

CAPÍTULO 2

OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE JUNTO AOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Data de submissão: 04/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Nemório Rodrigues Alves

Enfermeiro especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Doutorando em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Salvador - Bahia.
<http://lattes.cnpq.br/5390445446232496>

Cayo Emmanuel Barboza Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/6157636066158202>

Heloisa Wanessa Araújo Tigre

Enfermeira e mestranda pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/9421334086911717>

Ana Flávia Silva Lima

Enfermeira e mestre pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/8372878086605798>

Natalha Cabral do Nascimento

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/2940888128697318>

RESUMO: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho com vistas à produção de mudanças nesse âmbito. Pensar na execução de ações de EPS no contexto da Atenção Primária à Saúde evoca o uso de metodologias ativas e participativas. Estas devem ser capazes de conduzir os profissionais de saúde em um processo de mudança de suas práticas provocando transformações positivas no processo de trabalho. Posto isso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais do Consultório na Rua (CnaR) de Maceió. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo. Foram realizadas quatro oficinas. Participaram delas cinco profissionais do CnaR das seguintes categorias profissionais: enfermagem, serviço social, psicologia e agentes de ação social. A descrição das experiências e as reflexões que emergiram das oficinas de EPS estão descritas e organizadas em quatro eixos a saber: O trabalho - Oficina 1; As territorialidades - Oficina 2; Governo-de-si e governo do outro - Oficina 3; e, Clínica-cuidado e o trabalho em equipe - Oficina 4. Por fim, refletir sobre o processo

de trabalho no contexto do CnaR enriquece as possibilidades da construção de melhores práticas em saúde. A EPS abre espaços para reflexões e trocas com vistas a melhoria da qualidade das ações e serviços que são disponibilizados aos usuários. Estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia. Foi possível também refletir sobre as tecnologias de cuidado bem como sua implementação no cotidiano. Avaliamos como necessário o desenvolvimento de oficinas de EPS para permitir a instauração de processos reflexivos e críticos entre os trabalhadores do CnaR.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Consultório na Rua.

PERMANENT HEALTH EDUCATION WORKSHOPS WITH STREET CLINIC PROFESSIONALS

ABSTRACT: Permanent Health Education (EPS) is a political-pedagogical strategy that aims to qualify and improve the work process with a view to producing changes in this area. Thinking about implementing EPS actions in the context of Primary Health Care evokes the use of active and participatory methodologies. These must be able to lead health professionals in a process of changing their practices, causing positive transformations in the work process. That said, the objective of this work is to report the experience of Permanent Health Education workshops with professionals from the Consultório na Rua (CnaR) in Maceió. This is an experience report of a descriptive and reflective nature. Four workshops were held. Five CnaR professionals from the following professional categories participated: nursing, social work, psychology and social action agents. The description of the experiences and reflections that emerged from the EPS workshops are described and organized into four axes, namely: The work - Workshop 1; Territorialities - Workshop 2; Self-government and government of others - Workshop 3; and, Clinical care and teamwork - Workshop 4. Finally, reflecting on the work process in the context of CnaR enriches the possibilities for building best health practices. EPS opens spaces for reflections and exchanges with a view to improving the quality of actions and services that are available to users. Being aware of the modes of domination proves to be fundamental to moving in the opposite direction: that of building autonomy. It was also possible to reflect on care technologies as well as their implementation in everyday life. We consider the development of EPS workshops to be necessary to allow the establishment of reflective and critical processes among CnaR workers.

KEYWORDS: Permanent Education. Primary Health Care. Street Clinics.

INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2018), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho com vistas à produção de mudanças nesse âmbito. Constitui-se como uma forma de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar sua resolutividade a partir da transformação das práticas técnicas bem como as sociais aumentando o nível de qualidade das ações e serviços que são ofertadas. Através da sua implementação é possível instaurar um processo de reflexão-ação dos profissionais sobre suas práticas e organização da

atenção (SILVA *et al.*, 2016). Pensar na execução de ações de EPS no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) evoca o uso de metodologias ativas e participativas. Estas devem ser capazes de conduzir os profissionais de saúde em um processo de mudança de suas práticas provocando transformações positivas no processo de trabalho.

No âmbito da APS e dos processos de trabalho das equipes que trabalham neste nível de atenção, a qualificação das práticas está vinculada a diversos fatores: estruturação e organização do serviço; adesão a novas tecnologias; e, sobretudo, comprometimento contínuo e permanente de ações que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde (SILVA *et al.*, 2016). Desse modo, a EPS se constitui como ferramenta potente para a transformação da prática que coloca o cotidiano do trabalho sob problematização, promovendo autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005). Dentre as equipes de Atenção Básica (eAB) que trabalham com populações específicas, encontram-se as equipes de Consultório na Rua (eCR). Estas possuem um processo de trabalho bastante singular que são orientadas por diversas políticas intersetoriais e é atravessado por conjunturas micropolíticas que constituem os campos de forças (MERHY *et al.*, 2019).

As eCR possuem um processo de trabalho complexo, no qual diferentes tecnologias de cuidados precisam ser postas em prática para assegurar o cuidado integral às pessoas em situação de rua (TIMÓTEO *et al.*, 2020). O processo de trabalho dessas equipes transpõe “as barreiras institucionais do próprio sistema de saúde e da ausência de articulação intersetorial entre as políticas públicas” (ROSA; SANTANA, 2018). Em virtude da multiplicidade e das singularidades que envolvem o cuidado para a População em Situação de Rua (PSR), se faz necessário a implementação das tecnologias de cuidado. Estas são teorizadas por Merhy e classificadas como leves, leve-duras e duras (MERHY *et al.*, 2019).

Merhy e demais autores (2019) também discutem sobre as cinco forças-valores que estão sempre em tensão no dia a dia do processo de trabalho das equipes e agenciam o cuidado e as práticas em saúde. São elas, as forças-valores: *trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe*. A partir delas, é possível ter elementos para fazer reflexões sobre as micropolíticas que agenciam o cuidado e os processos de subjetivação. Posto isso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais do Consultório na Rua de Maceió.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo. De acordo com Silva (2021), este tipo de artigo descreve uma dada vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação. Ademais, deve ser escrito de modo contextualizado, com objetividade e precisa ter um aporte teórico que é a discussão com a literatura científica que se relaciona com a experiência. Este tipo de estudo contribui

significativamente através do estímulo a trocas e proposições de ideias no campo em questão. O seu propósito é socializar uma experiência, suscitar o debate e viabilizar reflexões.

Para fins de descrição desta experiência toma-se como período temporal os meses de outubro e dezembro de 2020. As oficinas de EPS foram realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) de referência para uma das eCR. Partindo da necessidade de implementar ações de EPS no contexto do Consultório na Rua (CnaR), quatro oficinas foram desenvolvidas. Participaram delas 5 profissionais do CnaR das seguintes categorias profissionais: enfermagem, serviço social, psicologia e agentes de ação social.

A primeira etapa de cada oficina era o acolhimento com apresentação do tema. Para gerar reflexões sobre a prática e o cuidado ofertados às PSR, perguntas disparadoras/norteadoras foram elaboradas anteriormente. Em um segundo momento, os profissionais eram divididos em dois grupos menores para leitura crítica e sintetização do aprendizado em formas diversas, como a construção de cartazes, fanzines, mapas mentais, desenhos e outros recursos. O texto selecionado para discussão nas oficinas foi elaborado por Merhy e seus colaboradores (2019) e é intitulado: “Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde”.

Na etapa final, era proposto o compartilhamento dos saberes construídos com os grupos menores com exposição da produção que sintetizou os temas discutidos. Logo após era feito o momento de condução final, com avaliações do processo formativo e estabelecimento das datas das oficinas subseqüentes. A descrição das experiências e as reflexões que emergiram das oficinas de EPS estão descritas e organizadas em quatro eixos a saber: O trabalho - Oficina 1; As territorialidades - Oficina 2; Governo-de-si e governo do outro - Oficina 3; e, Forças-valores clínica-cuidado e o trabalho em equipe - Oficina 4.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E REFLEXÕES

Oficina 1 - O trabalho

Na primeira oficina introduzimos uma metodologia denominada “Varal das Expectativas”, na qual os participantes deveriam escrever suas expectativas de aprendizado para aquele momento. Foi apresentado aos participantes o plano de oficina com os objetivos de aprendizado. Em seguida, iniciamos as discussões introdutórias através das seguintes perguntas: “O que você entende como micropolítica?”; “O que seria para vocês uma rede básica?”; e, “Como podemos diferenciar um trabalho vivo em saúde e o trabalho morto?”.

As discussões iniciais foram potentes, os participantes relataram não ter tido experiências anteriores de EPS em que se discutiu micropolítica do trabalho. O entendimento acerca da rede básica foi elaborado coletivamente de modo consistente. O processo de trabalho das eCR permeia o compartilhamento do cuidado com diversos serviços que compõem não somente as Redes de Atenção à Saúde (RAS), como também as redes

intersetoriais. Após as discussões, dividimos os participantes em dois grupos para a leitura coletiva de partes do artigo que deu subsídio para todas oficinas. Em seguida, construímos dois cartazes para a etapa de compartilhamento do conhecimento.

De um lado, os profissionais trouxeram uma compreensão relevante sobre o trabalho vivo em saúde. Este, deve ser afetado pela singularidade dos encontros e na legitimidade dos saberes, valores e desejos de cada usuário. O trabalho vivo é aquele que se dá em ato e deve ser mediado pelas tecnologias relacionais. O outro grupo compartilhou sobre o trabalho morto, pontuando estratégias de controle e padronização do cuidado e reforçando que o na rua as estratégias para garantir o cuidado são outras, devem caminhar no sentido de fortalecer o acesso da PSR às ações e serviços. Esta oficina inicial foi importante para fortalecer os laços entre os participantes e dar o início a um processo profundo de reflexão do processo de trabalho no próprio serviço. Ao final, pudemos retornar ao Varal das Expectativas para fazer uma avaliação qualitativa sobre a oficina.

Oficina 2 - As territorialidades

Na segunda oficina, iniciamos as atividades com uma sessão de alongamento e respiração controlada. Construímos um mural com as expectativas para a oficina. O diálogo deu início a partir das perguntas disparadoras que tratavam sobre o conceito de território e territorialização em saúde. Em princípio, obtivemos feedback apenas do território em sua dimensão geográfica e material: casas, ruas e dispositivos de saúde. Ao longo da conversa aprofundamos os múltiplos conceitos de território, que por ser vivo é construído historicamente em diversos contextos e relações que envolvem pessoas, culturas, hábitos de vida, características sociais, epidemiológicas, econômicas e demográficas diversas. Avançamos também na conceituação e caracterização do que seriam os territórios existenciais onde se produz vida e cuidado independente das redes institucionais.

Após as discussões iniciais, dividimos os participantes em dois grupos para leitura coletiva de uma parte do artigo que subsidiou as discussões. Em sequência, foram confeccionados dois fanzines que traziam a sintetização do que foi lido e compartilhado. Assim, refletimos as características, potenciais e desafios presentes no território da equipe, explorando as singularidades de cada região atendida, segundo, principalmente, as pessoas que vivem e passam por lá.

Analisou-se, em síntese, a necessidade de garantir a participação dos usuários mais efetivamente na construção do processo de territorialização e a importância da autoanálise dos profissionais de saúde para não constranger ou culpabilizar as pessoas pelos espaços que vivem, bem como atermo-nos para não agir de modo a controlar comportamentos e modos de vida. Esta oficina foi essencial para discutir as especificidades e singularidades das vidas nos diferentes territórios de atuação destes profissionais. Ao final, retomou-se o mural das expectativas para avaliação qualitativa da oficina.

Oficina 3 - Governo-de-si e Governo-do-outro

Em nosso terceiro encontro, demos início à oficina após um café da manhã coletivo. Intensificamos o diálogo sobre a governança de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, no qual enfatizamos o governo dos profissionais de saúde sobre si mesmos e sobre os usuários, ao qual devemos ter cautela para não operar como agentes disciplinadores de corpos, atitudes e comportamentos. Por isso, estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia.

Ressaltamos, assim, o autogoverno dos usuários quanto a administração de sua saúde ao incorporar ou não as recomendações terapêuticas e a pertinência de enquanto profissionais de saúde valorizarmos a autonomia dos usuários na tomada de decisões sobre os modos de operar a sua própria produção existencial. Problematizamos, conseqüentemente, os saberes clínicos e as tecnologias de cuidados que implementamos. Identificamos que saúde se produz para além das redes institucionais e que os cuidados junto à população em situação de rua acontecem ainda nas chamadas “redes vivas existenciais”.

Nesta oficina, os participantes também foram divididos em dois grupos para leitura do texto proposto para aquela discussão. Após leitura, ambos grupos confeccionaram mapas mentais que sintetizaram os conhecimentos. Chamou a atenção que os mapas traziam estruturas triádicas (trabalhador-gestor-usuário) e setas que explicavam a interação desses três componentes. Após a explicação dos elementos contidos nos fanzines, fizemos uma avaliação qualitativa sobre a oficina mediante a sintetização da experiência em uma palavra.

Oficina 4 - Clínica-Cuidado e Trabalho em equipe

Em nosso último encontro e diálogos sobre o artigo de Merhy, discutimos duas forças-valores conjuntamente: a clínica-cuidado e o trabalho em equipe. A primeira trouxe como foco a distinção e agenciamentos entre a clínica e o cuidado. A força-valor clínica é agenciada pelo saber técnico hegemônico em que o corpo é visto como uma máquina biológica e de modo fragmentado. Os valores são centrados nos saberes das profissões e os usuários são vistos como objetos da ação dos profissionais. Em contrapartida, a força-valor cuidado é agenciada pelos diferentes saberes em que se valoriza o conhecimento popular. O foco do cuidado é a subjetividade, singularidade e a individualidade dos sujeitos. Os usuários são vistos como protagonistas da sua produção existencial. O valor dessa força é centrado na intensidade do viver e é agenciado pelas tecnologias leves de cuidado.

Paralelamente, discutimos sobre os agenciamentos do trabalho em equipe. Este não deve ser visto como apenas uma reunião de profissionais num mesmo espaço para executar tarefas, mas sim, como uma construção ativa que implica enfrentar as diferenças, relações de poder e a construção de um comum (MERHY *et al.*, 2019). Existe uma força

que mobiliza o encontro dos profissionais visando apenas as formalidades e esta possui baixa potência para superar conflitos. Outra agencia o diálogo entre os núcleos de saber na lógica do matriciamento. Entender que no mundo do cuidado todos governam é fundamental para reconhecer a necessidade da construção compartilhada da dinâmica do trabalho em saúde.

Logo, compreendemos que a tensão produzida pela força valor clínica e cuidado produz efeitos diversos a depender do predomínio de uma sobre a outra. De tal modo, precisamos valorizar mais as práticas que produzem o cuidado mais integral em que as tecnologias leves ganham predileção. Problematizar os nossos saberes é fundamental para a melhoria das práticas em saúde. Entendemos como necessário interrogar o que já é instituído para que possamos implementar o novo. Em suma, a EPS tem nos permitido dialogar, problematizar e transformar a *práxis* profissional.

DISCUSSÕES

As ações de EPS têm como objetivo ativar processos de transformação interna e externa no cotidiano do trabalho das equipes. Elas impactam diretamente na produção de novos sentidos no fazer saúde, pois reconhecem práticas e saberes existentes e os colocam em discussão (BRASIL, 2014). Tais práticas estimulam o planejamento, execução e avaliação das ações e serviços em saúde que são ofertados pelos profissionais, com vistas à qualificação da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2018). Um dos pressupostos da EPS é o reconhecimento do cotidiano do trabalho como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas (BRASIL, 2014). Segundo Brasil (2018), a EPS é caracterizada como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

O trabalho em saúde é construído com tecnologias materiais e imateriais. No âmbito das tecnologias materiais podem ser citadas as ferramentas e instrumentos que são usados de modos determinados, a exemplo o caderno de campo, as fichas do e-SUS e os equipamentos de proteção individual. Todas estas são consideradas tecnologias duras. Além disso, também são frequentes o uso das tecnologias imateriais: as leve-duras e as leves. A primeira diz respeito aos saberes estruturados das profissões da saúde que por vezes podem se apresentar de maneira dura e outras vezes leve. A segunda corresponde a tudo que é utilizado para favorecer o encontro: “escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros” (MERHY *et al.*, 2019). Todo esse aparato tecnológico instrumentaliza o processo de trabalho das eCR que torna o cuidado prestado complexo e dinâmico.

O trabalho do CnaR acontece de modo itinerante, através das equipes que vão ao encontro das pessoas em situação de rua nos territórios onde elas vivem (ALVES *et al.*, 2021). Desenvolver processos clínicos e de cuidado na rua é mais do que estar no território, é se construir pelo território da rua; a clínica no território tem que ser também uma clínica de rua. A preposição “de” guarda então um triplo sentido para a relação entre clínica e território: estar no território; ser gerada pelo território; e fazer do território vetor de cuidado (SOUZA; MACERATA, 2015). As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências atuam e se produzem, como redes vivas (MERHY *et al.*, 2014). Estas redes são complexas e atravessam as vidas das PSR pois nelas o cuidado é produzido de diversas formas.

Magalhães (2018) afirma que no CnaR existem forças de construção de autonomia e empoderamento dos sujeitos e, ao mesmo tempo, forças de controle e exclusão, em permanente embate. Essas forças em constante tensão constituem o campo micropolítico do trabalho em saúde dessas equipes. No âmbito da força-valor governo-de-si e do outro, Merhy *et al.* (2019) colocam sobre a necessidade de compreender que nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, todos governam. Os gestores constroem e padronizam linhas de cuidado e protocolos a serem implementados pelos trabalhadores, que por sua vez, exercem o governo-de-si com um alto grau de autonomia, apesar dos desígnios da gestão e dos desejos dos usuários (MERHY *et al.*, 2019). Por outro lado, os usuários exercem seu autogoverno, implementando ou não as terapêuticas prescritas. Nesse contexto, ações de EPS que colocam em questão a identificação destas forças que agenciam as relações entre gestores, trabalhadores e usuários são profícuas para a transformação das práticas em saúde.

No âmbito da atuação dos profissionais do CnaR destaca-se o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar com reuniões de equipe para discussão de casos e temas (ALVES *et al.*, 2021). Cardoso *et al.* (2018) afirmam que o trabalho das eCR são organizados numa perspectiva de compartilhamento do cuidado para superar as dificuldades encontradas no cuidado às PSR. Diante da complexidade do viver na rua, os profissionais devem trabalhar na perspectiva da clínica ampliada justamente para superar a fragmentação do cuidado. Merhy *et al.* (2019) afirmam que a força-valor trabalho em equipe é agenciada por elementos que levam a produção de conflitos e burocratização, no entanto, existe uma necessidade para que esse agenciamento seja superado por outro que valoriza o diálogo entre os núcleos de saberes e que trabalha numa perspectiva de matriciamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva das oficinas permitiu gerar modificações e reflexões nos processos de trabalho diários dos profissionais envolvidos, bem como favoreceu o exercício criativo para construção de recursos educativos, a partir das vivências e materializações

do conhecimento em recursos visuais. O aprendizado coletivo gerou bons frutos sobre o entendimento de correlações de forças existentes no âmbito do trabalho. Estas não precisam ser anuladas e sim compreendidas e dialogadas de forma aberta. Apontamos sobre a importância do encontro e que neste, haja respeito e troca de saberes, sem sobreposições profissional e decisões mais coletivizadas, em que sejam levadas em consideração as forças-valores que permeiam as relações. Contribuiu também para reflexões e mudanças na compreensão de território, facilitando a percepção mais aprofundada das características que o integram, perpassando pela dimensão material e dando mais ênfase aos indivíduos que constroem sua dinâmica. Percebe-se ainda os afetamentos produzidos nos modos de operacionalização do processo de territorialização na rua.

Refletir sobre o processo de trabalho no contexto do CnaR enriquece as possibilidades da construção de melhores práticas em saúde. A EPS abre espaços para reflexões e trocas com vistas a melhoria da qualidade das ações e serviços que são disponibilizados aos usuários. Estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia. Foi possível também refletir sobre as tecnologias de cuidado bem como sua implementação no cotidiano. Avaliamos como necessário o desenvolvimento de oficinas de EPS para permitir a instauração de processos reflexivos e críticos entre os trabalhadores do CnaR.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000400020>

MAGALHÃES, Julia de Araujo. Clínica do consultório na rua: atenção à população em situação de rua no centro da cidade de São Paulo. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 17, n. 1, p. 14-33, 2018.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais de rua, implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Saúde em Debate**, v. 52, n. 6, p. 153-164, out. 2014.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s606>.

ROSA, Anderson da Silva; SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de. Consultório na rua como boa prática em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 465-466, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, Dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

SILVA, Camila Mendes. **Como transformar qualquer vivência em relato de experiência**. 2021, 38p.

SOUZA, Tadeu de Paula; MACERATA, Iacã. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-21, 2015.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes et al. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-6, 2020. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>