

# CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTRE ADULTOS E IDOSOS NA CIDADE PELOTAS, 2021: ANÁLISES À LUZ DA INTERSECCIONALIDADE

LÍLIAN MUNHOZ FIGUEIREDO<sup>1</sup>; FELIPE MENDES DELPINO<sup>2</sup>; TAINÃ DUTRA VALÉRIO<sup>3</sup>; BRUNO PEREIRA NUNES<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [lilian.figueiredo@outlook.com](mailto:lilian.figueiredo@outlook.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [fmdsocial@outlook.com](mailto:fmdsocial@outlook.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [tainavalerio@gmail.com](mailto:tainavalerio@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [nunesbp@gmail.com](mailto:nunesbp@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

Em saúde coletiva, o vínculo consiste na relação entre os profissionais e usuários que utilizam os serviços de saúde sendo um atributo importante para a garantia da continuidade/longitudinalidade do cuidado. Na atenção primária à saúde (APS), o vínculo se mostra como condição determinante para a autonomia do cuidado dos pacientes, além de ser uma ferramenta que identifica a responsabilização da gestão desse cuidado (BARBOSA; BOSI, 2017).

A continuidade do cuidado através de um profissional de referência na APS está associada a melhores resultados em saúde, como a melhora do acompanhamento e tratamento de doenças crônicas, evita a referência inadequada a serviços de saúde especializados, além de possibilitar a integralidade do cuidado (FIGUEIRA *et al*, 2021). Segundo Barker *et al* (2017), nos Estados Unidos, pacientes que mantêm cuidados contínuos com um mesmo profissional de saúde tiveram 13,0% menos admissões em hospitais do que aqueles que não mantêm esse vínculo.

Um dos obstáculos que podem impossibilitar a longitudinalidade do cuidado são as iniquidades em saúde, que refletem diretamente na busca e acesso aos serviços de saúde. Essas iniquidades estão associadas às diferenças evitáveis em saúde, resultantes de diferenças de privilégios sociais na população (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

A partir disso, a interseccionalidade aborda como os diferentes sistemas de opressão afetam diretamente as disparidades em saúde. Interrelaciona categorias como raça, classe, gênero e escolaridade. Fornece uma unificação linguística e conceitual para que os pesquisadores possam conceituar e analisar de que forma as iniquidades em saúde perduram entre os grupos mais desfavorecidos da sociedade (BOWLEG, 2012; COLLINS, 2020).

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar, segundo a interseccionalidade de sexo, cor da pele, escolaridade e classificação econômica, a continuidade do cuidado de adultos e idosos, residentes no município de Pelotas-RS no ano de 2021, com um serviço de saúde da atenção básica e/ou um profissional de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Estudo transversal, de base populacional, com dados da linha de base da coorte EAI PELOTAS? (*Emergency department use and Artificial Intelligence in Pelotas*), a qual foi realizada entre setembro e dezembro de 2021. A amostra final

incluiu 5.723 adultos residentes na cidade de Pelotas-RS, divididos em 150 setores censitários.

Os desfechos que expressam continuidade do cuidado, UBS e profissionais de saúde de referência, foram medidos através das seguintes perguntas: “Existe algum posto de saúde que o Sr(a) costuma consultar quando necessário?”, “Há um médico/enfermeiro que você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?”. Ambos foram classificados dicotomicamente em “sim” ou “não”.

A interseccionalidade foi operacionalizada baseada no risco múltiplo, somando variáveis que expressam graus de privilégio a partir de fatores diversos da identidade de um indivíduo (KING, 1988). A partir disso, foi criado o *Jeopardy Social Index*, no qual pontuações foram atribuídas às variáveis, as quais podem somar de 0 a 8 pontos, no qual 0 representa o grupo com maior proteção e 8 o grupo mais vulnerável. Dessa forma, as pontuações consistiram em: sexo (homem=0, mulher=1); identidade racial (branco=0, preto/pardo/amarelo/indígena=1); escolaridade (ensino superior completo ou mais=0, ensino médio completo/superior incompleto=1, ensino fundamental completo/médio incompleto=2, nunca/ensino fundamental incompleto=3); e classificação econômica (A-B2=0, C1=1, C2=2, DE=3). Logo, um participante do sexo masculino, de cor da pele branca, com ensino superior completo ou mais e com a classificação econômica A-B2 representa 0 pontos, enquanto mulheres, pretas/pardas/amarelas/indígenas, que nunca estudaram ou não possuem o ensino fundamental completo e com classificação econômica DE somam 8 pontos.

Calcularam-se as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% segundo a interseccionalidade. As análises foram realizadas no software Stata 15.1.

O EAI PELOTAS foi aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Medicina da UFPEL (CAAE: 39096720.0.0000.5317). O EAI PELOTAS é financiado pela FAPERGS através da chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq/FAPERGS 08/2020 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: Gestão Compartilhada Em Saúde – PPSUS (termo de outorga: 21/2551-0000066-0).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra analítica foi composta por 5.721 participantes, 54,2% eram mulheres. A proporção de indivíduos que possuem uma UBS de referência na coorte EAI PELOTAS foi de 59,3% (IC95% 55,2-63,3), valor superior ao encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, onde a proporção de indivíduos que mantêm como fonte usual de cuidados a UBS foi de 46,8%. Em relação a ter um médico(a)/enfermeiro(a) de referência no EAI PELOTAS a proporção foi de 19,3% (IC95% 17,0-22,0), enquanto na PNS de 2019 22,9% dos indivíduos mantinham atendimento em consultório particular com médico(a)/enfermeiro(a) de referência (SZWARCOWALD *et al*, 2021).

As análises de continuidade do cuidado com a UBS e profissionais de saúde podem ser observadas de acordo com a pontuação do índice de privilégio, *Jeopardy Social Index*, Figura 1.

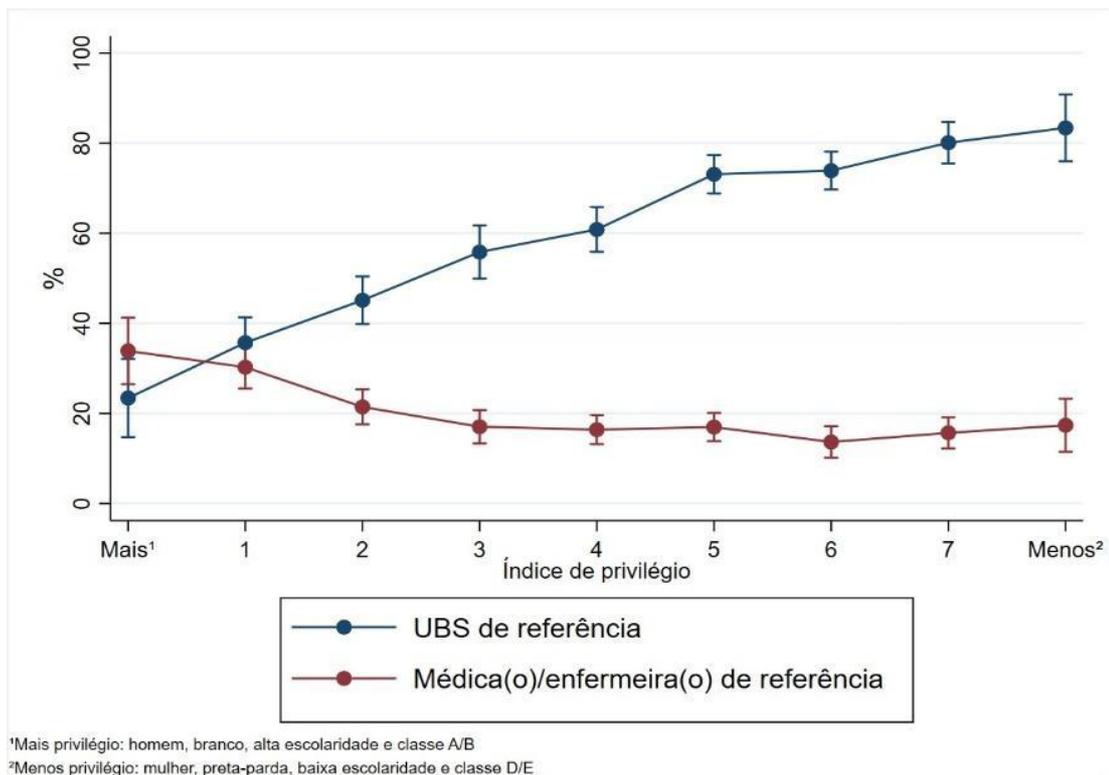


Figura 1 – Continuidade do cuidado com UBS de referência e médico(a)/enfermeiro(a) de referência segundo o índice de privilégio

Quanto maior a pontuação do índice de privilégio, maior é vínculo a uma UBS de referência, com prevalência de 25,0% (IC95% 16,7-35,7) entre os mais privilegiados e 83,4% (IC95% 75,8-89,4) entre os menos privilegiados. Já em relação a ter um médico(a)/enfermeiro(a) de referência há uma associação contrária, entre os mais privilegiados a prevalência é 36,3% (IC95% 29,2-44,1) e entre os menos privilegiados 18,7% (IC95%13,4-25,6).

Os dados da PNS de 2019 evidenciam a relação de privilégio no vínculo e utilização dos serviços de saúde e corroboram com os achados do estudo EAI PELOTAS, pois revelam que os indivíduos pretos ou pardos buscam por mais atendimento no setor público, 68,0%, enquanto 48,9% dos brancos mantém o setor privado como fonte de cuidado (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

Em síntese, os resultados apresentados demonstram a importância da cobertura longitudinal e estabelecimento de vínculo na APS, uma vez que essas ferramentas possibilitam a garantia do cuidado contínuo entre as populações mais vulneráveis. Além disso, a continuidade do cuidado acarreta na diminuição da mortalidade e menores taxas de internações (FROTA *et al*, 2022; GRAY *et al*, 2018).

#### 4. CONCLUSÕES

Os resultados indicam que o vínculo com serviços e profissionais de saúde é baseado nas características sociodemográficas da população. A diferença nos vínculos segundo o índice de privilégio revela desigualdades evitáveis no acesso aos serviços de saúde. A população menos privilegiada tem mais acesso à UBS mas possui menos vínculo com profissionais de saúde, o que, de fato, melhoraria a situação de saúde a longo prazo.

Através das análises de interseccionalidade é possível a avaliação múltipla desses diversos fatores de opressão social que demonstram as desigualdades no uso dos serviços de saúde. Logo, o indicador viabiliza a identificação e planejamento do acesso aos serviços de saúde considerando os grupos menos privilegiados e as respectivas iniquidades em saúde.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M.I.; BOSI, M.L.M. Vínculo, um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003-22, 2017.

BARKER, I. et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. **BJM**, V. 356, 2017.

BOWLEG, L. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. **American Journal of Public Health**, vol. 102, no. 7, p. 1267–1273, Jul. 2012.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-31, 2021.

FIGUEIRA, M.C.S.; CALDAS, L.P.; PEREIRA, J.A; BAZÍLIO, J.; VILELA, M.F.G.; SILVA, E.M. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 13, online, p. 1381-87, 2021.

FROTA, A.C.; BARRETO, I.C.H.C.; CARVALHO, A.L.B.; OUVERNEY, A.L.M.; ANDRADE, L.O.M.; MACHADO, N.M.S. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da COVID-19. **Saúde Debate**, v. 46, n. especial, p. 131-151, 2022.

GRAY, D.J.P.; SIDAWAY-LEE, K.; WHITE, E.; THORNE, A.; EVANS, P.H. Continuity of care with doctor a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. **BMJ Open**, v. 8, n. online, 2018.

KING, D. K. Multiple jeopardy, multiple consciousness: The context of a black Feminist ideology. **Feminist Social Thought: A Reader**, , p. 220–242, 1988.

SZWARCWALD, C.L.; STOPA, S.R.; DAMACENA, G.N.; ALMEIDA, W.S.; JÚNIOR, P.R.B.S.; VIEIRA, M.L.F. et al. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência e saúde coletiva**, v. 26, suppl 1, p. 2515-28, 2021.