

Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico

Care, intersubjectivity and access to health services: the meetings and paths in the networks for the diagnosis

Atención, intersubjetividad y acceso a los servicios de salud: los encuentros y caminos en las redes para el diagnóstico

Recebido: 18/12/2022 | Revisado: 28/12/2022 | Aceitado: 29/12/2022 | Publicado: 01/01/2023

Marcio Costa de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4922-6786>
Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

Rafaela Silva Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7755-7734>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: r.santoss1507@gmail.com

Vitória César Santos Gonçalves Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0578-3019>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: vi.cezaar4@gmail.com

Juliana Costa dos Santos Borges

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5711-8136>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: jucsborges@gmail.com

Jairrose Nascimento Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7044-3371>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: rnfisio10@gmail.com

Fernanda Warken Rosa Camelier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2540-0142>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: fcamelier@uneb.br

Aquiles Assunção Camelier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5410-5180>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: aquilescamelier@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Mapear os caminhos trilhados para a produção do diagnóstico sobre a ótica de uma produção subjetiva do cuidar. **Metodologia:** A pesquisa é de natureza qualitativa e foi utilizada a entrevista semiestruturada como ferramenta de produção de dados aplicada em Unidades de Saúde da Família um Hospital Geral em uma capital do nordeste brasileiro. Foram entrevistados 23 participantes, entre usuários e profissionais de saúde e a análise de conteúdo foi a escolhida para a produção dos dados. **Resultados:** A rede de cuidados ainda é fragmentada apresentando barreiras de acesso significativas que dificultam o diagnóstico e isso produz consequências na vida dos usuários e o reconhecimento do encontro e os seus efeitos no cuidado como algo potente a ser explorado e podem contribuir de forma eficaz na produção do diagnóstico. **Considerações finais:** A produção do diagnóstico enfrenta desafios e a dificuldade do acesso e a dimensão subjetiva se revela como uma estratégia a ser valorizada para o cuidado em saúde ser integral.

Palavras-chave: Diagnóstico; Cuidado centrado no paciente; Continuidade da assistência ao paciente.

Abstract

Aim: To Map the paths taken for the production of the diagnosis from the perspective of a subjective production of care. **Methodology:** The research is of a qualitative nature and the semi-structured interview was used as a data production tool applied in Family Health Units a General Hospital in a capital of the Brazilian Northeast. 23 participants were interviewed, including users and health professionals, and content analysis was chosen for data production. **Results:** The care network is still fragmented, presenting significant access barriers that make diagnosis difficult and this has consequences in the lives of users and the recognition of the encounter and its effects on care as something powerful to be explored and can effectively contribute to the diagnostic production. **Final considerations:** The production of the

diagnosis faces challenges due to the difficulty of access and the subjective dimension reveals itself as a strategy to be valued for health care to be comprehensive.

Keywords: Diagnosis; Patient centered care; Continuity of patient care.

Resumen

Objetivo: Mapear los caminos recorridos para la producción del diagnóstico desde la perspectiva de una producción subjetiva del cuidado. **Metodología:** La investigación es de naturaleza cualitativa y se utilizó como herramienta de producción de datos la entrevista semiestructurada aplicada en Unidades de Salud de la Familia de un Hospital General de una capital del Nordeste brasileño. Fueron entrevistados 23 participantes, entre usuarios y profesionales de la salud, y se optó por el análisis de contenido para la producción de datos. **Resultados:** La red de atención aún se encuentra fragmentada, presentando importantes barreras de acceso que dificultan el diagnóstico y esto tiene consecuencias en la vida de los usuarios y el reconocimiento del encuentro y sus efectos en el cuidado como algo poderoso a ser explorado y que puede contribuir efectivamente al diagnóstico producción. **Consideraciones finales:** La producción del diagnóstico enfrenta desafíos por la dificultad de acceso y la dimensión subjetiva se revela como una estrategia a ser valorada para que la atención en salud sea integral.

Palabras clave: Diagnóstico; Atención centrada en el paciente; Continuidad de la atención al paciente.

1. Introdução

As doenças respiratórias crônicas (DRC) caracterizam-se como uma disfunção crônica que pode afetar as vias aéreas superiores e inferiores, bem como outras estruturas pulmonares, o qual pode gerar limitações físicas, emocionais e intelectuais. A DRC pode ser causada por diversos fatores que vão desde tabagismo, poluição ambiental e alérgenos ou até mesmo por algumas doenças como a esquistossomose e a doença falciforme. Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco para essas doenças (Dias et al., 2020; Campos & Ungier, 2018).

A DRC é atualmente um dos principais problemas de saúde em termos de magnitude da população afetada. Isso tem representado um alto custo financeiro, tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido aos gastos individuais de um doente crônico, quanto para a economia como um todo, devido aos custos agregados, paralisação e perda de produtividade, que também contribui para perdas financeiras em famílias com pessoas com DRC (Malta et al., 2015).

Importante destacar que, os caminhos trilhados processo de produção do diagnóstico na DRC, quando feito tardiamente, tem se apresentado como um dos fatores alarmantes na sobrevivência do paciente. Contudo, há ainda barreiras no acesso (de natureza econômica, geográfica, funcional e comunicacional) que dificultam a resolutividade do cuidado em pessoas com DRC devido há uma rede fragmentada, que no Brasil se exacerbam diante de uma sociedade edificada por uma herança escravocrata, portanto, com um racismo estrutural (Souza et al., 2017; Souza et al., 2020; Souza et al., 2021).

Para tanto, é fundamental reconhecer a potência do encontro durante o cuidado em saúde, o quanto esta relação intersubjetiva compõe ou decompõe o outro durante o atendimento. Assim, é importante afirmar que no cotidiano das práticas estas relações intersubjetivas se caracterizam e produzem efeitos na vida destes usuários, portanto, as tecnologias relacionais do cuidar são fundamentais para a terapêutica na DRC (Franco & Hubner, 2019).

No entanto, para que haja maior eficácia na terapêutica a pessoa que convive cotidianamente com uma enfermidade crônica é fundamental que haja um cuidado de natureza interprofissional, além de direcionar a atenção à saúde para um arcabouço estrutural do trabalho em saúde que legitime ações e práticas que atendam à chamada subjetividade do paciente (Pires et al., 2019; Viana & Hostins, 2022).

No entanto, um dilema tem se revelado o qual se estabelece a incerteza do momento e como a produção do cuidado em saúde efetivamente constrói uma imanência com o processo saúde-doença. As respostas a essas dúvidas têm causado (e ainda causam) diversos equívocos no processo de trabalho entre os profissionais de saúde, isso porque muitas pessoas acreditam que a atenção à saúde é um resultado da aplicabilidade de técnicas de tratamento. No entanto, é preciso compreender uma dimensão

mais ampla do cuidado e reconhecer a singularidade de cada paciente para poder atuar de acordo com suas necessidades de saúde (Franco & Hubner, 2019).

Nessa perspectiva, um diagnóstico precoce, bem estruturado e mediado pelos cuidados de saúde pode contribuir para o aumento da expectativa de vida do paciente. Mediante tais explanações, esta pesquisa tem como objetivo mapear os caminhos trilhados para a produção do diagnóstico sobre a ótica de uma produção subjetiva do cuidar.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória realizada em 4 Unidades de Saúde da Família (USF) de um Distrito Sanitário, escolhidas intencionalmente, além de um Hospital de grande porte em uma cidade do Nordeste do Brasil. A composição da amostra foi feita a partir da saturação das respostas, tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, atingindo os objetivos da pesquisa (Fontanella et al., 2008). Foram entrevistados 23 entrevistados, entre eles: profissionais de saúde e pessoas com o diagnóstico confirmado de DRC, que façam parte da USF ou do Hospital.

Sobre os participantes da pesquisa que são profissionais de saúde, estabeleceu-se que deveria ser formado com qualquer pessoa que atuasse naquele ambiente por mais de 01 ano, independentemente de formação específica em saúde. Como critério de inclusão, definiram-se como trabalhadores da saúde aqueles que atuam diretamente com pessoas com DRC na USF e quanto aos pacientes, pessoas que sofrem ou cuidam das doenças estudadas. Foram excluídos os menores de 18 anos.

A ferramenta utilizada para produção dos dados foi à entrevista semiestruturada, a qual foi gravada (Motorola XT 311) para garantir a fidedignidade dos depoimentos, porém somente com a devida autorização do participante. Para a realização da entrevista semiestruturada, contou-se com um roteiro, que foi dividido em um tópico com subtemas: Produção de diagnóstico com os subtemas: Projeto Terapêutico Singular, Pontos de atenção, interdisciplinaridade, Referência/Contra referência, Gestão de caso, coordenação de o atendimento matricial e apoio. Para a manutenção do sigilo, os entrevistados foram identificados com o termo entrevista e numerados pela ordem sequencial de realização desta ferramenta, e para que ficasse nítido qual era o grupo que pertencia cada participante, colocamos a letra P para profissionais de saúde e a letra U para usuários.

A análise de conteúdo adaptada por Minayo (2014) foi o método utilizado para a interpretação dos dados. A fim de sistematizar as informações coletadas para posterior análise, foram percorridos os seguintes passos: inicialmente as informações foram ordenadas por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição das gravações, releitura do material, organização das gravações e dados do diário de campo). Para tanto, realizou-se a classificação das informações, a partir da identificação das categorias de significados e, conseqüentemente, elaboraram-se categorias empíricas. Nesta pesquisa, as categorias empíricas encontradas foram: **cuidado, diagnóstico e acesso**; e **o encontro e a intersubjetividade na produção de diagnóstico**.

Por fim, para análise final da informação, procedeu-se à articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a articulação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (Minayo et al., 2017). Ao formular analisadores, devemos cruzar as informações obtidas nas diferentes ferramentas de pesquisa. Assim, a pesquisa foi iniciada após concordância dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Estado Universidade da Bahia (CAAE: 61478016.0.0000.0057). É importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas em locais silenciosos e ambientes que garantissem o sigilo das informações, nas quais não eram permitidas a escuta de outras pessoas, as mesmas foram gravadas e mantidas sob a responsabilidade dos pesquisadores.

3. Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 23 pessoas, entre pacientes e profissionais de saúde. O estudo baseou-se no mapeamento da produção do diagnóstico em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Sanitário da cidade de Salvador (Bahia-Brasil) e na compreensão do cuidado em saúde frente à produção do diagnóstico.

3.1 Cuidado, diagnóstico e acesso

É certo que o sistema público de saúde tornou-se, ao longo dos anos, uma estrutura dinamicamente complexa e sistêmica que tem contribuído para o avanço do diagnóstico e para o crescimento do tratamento de diversas patologias por meio da inserção de tecnologias inovadoras. No entanto, o déficit na atenção à saúde em relação à assistência à saúde da própria população tem implicado em graves consequências desde o processo de produção do diagnóstico até o tratamento instituído (Merhy et al., 2019).

No Brasil, o sistema de saúde costuma desenvolver ações de forma fragmentada. Assim, faz-se necessária a organização de uma rede de atenção que atenda às pessoas com DRC com maior ênfase na atenção primária, incluindo ações que promovam a integralidade do cuidado (Tofani et al., 2021). Além da dificuldade do acesso ao serviço de saúde, há ainda vazios assistenciais que contribuem para o não diagnóstico ou o subdiagnóstico, consequência de uma rede de atenção que não dá conta de atender as necessidades de saúde, que são perceptíveis nas falas de alguns usuários,

[...] Demorou, melhorei, fiquei bem, mas ficou a sequela. Aí voltei aqui e comecei a ficar sem ar, cansada. Então, eu vivo de remédio. Eu vivo de medicação inalada (Entrevistado 14 U).

[...] Não me mandaram para este Hospital, toda vez que era atendida em uma emergência, só me davam alta, então voltava para casa e não melhorava. (Entrevistado 5 U).

[...] Foi o médico que deu o diagnóstico há dois anos, indicando mais três especialistas, mas antes, nunca ninguém tinha me dado o diagnóstico (Entrevistado 5 U).

[...] eu andava no hospital e voltava e ninguém me falava o que eu tinha; era uma romaria (Entrevistado 22 U).

Dessa forma, muitos desses problemas partem da dificuldade de acesso do paciente aos serviços de saúde, impedindo a produção de diagnósticos bem como o estabelecimento de um tratamento adequado e eficaz para a pessoa que necessitava do cuidado. Na espera da entrevista, era muito comum ouvir os usuários conversando entre si e reverberando a dificuldade de ter um diagnóstico. É importante destacar que, apesar dos avanços relacionados, sobretudo, à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda é um problema a ser enfrentado. Além de uma oferta insuficiente de profissionais na atenção básica e de unidades de saúde devido à demanda existente, os usuários ainda se deparam não só com a falta de insumos para atendimento e tratamento, mas também com a falta de acesso à informação, que pode ser consequência de um sistema construído em uma sociedade desigual (Souza et al., 2020; Souza & Souza, 2020).

Além do acesso, a qualidade do serviço é um tema fundamental de discussão, pois o fato de ultrapassar a barreira não significa necessariamente que haverá qualidade e resolutividade do problema, sobretudo que é inerente a esta realidade que o fato de ser atendido ao serviço de saúde não necessariamente o diagnóstico será produzido, o que leva o cidadão e/ou cidadã a diversos serviços de saúde de forma desnecessária e desgastante (Viscaza et al., 2018).

Assim, o direito garantido constitucionalmente ao acesso universal e integral no sistema de saúde brasileiro ainda representa um desafio, evidenciado em algumas falas de usuários e profissionais,

[...] fui perguntar para a coordenadora distrital onde eu teria acesso à saúde, porque estava pesquisando na internet mas não encontrei as Redes de saúde de Salvador. Aí ela respondeu “ah, é uma coisa complicada”, naquele momento eu tive a sensação de que ela nem sabe onde encontrar (Entrevistado 1 P).

[...] Normalmente, recebemos pacientes de toda a Bahia, e percebemos a dificuldade que eles têm em saber quais serviços de saúde estão disponíveis para atendimento, aliás, até nós temos essa dificuldade e trabalhamos aqui há anos (Entrevistado 18 P).

A partir dessas falas, fica explicitamente notório que o acesso das pessoas às informações para os serviços de saúde ainda é escasso, e esta se constitui como uma barreira a qual desconsidera qualquer normativa que busque a equidade. Assim, sem a informação, que lhe é devida por direito, os usuários não tem condições de reivindicar e/ou lutar por sua saúde integral; não tem condições nem argumentos para questionar, tornando o exercício de sua autonomia e cidadania algo difícil de concretizar (Santos et al., 2022).

Apesar dos desafios, é perceptível que o sistema público de saúde vigente em nosso país ainda está chegando de forma efetiva nos tratamentos e nos custos dos exames, que são essenciais para definir o diagnóstico da DRC. Nas falas abaixo, percebemos que as unidades hospitalares são os espaços que determinam o diagnóstico,

[...] O diagnóstico inicial foi em Salvador sim, foi pelo SUS em um Hospital [...]. Já fiz espirometria e oximetria mais de três vezes e não tive que pagar nada (Entrevistado 7 U).

[...] fiz uma espirometria em outro Hospital e outra aqui neste Hospital, tudo de graça (Entrevistado 10 U).

[...] Na época, o médico que me atendeu, passou uma radiografia de tórax, uma única vez, sem pagar em um Hospital. Tudo no SUS, porque é maravilhoso. Meu plano de saúde é o SUS (Entrevistado 5 U).

Nota-se nas falas acima como as unidades hospitalares do SUS conseguiram atender suas necessidades, mas as falas operam sempre na lógica capitalista, afirmando que não fez pagamento, ou seja, há sempre uma dimensão do privado que se conecta com o Público. É importante destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço potente para a produção do diagnóstico e, sobretudo do desenvolvimento de ações de cuidado que ressignifiquem a vida e construam a emancipação do outro (Merhy et al., 2019). Assim, a utilização da Atenção Básica para detectar precocemente os agravos à saúde em seu estágio inicial contribui efetivamente para uma maior qualidade de vida e consequente redução da sobrecarga dos serviços de saúde.

Assim, a APS se apresenta resolutiva em suas ações, contribuindo não só para a identificação de fatores de risco e doenças em seu estágio inicial, mas também para o encaminhamento ágil e adequado para atendimento especializado e distribuição gratuita de medicamentos, conferindo ao SUS um sistema essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (Melo et al., 2021).

3.2 O encontro e a intersubjetividade na produção de diagnóstico

Ao pensar no cuidado e estruturar seu processo de trabalho por meio de diferentes métodos, técnicas e planejamentos, é inegável afirmar que sua efetividade reside na legitimação de uma atenção à saúde que reconheça a categoria trabalho como essencial. Assim, o fundamento da metodologia que acredite na potência do encontro e seus efeitos durante a ação do cuidado que deve ser estabelecida com uma horizontalidade assimétrica, a qual reconhece a produção de saberes diante da intersubjetividade desta relação, e consequentemente confere autonomia expressiva aos usuários, em seu próprio processo saúde-doença, a partir de uma ação emancipatória (Franco & Hubner, 2019).

A essência da humanização está no ato de cuidar, que pode ser entendida como uma atitude que deve estar presente em todos os diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo apenas a um espaço acolhedor, a um componente do fluxograma assistencial, ou apenas a um profissional da equipe, mas, como uma tecnologia que busca solucionar as necessidades de saúde dos pacientes. Dessa forma, um diagnóstico confiável depende principalmente do olhar atento do profissional de saúde e do acolhimento de natureza interprofissional e intersetorial (Souza et al., 2021a; Quintana, Marinho & Souza, 2020; Souza et al., 2021b). Diante desta realidade, os entrevistados abaixo relatam que,

[...] O atendimento lá foi ótimo. Eu nem esperava que ela tivesse tanto cuidado conosco. Aquela preocupação, aquela dedicação, querendo que a gente parasse de fumar (Entrevistado 11 U).

[...] não tenho o que falar aqui né, todo mundo me atende bem, o médico, as meninas, todo mundo, sem contar que melhorei muito após o atendimento aqui (Entrevistado 23 U)

Percebe-se nessas falas a satisfação com o cuidado prestado pelos profissionais da APS e do hospital, que vai além da técnica e abre possibilidades de articulação com dimensões subjetivas do cuidado, na produção de redes de saúde para além do que se estabelece na formalidade, mas em encontro entre profissional e usuário.

É preciso acreditar na possibilidade de construir redes vivas, com o olhar sobre a subjetividade do outro e que pode ser edificado durante o cuidado em saúde, com isso, há possibilidades de enxergar ações que venham intervir sob o outro para além do que se estabelece no tecnicismo, na construção de projetos terapêuticos potentes como dispositivos de uma produção subjetiva do cuidar (Santos et al., 2018; Slomp Junior et al., 2022).

Reconhecer em suas práticas a intersubjetividade e os efeitos nos encontros, é ao mesmo tempo assumir que o cuidado em saúde é uma composição e/ou decomposição de afetos/afectos e vínculos entre trabalhadores de saúde e usuários, e, portanto, contribui de forma significativa para a produção da existência de cada um dos envolvidos neste processo (Seixas et al., 2019; Souza et al., 2021c).

Trazendo para o contexto dos pacientes com DRC, a utilização de tecnologias leves na composição cotidiana do trabalho torna-se um fator propulsor na evolução da condição dos que possuem o agravo, principalmente em relação à sua qualidade de vida, tendo em vista que os sintomas são incômodos e latentes (frequentes, cansados e com falta de ar). Em consonância com essa questão, a equipe de saúde deve valorizar as necessidades de saúde apresentadas por aqueles que chegam à unidade com DRC e seus familiares, e compreender a importância de escutá-los ouvi-los e fazer parte das decisões que envolvem suas vidas (Souza et al., 2017; Serpa et al., 2022), como podemos observar nas linhas abaixo,

[...] a Doutora é tudo pra mim na minha vida. Não gosto de gente que fala mal dela, porque ela é assim comigo [...], se fumar vai se arrepender disso! Ela é como uma amiga para mim. Eu gosto muito dela (Entrevistado 22 U).
[...] a doutora que falou comigo, disse assim: o problema que você tem é grave, mas ela é sempre uma pessoa muito educada, ela informa as pessoas das coisas para os clientes dela, para os pacientes dela, né? Aí ela me deixou bem informado (Entrevistado 15 U).

O significado que o profissional de saúde pode ofertar para quem está doente vai muito além de uma simples relação oferta-demanda, ou seja, percebe na fala a dimensão que se tem quando nota-se um compromisso do profissional em ouvir, ouvir e aconselhar, ou seja, de utilizar tecnologias relacionais durante o seu atendimento, o que pode contribuir para a autonomia daquele que procura o serviço, o qual torna mais responsável pela sua vida e coopera ativamente no seu próprio processo saúde-doença e, conseqüentemente, atua de forma efetiva das resoluções de cuidado.

Portanto, pode-se afirmar que, encontro entre o profissional de saúde e o usuário é um espaço singular e potente, e não pode se limitar a apenas uma regra ou prescrição, portanto não cabe ao profissional apenas conhecer as necessidades do outro, mas conectar com as capacidades destes seres vivente e do coletivo, como força motriz para continuar a vida reinventando novas formas de viver (Franco & Hubner, 2019; Slomp Junior et al., 2022). Assim, faz-se necessário conceber que para que haja de fato um atendimento com a natureza integral, a escuta deve ser legitimada como momento ímpar na capacidade do profissional de compreender e conectar com os desejos manifestados e seus significados diante das suas ações e palavras (Santos, 2019).

Nessa perspectiva, a importância e a essencialidade do encontro entre o usuário-profissional de saúde é fator relevante na produção do diagnóstico durante o cuidado em saúde (Seixas et al., 2019). Assim, é importante destacar que neste momento ambos compartilharão seus próprios saberes, expectativas, necessidades e desejos de forma única, horizontal e dialógica, desmistificando toda e qualquer assimetria, antes disseminada pela hegemonia privada modelo biomédico, e arquitetar momentos que prevaleça a interprofissionalidade de forma colaborativa (Previato & Baldissera, 2019).

4. Considerações Finais

A partir desta pesquisa, ficou claro que os fatores mais importantes na vida e no viver de pessoa com DRC vão muito além da própria patogênese. Destaca-se que há ainda no caminhar pela rede de atenção problemas no acesso aos serviços de saúde para produção de diagnóstico, principalmente por prevalecer ações fragmentadas de atenção à saúde, a falta de serviços de saúde especializados nos municípios de forma geral, além da falta de informação em geral sobre a rede entre os profissionais de saúde e dos usuários que vivem com estes agravos.

Diante dessa situação, a pessoa que vive com DRC como sujeito biopsicossocial precisa ser acolhida de forma humanizada, conferindo-lhe assim uma autonomia expressiva dentro do seu próprio processo saúde-doença, para tanto, é fundamental reconhecer uma dimensão subjetiva do cuidar e conseqüentemente, no entre entre esses seres e seus efeitos. Importante eu a partir deste estudo novos trabalhos possam ser realizados para que a realidade apresentada possa ser solucionada e aponte novos caminhos para o cuidado em saúde integral e com um olhar subjetivo, desde uma reflexão sobre os serviços de saúde existentes como os processos formativos vigentes.

Agradecimentos

Agradecemos a concessão de bolsa de estudo para realização do Doutorado o qual este trabalho foi parte da pesquisa pela Universidade do Estado da Bahia por meio do Programa de Apoio à Capacitação de Docentes e Técnicos Administrativos e de bolsas de estudo para iniciação científica desta mesma universidade (Programa de Iniciação científica) e do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

Referências

- Campos, H. S & Ungier, C. E. (2018). Asma e DPOC: está na hora de mudar conceitos e o foco do tratamento. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 2(2),229-237.
- Dias, F. L. T. et al. (2020) Respiratório doenças no Triângulo Mineiro: Epidemiologia análise e projetivo com a pandemia de COVID-19. *Revista de saúde e ciência biológicas*, 8(1),1-6.
- Franco, T. B. & Hubner, L. C. M. (2019). Clínica, cuidado e subjetividade :afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde em Debate*, 43(n esp6), 93-103.
- Malta, D. C et al. (2015). Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. *Revista brasileira de. Epidemiologia*, 18(suppl.2), 3-16.
- Melo, E. A. et al. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310109.
- Merhy, E. E. et al. (2019). Rede Básica de Saúde, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão em saúde e cuidado. *Saúde em Debate*, 43(spe6), 70-83.
- Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: *Pesquisa qualitativa em saúde*. (14th ed). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12.
- Minayo, M. C. S., Deslandes. S. F., Gomes. R. (2017). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Pires, R. A. et al. (2019). A Psicologia no contexto de produção do cuidado segundo a percepção de pessoas com doença oncológica. *Revista da SBPH*, 229(1), 328-348.
- Previato, G. F & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 22(n. Suppl 2), 1535-1547.
- Quintana, R. A. C, Marinho, M. C. G. & Souza, M. C. (2020). Interprofessional work processes in patients with cancer. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*. 1, e12557.
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*, 1(2), 170-179.
- Santos, D. S., Mishima. S. M. & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & saúde coletiva*, 3:861-870.

- Santos, R. T. et al. (2022). Público saúde e comunicação: impasses enfrentados do brasil Sistema Nacional de Saúde em regime democrático público opinião formação. *Ciência & saúde coletiva*, 27(4), 1547-1556.
- Seixas, C. T. et al. (2019). The power of the bond for Healthcare production: what guiding users teach us. *Interface (Botucatu)*, 23, e170627.
- Serpa, E. D. et al. (2022). Experiences of black women getting sick from breast cancer: The immanence of suffering and care. *Research, Society and Development*, 11(10), e175111032674.
- Slomp Júnior, H., Franco, T. B., Merhy, E. E. (2022). *Projeto terapêutico singular como dispositivo para um cuidado compartilhado* (1th. ed.). Editora da Rede Unida.
- Souza, M. C. et al. (2017). Produção do cuidado e a rede de atenção a pessoa com doença respiratória crônica: um estudo de revisão. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 7(4), 574-582.
- Souza, M. C. et al. (2020). Access Barriers and Health Care in Patients with Chronic Respiratory Diseases. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 11(1), 95-99.
- Souza, M. C. et al. (2021a). Ferramentas e subjetivo aspectos do cuidar: um olhar sobre pessoas que vivem com câncer no ambiente hospitalar. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa*, 18(52), 111-120.
- Souza, M. C. et al. (2021b). Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. *Sanare*, 20(2),54-63.
- Souza, M. C. et al. (2021c). Network production and the public-private: implications in caring for chronic respiratory disease. *Research, Society and Development*, 10(14), e114101421710,
- Souza, M. C. & Souza, J. N. (2020). Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 in Brazil. *Biomedical Journal Science & Technical Research*, 31(4), 24327-24329.
- Souza, M. C., Souza, J. N., & Mercedes, M. C. (2021). Structural racism as a barrier to access health: What does the COVID-19 pandemic reveal to us?. *Journal of Multiprofessional Health Research*, 2(2), e02.102-e02.106.
- Tofani, L. F. N. et al. (2021). Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4769-4782.
- Viana, S. B. P. & Hostins, R. C. L. (2022). Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. *Educação em Revista*, 38, e26460.
- Viscava, F. et al. (2018). SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência & saúde coletiva*, 23(6), 1751-1762.