



SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM
SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

JÚLIA LUIZ SIMÕES MARQUES
RAISSA KETTRUP GODINHO
VICTÓRIA DE ANDRADE FRANÇA

**USUÁRIO-GUIA E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM TUBERCULOSE: RELATO DE
UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA NA RESIDÊNCIA**

Rio de Janeiro
2026

JÚLIA SIMÕES MARQUES
RAISSA KETTRUP GODINHO
VICTÓRIA DE ANDRADE FRANÇA

**USUÁRIO-GUIA E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM TUBERCULOSE: RELATO DE
UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA NA RESIDÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência de elaboração coletiva apresentado como pré-requisito para conclusão do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade.

Orientadores: Leticia Vieira Lourenço e Tulio César Souza Padilha

RESUMO

Este relato de experiência reflete sobre a percepção de residentes de enfermagem em Saúde da Família e Comunidade diante dos enfrentamentos vivenciados no cuidado à pessoa com tuberculose em uma comunidade do Rio de Janeiro e a aplicabilidade da metodologia do usuário-guia. O estudo fundamenta-se na compreensão de que o cuidado em saúde se constrói nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários, especialmente em contextos de vulnerabilidades sociais. Os dados derivam das experiências vivenciadas pelas residentes, considerando a influência dos determinantes sociais da saúde na adesão terapêutica. Evidenciou-se que a interrupção de tratamento decorre de múltiplos fatores, sendo mais frequentes as condições socioeconômicas, dificuldades de acesso aos serviços e insistência do modelo de tratamento biomédico. Os achados indicam que a metodologia aplicada fortalece o vínculo, amplia a escuta e favorece a construção compartilhada do cuidado, estimulando maior protagonismo do paciente. Os principais desafios identificados são as limitações estruturais dos serviços, sobrecarga dos profissionais e escassez de tempo. Nesse contexto, o letramento em saúde se apresenta como uma importante ferramenta na produção de saúde e empoderamento do usuário com potencial para melhorar a adesão terapêutica e reduzir recidivas. A metodologia do usuário-guia mostra-se uma estratégia relevante para qualificar a prática clínica na Atenção Primária à Saúde, ao articular dimensões técnicas e relacionais do cuidado.

1. Introdução

A tuberculose (TB) é uma infecção que, embora curável e evitável, coexiste com os seres humanos e permanece como um importante problema de saúde pública há séculos¹. Evidências dessa longa trajetória incluem a identificação de lesões compatíveis com aquelas causadas por seu principal agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, em esqueletos humanos datados de mais de 6 mil anos².

O impacto da TB enquanto questão global de saúde pública fica evidente quando se constata que, historicamente, a doença foi responsável por elevadas taxas de letalidade, vitimando centenas de milhares de pessoas e chegando a ser conhecida como “peste branca” no século XIX. Na segunda metade do século XX, a doença voltou a apresentar aumento de sua incidência, associado à emergência de outra infecção epidemiologicamente relevante, o HIV/AIDS¹.

Reconhecendo a importância da tuberculose a nível global, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Assembleia Mundial da Saúde de 2014, propôs a Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose, que tem como objetivos reduzir a incidência, as mortes por TB e a eliminação dos custos para as famílias afetadas pela doença até 2035³.

Ainda na atualidade, a TB permanece como uma doença infectocontagiosa de relevante impacto, tendo sido responsável, somente no ano de 2024, por uma incidência de 10,8 milhões de casos em nível global. Desse quantitativo, o Brasil diagnosticou nesse mesmo ano um total de 85.936 pessoas, registrando mais de 6.300 óbitos por TB, o que evidencia sua persistência como um importante problema de saúde pública. Em um contexto de mundo pós-pandêmico, é importante ressaltar que, desde 2023, a TB voltou a ser a principal causa de óbitos por um único agente etiológico, ultrapassando a COVID-19⁴.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose⁵, reafirmando os compromissos assumidos globalmente. O plano estrutura-se em três pilares fundamentais: i) prevenção e cuidado integrado centrado na pessoa; ii) políticas arrojadas e sistema de apoio; e iii) intensificação da pesquisa e inovação. Para cada um deles, foram definidas estratégias específicas. No primeiro pilar, destaca-se, por exemplo, a busca ativa de novos casos e contatos para um diagnóstico oportuno. No segundo pilar, a garantia de recursos para o enfrentamento da doença, assegurando insumos e medicamentos. Por fim, o terceiro pilar visa, entre outros objetivos, a incorporação de novas tecnologias para aprimorar o controle da tuberculose.

O Brasil, apesar dos avanços no diagnóstico, na notificação e no tratamento preventivo da doença, ainda enfrenta desafios no alcance de outras metas estabelecidas pela Estratégia Fim da Tuberculose, especialmente no que se refere à incidência e à mortalidade, que se mantêm elevadas. Esse cenário contribui para que o país concentre cerca de um terço de todos os casos de tuberculose registrados nas Américas⁴.

Diante desse cenário, é fundamental destacar o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento à TB no Brasil, uma vez que é a porta de entrada do

sistema de saúde. Sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde a identificação dos sintomáticos, captação para diagnóstico e tratamento, além do papel fundamental na educação em saúde, através da conscientização da população acerca da temática, representando uma potência para a redução dos estigmas atrelados à tuberculose e à pessoa que enfrenta a doença⁶.

Ao pensar na produção do cuidado, principalmente em doenças com tratamento mais extenso e que demandam mais atenção, se torna inerente a esse processo a formação de vínculo com o usuário, visto que, só assim teremos um cuidado longitudinal, conforme descrito na Política Nacional Atenção Básica (PNAB)⁷.

De acordo com o boletim epidemiológico de TB no município do Rio de Janeiro, de 2023, tanto a incidência de casos, como a interrupção de tratamentos de tuberculose ocorre em maior concentração em áreas de grande contingente populacional, sendo um dos destaques a Rocinha⁸. No entanto, sua persistência nas favelas não se explica apenas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas também pela trama de desigualdades sociais, moradias precárias, baixa escolaridade, racismo estrutural e despreparo institucional. A doença é, portanto, um marcador das iniquidades que atravessam corpos, principalmente os corpos negros e periféricos⁹.

A necessidade de cuidado direcionado a essa população, frequentemente marcada por vulnerabilidades e estigmatizações, torna-se evidente. Embora, em um primeiro momento, o estigma seja associado ao olhar do mundo exterior, proveniente da comunidade e das relações sociais em que o indivíduo está inserido, há também o estigma dos serviços de saúde, com discursos e atitudes burocráticas que colocam o usuário em um lugar de passividade e de coadjuvantes do seu próprio do cuidado. Segundo Merhy *et al*¹⁰, o usuário quando adentra a um espaço de saúde traz consigo atitudes, comportamentos e expressões que são inerentes, e que, também podem facilitar atitudes estereotipadas de profissionais que se consideram detentores do conhecimento, ocasionando um prejuízo na continuidade do cuidado daquele paciente^{10,11}.

Ademais, conforme discutido por Emerson Merhy em obra citada por Leung *et al*¹², questiona-se: “Há sujeito do cuidado na tuberculose? Há sujeito do cuidado e há sujeito em quem cuida?” Diante do exposto, compreende-se que a produção de saúde não se dá de maneira singular, devendo ser levado em consideração sua trajetória de vida, fator imprescindível para a adesão do tratamento e promoção do cuidado. De modo que o usuário precisa ser reconhecido como “gestor legítimo” do seu cuidar apresentando singularidades, desejos e saberes que devem ser valorizados, por isso, a metodologia deste estudo consiste em um relato de experiência sobre o manejo da tuberculose e a importância do usuário guia na construção desse processo assistencial^{12,13}.

Diante do exposto, este artigo tem como proposta relatar a experiência de três residentes que atuam em uma clínica da família situada em uma comunidade do Rio de Janeiro. O presente artigo foi elaborado para o trabalho de conclusão de residência do Programa de Residência Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio).

2. Justificativa

A Residência em Enfermagem de Família e Comunidade é uma modalidade de pós-graduação Lato Sensu, na qual a teoria e a prática estão alinhadas de modo que, ao estarmos inseridas no cotidiano das Unidades de Atenção Primária (UAP), temos a oportunidade de aplicarmos os conhecimentos adquiridos em sala de aula nas ações de cuidado traçadas diariamente.

O Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) foi instituído no município do Rio de Janeiro, em 2015, com o objetivo de qualificar o processo de formação profissional e fortalecer a rede assistencial. O programa segue a regulamentação do Ministério da Educação e possui carga horária total de 5.760 horas, das quais 80% são destinadas às atividades práticas e 20% às atividades teóricas. As atividades práticas são desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária (UAP), denominadas, no contexto do município do Rio de Janeiro, como Clínicas da Família (CF) ou Centros Municipais de Saúde (CMS).

Este relato de experiência foi realizado por três residentes de Enfermagem de Família e Comunidade que estão alocadas em uma das Unidades de Atenção Primária que dividem a responsabilidade sanitária da favela da Rocinha, localizada na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. Apesar do território ter aproximadamente 100% de cobertura de Equipes de Saúde da Família, é uma das comunidades que apresentam maior número de casos de tuberculose. De acordo com o Painel Epidemiológico de Doenças Crônicas Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde, em 2025 foram notificados 823 casos de tuberculose no município do Rio de Janeiro, dos quais 310 ocorreram na Rocinha, correspondendo a cerca de 37,6% do total de casos registrados no período, o que evidencia a magnitude da doença nesse território^{14,15}.

Por estarmos alocadas na mesma unidade, apesar de equipes de saúde distintas, pudemos compartilhar as percepções acerca do território, suas particularidades, potencialidades e fragilidades. Durante o período de atuação nos deparamos com a vulnerabilidade social, a violência, precariedade das condições de vida, falta de saneamento básico, entre outros condicionantes que resultam do passado, refletem diretamente no hoje e na incidência de tuberculose, assim como na interrupção de tratamento e na dificuldade do controle e manejo dos casos de tuberculose.

Apesar de compreendermos que, muitos desses determinantes ultrapassam o campo de ação da saúde e necessitam de políticas públicas intersetoriais, surge, contudo, a inquietação em relação aos usuários com TB que possuem histórico de interrupção do tratamento. Tal cenário evidencia a dificuldade de produzir cuidado efetivo e garantir a adesão dos pacientes ao tratamento, que é longo e desafiador.

Justifica-se, portanto, a construção deste relato de experiência pela necessidade de se refletir criticamente sobre os obstáculos e potencialidades presentes na assistência às pessoas com tuberculose em territórios de alta vulnerabilidade. Ao sistematizar essa vivência, busca-se contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais, fortalecer abordagens mais humanizadas

e subsidiar processos formativos que qualifiquem o cuidado e ampliem a efetividade das ações de controle da tuberculose.

Ademais, a relevância acadêmica deste trabalho se dá pela possibilidade de (des)construir saberes ao refletir sobre o usuário e seu cotidiano como partes fundamentais do cuidado, visando subsidiar práticas efetivas e humanizadas que propiciem um sistema de saúde mais inclusivo e qualificado.

Os desafios relacionados ao controle da TB representam agravos relevantes à saúde que demandam acompanhamento e vigilância contínuos. Sendo assim, estudos como este reforçam a importância da abordagem individualizada, capaz de integrar as evidências clínicas às especificidades socioterritoriais do paciente.

3. OBJETIVO

Objetivo geral

Narrar os enfrentamentos vivenciados no cuidado à pessoa com tuberculose em uma comunidade do Rio de Janeiro, a partir das experiências e desafios da residência em Enfermagem de Família e Comunidade.

Objetivos específicos:

- Refletir como os determinantes sociais e a dinâmica territorial influenciam o abandono ou a adesão ao tratamento;
- Elencar os principais desafios enfrentados durante o acompanhamento de usuários com tuberculose;
- Evidenciar a importância do usuário com história de interrupção de tratamento estar inserido no processo de cuidado, à luz da metodologia do usuário guia;
- Destacar as potencialidades de compreender a produção do cuidado com o usuário a partir da metodologia do usuário guia.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Entre becos e vielas: a tuberculose e os determinantes sociais

Os territórios da favela da Rocinha são tensionados e marcados pelo contraste socioeconômico da comunidade com os bairros do entorno, como São Conrado e Gávea. Na década de 1910 a região era predominantemente rural, com cultivo de hortifrutis e criação de granjas, de forma que a venda desses cultivos era realizada nos bairros vizinhos, onde se popularizou a fala que deu o nome para a comunidade: “as verduras e os legumes vieram lá da rocinha”¹⁶ (p. 36).

Com a perda de interesse dos antigos proprietários pelas terras e devido à sua localização estratégica na Zona Sul do Rio de Janeiro, a área passou a atrair população em situação de vulnerabilidade social, especialmente pela proximidade com oportunidades de trabalho, como serviços domésticos e construção civil. Esse

processo favoreceu o crescimento populacional e o adensamento urbano vertical que hoje caracteriza o território. Na dinâmica territorial da comunidade, cada beco e cada viela, cada loja, quadra de esporte ou laje são usados como ponto de referência por quem mora ali, de forma que todo espaço preserva uma história¹⁷.

Dentro dessa trama de vida, territorial e social, para além dos processos positivos de existência, também se inscrevem processos de adoecimento e de cuidado, que dialogam diretamente com as condições vividas pela população. Dentre eles, destacamos a tuberculose, que emerge como marcador do resultado histórico de formação da favela, assim como das desigualdades que estruturam o território.

A tuberculose é a principal causa de morte por um único agente infeccioso, superando a COVID-19. O Brasil concentra 38% de todos os casos da doença no mundo. De acordo com os dados do Ministério da Saúde¹⁸, extraídos do SES/MS/SINAN, de 2011 a 2023 houve um aumento na interrupção do tratamento e diminuição da taxa de cura, o que gera preocupação e questionamento em relação à tuberculose é sobre como está sendo realizado esse cuidado.

Compreender o processo de saúde-doença-cuidado envolvendo a tuberculose na Rocinha exige olhar para o território como espaço vivido, influenciado pelas diversas dinâmicas, conforme abordado por Milton Santos.

Nisso o papel do lugar é determinante. Ele não é apenas um quadro de vida, mas um espaço vivido, isto é, de experiência sempre renovada, o que permite, ao mesmo tempo, a reavaliação das heranças e a indagação sobre o presente e o futuro. A existência naquele espaço exerce um papel revelador sobre o mundo.¹⁹(p. 55)

O autor fundamenta a ideia de que o espaço em que o sujeito está inserido é resultado de processos econômicos, sociais e raciais. Ademais, o território molda hábitos, influencia atitudes, orienta modos de pensar. Ou seja, o lugar não é neutro, as vivências ali ocorridas exercem efeito na maneira de enxergar a vida e de agir, produzindo sentidos que, por muitas vezes, só serão compreendidos por quem também vive naquele espaço.

A identificação das potencialidades e fragilidades do território, aliada à identificação dos determinantes sociais é essencial ao se pensar em tuberculose e o quanto isso pode dificultar o cuidado ofertado. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Tuberculose de 2025, no Brasil o perfil sociodemográfico das pessoas com TB demonstra predomínio de adoecimento no sexo masculino, em faixa etária entre 20 a 34 anos, que se autodeclaram pretas e pardas²⁰.

Em relação a Rocinha, o projeto UNIR - PUC Rio 2026, com base no Censo de 2022 do IBGE, afirmou que a maioria dos moradores da Rocinha são negros (64%), sendo o percentual de população negra maior que o da cidade do Rio de Janeiro como um todo. Um outro trabalho que faz parte da pesquisa da Escola e Favela desenvolvida pelo Departamento de Sociologia e Política traz como informação que o grau de escolaridade da maioria dos moradores dessa favela é

ensino fundamental (47,6%), sendo que, 7,3% não possuem grau de instrução, evidenciando, assim, um baixo nível educacional no território^{21,22}.

Somada a isso, a insegurança alimentar, o conflito armado, o acesso limitado e as habitações precárias com pouca ventilação contribuem para que a Rocinha, na área da Zona Sul do Rio de Janeiro, se sobressaia com maior número de casos, evidenciando a extrema vulnerabilidade social presente nesse ambiente que propicia a alta incidência da TB e, conseqüentemente, a recidiva devido a manutenção dos determinantes sociais estruturais⁸.

Com isso, ratifica-se que o tratamento médico isolado, para além de uma abordagem biomédica centrada, é insuficiente quando não há intervenções nas condições sociais, reafirmando a necessidade da presença do Estado para propor e aplicar políticas de melhorias²⁴. A noção de necropolítica abordada por Mbembe se refere a esse processo, em que, muitas vezes, o Estado se utiliza da sua soberania para decidir quais grupos serão expostos à violência e à morte como forma de manter o controle político e social, sendo reprodução do capitalismo, no mundo contemporâneo²⁴.

O jurista e filósofo Silvio Almeida, conforme analisado por Bontempo²⁴, enfatiza a necropolítica como uma forma de lidar com as consequências da crise do capitalismo, que tem a morte de pessoas negras como um de seus efeitos e a importância de entender essa noção na atualidade. Mbembe ainda aborda que a guerra não se restringe ao confronto entre Estados soberanos, mas em territórios fragmentados, onde diferentes grupos armados disputam e exercem controle sobre a vida cotidiana das populações civis, o que remete na atualidade à presença de milícias e violência armada nas favelas, que se aproxima do que o autor denomina “mundos da mortes” marcado pela precarização estrutural da vida e pela exposição contínua à violência^{24,25}.

Essas condições de vida afetam as populações marginalizadas e desfavorecidas, resultando em práticas de exclusão, violência além de evidenciar a falha na gestão pública. A expressão “mortos-vivos” utilizada por Mbembe²⁵ (p. 71) se refere a indivíduos submetidos a condições de vida mínimas de sobrevivência e ao risco iminente de morte a todo momento. Diante desse cenário, surgem organizações sociais que operam como um símbolo de resistência, solidariedade e interseccionalidade ao criar redes de apoio com o objetivo de minimizar as desigualdades existentes e promover saúde²⁶.

Nakata et al²⁷ utiliza a expressão “sistema de saúde” como um conjunto de elementos que impactam o estado de saúde de forma mais abrangente, considerando além de apenas ações desenvolvidas, mas também ações intersetoriais que contemplem outros determinantes sociais de saúde. A autora ainda aponta que a construção da intersetorialidade acontece a partir da articulação de setores como “governo, sociedade civil, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia”²⁸. Essa ideia é reforçada por Junqueira²⁸ que traz a intersetorialidade como a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito

sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”²⁸ (p.42).

Ambos reiteram a importância do fortalecimento de sistemas locais de saúde, integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como fundamental para assegurar a qualidade do cuidado de maneira integral pois é através da intersetorialidade que há o protagonismo dos atores locais, que assumem o papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e necessidades do território e de seus grupos populacionais, mudando a concepção que coloca o usuário como mero doente e o reconhece como um indivíduo que possui direitos.

Os autores Santos, Cunha, Palha²⁹ apontam a intersetorialidade como uma potencialidade para garantia de cuidado à pessoa com tuberculose, mas também destacam a integralidade como essencial para fortalecer a abordagem plural e democrática, reconhecendo as necessidades multifatoriais existentes, além de promover a autonomia das pessoas e da coletividade.

Por isso, ao pensar em tuberculose, seja um caso novo, interrupção de tratamento ou recidiva, no território abordado, é fundamental reconhecer, valorizar e compreender como essas redes se integram ao cotidiano do usuário. Neste processo, a atuação multiprofissional articulado com as redes de apoio do território contribuem para ações de saúde mais dialógicas³⁰.

4.2 – Cuidado, Vínculo e Produção de Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a longitudinalidade do cuidado como uma de suas diretrizes fundamentais, pautada no acompanhamento contínuo e prolongado dos usuários⁷. Para que essa continuidade se efetive, a política identifica o vínculo como uma ferramenta essencial que aproxima os indivíduos e profissionais, favorecendo o acolhimento das demandas e a responsabilização pela saúde³¹.

Sob essa ótica, o vínculo é: “uma construção de relações de afetividade e confiança, o que possibilita o desenvolvimento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”³² (p. 21). Ao refletirmos sobre a potência do vínculo para a produção de saúde, as produções de José Ricardo Ayres surgem como referência obrigatória. Médico sanitário e filósofo, Ayres propõe uma compreensão do cuidado que transcende o modelo biomédico centrado na doença. Para o autor, a prática cuidadora só se efetiva quando, mediada por um vínculo responsável, torna-se capaz de gerar sentidos singulares para a experiência de adoecimento e de vida³³.

Em sua obra³³, o “cuidar” é um verbo que exige dois sujeitos, quem cuida e quem é cuidado, e é através do encontro que esse cuidado genuinamente se produz. Para Ayres, em oposição à abordagem biomédica centrada na doença, o fazer em saúde se constrói a partir do olhar para o contexto de vida do usuário, reconhecendo que cada indivíduo carrega consigo histórias, desejos e projetos.

Além disso, o filósofo aponta que “a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação dessubjetivadora exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional que extrapola o tecnológico, embora dependa dele.”³⁴ (p.6). Essa perspectiva vai ao encontro da teoria do processo de trabalho em saúde proposta pelo Merhy³⁵ que apresenta três tipos de arranjos, assemelhados a “valises”, referentes ao cuidado ofertado durante o encontro clínico³⁵. Essas valises correspondem às tecnologias “duras”, “leve-duras” e “leves”. Resumidamente, a primeira envolve a utilização de equipamentos; a segunda está relacionada ao saber clínico; e a terceira implica a produção de saberes, práticas e vínculos resultantes das relações entre o profissional e o usuário.

É diante desse contexto, mediado pelas tecnologias leves, que se desenvolve o conceito de “projeto de felicidade” abordado por Ayres³³, pautado na compreensão de que todo usuário é um ser de projetos, constantemente planejando e buscando sentidos para sua existência. Isso implica reconhecer que a adesão terapêutica, como em casos da tuberculose, é inevitavelmente atravessada por desejos, necessidades concretas e horizontes de felicidade³³. O cuidado ofertado pela Atenção Primária, sob essa perspectiva, não pode se limitar à prescrição de medicamentos ou ao monitoramento de exames; deve acolher a pessoa em sua totalidade, considerando seus projetos de vida como parte integrante do processo terapêutico.

Ainda refletindo sobre a construção do vínculo, este se dá de maneira complexa e demanda diálogo, escuta ativa e cooperação entre todas as partes. Tal processo não se limita ao profissional médico ou enfermeiro que rotineiramente realiza as consultas, mas expande-se às múltiplas interações que o usuário estabelece com o serviço de saúde e a todos os profissionais que o assistem. Como destaca Ayres, as orientações técnicas podem até se repetir, mas é no encontro autêntico entre quem cuida e quem é cuidado que a relação se transforma, abrindo caminho para um cuidado humanizado capaz de produzir efeitos verdadeiramente positivos³³. A autora Bell Hooks reafirma esse pensamento ao propor que “é bastante difícil conseguirmos nos curar em isolamento: a cura é um ato de comunhão”³⁶ (p.18).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), cada profissional possui seu escopo de funções, mas todos podem atuar como aliados na vinculação do usuário ao serviço. A equipe da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e ACSs e soma-se ao apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (e-multi), que pode incluir psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e nutricionistas, entre outros³⁷. Essa diversidade de olhares e saberes é uma potência: o usuário que não estabelece vínculo com o médico ou enfermeiro pode encontrá-lo na relação com o agente comunitário; aquele que resiste ao acolhimento do enfermeiro pode sentir-se ouvido pelo psicólogo. O vínculo, portanto, não é propriedade de um profissional específico, mas uma construção coletiva, tecida nas múltiplas tramas do cuidado cotidiano.

A falta de construção de vínculo interfere no tratamento de doenças, como a da tuberculose, uma vez que seu abandono se relaciona com a qualidade do atendimento recebido no serviço de saúde. Como reiteram Ribeiro e Ferreira³⁷, populações marcadas por atravessamentos e vulnerabilidades tendem a apresentar barreiras na construção do vínculo, repercutindo diretamente no desfecho do processo terapêutico.

A autora Bell Hooks, professora e ativista que dedicou parte significativa de sua obra à reflexão sobre o amor como prática política e ética, tem oferecido contribuições importantes para pensar o lugar do afeto nas práticas de cuidado. Em “Tudo sobre o amor”³⁶, Hooks propõe uma “ética amorosa”, que quando abraçada, insere em nossas relações os ingredientes fundamentais: “cuidado, compromisso, confiança, responsabilidade, respeito e conhecimento”. Viver dentro de uma ética amorosa é, sobretudo, uma escolha de se conectar com o outro, reconhecendo sua humanidade e estabelecendo vínculos que transcendem a lógica instrumental ³⁶ (p.111).

Vale destacar que o “amor” que tem destaque nas obras da autora não se restringe ao campo do sentimentalismo romântico, e sim, do amor como transformação política, um ato de resistência e uma força capaz de transformar todas as esferas da vida ³⁶ (p.11).

Quando estendemos essa reflexão ao campo da saúde, percebemos que a ética amorosa citada encontra ressonância direta com o princípio da integralidade no SUS. Ambas as perspectivas reconhecem que o cuidado humanizado só se efetiva quando o outro é acolhido como sujeito, e não como objeto de intervenção, em encontros que articulam conhecimento técnico com respeito, responsabilidade, autonomia e abertura para o diálogo. Para ela: “uma ética amorosa pressupõe que todos têm o direito de ser livres, de viver bem e plenamente” ³⁶ (p.111).

4.3 – Metodologia do Usuário Guia e Letramento em Saúde

Durante a residência foi possível vivenciar inúmeros casos de interrupção de tratamento, o que permitiu que pudéssemos analisar de forma crítica desde a abordagem inicial até os possíveis entraves ao longo desse processo. Isso nos fez repensar o caminho e considerar outras formas de cuidado, que não apenas o protocolar.

O encontro com a metodologia do usuário guia tem como origem às pesquisas sociais de Ermínia Silva, que utilizava essa ferramenta para estudar a população circense. Tal grupo representa um desafio, visto que possuem natureza naturalmente nômades e exigia estratégias para o acompanhamento. A técnica permitia “pegar na mão e deixá-lo [Benjamin, o artista guia] me levar por sua história”³⁸ e, dessa forma, era possível mapear o modo de viver, lugares, práticas e saberes, estudando sua vida ao mesmo tempo em que se produzia um novo caminho. No campo da saúde, essa metodologia foi designada como Usuário-guia, que além de se apresentar como uma potência na produção de cuidado também

influencia usuários, profissionais de saúde e gestores na tomada de decisão em políticas públicas de saúde³⁰.

Considerando que a finalidade deste relato é compreender como o usuário se desloca dentro e fora da rede, pautado na necessidade de reconhecer os anseios e comportamentos para um cuidado humanizado, a metodologia proposta pelo “usuário-guia” surge como uma ferramenta de análise que possibilita organizar os processos de trabalho, utilizando um usuário real do território que vai orientar a aprendizagem e reflexão tanto do usuário como dos profissionais. A seleção do usuário é embasada em necessidades complexas, múltiplas demandas e desafios no cuidado que exijam a reorganização interprofissional e diálogo com vários pontos da rede. Funciona como “um guia” porque a partir do caminho percorrido e da análise realizada pela equipe, serão reavaliados fluxos desnecessários, barreiras de acesso e falha de comunicação, permitindo inclusive identificar fragilidades e potencialidades³⁸.

Malta e Merhy³⁸ discorrem sobre as fragilidades encontradas que fragmentam o cuidado durante o percurso de um usuário com doença crônica não transmissível no SUS, como a ausência de gestão e regulação dos processos que dificultam o fluxo e articulação intersetorial, atitudes de desresponsabilização do cuidador seja por falta de vínculo ou conhecimento, culminando em mais despesas, além de não ter um cuidador que articule todo o processo, fazendo com que haja tantos erros e procedimentos desnecessários que muitas vezes somente o usuário é capaz de recuperar percurso da sua peregrinação, fazendo o papel do próprio guia condutor.

É fundamental que a equipe de saúde considere o território e o contexto social em que o indivíduo está inserido, incluindo a existência de rede de apoio, seus determinantes sociais de saúde e as condições que atravessam o processo de adoecimento. Além disso, compreendendo que o trabalho em saúde deve acontecer de forma integrada, sendo conduzido por diferentes olhares, saberes e práticas, a discussão do caso com a equipe multiprofissional possibilita a construção de estratégias de cuidado adequadas à singularidade do usuário, desconstruindo a ideia de que ele representa apenas uma doença e levando em consideração a sua multiplicidade¹⁰.

Merhy ratifica que “Trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades existenciais, como redes vivas em produção.”¹⁰

A metodologia é centrada no usuário, tendo como ponto de partida a vida concreta, e não de um protocolo ou conduta. Durante a investigação ou construção da linha do tempo, realizada em consultas ou visitas frequentes, é necessário levantar questionamentos que nos levam à reflexão crítica, como: “Quais barreiras foram encontradas? Que conduta profissional limitou sua autonomia no processo de decisão?”, visto que, os próprios profissionais de saúde, estabelecimentos, práticas discursivas e processos de organização configuram-se como tecnologias de cuidado que restringem ou ampliam o acesso³⁹. Posteriormente, a partir dos impactos produzidos na vida do usuário-guia, as intervenções são pactuadas juntamente com

o indivíduo a fim de que ele participe ativamente do processo de cuidado, tomando as próprias decisões, sendo corresponsável e fortalecendo assim o autocuidado. O profissional atua como um facilitador e não como detentor do saber³⁰.

Malta e Merhy³⁸ abordam que na micropolítica, isso é, o que acontece no cotidiano do trabalho em saúde, é indispensável o uso de tecnologias leve e leve-dura, que envolve acolhimento, escuta, conhecimentos, orientações e saberes do profissional, para lidar com a subjetividade das relações, no momento do trabalho vivo em ato entre profissional e usuário. Ou seja, o cuidado é produzido na relação, o profissional utilizando sua capacidade de relacionamento e sensibilidade, enquanto o usuário tem expectativas, diante de um ambiente subjetivo.

Considerando então a necessidade das orientações serem mais próximas da realidade do indivíduo, é fundamental que os profissionais de saúde avaliem o nível do letramento em saúde, uma vez que esse entendimento influencia diretamente em como ele decide e age em relação à própria saúde⁴⁰.

A Organização Mundial de Saúde vem enfatizando a relevância do letramento em saúde para as ações de promoção de saúde. Alguns estudos também têm evidenciado que níveis baixos de letramento em saúde estão associados com desfechos desfavoráveis em doenças crônicas⁴¹.

Ao adotar a perspectiva de acompanhar a trajetória do usuário-guia, o letramento em saúde se demonstra fundamental, pois este é entendido como o conjunto de habilidades que capacita indivíduos, famílias e comunidades a acessar, compreender, avaliar e aplicar criticamente informações em saúde⁴³. Na prática isso significa tornar conhecimentos técnicos-científicos em uma linguagem acessível, trazendo exemplos e comparações da própria realidade do indivíduo, para que ele possa fazer associações, facilitando assim o entendimento da fisiopatologia e do tratamento proposto. Para os profissionais, é uma ferramenta que se faz essencial para melhora da adesão, dos desfechos clínicos e participação do usuário durante o tratamento de Tuberculose, principalmente na população mais vulnerável⁴².

Esse processo exige, além da prática clínica, escuta qualificada, conhecimento de competências culturais e abordagem dialógica. Nesse contexto, o uso de ferramentas, aliado a abordagens visuais e construção coletiva, como jogos, quizzes e nuvem de ideias, promove o acesso à informação, favorece o entendimento do usuário, contribui com o autocuidado e amplia a disseminação do conhecimento⁴³. Mais do que informar, essa prática funciona como estratégia de conscientização pois promove o envolvimento ativo do usuário nas tomadas de decisão, favorecendo o entendimento da importância do seu papel no processo de corresponsabilidade no cuidado.

Com base no vivenciado ao longo da residência ficou evidente a importância de abordar e repensar formas de cuidado e, por isso, a metodologia adotada, associada ao letramento em saúde se tornou essencial para que esse processo de cuidado facilitasse o vínculo entre profissional e usuário.

5. Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza reflexiva, que teve como base as diretrizes pedagógicas do PREFC, na qual o trabalho científico deve ser realizado a partir da identificação dos problemas no cotidiano a fim de auxiliar em melhorias utilizando o saber acumulado ao longo da vida, a aplicação produtiva desse conhecimento e, então, ser capaz de direcionar a conduta com relação ao trabalho de maneira longitudinal e centrada no usuário⁴⁴.

Para o desenvolvimento deste relato de experiência, optou-se pela análise e discussão da metodologia do usuário-guia, compreendida como ferramenta potente para leitura crítica dos processos de cuidado. Tal abordagem favorece a problematização dos percursos assistenciais, a valorização da oralidade e da escuta dentro dos processos de cuidado, assim como a articulação entre diferentes níveis de atenção e a reflexão crítica acerca das relações de saber instituídas.

A abordagem do usuário-guia reorganiza o cuidado a partir da vida do indivíduo, considerando suas particularidades como a maneira de viver, o território envolvido, os acessos e suas barreiras, aspectos de saúde, produção de redes vivas e sua experiência de vida, dessa forma propondo conhecer o indivíduo em todos os âmbitos, deixando-o como protagonista da sua história e do cuidado produzido, diversificando e aprofundando as relações entre a equipe de saúde e o usuário do sistema de saúde, maximizando “soluções” e, assim, resultando na diminuição do risco de interrupção do tratamento³⁰.

Ademais, essa metodologia não discute somente as necessidades de saúde do indivíduo, mas volta o olhar a outras dimensões da vida dele que não estão inseridos nos serviços de saúde. Além do mais, a metodologia aplicada também se torna importante para os pesquisadores, gestores e profissionais de saúde frente à tomada de decisões relacionadas às políticas públicas de saúde³⁰.

Compreende-se que o usuário guia não é aquele que representa a média, mas sim aquele que tenciona o cuidado, provoca deslocamentos, evidencia lacunas e abre espaço para reinvenções clínicas, políticas e éticas, ou seja, um usuário que configure um alto grau de complexidade⁴⁵. Dessa forma, o relato apresentado refere-se ao desenvolvimento e uso da metodologia, e não à análise de um caso individual específico, com a finalidade de refletir, identificar lacunas e propor mudanças na forma de cuidado, servindo como instrumento pedagógico e assistencial.

Desta forma, o presente trabalho apresenta, através de um relato de experiência, as vivências de três residentes de enfermagem lotadas em uma CF localizada na comunidade da Rocinha, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Tal vivência ocorreu no ano de 2025, tendo duração de 6 meses de prática formativa, referindo-se ao processo de estudo, discussão e problematização da metodologia, e não à aplicação sobre um usuário específico.

As pesquisadoras Daltro e Faria⁴⁶ trazem o relato de experiência como uma produção científica complexa, capaz de sensibilizar o pesquisador, tornando-o simultaneamente autor e sujeito de experiência. O conhecimento surge através das experiências vividas, sensações e pensamentos, indo além da lógica racional. A

partir das análises críticas decorrentes dessa experiência, as discussões foram articuladas com um arcabouço teórico, legitimando a experiência enquanto fenômeno científico, conforme Daltro e Faria⁴⁶.

5.1 Questões éticas

Considerando que a metodologia do usuário-guia implica análise de percurso assistencial a partir de dados individualizados, e que o presente trabalho não obteve apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), optou-se por redirecionar o estudo para um relato de experiência formativa acerca da apropriação teórica metodológica dessa estratégia e suas possibilidades de aplicação no contexto da Atenção Primária, estando de acordo com o artigo 1º da Resolução N° 510 do dia 07 de abril de 2016, mais especificamente incisos VII e VIII.

6. Resultados e discussão

Os resultados e discussões deste trabalho são frutos das reflexões construídas ao longo do processo formativo das residentes, da vivência do cuidado à tuberculose na Atenção Primária à Saúde e da apropriação teórico-metodológica da estratégia do usuário-guia.

Para melhor compreensão das análises apresentadas neste trabalho, optou-se por organizar a exposição dos achados de forma progressiva, partindo dos fenômenos macroestruturais para microestruturais. Inicialmente, será evidenciado o contexto sociopolítico e territorial; em seguida, serão discutidas as dificuldades relacionadas à organização do trabalho e dos processos institucionais; por fim, será abordado a prática do cuidado por meio da metodologia do Usuário Guia, evidenciando suas potencialidades e fragilidades no processo de implementação.

Em relação ao contexto sociopolítico e territorial, observou-se que, embora a favela possua três unidades de atenção primária distribuídas na área e monitoramento contínuo realizado pelos ACSs, os principais desafios se perpetuam na configuração singular que os determinantes sociais assumem nesse território.

Durante a prática, constatou-se a presença do conflito armado permanente, a insuficiência de saneamento básico, marcado pelo esgoto a céu aberto e diversos pontos de coleta de lixo disfuncionais, além da presença de animais, como porcos, que dejetam fezes e urina ao ar livre propiciando a propagação de doenças, convergindo com o observado no estudo de Khalil et al⁴⁷. Impressiona, também, a verticalização das habitações, frequentemente muito próximas e sobrepostas, com pouca ou nenhuma incidência de luz solar, ventilação precária que mantém odores e microorganismos em suspensão naquele ambiente, influenciando diretamente na cadeia de transmissão da tuberculose, conforme discutido por Moreira et al⁴⁸.

Associado a esses fatores, condições como insegurança alimentar, sobrecarga profissional, cansaço físico, medo da violência e dificuldade na melhoria

das perspectivas de vida da população residente são evidentes, influenciando diretamente na saúde física e mental da população, o que corrobora com Rabelo e Pacheco⁴⁹.

Outrossim, a comunidade caracteriza-se por uma ampla diversidade cultural, composta por indivíduos de origens variadas que compartilham, contudo, condições semelhantes de vulnerabilidade social. Essa disparidade torna-se ainda mais evidente quando se considera a proximidade geográfica da Rocinha e o bairro São Conrado, cujo elevado Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, elaborado pela PNUD⁵⁰, evidencia profundas iniquidades sociais. Conforme aponta Aragão⁵¹, embora a Rocinha possua localização privilegiada devido a facilidade de acesso ao transporte público, proximidade dos grandes centros de emprego, lazer e serviços públicos, essa vantagem geográfica não a isenta dos conflitos armados ali presentes.

Por isso, é impossível dissociar a produção do cuidado à tuberculose das fragilidades do território, visto que, conforme as reflexões de Milton Santos¹⁹, este não se configura apenas como um espaço geográfico, mas um ambiente de construção social que foi moldado por relações de poder e interações históricas. Tal compreensão dialoga com o relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que destaca que a distribuição desigual de poder, renda, bens e serviços prejudica as condições de vida cotidiana da população⁵².

Torna-se evidente, portanto, que a iniquidade social interfere na adesão ao tratamento e na continuidade do acompanhamento em saúde. Essa ideia se reafirma quando comparada à conclusão de um relato publicado em 2023 por médicos de família e comunidade, o qual teve como conclusão que a interrupção do tratamento é um processo multifatorial devendo ser melhor analisado junto às populações vulneráveis⁵³.

Diante desse contexto e da teoria do processo de trabalho em saúde proposta por Merhy³⁵ já apontada neste relato, um território com necessidades específicas como o da Rocinha, onde a população demanda de vários dispositivos das redes de saúde, percebemos que a tuberculose não é o único alvo que necessita de compreensão e serviços³⁰. Nessa perspectiva, o residente de enfermagem de família e comunidade emerge como um agente transformador de saúde, articulando as diferentes tecnologias e reforçando a centralidade da tecnologia leve, mediando, assim, o processo de reconhecimento dos valores e necessidades do indivíduo em tratamento, reafirmando-o como sujeito ativo do próprio cuidado.

A residência de enfermagem em família e comunidade proporciona vivências práticas e desafios reais dentro do contexto do SUS, a proximidade com o território vulnerável atendido, a necessidade de inserção e análise da realidade territorial local estimula uma formação socialmente sensível, o desenvolvimento de raciocínio crítico e o compromisso ético. Além disso, favorece a articulação entre conhecimento e prática, ampliando a competência para lidar com desigualdades sociais e reforçando os princípios de universalidade e equidade. Dessa forma, os programas de residência qualificam o profissional, enquanto potencializam e

fortalecem os serviços de saúde pública, estimulando o cuidado integral, humanizado e a responsabilização entre a equipe de saúde e o usuário⁵⁴.

De acordo com Ayres⁵⁵, a integralidade é uma força fundamental, pois, sem ela, a universalidade se reduziria a uma simples formalidade permitindo práticas irrelevantes para a saúde do usuário e a equidade se tornaria um conceito abstrato. Sendo assim, no campo prático observou-se que as condutas dos residentes visavam esse conceito, incluindo também a intersetorialidade, que se apresenta como um diferencial essencial para intervir nos processos saúde-doença-cuidado.

A residência visa o “aprender fazendo”, oferecendo uma abordagem prática frente a casos complexos e desafiadores, permitindo que o residente acumule conhecimento ao longo do programa. Na experiência enquanto residentes, observou-se que o atendimento a pacientes com tuberculose, principalmente aqueles que possuem histórico de interrupções de tratamento, os residentes conseguiram produzir relações, através de acolhimentos, vínculos em diferentes espaços físicos, justamente por estar nesse processo de aprendizado e demonstrar maior sensibilidade, em contraste com outros profissionais de saúde que, em razão, da prática cotidiana tendem a adotar condutas mais rígidas.

Outro ponto que ficou bem evidente ao longo do percurso do processo formativo foi que, apesar de alguns profissionais adotarem condutas mais protocolares, a integração com a residência de enfermagem proporciona a troca de informações, discussões e o planejamento das ações, impulsionando a melhora dos serviços e fortalecendo a APS. Ademais, em alguns momentos, era possível perceber que os contatos diretos em reuniões com outras categorias profissionais influenciavam na reflexão crítica sobre suas condutas práticas e até mesmo mudanças de posturas. Os autores Dos Santos Gomes et al⁵⁶ e Magalotti et al⁵⁷ corroboram com as experiências descritas, ressaltando que essa interação é essencial tanto para a formação acadêmica, quanto para a manutenção do trabalho das equipes com qualidade.

Por outro lado, ao longo desse percurso deparamo-nos com as diversas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na APS, como a elevada carga assistencial, a responsabilidade de ofertar cuidado integral e humanizado, os conflitos interpessoais, a pressão constante pelo alcance das metas e indicadores, a acomodação dos profissionais já habituados com o modelo biomédico, que dificulta a adesão à proposta de cuidado ampliado, sendo estes dois últimos fatores também apontados como dificuldades por Ramos e Rennó⁵⁸ (p.5). Enquanto residentes, as atribuições também são múltiplas, iniciando na assistência e perpassando pela responsabilidade de pensar e desenvolver novas formas de cuidado para a população, de desenvolvimento de ações, bem como o aprimoramento de habilidades de liderança e gestão. Ademais, com a presença do residente de enfermagem na unidade de atenção primária, este frequentemente se torna a primeira opção para assumir setores e escalas de serviço, sobretudo por falta ou sobrecarga de profissionais, sendo também acionado, na maioria das vezes, para apoiar ações relacionadas à organização da infraestrutura e fluxo assistencial.

Esses fatores resultam em descontentamento por, em determinados momentos, comprometerem a realização de outras atividades de campo, gerando o questionamento acerca da residência como possível fonte de uma mão de obra barata. Soma-se isso a ambiguidade do residente que, quando conveniente ao serviço, assume a posição ativa na coordenação do cuidado e na liderança da equipe mas, em outros momentos, tem sua autonomia reduzida ao ocupar apenas o lugar de “educando”.

Esta sobrecarga institucional resulta em intensa estafa mental e, por fim, reduz o tempo para prestar assistência de qualidade⁵⁹. Isso é perceptível no campo prático pois como já abordado a demanda e a cobrança são intensas, assim como as competências a serem desenvolvidas. Podemos afirmar, contudo, que essa sensação de esgotamento não se aplica apenas aos residentes de enfermagem de família e comunidade ou enfermeiros, mas também aos médicos, técnicos de enfermagem, ACS e profissionais da equipe multidisciplinar.

Merhy³⁵ critica o modelo assistencial de cuidado que advém de uma lógica acumulativa do capital financeiro, o qual não busca proteção à vida no âmbito individual e coletivo, mas anseia pelo controle da incorporação da tecnologia de alto custo, mesmo que isso resulte em prejuízo aos usuários. O autor ainda aponta que o sistema atual é pautado pela priorização dos protocolos que mecanizam o cuidado e o alcance de metas quantitativas, reduzindo o profissional de saúde ao “núcleo prescritor”, ou seja, detentor do conhecimento. Todavia, ele ainda ressalta que as práticas baseadas na troca com usuário, escuta e vínculo, permanecem em constante tensão, reivindicando espaços para a construção de uma atenção integral e humanizada.

Nesse panorama, a vigilância em saúde sobre casos complexos perde um pouco de espaço no cotidiano, fazendo com que a equipe de saúde, por vezes, atue como uma mera “cuidadora do capital”*, realizando um trabalho focado prioritariamente no alcance de números, como apontado por Merhy³⁵. Entretanto, é exatamente nesse momento que os residentes de Enfermagem de Família e Comunidade se apresentam como um alento, disputando e produzindo atos de cuidado que rompem com a mecanização do trabalho, olhando e agindo em conjunto com os usuários.

As reuniões de equipe, frequentemente conduzidas por residentes, acabam se apresentando como espaços fundamentais para discussão de casos complexos, visto que, nesse momento, todos os membros da equipe de saúde estão presentes e cada um pode revisitar sua compreensão sobre o sujeito assistido para qualificar a oferta terapêutica. A figura do ACS, profissional que mantém contato direto com o território, além de poder residir nele, é estratégica pois nos ajuda a identificar também as necessidades daquele ambiente. Além da equipe em si, esses espaços propiciam o apoio matricial com a equipe multidisciplinar ou com o CAPS, como acontecia no nosso campo prático, colaborando, assim, para a continuidade do cuidado de forma integral, conforme reforçam também Magalotti e Viana⁵⁷.

Ao pensar em gestão e trabalho em saúde, revisitamos o conceito “trabalho vivo em ato” proposto por Merhy, conforme aborda Neves⁶⁰. Tal premissa emerge

das tecnologias leves e das subjetividades tecidas nos encontros, possuindo uma forma livre para acontecer, sem imposição de roteiro, sendo capaz de imprimir novos rumos aos atos produtivos em saúde.

Evidentemente, o “trabalho vivo” não se limita às reuniões de equipes semanais, podendo ocorrer em visitas domiciliares, na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e nas abordagens com familiares ou usuários. Isso ocorre porque esse cuidado advém da interseção do encontro, da potência gerada pelo afeto e pelo imprevisto. Ela não pertence exclusivamente ao profissional ou ao sujeito, sendo, na verdade, criado e modelado pela singularidade desse encontro⁶¹.

Diante dessa perspectiva e da realidade da Rocinha, refletimos sobre os usuários em tratamento de tuberculose e nos inquietamos com a incidência de interrupções e recidivas, e com isso, uma pergunta se torna inevitável: o que motiva a interrupção do tratamento? A resposta só pode ser encontrada por meio da escuta qualificada, que acolhe a história de vida do usuário e considera seu percurso no sistema de saúde, e, por isso, a implementação da abordagem do Usuário-Guia se apresentou como uma potência.

Embora essa estratégia tenha alta aplicabilidade teórica na residência, uma vez que a produção de cuidado vai de encontro com os princípios doutrinários do SUS, em especial a integralidade e a equidade, a prática demonstra limitações. A sobrecarga e escassez de tempo impede a implementação da metodologia em larga escala. Assim, essa produção de cuidado acaba direcionada à pacientes extremamente complexos, onde de fato o modelo de cuidado hegemônico não obteve o desfecho esperado.

Considerando que, o indivíduo participa ativamente da construção do plano de cuidado e tem autonomia para tomar as próprias decisões, conforme explicita Merhy³⁰, a aplicação da metodologia não é uma garantia determinística de alta por cura, existindo a possibilidade do tratamento não ser concluído. Porém, ainda assim, ela apresenta vantagens quando comparado ao modelo hegemônico, principalmente quando pensamos sobre a importância de se apropriar da realidade vivida pelo usuário, de estabelecimento de vínculo e de humanização do cuidado.

As limitações da clínica tradicional, segundo o modelo biomédico, foram problematizadas por Ayres ainda em 1995, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de promover a emancipação e a inclusão de usuários e trabalhadores nos serviços de saúde. Ao afirmar que “no trabalho em saúde os objetos são sujeitos”, Ayres³⁴ coloca em questão até que ponto esse modelo de promover saúde consegue, de fato, reconhecer e dar lugar aos sujeitos nos processos de trabalho em saúde.

As experiências vivenciadas demonstraram que o enfrentamento da tuberculose na Rocinha exige mais do que ações biomédicas. Exige coragem institucional para sustentar vínculos, formação sensível dos profissionais, políticas intersetoriais que dialoguem com o território e práticas que reconheçam o usuário como sujeito do cuidado.

No nosso contexto, a aplicação da metodologia do Usuário-Guia foi pensada para o usuário que apresentava histórico de interrupção de tratamentos e que

evidenciava a necessidade de irmos além de consultas protocolares, a fim de compreender como, enquanto, residentes poderíamos atuar tensionando a rede de saúde, além de produzir novas formas de produzir cuidado.

Identificamos que ao utilizar essa abordagem deixamos que o usuário nos conduza através da sua história de vida, das barreiras enfrentadas, das vulnerabilidades que o cercam, dos seus projetos de vida e sonhos. Através desses percurso traçado, enquanto profissionais, nos cabe seguir nos trilhos dispostos a nossa frente, abertos a vivenciar o encontro que ali se apresenta e a partir dele desenvolver o processo terapêutico.

Como Ayres³⁴ menciona em suas produções, as orientações podem ser repetidas, mas é a partir da relação entre usuário e profissional que há a qualificação do cuidado proporcionando um efeito humanizado.

A convivência com o Usuário-Guia também nos confrontou com nossas próprias limitações como residentes: o desejo por resoluções céleres, a expectativa de adesão imediata e a angústia diante do sofrimento que não cabe nos protocolos. Mas foi justamente nesse desconforto, que emergiram outras formas de cuidar, mais lentas, potentes e implicadas.

A urgência em compartilhar o caso com a equipe multiprofissional, assim como a equipe técnica de referência e o agente comunitário de saúde se torna inerente a esse processo de humanização do cuidado e, é através das discussões de caso em reuniões de equipe ou visitas domiciliares que se gera a ânsia em aprofundar e compreender a necessidade do sujeito, consequentemente, colocando-o como corresponsável do seu cuidado.

Sentimos, portanto, que houve uma provocação à equipe, que evidenciou que o cuidado não se resume a garantir tratamento supervisionado ou a “doença” em si. Ele precisa ser afetivo, crítico, territorializado e construído à muitas mãos. E, sobretudo, precisa reconhecer a potência das favelas como espaços de vida, e não apenas de carência.

Não obstante, durante a implementação da metodologia no nosso cotidiano, enfrentamos desafios que transcendem a Estratégia de Saúde da Família, estando vinculados à cultura institucional, às condições de trabalho e aos modelos gerenciais rígidos. Devido à demanda assistencial, o tempo destinado à escuta qualificada e à reflexão sobre os casos tornou-se extremamente escasso, pressionado pela cobrança constante por metas e indicadores quantitativos. Como o estreitamento de vínculo é um dos pilares dessa metodologia e exige, portanto, uma escuta ativa, a escassez de tempo configurou-se como um obstáculo central. Outra dificuldade significativa foi a fragmentação do cuidado, intensificada pela rotatividade profissional e pelos ruídos de comunicação entre os diferentes pontos da rede.

Apesar da rotina intensa de atendimentos, observamos um resultado potente: quando dedicamos um tempo maior à explicação da cadeia de transmissão da Tuberculose, sinais e sintomas da doença, os usuários imediatamente nos davam devolutivas com raciocínio embasado nas informações recebidas, conseguindo identificar parentes ou amigos com sintomas de tosse e

emagrecimento importante, por exemplo. Isso demonstra que o cuidado compartilhado potencializa a vigilância no território, transformando o indivíduo em agente ativo.

Essa experiência nos levou a refletir sobre como o sistema de saúde pode se organizar para manejar esses casos, apesar das interferências inerentes ao cuidado. E então, compreendemos que o mais importante é saber como esse sujeito recebe, entende, interpreta e lida com o diagnóstico. Afinal, embora atuemos no território, a maneira como as relações sociais se organizam e moldam aquele sujeito dentro do contexto vivenciado nos é, muitas vezes, alheia, visto que não pertencemos àquele lugar e acessamos apenas fragmentos das realidades durante as consultas.

Ao realizar as explicações, buscamos adequar a linguagem técnica à realidade da usuária, promovendo o que se define como letramento em saúde. O objetivo é garantir a clareza e comunicação entre profissional-usuário, permitindo que a informação se torne uma ferramenta de instrumentalização de escolhas conscientes⁴¹. Esse processo reconhece que, conforme Freire⁶², o homem é um ser social, inserido em um contexto social, econômico e cultural que influencia diretamente nas suas tomadas de decisões.

Sob essa ótica, entendemos que para a construção do cuidado devem ser levados em consideração os determinantes sociais presentes, além das interações coletivas, conforme sistematiza Ayres³³ (p.28):

"Por isso, afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos."

Dessa forma, a aplicação da metodologia do Usuário-Guia apesar dos desafios, evidenciou a importância de inserir o sujeito como protagonista do seu cuidado. Enquanto residentes, compreendemos que o letramento em saúde é uma ferramenta essencial, de fácil aplicabilidade, baixo custo e, por isso, deve ser abordado em reuniões e demais espaços coletivos, a fim de estimular o uso dessa abordagem por todos profissionais de saúde.

7. Considerações Finais

Ocupar o espaço de residente traz consigo a dualidade de ser profissional qualificado para desempenhar sua profissão, ao mesmo tempo em que se ocupa a cadeira de estudante em processo de especialização, gerando, por vezes, uma série de conflitos internos até reconhecermos nossa potência dentro do serviço e ocuparmos nosso espaço enquanto agentes de transformação.

O amadurecimento adquirido através das experiências, nem sempre com os desfechos esperados, das trocas com nossos usuários e com aqueles que compartilham do dia a dia do trabalho, é notório. Quando analisamos a trajetória percorrida, com seus percalços e frustrações, por estar aliada à vontade de nos

desenvolvermos para ofertar um cuidado mais humano, com afeto e respeito, se faz exitosa.

Estar no território e se reconhecer como parte dele, buscar compreender onde os usuários estão inseridos, seu contexto de vida, de quais vulnerabilidades e atravessamentos ele carrega consigo faz com que possamos desenvolver uma enfermagem humana, seguindo os princípios do SUS, prezando pela integralidade do cuidado, através do reconhecimento do outro como ser complexo e foco da nossa assistência.

Por isso, como cita Ayres³³ (p.27):

“tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação”.

No percurso de sermos guiadas pelos usuários vimos a consolidação do vínculo se tornar não apenas uma ferramenta de trabalho mas também um motor do cuidado, impulsionando seu acontecimento. Na APS o vínculo é o que nos garante que o usuário retorne ao serviço, sendo construído na constância dos encontros produzidos. O sucesso terapêutico nesse relato não é medido apenas pela cura da doença, mas sim pela trajetória percorrida e do cuidado aplicado de forma humana.

Durante nossa experiência o letramento em saúde se mostrou fundamental, uma vez que compreendemos que informar não é o mesmo que comunicar, e que o acesso à informação não garante, por si só, a compreensão e a incorporação das orientações no cotidiano do usuário. Através do letramento em saúde podemos acessar o usuário, trazendo sentido para a experiência que o mesmo vive dentro do serviço de saúde e para as orientações oferecidas, reduzindo, assim, as barreiras de acesso causadas pela comunicação e fortalecendo a autonomia dos usuários.

A experiência da residência nos proporcionou o espaço necessário para errar, aprender e, sobretudo, nos humanizar. Percebemos que a principal tecnologia que podemos oferecer enquanto Enfermeiras de Família e Comunidade não é um equipamento, mas sim a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e de lutarmos, junto com ele, por seus projetos de felicidade, mesmo diante de um adoecimento tão estigmatizante como a tuberculose.

Ao fim da residência, não apresentamos apenas um número de casos atendidos. Apresentamos um deslocamento subjetivo, clínico e político: saímos do lugar da técnica e ocupamos o espaço do encontro. Percebemos que o cuidado real nasce do afeto, da presença e do reconhecimento mútuo de humanidade entre profissional e usuário.

Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil.pdf/view>
2. Riccardi N, Alibi M, Del Puente F, Gentilotti E, Di Bella S, Villa S, et al. Tuberculosis and pharmacological interactions: a narrative review. J Clin Tuberc Other Mycobact Dis [Internet]. 2020; 20:100171. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2020.100171>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf?ua=1
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil lidera cobertura de serviços de saúde, incluindo tratamento da tuberculose, aponta OMS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 Dez 8. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/brasil-lidera-cobertura-de-servicos-de-saude-incluindo-tratamento-da-tuberculose-aponta-oms>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021-2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/brasil-livre-da-tuberculose>
6. Dias RIR, Araújo AR, Neto JD, Costa DWO, Leite LA, Dantas LR, et al. Tuberculose na atenção primária à saúde. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. 2024; 6(1):1943-1955. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1340>

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 Set 22. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico de tuberculose no município do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2023. Disponível em:
https://epirio.svs.rio.br/wp-content/uploads/2023/03/BOLETIM_epidemiologico_TUBERCULOSE_MIOLO_2023_FINAL_v2.pdf
9. Montelo ES, Rodrigues ZM, Sardinha AH. Aspectos epidemiológicos da tuberculose sobre desfechos relacionados à raça e cor no Brasil: revisão sistemática [Preprint]. SciELO Preprints. 2025. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12145>
10. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saúde Debate [Internet]. 2014; (52):153-164. Disponível em:
<https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscar.html?task=detalhes&id=W3103286578>
11. Mendes JS, Sá LD, Assolini FE, Queiroga RP, Surniche CA, Palha PF. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015; 23(4):475-480. Disponível em:
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/16106>
12. Leung JA, Cunha FT, Merhy EE, Kritski AL. As redes vivas na produção do cuidado com o usuário na centralidade do tratamento para tuberculose multidroga resistente. Interface (Botucatu) [Internet]. 2024; 28:e230182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230182>

13. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H. O usuário-cidadão como guia: como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes [Internet]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em:
[Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-2—Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf](#)
14. Souza L. Tuberculose reflete as desigualdades [Internet]. Radis Comunicação e Saúde. 2025. Disponível em:
[https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/doenca/tuberculose-reflete-as-desigualdades/](#)
15. RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Painel epidemiológico de doenças transmissíveis crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2025. Disponível em:
[https://epirio.svs.rio.br/painel/doencas-transmissiveis-cronicas/](#)
16. Rodrigues MF. Favela: da homogeneidade à heterogeneidade; Rocinha como estudo de caso [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015. Disponível em:
[https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/1411](#)
17. Leitão G, Brilhante R, Kroff C, Magalhães H, Silva P, Machado AC, et al. Construindo uma metodologia de assistência técnica para a promoção de melhorias habitacionais em assentamentos informais: estudos de caso na Rocinha, Rio de Janeiro e no Morro do Palácio, Niterói. In: Anais do 4º Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo; 2016; Porto Alegre. Porto Alegre: ANPARQ; 2016. Disponível em:
[https://anparq.org.br/dvd-enanparq-4/SESSAO%2022/S22-06-LEITAO,%20G:%20et.al..pdf](#)
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2024/apresentacao-dados-epidemiologicos-da-tuberculose-no-brasil>

19. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2000.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 Mar. Disponível em: [Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2025 — Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis](#)
21. Projeto UNIR – Centro de Pesquisas e Articulação de Conhecimentos Rocinha – PUC-Rio. Distribuição por perfil racial [Internet]. Rio de Janeiro: PUC-Rio; [ano de publicação ou 2024]. Disponível em: <https://sigaunir.ccs.puc-rio.br/index.php/por-dentro-da-rocinha/dados-gerais/distribuiacao-por-perfil-racial>
22. Ramos FC. Apostando no diagnóstico do perfil familiar para a prática pedagógica: escolas públicas, famílias populares e favelas [relatório de iniciação científica]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2011.
23. RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico: tuberculose no município do Rio de Janeiro – dados de 2023 [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2024 Mar 25. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/>
24. Bontempo VL. Achille Mbembe e a noção de necropolítica. Sapere Aude. 2020;11(22):558-572. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/SapereAude/article/view/24876>

25. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições; 2018. 80 p. Disponível em: https://www.academia.edu/43520006/Necropol%C3%ADtica_livro_Achile_Mbembe
26. Nunes NRA, Rocha D, Rodriguez A. Health Promotion in Debate: The Role of Women Leaders in the Favelas of Rio de Janeiro, Brazil. Int J Environ Res Public Health. 2023 May 23;20(11):5926. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10252917/>
27. Nakata LC, Feltrin AF dos S, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. Esc Anna Nery [Internet]. 2020;24(2):e20190154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
28. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Publica [Internet]. 2000;34(6):35-45. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6346>
29. Santos EF, Cunha FTS, Palha PF, Kritski AL. Primary Health Care in context with the plurality in the care of people with tuberculosis. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2025;33:e4473. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6978.4473>
30. Neves MS, Schweickardt JC, Merhy EE, Silva E, Teixeira CS. O usuário guia como proposta metodológica para pesquisa com implicação da equipe de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2025;18(10). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-usuario-guia-como-proposta-metodologica-para-pesquisa-com-implicacao-da-equipe-de-saude/19491?id=19491>
31. Yamamoto AO, Duarte AG, Oliveira JLB, Espindola TL. A importância do vínculo profissional com o usuário na atenção primária em saúde: revisão de escopo. Contrib Cienc Soc [Internet]. 2024;17(10):e11336. Disponível em:

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
33. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc [Internet]. 2004;13(3):16-29. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/09/03.pdf>
34. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saude Publica [Internet]. 2016;32(8):e00183415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
35. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2000;4(6):109–116. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfD/?format=html&lang=pt>
36. Hooks B. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. São Paulo: Elefante; 2021
37. Ribeiro KAR, Ferreira ACBH. Ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: análise dos desafios e facilidades na rotina de trabalho. Arq Cienc Saude UNIPAR [Internet]. 2025;30(1):184-201. Disponível em:
<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/12109/5606>

38. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010;14(34):593-606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
39. Abrahão AL, et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum [Internet]. 2013;(39):133-144. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264977230_O_pesquisador_in-mundo_e_o_processo_de_producao_de_outras_formas_de_investigacao_em_saude
40. Ribas KH, Araújo AHA. A importância do letramento em saúde na atenção primária: revisão integrativa da literatura. Res Soc Dev [Internet]. 2021;10(16):e493101624063. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24063>
41. Santos LT, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, et al. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. J Bras Nefrol [Internet]. 2012;34(3):293-302. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>
42. Palmieri IGS, Rojas Y, Bernardo PHP, Bossonário PA, Oliveira BEB, Nabas RM, et al. Letramento em saúde como ferramenta estratégica da enfermagem para a resposta à tuberculose. Enferm Foco [Internet]. 2025;16(Supl 1):e-202515supl1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2025.v16.e-202515supl1>
43. Nogueira LM, Rodrigues ILA, Santos CB, Silva MA, Pinheiro AKB, Vasconcelos EMR, et al. Validação de tecnologia educativa sobre tuberculose para adolescentes. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022;35:eAPE0379345. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0379345>
44. Rio de Janeiro (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Projeto político pedagógico do Programa de Residência em Enfermagem de Família e

Comunidade (PREFC/SMS-Rio). Rio de Janeiro: SMS-Rio; 2024. Disponível em: [projeto-politico-pedagogico-prefc.pdf](#)

45. Chiabotto CC, Robinson PG. Cartografia das tensões no cuidado em saúde mental a partir da ferramenta analisadora “usuário-guia”. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2023;21:e02228218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2228>
46. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud pesqui psicol*. 2019;19(1):223-237. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf>
47. Khalil H, Santana R, de Oliveira D, Palma F, Lustosa R, Eyre MT, Carvalho-Pereira T, Reis MG, Ko AI, Diggle PJ, Alzate Lopez Y, Begon M, Costa F. Poverty, sanitation, and *Leptospira* transmission pathways in residents from four Brazilian slums. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 Mar 31;15(3):e0009256. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788864/>
48. Moreira A da SR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J bras pneumol* [Internet]. 2020;46(5):e20200015. Available from: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
49. Rabelo LF, Pacheco FP. Violência urbana e saúde mental no CAPS: um estudo psicossocial. *Sociedade em Debate*. 2021;27(1):231-249. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367950231_Violencia_urbana_e_saude_mental_no_CAPS_um_estudo_psicossocial
50. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: ranking. Disponível em: <http://idhm.org.br/ranking>

51. ARAGÃO, Luciano Ximenes. *Um prato bonito com as beiradas quebradas – a produção do espaço na Rocinha (RJ)*. 2011. 135 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-23012014-115508/publico/2011_LucianoXimenesAragao_VCorr.pdf
52. MARMOT, Michael et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9650, p. 1661–1669, 2008. Disponível em: [Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde - The Lancet](#)
53. CAVALCANTE, Nayara Pontes Mateus; CARVALHO, Maria Antônia Aleixo de; ALZUGUIR, Cláudia Lima Campos; OLIVEIRA, Lucia Maria Pereira de. O paciente com tuberculose e a relação que possui com a doença em seu contexto social: um relato de experiência. *Revista Conexão UEPG*, v. 19, n. 1, p. 01–13, 2023. DOI: 10.5212/Rev.Conexao.v19.21329.004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5141/514174720050/html/>
54. Silva MG, Carvalho MN, Pedrosa AEJ, Silva FJM, Pacheco DC, Veloso MD, Feitosa OJC, Cavalcanti EFF. Residências multiprofissionais como estratégia de formação para consolidação do SUS. In: *Integração Multidisciplinar no Conhecimento*. Aurum Editora; 2025. p. 307–15
55. AYRES JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(Supl. 2):11–23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2009.v18suppl2/11-23/pt>
56. Dos Santos Gomes AE, Alves Leite Leal J, de Oliveira Rodrigues AA, Costa de Souza M, Gonçalves Barbosa KM. Integração e colaboração da residência multiprofissional em Saúde da Família: dinâmicas e impactos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2025;13(1):5133–5141. doi:10.16891/2317-434X.v13.e5.a2025.id2293. Disponível em: Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/2293/1218>

57. Magalotti SP, Viana MMO. O residente multiprofissional e sua atuação segundo equipes da Atenção Primária à Saúde do município de Campinas – SP. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*. 2023;24(2):189–194. doi:10.52753/bis.v24i2.40179. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/2293/1218>
58. Ramos TM, Rennó HMS. Formação na residência de enfermagem na atenção básica/ saúde da família sob a ótica dos egressos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2018 0017. Disponível em: scielo.br/j/rgenf/a/yLJzmmJGjCSXkwFKrVCjcdB/?format=pdf&lang=pt
59. Guido L de A, Silva RM da, Goulart CT, Bolzan ME de O, Lopes LFD. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012Dec;46(6):1477–83. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Z5H9YbLt74KXcYtbCqdJqCJ/?lang=pt>
60. Neves CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008Aug;24(8):1953–5. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n8/1953-1955/pt/>
61. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/09/03.pdf>
62. FREIRE. P. Educação e Mudança. Paz e Terra. 3 ed. São Paulo. Paz e Terra. 2008.p. 6-179.