

1 **DIÁLOGOS IN (CONCLUSIVOS) DE UMA RESIDENTE DE FAMÍLIA**
2 **E COMUNIDADE:**

3 **OS DESAFIOS DE COORDENAR O CUIDADO COM USUÁRIOS DE**
4 **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

5
6 **IN (CONCLUSIVE) DIALOGUES OF A RESIDENT**
7 **THE CHALLENGES OF COORDINATING CARE FOR USERS OF**
8 **ALCOHOL AND OTHER DRUGS**

9
10 **RESUMO**

11 Este artigo foi elaborado a partir da vivência cotidiana no campo da Atenção Primária à Saúde
12 e dos registros elaborados no portfólio reflexivo de uma enfermeira residente em Saúde da
13 Família, alocada em uma unidade de Atenção Primária, na extrema zona oeste do município
14 do Rio de Janeiro. Considerando os desafios em coordenar o cuidado ao longo do rastreio,
15 diagnóstico, tratamento e alta relacionados à tuberculose, esta narrativa propõe apresentar
16 estratégias que possibilitem a produção de cuidado a usuários que fazem uso de álcool e outras
17 drogas, e que estão em situação de abrigamento. Aspectos como questões psicossociais
18 relacionados à exclusão, praticada não só pela sociedade, mas também pelos demais usuários
19 em abrigamento, familiares e profissionais de saúde, bem como o estigma causado pela doença
20 são desafios que fragilizam o vínculo destes usuários com as equipes de saúde, e também na
21 permanência nos abrigos, levando a interrupções de tratamento, e agravamento do quadro de
22 saúde. Neste contexto, a produção de artigos que visem propostas de cuidado que considerem
23 as potencialidades da Rede de Atenção à Saúde, bem como as possibilidades de apoio intra e

24 intersetoriais se mostram fundamentais para a garantia do acesso e continuidade do cuidado em
25 saúde de populações vulnerabilizadas com tuberculose.

26 **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Abrigo.

27

28 **ABSTRACT**

29 This article was prepared based on daily experience in the field of Primary Health Care and the
30 records created in the reflective portfolio of a nurse resident in Family Health, allocated to a
31 Primary Care unit, in the extreme west zone of the city of Rio de Janeiro. Considering the
32 challenges in coordinating care throughout screening, diagnosis, treatment and discharge
33 related to tuberculosis, this narrative proposes to present strategies that enable the production
34 of care for users who use alcohol and other drugs, and who are in a sheltered situation. . Aspects
35 such as psychosocial issues related to exclusion, practiced not only by society, but also by other
36 users in shelters, family members and health professionals, as well as the stigma caused by the
37 disease are challenges that weaken the bond of these users with the health teams, and also
38 during their stay in shelters, leading to treatment interruptions and worsening of their health
39 condition. In this context, the production of articles aimed at care proposals that consider the
40 potential of the Health Care Network, as well as the possibilities for intra and intersectoral
41 support, are fundamental for guaranteeing access and continuity of health care for vulnerable
42 populations with tuberculosis.

43 **Keyword:** Primary health care; Tuberculosis; Shelter.

44

45

46

47

48

49 INTRODUÇÃO

50 A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium*
51 *tuberculosis* (Bacilo de Koch), bacilo que afeta prioritariamente os pulmões, a transmissão se
52 faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro que
53 mantém a cadeia de transmissão da doença, já que a transmissão se dá apenas por pessoas com
54 a doença na forma ativa pulmonar ou laríngea, porém pode afetar outros órgãos do corpo. Pelo
55 tempo de tratamento (mínimo de seis meses) caracteriza-se como condição crônica e que possui
56 forte determinação social (Brasil, 2019).

57 Esta narrativa considera os determinantes sociais de saúde (DSS) a partir das definições
58 apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (2008), que diz:

59 “determinantes estruturais e condições da vida cotidiana
60 responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os
61 países e internamente”. Eles incluem a distribuição de poder,
62 renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu
63 acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de
64 trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente”.

66 Estudos mostram que há grupos populacionais que estão mais propensos a
67 desenvolver tuberculose, pois os determinantes sociais influenciam diretamente. Dentre esses
68 grupos, está a população em situação de rua que apresenta o risco 54 vezes maior de adoecer
69 por Tuberculose, seguido pela população privada de liberdade (28 vezes) e pelas pessoas
70 convivendo com HIV/Aids (19 vezes) (Brasil, 2024).

71 De acordo com o III LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS
72 PELA POPULAÇÃO BRASILEIRA, publicado em 2017, o perfil socioeconômico da
73 população, especificamente de homens, em uso de drogas apresenta a maioria na faixa etária
74 de 25 à 44 anos, pardos e pretos, com escolaridade entre “sem instrução ou fundamental
75 incompleto” e “fundamental completo ou médio incompleto”.

76 A partir do ano de 2021, período pós pandemia, o Brasil passa a vivenciar um aumento
77 do coeficiente de mortalidade por TB, que estava reduzindo há duas décadas, com o registro
78 de 5.072 óbitos. Tendo como perfil sociodemográfico das pessoas com TB o predomínio de
79 adoecimento em pessoas do gênero masculino (75,2%), em faixa etária economicamente ativa
80 (20 a 49 anos), e na população negra, sendo somados pretos e pardos (79,7%), e com
81 escolaridade inferior a 8 anos de estudo (51,3%) sendo os agravos associados dentre os casos
82 novos de tuberculose na PSR apresenta: AIDS (20,3%); Alcoolismo (39,4%); Tabagismo
83 (51,6%); Uso de drogas ilícitas (64,8%) (Brasil, 2024).

84 O impacto negativo nos indicadores da tuberculose pode ser explicado, em partes,
85 pelas altas demandas de saúde geradas pela pandemia nos serviços de saúde. Isso porque em
86 muitos países, os recursos humanos, financeiros e outros recursos foram realocados da TB para
87 a resposta à COVID-19 o que levou a interrupções nos serviços de saúde e a mais retrocessos
88 (OMS, 2020).

89 De acordo com Sasse e Oliveira (2019), crises econômicas graves e prolongadas
90 estimulam o aumento da população sem emprego e moradia que ocupam calçadas, viadutos e
91 praças. Para tanto, é necessário que o país possua uma rede estruturada de serviços de saúde
92 para lidar com as demandas da população.

93 Por definição, pessoas em situação de rua, são caracterizadas como indivíduos com
94 enfraquecimento de suas relações sociais e familiares, em situação de extrema pobreza e
95 inexistência de moradia regular convencional, usando espaços públicos como sua moradia e
96 sustento, bem como albergues e abrigos, de forma permanente ou temporária (Brasil, 2009).

97 Como estratégia de política pública para avançar no cuidado integral à populações
98 vulnerabilizadas, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS) que apresenta como
99 um de seus princípios a integralidade a qual pressupõe a articulação da saúde com outras
100 políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham

101 repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos representa a instituição prioritária para
102 a expansão e consolidação da Atenção Básica (Brasil, 2017).

103 No contexto do cotidiano do trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica, a
104 coordenação do cuidado, que compreende a continuidade da atenção que se integra nos seus
105 diferentes pontos da rede, é fundamental para articular ações com demais níveis de serviços,
106 seja horizontal, na própria rede da atenção primária, seja intersetorial, com outras áreas. De
107 modo que articule ações de saúde de forma sincronizada para alcançar um objetivo comum
108 (Ribeiro, 2020).

109 O trabalho a partir das demandas do território leva às equipes de atenção primária a
110 planejar suas ações de acordo com o diagnóstico situacional da população adscrita. Este
111 processo envolve a identificação do perfil da população, bem como a identificação de fatores
112 de risco e pontos de apoio. Considerando a necessidade de trabalhar a partir das relações inter
113 e intra setoriais, a identificação de pessoas em situação de rua, a presença de abrigos, cenas de
114 uso de drogas, torna-se fundamental para o direcionamento das estratégias de prevenção e
115 promoção à saúde (Moraes, 2024).

116 Este relato destina-se a refletir sobre os processos de interlocução da Unidade de
117 Atenção Primária com Entidades de Acolhimento, também chamadas de Comunidades
118 Terapêuticas (CTs). Por definição as CTs são iniciativas privadas, sem fins lucrativos, que
119 surgiram a partir da escassez ou ineficiência de serviços públicos, se organizando a partir de
120 residências coletivas e temporárias, acolhendo e prestando assistência às pessoas que fazem
121 uso abusivo de álcool e outras drogas, permanecendo ali, por um tempo determinado,
122 propositando a adoção de novo estilo de vida, pautada na abstinência (IPEA, 2017).

123 A reabilitação desses usuários, que vivem em CTs, que são geridas por instituições
124 religiosas, é baseada “em espiritualidade, novos valores e amor”, visto que se entende que o
125 abuso de drogas parte de um princípio moral, a partir do distanciamento de Deus. Cabendo aos

126 gestores destas instituições definirem o melhor projeto terapêutico para cada indivíduo, tendo
127 a fé como principal base transformadora nesse processo (Ribeiro, 2015).

128 Em sua maioria, as CTs deixam explícito que o modelo manicomial ainda persiste no
129 Brasil, com imposição de regras rígidas, separação da sociedade por período prolongado,
130 obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas e orações. Mesmo incorporadas à
131 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desde 2011 e recebendo recursos públicos, as CTs não
132 passam pela fiscalização adequada, além de não possuírem de forma regulamentada um equipe
133 de profissionais para lidar com usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas (Bardi, 2022).

134 Para realizar esta narrativa, considero que os desafios do cotidiano foram
135 fundamentais para repensar aspectos que são desafios para lidar com o manejo da tuberculose:

136 “No cotidiano dos serviços de saúde a produção intensa por modos
137 de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com
138 potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos, se
139 misturam com propostas de melhor desempenho do serviço,
140 planejamentos e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes
141 de produção de verdades se apresentam em um mesmo cenário que
142 convoca gestor e trabalhador a compartilhar a vida do usuário,
143 exercendo nessa techedura arranjos que ponham ou não em
144 evidência as multiplicidades da existência” (MERHY et. al, 2016,
145 p. 149, Apud ABRAHÃO, 2013, p. 315).

146 Apresento a justificativa desta narrativa por observar que mesmo possuindo métodos
147 eficazes para rastreio, diagnóstico e tratamento, a TB permanece como um importante e
148 relevante problema de saúde pública a nível global, permanecendo como uma das doenças
149 infectocontagiosas que mais levam o usuário acometido ao óbito no mundo (Brasil, 2024).

150 Como Enfermeira Residente em saúde da família, alocada em uma unidade de
151 Atenção Primária, situada na extrema Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, possui no
152 território uma CT, com vertente religiosa, onde vivem em torno de quatrocentos homens, sendo
153 uma região com recursos limitados e muitas vezes, de longas distâncias entre os dispositivos
154 da rede e devido a grande rotatividade desses usuários, enfrento desafios que põe em risco a
155 efetividade do tratamento contra a TB.

156 Portanto, o objetivo desta narrativa é relatar a experiência sobre os desafios que
157 dificultam a produção de cuidados em saúde relacionados à tuberculose em um território com
158 usuários homens voluntariamente institucionalizados em CT com vertente religiosa.

159 **METODOLOGIA**

160 O relato de experiência é um texto descritivo de uma experiência, apresentando seu
161 contexto de forma que contribua para sua área de atuação e para os demais profissionais da
162 área, com a possibilidade de extensão e servindo como potencial exemplo para outros estudos
163 similares (Minayo, 2014).

164 O presente relato trata-se da perspectiva de uma residente, que enfrenta desafios de
165 coordenação do cuidado relativos à TB, assim como dificuldade articulação com a Rede de
166 Atenção à Saúde (RAS) e com os dispositivos sociais disponíveis em seu território.

167 Para a elaboração destas reflexões, foram utilizadas fontes secundárias produto de um
168 recurso pedagógico denominado “Portfólio Reflexivo” que tem como objetivo a
169 complementação da carga horária prática e visa a avaliação do desempenho, aprimorando o
170 processo ensino-aprendizagem, focando nas competências relativas ao aprender fazendo
171 (SMS-RJ, 2024).

172 As impressões e inquietações traduzem os desafios cotidianos a serem enfrentados, a
173 fim de produzir cuidado com outra instituição, com os profissionais que lá atuam, bem como
174 com os usuários.

175 Do ponto de vista ético, este relato visou explorar teoricamente a vivência cotidiana
176 emergente da prática profissional de uma enfermeira residente no campo da Atenção Primária
177 à Saúde. As atividades vivenciadas compõem a carga horária no campo de prática, ou seja, o
178 trabalho vivo em ato, sob supervisão, na formação de profissionais em especialização.

179 Para produzir o conhecimento houve a sistematização dos desafios do cotidiano como
180 estratégia impulsionadora para pensar em novas formas de produzir cuidado, visto que as
181 dificuldades se tornam, naturalmente, objeto de discussão e problematização, a fim de
182 investigar e identificar nos processos envolvidos onde ocorre a falha que torna o processo
183 ineficaz ou menos eficaz (Martins Filho, 2013).

184 **O ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

185 O SUS foi instituído no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que diz: “A saúde
186 é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que
187 visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às
188 ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, artigo que por sua vez é regulado
189 pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estrutura a rede através princípios e diretrizes.
190 Sendo diretriz a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade
191 (Brasil, 2012).

192 Conforme consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, a atenção
193 básica enxerga o sujeito em com sua singularidade e convívio sociocultural, buscando a
194 integralidade. Seus fundamentos e diretrizes são: territorialização, universalidade de acesso,
195 longitudinalidade do cuidado, integralidade do cuidado e participação popular. Atuando de
196 forma descentralizada, sendo a principal porta de entrada para o SUS e centro de comunicação
197 da Rede de Atenção à Saúde.

198 Recentemente, a partir da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que
199 apresenta diretrizes, pautadas pelo princípio da integralidade, integrando uma equipe

200 multidisciplinar para a ampliação do escopo de práticas em saúde (no âmbito da APS),
201 integração de práticas de assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde,
202 facilitando a integração, comunicação e articulação com outros serviços da RAS. Desta forma,
203 no contexto da Tuberculose, a e-Multi atua principalmente nas demandas sociais e psicológicas
204 dos usuários, contribuindo para que os mesmos mantenham o tratamento adequado até a
205 chegada à cura.

206 Para produção de saúde a partir do seu conceito ampliado, não só os saberes técnicos
207 das múltiplas profissões precisam ser levados em consideração, mas também da
208 experimentação em diferentes territórios, tempos e situações, a partir de diversas perspectivas
209 de vida. Por isso, a APS requer interprofissionalidade, mas também requer a inclusão dos
210 usuários com suas experiências e saberes, para que haja ampliação das potencialidades da vida
211 a partir da produção do cuidado, para, então, chegar até a melhor maneira de lidar com os
212 problemas que não têm solução, convivendo e/ou coexistindo com as diferentes maneiras de
213 lidar e enxergar a vida dos demais ao redor (Merhy, 2019).

214 Para que haja efetiva promoção da saúde, as práticas devem ser consolidadas, voltadas
215 aos indivíduos e coletividades, no aspecto multidisciplinar, com articulação das redes,
216 considerando as necessidades em saúde da população, articulando também entre os diversos
217 atores, em território adscrito (Brasil, 2017).

218 A integralidade na promoção da saúde passa a ser uma estratégia para produção da
219 saúde que respeita as singularidades e potencialidades na construção de projetos terapêuticos,
220 de vida e na organização do trabalho em saúde, através de escuta qualificada, para que o foco
221 não seja a perspectiva estrita ao adoecimento, mas para o acolhimento de suas histórias e
222 condições de vida (Brasil, 2017).

223 A partir dos desafios vivenciados em razão da população abrigada no território,
224 população essa que vive em extrema vulnerabilidade, lidando com os preconceitos, estigmas,

225 vivências e saberes de uma equipe multidisciplinar, enfrentando ainda a barreira de acesso a
226 outros dispositivos devido a distância, foi elaborado um quadro sistematizado em 4 eixos que
227 compreendem os desafios seguidos de propostas:

228 Quadro 1. Desafios e propostas a partir das vivências no campo de prática.

DESAFIOS DO COTIDIANO DO SERVIÇO	PROPOSTAS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
ESTIGMA E PRECONCEITO	<ul style="list-style-type: none"> ● Abordar o tema em reunião de equipe. ● Promover o debate e o compartilhamento de informações entre usuários e equipe, para elucidar os mitos acerca de formas de transmissão. ● Trabalhar a importância da não exclusão deste usuário do âmbito familiar e comunidade. ● Desestimular o uso de outros termos/palavras para se referir à doença (Brasil, 2022).
INÍCIO/CONTINUIDADE DE TRATAMENTO DIFICULTADO DEVIDO A ALTA EVASÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a permanência dos usuários no território até, ao menos, o fim do tratamento, para que seja garantido a integralidade do cuidado, com objetivo de chegar a cura. ● Incluir no prontuário, de preferência, durante a primeira consulta o endereço de retorno do usuário, se houver, para que haja a possibilidade de realizar transferência de tratamento.
GARANTIA DE ACESSO	<ul style="list-style-type: none"> ● Qualificar as equipes, sendo necessário compreender o seu papel perante esta população. ● Garantir o funcionamento das unidades de saúde em horário estendido, a fim de que este usuário tenha acesso à unidade de saúde no que se sentir confortável. ● Coordenar o cuidado para garantir que o usuário tenha acesso aos demais pontos da Rede, principalmente da RAPS,

	<p>para garantir seus direitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ampliar e fortalecer o Consultório na Rua no território, caso haja necessidade de articulação para busca ativa (Tibiriçá, 2019). ● Fortalecer a atuação intrasetorial da APS com a equipe de Consultório na Rua (CNAR).
<p>ADESÃO AO TRATAMENTO/ALTA POR CURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Diminuir a rotatividade dos profissionais, para garantir uma equipe técnica com experiência e vínculo com o usuário. ● Fazer uso de linguagem simples, principalmente no momento de explicar ao usuário sobre tratamento, transmissão e cura. ● Envolver a família ao cuidado, desmistificando suas dúvidas a respeito de transmissão e tratamento, promovendo o apoio familiar. ● Promover a educação popular em saúde à comunidade, a fim de que haja disseminação de informações verdadeiras a respeito da doença, diminuindo assim o preconceito e a chance de que esse usuário seja excluído da sociedade. ● Orientar sobre o risco da interrupção do uso das medicações. ● Acompanhamento compartilhado com a e-Multi, principalmente com a Assistência Social, para a garantia de acesso aos direitos e proteção social. ● Atuar de forma humanizada, compreendendo a dinâmica

	<p>de sua rotina diária, no intuito de garantir o tratamento diretamente observado (TDO).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incluir o mecanismo de redução de danos, em caso de usuário de álcool, tabaco e/ou outras drogas, pois esses usuários representam maior risco ao abandono do tratamento, focando na sua autonomia e liberdade, para que assim diminua a possibilidade de evasão devido a abstinência (Brasil, 2003).
--	--

229 Fonte: Elaborado pela própria autora, 2025.

230 **A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E A ABORDAGEM DA TUBERCULOSE**
 231 **EM TERRITÓRIOS (IN)VISÍVEIS**

232 As unidades com equipes de saúde da família atuam em territórios que se tornam cada
 233 vez mais complexos, que são atravessados por diversos ambientes e interesses (econômicos,
 234 sociais e políticos). Portanto se torna cada vez maior a necessidade de profissionais preparados
 235 e com capacidade técnica para conduzirem suas equipes, contribuindo para a criação de novos
 236 fluxos e processos, sem esquecer a necessidade da ampliação do seu núcleo de saberes, que
 237 ultrapassam a competência técnica, mas que desenvolvam as dimensões ético-políticas e de
 238 gestão do trabalho em saúde, sendo o protagonista no cenário da estratégia de saúde da família
 239 (Silva, 2020).

240 A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017) elenca como
 241 profissionais das equipes de Atenção Básica: médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de
 242 enfermagem, contando ou não com cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico de saúde bucal,
 243 assim como Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE).

244 Pela grande influência do fator social ao risco de adoecimento por tuberculose, se torna
 245 necessário a articulação intersetorial dos dispositivos de atenção psicossocial que abrangem o

246 território. Como medida de aproximação entre os profissionais da rede, foi proposto pela
247 Coordenadoria Geral que ocorressem reuniões mensais com o CAPS do território, o que tem
248 se convertido na melhor produção do cuidado do usuário, já que é notório que os profissionais
249 de outras redes, muitas vezes, não entendem como se dá o serviço em outro dispositivo, o que
250 demonstra que a rede pouco se comunica. Visto que, devido à particularidade do território em
251 que a unidade está situada, também se faz necessário reuniões com o Consultório na Rua do
252 território (Brasil, 2022).

253 A falta de comunicação entre a RAS afeta diretamente na produção do cuidado ao
254 usuário, pela falta de conhecimento do que a rede e cada dispositivo tem a oferecer. E por ser
255 coordenadora do cuidado, a APS precisa ter íntimo conhecimento das possibilidades e
256 potencialidades propostas por cada dispositivo (Almeida, 2021).

257 A coordenação do cuidado implica diretamente na qualidade do serviço prestado como
258 um todo, visto que reduz as barreiras de acesso aos níveis de atenção, onde ocorre a integração
259 das ações e serviços no mesmo nível do sistema e no território, utilizando mecanismos para a
260 definição de fluxos, monitoramento das necessidades de saúde e dos planos terapêuticos
261 propostos, o que facilita o cuidado integral e continuado (Ribeiro, 2015).

262 Os estigmas vivenciados no campo de prática se mostram, em sua maioria, através do
263 preconceito vividos pelos abrigados, pois ainda existem profissionais que enxergam essa
264 população como marginais, e que por isso, suas dores são descredibilizadas. Recebem
265 tratamento hostil, distanciando os profissionais da saúde dos usuários em acompanhamento
266 para TB, o que dificulta a permanência desse usuário na CT em questão, pois, além de toda a
267 dificuldade vivenciada pelo ambiente insalubre que vivem, muitos experienciam o abandono
268 da família e a permanente luta em viver longe das drogas (Dias, 2019).

269 Na ESF, o enfermeiro atua no planejamento, gerenciamento e execução de ações de
270 ações de saúde individual e coletiva, supervisionando a assistência direta prestada à população

271 adscrita, gerenciamento de serviços de saúde, promove educação em saúde e permanente,
272 realiza ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, realiza articulação intrasetorial e
273 intersetorial, bem como condução das equipes (Silva, 2020).

274 **CONCLUSÃO**

275 Sendo a TB uma doença que requer longo período de tratamento e acompanhamento,
276 este relato evidenciou que o estigma social influencia na dificuldade de permanência dos
277 usuários em uso de álcool e outras drogas, que estão em situação de abrigo na CT citada,
278 assim como as práticas religiosas impostas o preconceito mútuo entre os abrigados e
279 profissionais de saúde.

280 Visto que deve-se haver maiores esforços às populações em maior vulnerabilidade, este
281 relato destaca a importância da sensibilização dos profissionais para o fortalecimento das ações
282 intra e intersetoriais, principalmente com a RAPS. A educação popular e educação permanente
283 para os profissionais de saúde, com objetivo de diminuir o estigma e preconceito para com
284 esses usuários em situação de vulnerabilidade, como estratégia para ampliação do acesso e
285 aumento de vínculo com a equipe de saúde e a comunidade, garantindo a integralidade e
286 reduzindo a taxa de descontinuidade de tratamento e acompanhamento da TB, o que
287 consequentemente contribui para a redução da taxa contaminação e morte por TB no
288 município.

289 Da mesma forma, este relato visa trazer à reflexão sobre a real eficiência e contribuição
290 das CTs, visto que são espaços pouco submetidos à fiscalização, mesmo usufruindo de isenção
291 de impostos e recursos financeiros governamentais, fazem parte da RAPS que à anos pratica e
292 luta por uma assistência em saúde mental humanizada, contra o modelo manicomial, porém,
293 em sua maioria, as CTs reforçam esse modelo.

294 **AGRADECIMENTOS**

295 Agradeço primeiramente a Deus por Sua abundante graça. À Me. Letícia Lourenço pela
296 paciência, incentivo e orientação não só durante o período de produção deste artigo. À minha
297 preceptora Fabiana e minha equipe. Às minhas companheiras de jornada, Amanda e Giovanna.

298 E por fim, dedico este artigo ao meu marido, Matheus, que abdicou do seu próprio
299 tempo de descanso para que eu pudesse me dedicar a este trabalho, sempre me incentivando e
300 me mostrando que sou capaz. Ao meu filho, Martín, que ainda não nasceu, mas já é o
301 combustível que me faz continuar e a não desistir. À minha mãe, Marli, que é a responsável
302 por eu ter chegado até aqui, que sempre me direcionou para o melhor caminho e que sempre
303 me tranquiliza nos momentos difíceis e à todos meus familiares e amigos.

304 **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

305 Almeida, H. B., Vanderlei, L. C. M., Mendes, M. F. M., & Frias, P. G. (2021). As relações
306 comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção.
307 Cadernos de Saúde Pública, 37(2), e00022020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>

308 Bardi, G., & Garcia, M. L. T. (2022). Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação
309 pela fé e a negação dos seus princípios. Ciência & Saúde Coletiva, 27(4), 1557-1566.
310 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>

311 Brasil. (2024). Boletim epidemiológico: tuberculose 2024. Número Especial. Brasília (DF):
312 Ministério da Saúde. Acesso em 30 de junho de 2024. Disponível em:
313 <https://www.gov.br/saude>.

314 Brasil. (2009). Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para
315 a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e
316 Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 de dezembro. Acesso
317 em 29 de setembro de 2024. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-
318 2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)

- 319 Brasil. (2022). Guia do orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas
320 pela tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:
321 [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/guia-](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/guia-orientador-promocao-da-protecao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf)
322 [orientador-promocao-da-protecao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/guia-orientador-promocao-da-protecao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf).
- 323 Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a
324 promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
325 correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Acesso em
326 13 de julho de 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- 327 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível
328 em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- 329 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.
330 Disponível em:
331 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
- 332 Brasil. (2021). Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública:
333 estratégias para 2021-2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:
334 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf.
- 335 Brasil. (2023). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Estabelece diretrizes para o
336 fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 22 de maio. Acesso em
337 10 de julho de 2024. Disponível em:
338 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html.
- 339 Brasil. (2019). Portaria nº 18, de 10 de janeiro de 2019. Estabelece normas para o processo de
340 coordenação e organização da atenção à saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

341 Acesso em 02 de setembro de 2024. Disponível em:
342 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html.

343 Brasil. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção
344 Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes
345 do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial
346 da União, 26 de dezembro, Seção 1, págs. 230-232. Acesso em 6 de janeiro de 2025. Disponível
347 em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=236297>.

348 Brasil. Ministério da Saúde. Regulação nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Ministério
349 da Saúde, 2017. Disponível em:
350 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf.

351 Dias, R. T. (2019). Estigma relacionado a usuários de drogas: um estudo das crenças de
352 profissionais de saúde (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz
353 de Fora, MG. Disponível em:
354 <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/9742/1/rafaelatoledodias.pdf>

355 Martins Filho, M. T., & Narvai, P. C. (2013). O sujeito implicado e a produção de
356 conhecimento científico. Saúde em Debate, 37(99), 646-654. Disponível em:
357 <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mg98rPPxkvyKSPTyD9h7pBj/>.

358 Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019).
359 Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde.
360 Saúde em Debate, 43(spe6), 70-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.

361 MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São
362 Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Minayo/publication/33023325_O_desafio_do_conhecimento_Pesquisa_qualitativa_em_saude)
363 [Minayo/publication/33023325_O_desafio_do_conhecimento_Pesquisa_qualitativa_em_saude](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Minayo/publication/33023325_O_desafio_do_conhecimento_Pesquisa_qualitativa_em_saude)

364 [/links/5788e15808ae254b1ddce366/O-desafio-do-conhecimento-Pesquisa-qualitativa-em-](#)
365 [saude.pdf](#).

366 Moraes, B. F., et al. (2024). Diagnóstico situacional de uma unidade de saúde da família
367 vinculado à formação acadêmica. Cuadernos de Educación y Desarrollo, 16(4), 1-24.
368 <https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-078>.

369 Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). Redução das desigualdades no período de uma
370 geração: igualdade na saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde.
371 Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS.
372 Disponível em: [https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatório_Final_OMS_Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf)
373 [content/uploads/2020/11/Relatório_Final_OMS_Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatório_Final_OMS_Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf).

374 Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na
375 recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. Interface (Botucatu),
376 19(54), 515-526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

377 Ribeiro, S. P., & Cavalcanti, M. L. T. (2020). Atenção primária e coordenação do cuidado:
378 dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciência & Saúde Coletiva,
379 25(5), 1511-1520. Disponível em:
380 <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/>.

381 Rio de Janeiro. (2023). Decreto nº 53.816, de 2023. Estabelece as diretrizes do Plano de Ação
382 e Monitoramento para efetivação das ações de proteção à população em situação de rua e
383 institui o Programa Seguir em Frente, dando outras providências. Rio de Janeiro: Prefeitura do
384 Rio de Janeiro. Acesso em 14 de agosto de 2024. Disponível em:
385 [https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2023/5382/53816/decreto-n-53816-](https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2023/5382/53816/decreto-n-53816-2023-estabelece-as-diretrizes-do-plano-de-acao-e-monitoramento-para-efetivacao-das-aco-es-)
386 [2023-estabelece-as-diretrizes-do-plano-de-acao-e-monitoramento-para-efetivacao-das-aco-es-](https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2023/5382/53816/decreto-n-53816-2023-estabelece-as-diretrizes-do-plano-de-acao-e-monitoramento-para-efetivacao-das-aco-es-)

- 387 [de-protecao-a-populacao-em-situacao-de-rua-e-institui-o-programa-seguir-em-frente-dando-](#)
388 [outras-providencias.](#)
- 389 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2024. Projeto Político Pedagógico: Programa
390 de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal
391 de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/>
- 392 Silva, M. R. S., Souza, G. de L., Santos, R. C., & Oliveira, A. C. de A. (2020). A vivência do
393 tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família. Esc Anna Nery, 24(2),
394 e20190209. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0209>.
- 395 Silva, S. M., Santos, R., & Oliveira, L. A. (2020). Competências dos enfermeiros na estratégia
396 Saúde da Família. Esc Anna Nery, 24(2), e20190209. [https://doi.org/10.1590/2177-9465-](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145)
397 [EAN-2019-0145](#).
- 398 Souza, E. A., Lima, R. P. S., & Santos, M. L. P. (2019). Adesão ao tratamento para Tuberculose
399 Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ),
400 Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 27(1), e00029219. [https://doi.org/10.1590/1414-](https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010292)
401 [462X201900010292](#).
- 402 Souza, P. A., & Almeida, S. de S. (2021). Os impactos da pandemia da covid-19 no diagnóstico
403 e tratamento da tuberculose. Acervo Saúde, 23(2), 13033. [https://doi.org/10.1590/0104-](https://doi.org/10.1590/0104-199000000013033)
404 [199000000013033](#).
- 405 Sousa, M. de O., Silva, A. de C., & Nogueira, J. de O. (2021). A vivência do tratamento de
406 tuberculose em unidades de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 26(10), 4749-4759.
407 <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.27682020>.
- 408 Tibiriçá, V. A., Luchini, E. P. M., & Almeida, C. S. de. (2019). Perspectiva do usuário de
409 drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial. SMAD, Revista Eletrônica Saúde

- 410 Mental Álcool e Drogas, 15(4), 183-191. <https://doi.org/10.11606/issn.1806->
- 411 [6976.smad.2019.150890](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.150890).
- 412 World Health Organization (WHO). (2023). Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO.
- 413 Disponível em: [https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-](https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023)
- 414 [tuberculosis-report-2023](https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023).