rua londrina – 2018**. Londrina, 2019. Relatório de Pesquisa. Disponível em: <http://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-assistencia/dpse/centro-pop/36734-relatoriofinalonlondrinapesquisapoprua/file>. Acesso em: 18 dez. 2022.

LIMA, Fátima; MERHY, Emerson Elias. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 18-21.

LIRA, Cindy Damaris Gomes *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1157, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/1157.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

LONDRINA. **PDML – Leis específicas: Revisão 2018-2028**. Londrina: IPPUL, 2022. (Plano Diretor Municipal de Londrina, Cadernos técnicos da lei do perímetro urbano. Caderno 2 – Perímetros urbanos áreas de expansão urbana). Disponível em: <https://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/ippul/plano-diretor-2018-2028-1/49131-caderno-tecnico-2-per-v3-1/file>. Acesso em: 18 dez. 2022.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Tecnologia. **Perfil de Londrina 2021: ano base 2020**. Londrina: Prefeitura Municipal de Londrina, 2021. Disponível em: <https://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-planejamento/gpi/perfil-de-londrina-2021/43851-perfil-2021-1/file>. Acesso em: 18 dez. 2022.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de *et al.* Esgotamento profissional da equipe de enfermagem atuante no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, sup. 1, p. e20210498, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0498>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LpT3dSNG44NmHtWtDzxpRQw/?lang=pt>. Acesso em 15 out. 2023.

MARICATO, Erminia. Metrôpoles desgovernadas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 71, p. 7-22, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142011000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/qsFX5dQBKhzcFb8rYRRJYpR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016a. v. 1. p. 18-21.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016b. v. 1. p. 31-42.

MOEBUS, Ricardo Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? *In*: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1. p. 43-53.

NASCIMENTO, Agnaldo da Silva. A espacialização dos vazios urbanos em Londrina (PR). **Confins – Revista Franco-Brasileira de Geografia**, São Paulo, n. 28, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4000/confins.11088>. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/11088>. Acesso em: 18 dez. 2022.

NATALINO, Marco. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. [Brasília, DF]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. (Nota Técnica, 73). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

NEVES-SILVA, Priscila; MARTINS, Giselle Isabelle; HELLER, Léo. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00024017, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ftLhKBVWqMHwrCrkN6qg7gH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade *et al.* **População em situação de rua em tempos de pandemia da covid-19**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2021. (Coleção Interseções, Série Estudos). Disponível em: http://www.editora.puc-rio.br/media/Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua_book.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. **População em Situação de Rua no Brasil**, totais por região, estado e município na série histórica 2012-2021. Brasília, DF, c2022. Disponível em: <https://obpoprua.direito.ufmg.br/metadados.html>. Acesso em: 8 jan. 2023.

OLIVEIRA, Micael Almeida de *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03744, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/J5B4q6h6HFm5rCmjCJMZF8x/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2023.

PAGANI, Eliane Barbosa Santos; ALVES, Jolinda de Moraes; CORDEIRO, Sandra Maria Almeida. Segregação socioespacial e especulação imobiliária no espaço urbano. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 1, p. 167-183, jan.-jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8637/7255>. Acesso em: 15 out. 2023.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Pista 1. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015. v. 1, p. 17-31.

PAULA, Adriana Maria de; GOMES, Cilene; TONIOLO, Maria Angélica. Verticalidades e horizontalidades no estudo da rede urbana do Vale do Paraíba e Litoral Norte – São Paulo. **Geografia Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 25, p. e25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236499447478>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/47478>. Acesso em: 15 out. 2023.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **OSAL: Observatorio Social de América Latina**, Buenos Aires, v. 6, n. 16, p. 251-267, jun. 2005. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgdttsa/files/2014/10/Texto-Santos-M.-O-retorno-do-territorio.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SLOMP JUNIOR, Helvo *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital: Revista de Pensamento e Investigación Social**, Barcelona, v. 20, n. 3, p. e2617, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp/2617-pdf-pt>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil**. Passo Fundo: Saluz, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5637637>. Disponível em: <https://zenodo.org/records/5637637>. Acesso em: 19 jan. 2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e3000226, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.