

## Multimorbidade e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária à Saúde no norte do Rio Grande do Sul

Multimorbidity and associated factors in adult users of Primary Health Care in northern Rio Grande do Sul, Brazil

*Multimorbidad y factores asociados en adultos en usuarios de Atención Primaria de Salud en el norte de Rio Grande do Sul*

Vinícius Estanislau Albergaria<sup>1</sup> , Maríndia Biffi<sup>1</sup> , Gustavo Olszanski Acrani<sup>1</sup> , Ivana Loraine Lindemann<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul – Passo Fundo (RS), Brasil.

### Resumo

**Introdução:** As mudanças no estilo de vida levam ao aumento da exposição a fatores de risco a doenças crônicas e, diante disso, torna-se mais frequente a simultaneidade de tais doenças, em idades cada vez mais precoces, o que caracteriza uma condição complexa e desafiadora na área da saúde. **Objetivo:** Analisar a prevalência e os fatores associados à multimorbidade em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, cujos dados foram coletados por meio da aplicação de questionários a adultos atendidos na rede urbana da APS de maio a agosto de 2019. Calculou-se a prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, visando identificar os fatores associados. **Resultados:** A prevalência de multimorbidade na amostra de 958 participantes foi de 31% (IC95% 28–34) e seus fatores associados foram idade de 50–59 anos (RP=5,47; IC95% 3,54–8,45), autopercepção negativa de saúde (RP=1,61; IC95% 1,29–2,01), excesso de peso (RP=3,14; IC95% 2,21–4,44) e polifarmácia (RP=1,55; IC95% 1,33–1,81). **Conclusão:** A multimorbidade é prevalente na população atendida na APS, e sugere-se que as equipes de saúde busquem estratégias de investigação dessa condição e dos fatores que possam estar associados.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Comorbidade; Multimorbidade.

#### Autor correspondente:

Vinícius Estanislau Albergaria  
E-mail: [vinicius.estan@gmail.com](mailto:vinicius.estan@gmail.com)

#### Fonte de financiamento:

não se aplica

#### Parecer CEP:

no 3.219.633

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 22/07/2022.

Aprovado em: 29/05/2023.

**Como citar:** Albergaria VE, Biffi M, Acrani GO, Lindemann IL. Multimorbidade e fatores associados em adultos usuários da atenção primária à saúde no norte do Rio Grande do Sul. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3504. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3504](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3504)



## Abstract

**Introduction:** Lifestyle changes have led to an increased exposure to risk factors for chronic diseases, making the coexistence of such conditions more frequent, even at younger ages. This complex and challenging health condition is characterized by the simultaneous presence of multiple diseases. **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated with multimorbidity in users of Primary Health Care (PHC) in Passo Fundo, northern Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted. Data were collected by applying questionnaires to adults assisted by the urban network of PHC from May to August 2019. The prevalence of the outcome was estimated, with a 95% confidence interval (95%CI), as well as crude and adjusted Prevalence Ratios (PR) to identify associated factors. **Results:** The prevalence of multimorbidity in the sample of 958 participants was 31% (95%CI 28–34), and its associated factors were age between 50 and 59 years (PR=5.47; 95%CI 3.54–8.45), negative self-perception of health (PR=1.61; 95%CI 1.29–2.01), overweight (PR=3.14; 95%CI 2.21–4.44), and polypharmacy (PR=1.55; 95%CI 1.33–1.81). **Conclusion:** Multimorbidity is prevalent in the population assisted by PHC, suggesting that healthcare teams should seek strategies for investigating this condition and associated factors.

**Keywords:** Primary health care; Comorbidity; Multimorbidity.

## Resumen

**Introducción:** Los cambios en el estilo de vida han llevado a un aumento en la exposición a factores de riesgo para enfermedades crónicas, lo que hace más frecuente la coexistencia de tales condiciones, incluso a edades más tempranas. Esta compleja y desafiante condición de salud se caracteriza por la presencia simultánea de múltiples enfermedades. **Objetivo:** Analizar la prevalencia y los factores asociados a la multimorbilidad en usuarios de la Atención Primaria a la Salud (APS) de Passo Fundo, norte de Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, y los datos se recopilaron a través de la aplicación de cuestionarios a adultos atendidos en la red urbana de APS de mayo a agosto de 2019. Se calculó la prevalencia del resultado, con un intervalo de confianza del 95% (IC95%), así como las Razones de Prevalencia (RP) crudas y ajustadas para identificar los factores asociados. **Resultados:** La prevalencia de multimorbilidad en la muestra de 958 participantes fue del 31% (IC95% 28–34), y sus factores asociados fueron edad entre 50 y 59 años (RP=5,47; IC95% 3,54–8,45), percepción negativa de la salud (RP=1,61; IC95% 1,29–2,01), sobrepeso (RP=3,14; IC95% 2,21–4,44) y polifarmacia (RP=1,55; IC95% 1,33–1,81). **Conclusión:** La multimorbilidad es prevalente en la población atendida en APS, lo que sugiere que los equipos de salud deben buscar estrategias de investigación para esta condición y los factores asociados.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Comorbilidad; Multimorbilidad.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, diante das mudanças demográficas e de estilo de vida, incluindo a alteração de comportamentos alimentares e a exposição a agentes ambientais, assiste-se a um processo de modificação no retrato da mortalidade da população.<sup>1-3</sup> Prevalece, nas últimas décadas, um perfil epidemiológico de aumento dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).<sup>4</sup>

Essa alteração de perfil epidemiológico em que predominam as DCNT confere destaque à multimorbidade, condição definida como a ocorrência de duas ou mais doenças no mesmo indivíduo.<sup>5,6</sup> Tendo em vista a sua gravidade, prevalência, possibilidade de manejo e impacto na qualidade de vida, a multimorbidade tem se tornado um importante problema de saúde pública.<sup>7</sup>

Desse modo, compreender a multimorbidade em estágios iniciais durante a vida adulta é importante por uma série de razões. Durante esse período, os indivíduos normalmente lidam com papéis sociais muitas vezes exigentes e conflitantes ao administrar relações profissionais, pessoais e familiares.<sup>8,9</sup> O esforço por administrar esses múltiplos papéis sociais pode aumentar a vulnerabilidade a doenças crônicas ou pode tornar mais difícil o manejo das condições crônicas existentes.<sup>10,11</sup>

Estudos demonstram que a prevalência de multimorbidade em adultos varia de 25 a 30%,<sup>6,12</sup> com predominância de sexo feminino, menor escolaridade<sup>6</sup> e indivíduos com obesidade.<sup>13</sup>

Somados à elevada prevalência, os efeitos da multimorbidade podem incluir maior risco de morte, piora da qualidade de vida, incapacidades funcionais e aumento no uso de serviços de saúde.<sup>6</sup>

Apesar do impacto e da importância clínica da multimorbidade, existem poucas evidências científicas que avaliem essa problemática na população adulta atendida na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Desse modo, o trabalho objetiva descrever a prevalência e os fatores associados à multimorbidade em adultos atendidos na APS de uma cidade de médio porte no norte do Rio Grande do Sul.

## MÉTODOS

Este estudo representa um recorte de uma pesquisa transversal mais ampla, que teve o intuito de descrever diferentes características de usuários da APS e cujos dados foram coletados de maio a agosto de 2019, na rede urbana de APS de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul.

O tamanho da amostra foi calculado de duas formas, considerando-se o nível de confiança de 95% e o poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base a razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e razão de prevalência (RP) de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária seria de 1.403 participantes.

Foram considerados como critérios de elegibilidade: idade  $\geq 18$  anos, ambos os sexos, residência no município, em atendimento na rede no período da coleta e com condições de responder ao questionário. Assim, a população da pesquisa foi constituída de adultos e idosos, amostrados de forma não probabilística, sendo os participantes selecionados por conveniência e consecutivamente entre aqueles que procuraram os serviços oferecidos nas unidades no período estipulado para a coleta. Para isso, a amostragem foi realizada em duplo estágio nas 34 unidades urbanas da APS. Inicialmente, para a definição do quantitativo por unidade, o número de entrevistados em cada local foi proporcional à quantidade de procedimentos realizados em cada unidade no mês anterior ao início da coleta dos dados e, posteriormente, de forma consecutiva, foram incluídos na amostra todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento, até que se atingisse o  $n$  estipulado para cada local ou até que todos os presentes no último turno da coleta fossem convidados a participar. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário padronizado, aplicado por entrevistadores treinados, os quais abordavam os usuários conforme os critérios de elegibilidade. Para este estudo, foram excluídos os idosos e as gestantes da amostra.

O desfecho — multimorbidade — foi operacionalizado pela prevalência simultânea de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis, considerando diagnóstico médico autorreferido de câncer, diabetes *mellitus*, dislipidemia, cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica.<sup>5</sup>

As variáveis sociodemográficas incluíram sexo (masculino; feminino), idade em anos completos (18–29; 30–39; 40–49; 50–59), cor da pele autorreferida (branca; outra); escolaridade (ensino fundamental; médio; e superior), situação conjugal (com e sem companheiro), exercício de atividade remunerada (não; sim), renda familiar mensal *per capita* em salários-mínimos (valor de R\$ 998 no período da coleta de dados). Ainda, foram analisados: autopercepção de saúde (positiva; negativa), excesso de peso (avaliado com base em peso e altura autorreferidos e com classificação pelo índice de massa corporal),<sup>14,15</sup> polifarmácia (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos),<sup>16</sup> tabagismo (não; sim), consumo de bebida alcoólica (não; sim) e prática de atividade física (não; sim).

Após dupla digitação e validação dos dados, procedeu-se a estatística descritiva para a caracterização da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Verificaram-se os fatores associados à multimorbidade por meio da Regressão de Poisson; inicialmente, com análise bivariada, foram geradas as RP brutas e seus IC95%. Posteriormente, para controlar possíveis fatores de confusão, empregou-se análise multivariada com variância robusta para conglomerados, sendo calculadas as RP ajustadas e seus IC. Nesta análise, do tipo *backwardstepwise*, seguiu-se um modelo hierárquico<sup>17</sup> previamente estabelecido e composto de três níveis de determinação (variáveis demográficas e socioeconômicas, características de saúde e de hábitos de vida, respectivamente). Em cada nível, ajustaram-se as variáveis entre si e aquelas com  $p \leq 0,20$  permaneceram para o ajuste com o nível seguinte. Para as categóricas politômicas, quando ocorreu ordenamento entre as categorias, realizou-se o teste de Wald para tendência linear e, caso contrário ou com resultado não significativo, testou-se a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro  $\alpha$  de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p < 0,05$  para testes bicaudais.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente (Parecer de nº 3.219.633), obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e atendendo aos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. Foi solicitado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra total da pesquisa foi constituída de 1.443 adultos e idosos. Para este recorte, excluídos idosos e gestantes, a amostra foi composta de 958 participantes (66,4%) e sua caracterização está apresentada na Tabela 1. Verificou-se que 72,8% eram mulheres, 27% tinham idade entre 30 e 39 anos, 63,6% declararam-se brancos, 40,5% tinham ensino fundamental, 75,3% mencionaram ter companheiro (cônjuge), 55,3% exerciam atividade remunerada, e 74,5% relataram renda familiar mensal *per capita* de até um salário-mínimo. Também se constatou que 58,4% autopercebiam positivamente sua saúde, 68,2% apresentavam excesso de peso, 8,5% estavam polimedicados, 20,8% eram fumantes, 33,2% relataram consumo de bebida alcoólica e 61,4% não praticavam atividade física.

A prevalência de multimorbidade foi de 31% (IC95% 28–34). Após a análise ajustada, verificou-se, conforme demonstrado na Tabela 2, tendência de aumento da probabilidade do desfecho conforme acréscimo da faixa etária, sendo  $RP=5,47$  (IC95% 3,54–8,45) entre aqueles com idade de 50 a 59 anos. Em referência às variáveis do segundo nível, constatou-se que a prevalência do desfecho foi influenciada positivamente pela autopercepção negativa de saúde ( $RP=1,61$ ; IC95% 1,29–2,01), pelo excesso de peso ( $RP=3,14$ ; IC95% 2,21–4,44) e pela polifarmácia ( $RP=1,55$ ; IC95% 1,33–1,81). Por fim, entre as variáveis comportamentais, observou-se menor probabilidade do desfecho entre os participantes que não praticavam atividade física ( $RP=0,81$ ; IC95% 0,66–0,98).

## DISCUSSÃO

Uma análise realizada pelo National Health Interview Survey (NHIS), em 2012, mostrou que aproximadamente 25% dos adultos dos EUA com mais de 18 anos apresentam mais de duas doenças crônicas.<sup>11,18</sup> Resultado semelhante foi observado em pesquisa conduzida em Pelotas, Rio Grande do Sul, a qual demonstrou prevalência geral de multimorbidade de 29,1% na população adulta.<sup>6</sup> No presente estudo, encontrou-se prevalência de 31%, valor próximo dos citados anteriormente.

**Tabela 1.** Caracterização de uma amostra de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo (RS), 2018 (n=958).

| Variáveis   | n   | %    |
|---|-----|------|
| Sexo  |     |      |
| Masculino   | 261 | 27,2 |
| Feminino  | 697 | 72,8 |
| Idade (anos completos)                            |     |      |
| 18–29   | 241 | 25,2 |
| 30–39   | 259 | 27,0 |
| 40–49   | 212 | 22,1 |
| 50–59   | 246 | 25,7 |
| Cor da pele autorreferida (n=957)                 |     |      |
| Branca  | 609 | 63,6 |
| Outra   | 348 | 36,4 |
| Escolaridade (n=914)                              |     |      |
| Ensino fundamental                                | 370 | 40,5 |
| Ensino médio                                      | 341 | 37,3 |
| Ensino superior                                   | 203 | 22,2 |
| Situação conjugal                                 |     |      |
| Sem companheiro                                   | 236 | 24,7 |
| Com companheiro                                   | 718 | 75,3 |
| Exerce atividade remunerada                       |     |      |
| Não   | 428 | 44,7 |
| Sim   | 530 | 55,3 |
| Renda familiar mensal <i>per capita</i> * (n=901) |     |      |
| >1 salário-mínimo                                 | 230 | 25,5 |
| ≤1 salário-mínimo                                 | 671 | 74,5 |
| Autopercepção de saúde (n=949)                    |     |      |
| Positiva  | 554 | 58,4 |
| Negativa  | 395 | 41,6 |
| Excesso de peso (n=850)                           |     |      |
| Não   | 270 | 31,8 |
| Sim   | 580 | 68,2 |
| Polifarmácia                                      |     |      |
| Não   | 877 | 91,5 |
| Sim   | 81  | 8,5  |
| Tabagismo (n=957)                                 |     |      |
| Não   | 758 | 79,2 |
| Sim   | 199 | 20,8 |
| Consumo de bebida alcoólica                       |     |      |
| Não   | 640 | 66,8 |
| Sim   | 318 | 33,2 |
| Prática de atividade física (n=957)               |     |      |
| Sim   | 369 | 38,6 |
| Não   | 588 | 61,4 |

\*R\$ 998,00.

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada de fatores associados à multimorbidade entre adultos usuários da Atenção Primária de Saúde. Passo Fundo (RS), 2019 (n=958).

| Variáveis  | RP bruta<br>(IC95%) | p                   | RP ajustada<br>(IC95%) | p                   |
|--|---------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| 1º nível: variáveis demográficas e socioeconômicas (n=857) |                     |                     |                        |                     |
| Sexo   |                     |                     |                        |                     |
| Masculino  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Feminino   | 1,01 (0,87–1,18)    | 0,875 <sup>†</sup>  | 1,09 (0,92–1,29)       | 0,321 <sup>†</sup>  |
| Idade em anos completos                                    |                     |                     |                        |                     |
| 18–29  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| 30–39  | 2,29 (1,48–3,55)    | <0,001 <sup>‡</sup> | 2,29 (1,49–3,53)       | <0,001 <sup>‡</sup> |
| 40–49  | 3,74 (2,53–5,54)    |                     | 3,82 (2,58–5,66)       |                     |
| 50–59  | 5,63 (3,65–8,67)    |                     | 5,47 (3,54–8,45)       |                     |
|  |                     |                     |                        |                     |
| Cor da pele autorreferida                                  |                     |                     |                        |                     |
| Branca   | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Outra  | 0,98 (0,78–1,22)    | 0,824 <sup>†</sup>  | 1,08 (0,86–1,64)       | 0,519 <sup>†</sup>  |
| Escolaridade   |                     |                     |                        |                     |
| Ensino fundamental   | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Ensino médio   | 0,76 (0,64–0,91)    | 0,008 <sup>§</sup>  | 0,96 (0,81–1,14)       | 0,511 <sup>§</sup>  |
| Ensino superior  | 0,88 (0,68–1,13)    |                     | 1,14 (0,88–1,48)       |                     |
| Situação conjugal  |                     |                     |                        |                     |
| Sem cônjuge  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Com cônjuge  | 1,10 (0,91–1,32)    | 0,346 <sup>†</sup>  | 1,13 (0,95–1,35)       | 0,179 <sup>†</sup>  |
| Exerce atividade remunerada                                |                     |                     |                        |                     |
| Não  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Sim  | 0,80 (0,67–0,94)    | 0,008 <sup>†</sup>  | 0,83 (0,69–1,00)       | 0,055 <sup>†</sup>  |
| Renda familiar mensal per capita*                          |                     |                     |                        |                     |
| >1 salário mínimo  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| ≤1 salário mínimo  | 0,95 (0,78–1,15)    | 0,587 <sup>†</sup>  | 1,03 (0,86–1,24)       | 0,745 <sup>†</sup>  |
| 2º nível: características de saúde (n=840)                 |                     |                     |                        |                     |
| Autopercepção de saúde                                     |                     |                     |                        |                     |
| Positiva   | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Negativa   | 2,29 (1,84–2,85)    | <0,001 <sup>†</sup> | 1,61 (1,29–2,01)       | <0,001 <sup>†</sup> |
| Excesso de peso  |                     |                     |                        |                     |
| Não  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Sim  | 4,07 (2,89–5,72)    | <0,001 <sup>†</sup> | 3,14 (2,21–4,44)       | <0,001 <sup>†</sup> |
| Polifarmácia   |                     |                     |                        |                     |
| Não  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Sim  | 3,11 (2,69–3,60)    | <0,001 <sup>†</sup> | 1,55 (1,33–1,81)       | <0,001 <sup>†</sup> |
| 3º nível: hábitos de vida (n=838)                          |                     |                     |                        |                     |
| Tabagismo  |                     |                     |                        |                     |
| Não  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Sim  | 0,92 (0,73–1,15)    | 0,447 <sup>†</sup>  | 0,88 (0,71–1,08)       | 0,221 <sup>†</sup>  |
| Consumo de bebida alcoólica                                |                     |                     |                        |                     |
| Não  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Sim  | 0,74 (0,60–0,92)    | 0,006 <sup>†</sup>  | 0,97 (0,80–1,18)       | 0,758 <sup>†</sup>  |
| Prática de atividade física                                |                     |                     |                        |                     |
| Sim  | 1,00                |                     | 1,00                   |                     |
| Não  | 0,89 (0,72–1,10)    | 0,276 <sup>†</sup>  | 0,81 (0,66–0,98)       | 0,033 <sup>†</sup>  |

\*R\$ 998,00; <sup>†</sup>teste do qui-quadrado; <sup>‡</sup>teste de tendência linear; <sup>§</sup>teste de heterogeneidade.

Conforme a literatura, o agravo está relacionado ao aumento da idade,<sup>6</sup> o que foi também verificado neste estudo, sendo a prevalência linearmente mais elevada conforme o acréscimo de anos de vida. Isso pode ser explicado pelo fato de que com o envelhecimento, processo natural do organismo, o corpo humano modifica sua homeostase, diminuindo a eficácia contra agentes endógenos e exógenos e aumentando, assim, o risco para o surgimento de doenças.<sup>19</sup>

Além disso, hábitos de vida inadequados, a exemplo do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, são fatores de risco reconhecidos para o aumento da frequência de DCNT.<sup>20,21</sup> Entretanto, no presente trabalho, não foi observada associação da multimorbidade com tabagismo e consumo de álcool, o que pode ser explicado pela possibilidade de causalidade reversa, pois evitar tabagismo e bebida alcoólica faz parte do tratamento não medicamentoso de muitas DCNT. É, portanto, recomendação básica e fundamental, especialmente entre adultos atendidos na APS.

No que diz respeito à percepção da própria saúde, um estudo realizado com idosos no norte do Rio Grande Sul mostrou que a multimorbidade está associada à autopercepção negativa da saúde.<sup>22</sup> A mesma associação foi verificada nesta pesquisa, embora com amostra de adultos. A relação entre os fatores pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com multimorbidade apresentam déficit no autocuidado com a saúde, pior qualidade de vida e maior grau de dependência para atividade de vida diária, com repercussões negativas em sua capacidade funcional.<sup>23</sup>

É conhecida também a associação entre polifarmácia e multimorbidade na população idosa,<sup>22</sup> sendo o mesmo verificado no presente estudo. O uso simultâneo de vários medicamentos e o relato de saúde ruim ou péssima parecem ser consequência do acúmulo de doenças crônicas, e não o contrário. A polifarmácia pode ser justificada pela necessidade frequente dos idosos de ingerir medicações para o tratamento das doenças crônicas, enquanto a autopercepção com relação a sua saúde tende a ser negativa pelo maior número de hospitalização desses idosos perante a multimorbidade.<sup>24</sup>

No que se refere à associação entre excesso de peso e multimorbidade, os resultados indicam que é positiva, o que corrobora achados prévios de estudo realizado também com adultos.<sup>25</sup> Isso reitera o fato de que a obesidade é um fator de risco subjacente para uma série de doenças crônicas e, conseqüentemente, para a multimorbidade.

No tocante à prática de atividade física, observou-se em pesquisa realizada com adultos de Santa Catarina que é um fator protetivo contra a multimorbidade.<sup>26</sup> Todavia, no presente estudo se constatou que a probabilidade do desfecho é menor entre aqueles que não praticam atividade física, achado este possivelmente também derivado da causalidade reversa entre as variáveis.

Quanto à escolaridade, em um estudo realizado nos EUA se observou que, entre os adultos de 30–64 anos, níveis mais baixos de educação mostraram-se associados a maiores chances de multimorbidade.<sup>10</sup> No Brasil, a pesquisa realizada em Pelotas, no Rio Grande do Sul, também verificou tal associação.<sup>6</sup> Entretanto, no presente estudo, a multimorbidade não está associada a baixos níveis educacionais.

No mesmo sentido, na presente investigação a cor da pele dos participantes não se mostrou associada ao desfecho, o que não está em consonância com a literatura,<sup>6</sup> assim como não foi identificada associação entre renda *per capita*, exercício de atividade remunerada, sexo,<sup>6,12</sup> consumo de bebida alcoólica e tabagismo.<sup>20</sup>

Uma das possibilidades para tais divergências é que os estudos mencionados não foram conduzidos exclusivamente com usuários da APS. As diferenças podem ser oriundas de distinções regionais nos perfis populacionais, sendo originadas do contexto histórico de povoação e constituição da população, assim como das diferenças de desenvolvimento econômico e social e de acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se que este é um dos poucos trabalhos a analisar a multimorbidade em adultos. Além disso, é importante ressaltar que mais de 70% dos cidadãos brasileiros utilizam serviços públicos de saúde e, entre eles, aproximadamente 48% apresentam as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada no sistema.<sup>18</sup> Desse modo, trabalhos como este, que objetivam a investigação de usuários da APS, tornam-se fundamentais, principalmente no que diz respeito às condições que possam trazer consequências prejudiciais à saúde, como é o caso da multimorbidade.

Como limitação do estudo, é preciso mencionar que os resultados apresentados podem estar sub ou superestimados em função da possibilidade de viés de informação, porque as DCNT computadas na definição do desfecho foram aferidas por diagnóstico médico autorreferido pelos entrevistados, e não medidas de forma independente por um especialista ou verificadas em prontuário médico. Embora seja possível aos entrevistados saber de sua condição, isso não pode ser tomado com a certeza que seria dada se as doenças fossem medidas objetivamente.

Além disso, tratando-se de uma amostra de usuários da APS composta daqueles que procuraram atendimento nos serviços de saúde no período da coleta de dados, é preciso considerar a possibilidade de viés de seleção por favorecimento de inclusão daqueles com a saúde comprometida. Isso poderia gerar resultados superestimados em termos de estimativa de prevalência, assim como levar à ausência de associação com algumas das variáveis independentes potencialmente relacionadas ao desfecho. Ainda, cabe reforçar a possibilidade de causalidade reversa entre algumas variáveis independentes e o desfecho, por se tratar de estudo transversal. E, por fim, considerando tratar-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla, com tamanho amostral reduzido, pode não ter havido poder estatístico suficiente em algumas comparações.

## CONCLUSÃO

Foi possível identificar a prevalência de multimorbidade na amostra e descrever a população usuária da APS em Passo Fundo (RS).

Observando-se as variáveis demográficas, confirmou-se que a multimorbidade é mais frequente em pessoas com excesso de peso, em uso de polifarmácia e com percepção negativa da saúde; no entanto, não se verificou associação com sexo feminino e escolaridade.

Desse modo, espera-se que este panorama relacionado à multimorbidade em Passo Fundo alerte os profissionais da saúde sobre a prevalência e o perfil sociodemográfico e de saúde que esses pacientes apresentam, com o intuito de que diagnósticos precoces sejam estabelecidos, assim como o tratamento e seguimento adequado das doenças, principalmente na APS Saúde. Além disso, sugere-se a realização de pesquisas em outros locais, com amostras de adultos compostas exclusivamente de usuários da APS e da população em geral, visando melhor elucidar a prevalência da multimorbidade e os fatores associados nessa parcela da população. Isso para que os resultados possam servir de base para a definição de políticas públicas de saúde e de educação e de estratégias de intervenção voltadas tanto à captação e atendimento específico quanto à prevenção cada vez mais precoce das DCNT nos diferentes estratos etários da população, de modo a impactar positivamente os indicadores de morbimortalidade.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

VES: Administração do projeto, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Software. MB: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Investigação, Supervisão. GOA: Análise formal, Escrita – revisão e edição. ILL: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Software, Supervisão, Validação.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: WHO; 2011.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2095-128. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61728-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61728-0)
3. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde* 2012;21(4):539-48. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400003>
4. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(1):7-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>
5. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 2012;10(2):142-51. <https://doi.org/10.1370/afm.1337>
6. Nunes BP, Camargo-Figuera FA, Guttier M, Oliveira PD, Munhoz TN, Matijasevich A, et al. Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. *Int J Public Health* 2016;61(9):1013-20. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0819-7>
7. Costa JSD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública?” *Rev Bras Epidemiol* 2006;9(1):144-6. <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2006000100018>
8. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. *Acad Manage Rev* 1985;10(1):76-88. <https://doi.org/10.2307/258214>
9. Miller DA. The ‘sandwich’ generation: adult children of the aging. *Social Work* 1981;26(5):419-23. <https://doi.org/10.1093/sw/26.5.419>
10. Johnson-Lawrence V, Zajacova A, Sneed R. Education, race/ethnicity, and multimorbidity among adults aged 30–64 in the National Health Interview Survey. *SSM Popul Health* 2017;3:366-72. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.03.007>
11. Costa AK, Bertoldi AD, Fontanella AT, Ramos LR, Arrais PSD, Luiza VL, et al. Existe desigualdade socioeconômica na multimorbidade entre adultos brasileiros? *Rev Saúde Pública* 2020;54:138. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002569>
12. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prev Chronic Dis* 2014;11:E62. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130389>
13. Keetile M, Navaneetham K, Letamo G. Prevalence and correlates of multimorbidity among adults in Botswana: a cross-sectional study. *PLoS One* 2020;15(9):e0239334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239334>
14. Physical status: the use of and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1995;854:1-452. PMID: 8594834
15. World Health Organization. WHO anthroplus for personal computers manual. Software for assessing growth of the world’s children and adolescents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acessado em 30 ago. 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/>
16. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* 2017;51(suppl 2):19s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
18. Institute of Health Metrics And Evaluation. GBD profile Brazil [Internet]. Seattle: Institute of Health Metrics and Evaluation; 2013 [acessado em 29 ago. 2020]. Disponível em: [https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country\\_profiles/GBD/ihme\\_gbd\\_country\\_report\\_brazil.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_brazil.pdf)
19. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum* 2018;27(27):223-38
20. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73. PMID: 24881324
21. US National Cancer Institute. World Health Organization. The economics of tobacco and tobacco control. *NCI Tobacco Control Monograph Series* 2016;21
22. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017;20(5):634-42. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>

23. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *AnnFamMed* 2012;10(2):134-41. <https://doi.org/10.1370/afm.1363>
24. Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22(1):e180154. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>
25. Alaba O, Chola L. The social determinants of multimorbidity in South Africa. *Int J Equity Health* 2013;12:63. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-63>
26. Santos MC. Multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prevalência e associação com indicadores sociodemográficos, de atividade física e de comportamento sedentário em adultos e idosos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.