

INIQUIDADES EM SAÚDE E MULTIMORBIDADE NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE: ELSI-Brasil 2015-2016

LÍLIAN MUNHOZ FIGUEIREDO¹; FELIPE MENDES DELPINO²; GREGORE IVEN MIELKE³; BRUNO PEREIRA NUNES⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – lilian.figueiredo@outlook.com

²Universidade Federal de Pelotas – fmdsocial@outlook.com

³The University of Queensland - g.ivenmielke@uq.edu.au

⁴Universidade Federal de Pelotas – nunesbp@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Multimorbidade é definida como a ocorrência simultânea de doenças crônicas em um mesmo indivíduo, que incluem a conjunção de ≥ 2 ou ≥ 3 doenças (JOHNSTON *et al.*, 2019). Caracterizada como um importante problema de saúde pública, a multimorbidade afeta a qualidade de vida, principalmente na população idosa. Não só essas condições crônicas podem ser agravadas por fatores biológicos, mas também por interações sociais, culturais, econômicas, comportamentais e ambientais (FORTIN *et al.*, 2004; SOLAR; IRWIN, 2010). Ainda, é possível observar a tendência de aumento da população idosa, o que contribui para o aumento na ocorrência de doenças crônicas (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013).

As iniquidades em saúde estão associadas às diferenças evitáveis em saúde, resultantes de uma causa ou contexto injusto. Estão atreladas aos diferentes níveis de atenção e qualidade em saúde que uma determinada população recebe a partir do seu grupo social. Essas diferenças podem ser explicadas pelas experiências desagradáveis e estressantes as quais esses grupos vivenciam e que as afetam em dimensões biopsicossociais (ARCAYA *et al.*, 2015; WHITEHEAD, 1992).

Nesse sentido, a interseccionalidade aborda como as diferentes características sociais afetam diretamente as disparidades em saúde. Interrelaciona categorias como raça, classe social, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia, faixa etária 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).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre iniquidades em saúde e multimorbidade, em idosos, sob a perspectiva da interseccionalidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, baseado nos dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), no qual a linha de base foi realizada entre 2015-2016. O estudo foi conduzido com a amostra nacional, representativa da população, não institucionalizada com 50 anos ou mais. A amostra final inclui 9.412 indivíduos, residente de 70 municípios das cinco regiões do país.

O desfecho, multimorbidade, foi medido através de uma lista de 16 doenças autorreferidas: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, asma, DPOC (bronquite crônica ou

enfisema pulmonar), artrite ou reumatismo, osteoporose, problema crônico de coluna, depressão, câncer, doença renal crônica, doença de Parkinson e doença de Alzheimer. Utilizou-se como desfecho a contagem (número) de morbidades.

As variáveis independentes incluíram: sexo (homens, mulheres), identidade racial (os entrevistados se autodeclararam brancos, pretos, pardos, amarelos ou indígenas; para as análises foi feita a categorização como branco ou preto/pardo/amarelo/indígena), escolaridade em anos completos (0-3, 4-7, 8-11, 12 ou mais) e renda, categorizada por quartis.

A interseccionalidade foi avaliada baseada no risco múltiplo, o qual leva em consideração fatores diversos da identidade de um indivíduo que levam à discriminação e opressão (KING, 1988). A partir disso, foi criado o *Jeopardy Social Index*, no qual pontuações foram atribuídas as variáveis e somadas variam 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); estudo em anos (12 anos ou mais=0, 8-11 anos=1, 4-7 anos=2, 0-3 anos=3); e renda (quartil mais alto=0, 3º quartil=1, 2º quartil=2, quartil mais baixo=3).

Calculou-se a média de doenças e seus respectivos intervalos de confiança (IC) para descrição e Regressão de Poisson para análise ajustada. As análises foram ajustadas para idade e utilizou-se um intervalo de confiança de 95%. Calculou-se a prevalência predita a partir do modelo ajustado por idade. As análises foram realizadas no software Stata 15.1.

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo conselho de ética da FIOCRUZ de Minas Gerais (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 34649814.3.0000.5091). A linha de base do ELSI-Brasil foi financiada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra analítica foi composta por 9.011 participantes, onde 56% eram mulheres. A proporção de multimorbidade foi 22,8% (IC95%: 21,7 - 24,0) para duas doenças e 39% para três ou mais (IC95%: 36,6 - 41,4). A média de doenças, por indivíduo, foi 2,34 (IC95%: 2,30 - 2,38).

Na figura 1 encontra-se as análises representando o número de doenças de acordo com a pontuação no *Jeopardy Social Index*.

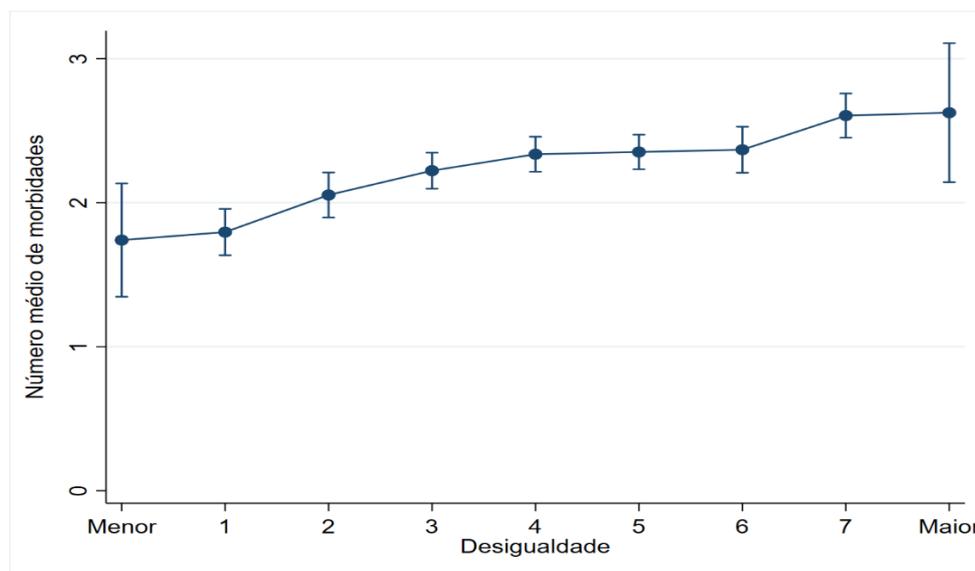


Figura 1. Número de doenças segundo índice de desigualdade *Jeopardy Social Index*

Observa-se uma tendência de aumento no número de doenças ao passo que a pontuação no índice aumenta, passando de pouco mais de 1,7 (IC95%: 1,3 - 2,11) doenças nos menos vulneráveis (homens, brancos, com alta escolaridade e no quartil de renda mais alto) a 2,6 (IC95%: 2,1 – 3,1) nos mais vulneráveis (mulheres, não brancas, com baixa ou nenhuma escolaridade e no quartil mais baixo de renda).

Essa tendência revelada pelo uso da interseccionalidade é considerável para que se consiga reduzir/eliminar e entender as causas de desigualdades em saúde. Visto que as pesquisas quantitativas, em sua maioria, não examinam as desvantagens em saúde de forma multidimensional (BROWN; HARGROVE, 2013).

As iniquidades associadas à prevalência de multimorbidade, evidenciadas nesse trabalho, vão ao encontro ao estudo de coorte de Whithall II, com adultos aos 50 anos. O estudo revelou que os indicadores socioeconômicos estão fortemente associados na transição de um estado saudável para a multimorbidade, destacando a baixa escolaridade, a qual apresenta um risco de 1,2 nos mais vulneráveis (DUGRAVOT et al., 2020).

4. CONCLUSÕES

O estudo identificou a associação direta entre as iniquidades em saúde e multimorbidade. Demonstrando que o acúmulo de fatores de opressão social aumenta conforme a quantidade de doenças crônicas.

Nesse sentido, a perspectiva da análise interseccional mostra-se importante na pesquisa quantitativa em saúde. Revelando que as iniquidades em saúde estão atreladas aos vários níveis de diferenças sociais e devem ser analisadas de forma múltipla. Logo, é possível agir considerando os grupos mais vulneráveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. SÉRIE SOBRE EQUIDADE NA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. Desigualdades em saúde: definições, conceitos e teorias*. **Glob Health Action**, vol. 8, p. 27106, 2015.

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.

BROWN, T. H.; HARGROVE, T. W. Multidimensional Approaches to Examining Gender and Racial/Ethnic Stratification in Health. **The American Journal of Psychology**, vol. 57, no. 2, p. 243–259, 2013.

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; DOLORES, M.; MADUREIRA, S.; TÚLIO, M.; RIBEIRO, F. Belo Horizonte Nescon UFMG 2013 Saúde do idoso. 2013. .
COLLINS, P. H. **Interseccionalidade - Patricia Hill Collins, Sirma Bilge - Google Livros**. 1st ed. [S. l.]: São Paulo: Biotempo, 2020.

DUGRAVOT, A.; FAYOSSE, A.; DUMURGIER, J.; BOUILLON, K.; RAYANA, T. Ben; SCHNITZLER, A.; KIVIMAKI, M.; SABIA, S.; SINGH-MANOUX, A. Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. **The Lancet. Public Health**, vol. 5, no. 1, p. e42, 1 Jan. 2020.

FORTIN, M.; LAPOINTE, L.; HUDON, C.; VANASSE, A.; NTETU, A. L.; MALTAIS, D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. **Health and Quality of Life Outcomes 2004 2:1**, vol. 2, no. 1, p. 1–12, 20 Sep. 2004. DOI 10.1186/1477-7525-2-51.

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

JOHNSTON, M. C.; CRILLY, M.; BLACK, C.; PRESCOTT, G. J.; MERCER, S. W. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. **European Journal of Public Health**, vol. 29, no. 1, p. 182–189, 1 Feb. 2019.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, vol. 22, no. 3, p. 429–445, 1992.