



## MULTIMORBIDADE EM ADULTOS DA CIDADE DE PELOTAS-RS, 2021: PREVALÊNCIA E DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS

ÂNDRIA KROLOW COSTA<sup>1</sup>; GREGORE IVEN MIELKE<sup>2</sup>; FELIPE MENDES  
DELPINO<sup>3</sup>; BRUNO PEREIRA NUNES<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) –  
andriakc@hotmail.com

<sup>3</sup>The University of Queensland - g.ivenmielke@uq.edu.au

<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel)–  
fmdsocial@outlook.com

<sup>4</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) –  
nunesbp@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

Multimorbidade é definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo (WHO, 2016) e está relacionada com uma série de desfechos negativos, tanto no contexto individual (redução da qualidade de vida, capacidade funcional, habilidades cognitivas, maior risco de mortalidade, aumento no uso dos serviços de saúde) (SCHLOTZ et al., 2017), quanto para o sistema de saúde (aumento dos custos com consultas, exames, medicamentos, uso de serviços de urgência, maior demanda de profissionais qualificados, entre outros) (VIOLÁN et al., 2014). É mais prevalente entre idosos, porém, estudos recentes mostram a importância do tema em faixas etárias mais jovens da população, principalmente relacionado ao maior número absoluto de adultos do que idosos com multimorbidade (SCHLOTZ et al., 2017; NGUYEN, 2019).

Recente estudo transversal publicado em 2020, abrangendo dados das cinco regiões do Brasil evidenciou que a prevalência de multimorbidade variou de 2,7% (IC95% 2,2–4,4) entre adultos de 20 a 29 anos a 26,9% (IC95% 25,2–28,7) entre 50 e 59 anos (COSTA et al., 2020), mostrando a relevância do tema também entre faixas etárias mais jovens da população.

Além disso, verifica-se que a prevalência de multimorbidade varia entre os diferentes níveis socioeconômicos da população. Revisão sistemática e meta-análise publicada recentemente evidenciou que a baixa escolaridade estava associada a 1,64 (IC95% 1,41-1,91) vezes mais chance de multimorbidade em comparação aos indivíduos com alta escolaridade (PATHIRANA et al., 2018). Esta associação também é observada quando avaliamos a desigualdade socioeconômica através do índice de bens (classificação econômica Brasil – ABEP) (NUNES et al., 2016). Neste contexto de desigualdades históricas, cabe ressaltar também a diminuição de renda decorrente do contexto da pandemia de COVID-19 vivenciada, que tende a agravar a situação da multimorbidade. Recente documento publicado sobre o panorama social da América Latina mostrou que a pandemia levou ao aumento da pobreza e teve forte impacto nas desigualdades e no emprego (CEPAL, 2021).

Destarte, o objetivo deste trabalho foi medir a ocorrência de multimorbidade entre adultos (18 a 59 anos) de acordo com o sexo, idade, classificação econômica e escolaridade.



## 2. METODOLOGIA

A pesquisa maior que originou este trabalho é um estudo epidemiológico transversal intitulado Emergency department use and Artificial Intelligence in PELOTAS-RS (EAI Pelotas) que objetiva medir a prevalência de atendimento de urgência e emergência e a ocorrência de multimorbidade. A pesquisa foi realizada na zona urbana da cidade de Pelotas, município da região sul do estado do Rio Grande do Sul com uma população estimada em 2020 de 343.132 habitantes (IBGE).

As informações dos participantes e dados referentes às doenças crônicas foram obtidas através de questionários padronizados aplicados. Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa pela plataforma Brasil e aprovado sob o CAAE 39096720.0.0000.5317. É um estudo 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).

Para este trabalho, parte integrante da pesquisa EAI Pelotas, foram utilizados os dados referentes a adultos entre 18 e 59 anos, totalizando 3.746 participantes. A variável dependente deste estudo foi a presença de multimorbidade, avaliada a partir da ocorrência simultânea de duas ou mais doenças crônicas (através do relato do entrevistado) de 21 morbidades avaliadas. A principal variável de exposição foi o nível socioeconômico, avaliado com base em dois indicadores: 1) classe econômica baseada na posse de bens (ABEP 2013) e 2) nível de escolaridade do entrevistado. Outras variáveis utilizadas foram sexo (masculino/feminino), cor da pele e idade em anos completos.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população alvo do estudo totalizou 3.746 pessoas, com uma média de idade de 38 anos. Metade da amostra foi composta por mulheres. Três quartos das pessoas se declararam brancas, 16,2% negras, 7,6% pardas e menos de 1% responderam cor da pele amarela ou indígena.

A prevalência de multimorbidade foi de 24,7% (IC95% 22,7–26,8), maior entre as mulheres (30,5%; IC95% 28,0–33,2) do que entre os homens (18,1%, IC95% 15,8–20,7). Corroborando com estes resultados, estudo conduzido no contexto nacional por Carvalho, 2017 mostrou que 5,6% dos participantes com idade entre 18 e 29 anos possuíam multimorbidade, este percentual foi de 12,3% para idades entre 30 e 39 anos e de 23,9% entre 40 e 49 anos. Estudo transversal realizado por Afshar et. al (2015), no qual foi avaliada a multimorbidade em 28 países, encontrou associação da multimorbidade com o sexo feminino. No Brasil, estudo realizado por Nunes e colaboradores (2016), evidenciou uma prevalência de duas ou mais doenças crônicas de 35,2% (IC95% 32,6–37,7) entre as mulheres e de 20,4% (IC95% 17,7–23,0) entre os homens.

Quando avaliado as desigualdades socioeconômicas da multimorbidade através da escolaridade observou-se que pessoas que nunca estudaram ou tinham apenas o ensino fundamental completo apresentaram uma prevalência de multimorbidade de 30,2% (IC95% 26,8–33,7) enquanto para os que possuíam ensino superior completo ou mais foi de 24,0% (IC95% 20,2–28,3). Estudos brasileiros publicados sobre o tema obtiveram resultados semelhantes, indicando



uma maior prevalência de multimorbidade entre pessoas com menor escolaridade. Um deles verificou que na população geral adulta brasileira a prevalência de multimorbidade foi de 33,6 (IC95% 32,4–34,3) para pessoas sem escolaridade ou com fundamental incompleto e 22,8 (IC95% 20,5–24,7) para pessoas com ensino superior completo (RZEWUSKA et al., 2017). Outro estudo conduzido na cidade de Pelotas mostrou que a prevalência de multimorbidade para quem estudou 4 anos ou menos foi 49,1% (IC95% 44,1–54,3); de 5-8 anos de estudo foi 28,5% (IC95% 25,2–31,8) e entre os que estudaram 9 anos ou mais foi 22,7% (IC95% 20,4–24,9) (NUNES et al., 2016).

Quando analisado as desigualdades da multimorbidade através da classe econômica, as prevalências encontradas neste trabalho foram de 29,1% (IC95% 25,6–32,9) para pessoas da classe D/E; 24,8% (IC95% 22,2–27,6) para pessoas da classe C e de 21,7% (IC95% 19,0–24,7) para a classe A. Estes resultados corroboram com os encontrados por estudo publicado em 2016 e conduzido nesta mesma cidade, onde a diferença entre as classes econômicas foram: 36,7% para as classes D/E; 28,9% para a classe C e de 27,5% para as classes A/B (NUNES et al., 2016). Ao falar sobre as desigualdades socioeconômicas e seu impacto na multimorbidade temos que considerar a pandemia de COVID-19 que levou a uma diminuição de renda e aumento das desigualdades (ALMEIDA et al., 2021) o que pode levar a uma limitação de acesso da população aos serviços de saúde tanto para o manejo e correto controle das doenças quanto para o diagnóstico médico, agravando assim os desfechos negativos destas desigualdades.

#### 4. CONCLUSÕES

Este estudo observou que a multimorbidade entre adultos menores de 59 anos é frequente, acometendo um quarto dos adultos. Se pensarmos na carga de doenças e limitações que estes indivíduos poderão enfrentar quando tornarem-se idosos este fato torna-se ainda mais relevante. Além disso, os serviços de saúde devem considerar o acolhimento destas pessoas que precisam receber um tratamento de qualidade no manejo destas múltiplas condições crônicas que lhes acomete. Também é importante pontuar o quanto a desigualdade socioeconômica leva a um desfecho negativo quando tratamos do tema multimorbidade, seja por agravar a situação de saúde dos indivíduos ou por limitar o acesso destes aos serviços de saúde, tanto para tratamento quanto para diagnóstico, situação esta que tende a ser agravada em decorrência da pandemia de COVID-19.

Frente a estes resultados, percebe-se que muitos desafios ainda estão por vir, seja para a própria população que começa, cada vez mais cedo a ter que conviver e manejar duas ou mais doenças crônicas e ainda para o sistema de saúde que ainda está muito habituado a atender pacientes idosos e tratar de doenças de forma isolada e não no contexto da multimorbidade. Quanto às desigualdades socioeconômicas, é importante o debate e desenvolvimento de políticas públicas que direcionem atenção e recursos que possam trazer uma maior equidade. Portanto, além de ser necessário que a prática do cuidado para este grupo da população seja repensada e os profissionais sejam capacitados ao manejo de múltiplas doenças crônicas entre adultos, considerando um cuidado integral e longitudinal aos indivíduos, também devemos pensar em um contexto macro sobre formas para a redução das desigualdades que afetam esta população.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHAR, Sara et al. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2021.

CARVALHO, Januse Nogueira de et al. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. **PloS one**, v. 12, n. 4, p. e0174322, 2017.

CEPAL, N. U. **Panorama Social da América Latina 2020**. Resumo executivo. 2021. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47808/1/S2100656\\_pt.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47808/1/S2100656_pt.pdf). Acessado em: 02/03/2022

COSTA, A. K et al. Does socioeconomic inequality occur in the multimorbidity among Brazilian adults? **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 138, 2020.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. População. Disponível em: (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama>). Acessado em: 01/12/2021.

NGUYEN, Hai et al. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Comorbidity**, v. 9, p. 2235042X19870934, 2019.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. **International journal of public health**, v. 61, n. 9, p. 1013-1020, 2016.

PATHIRANA, T. I. et al. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. **Aust N Z J Public Health**, v. 42, n. 2, p. 186-194, 2018.

RZEWUSKA, M et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **PloS one**, v. 12, n. 2, p. e0171813, 2017.

SCHIOTZ, M L. et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity—a register-based population study. **BMC publichealth**, v. 17, n. 1, p. 422, 2017.

VIOLÁN, C. et al. Concepción et al. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2014.

WHO. **Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization, 2016.