Prevalência de multimorbidade e fatores associados na população trabalhadora brasileira

Prevalence of multimorbidity and associated factors in the Brazilian working population

Ana Clara Dantas de Souza1, Isabelle Ribeiro Barbosa1, Dyego Leandro Bezerra de Souza1

RESUMO | Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), a saúde tem apresentado um novo perfil epidemiológico, um aumento das doenças crônicas não transmissíveis e uma diminuição das doenças crônicas transmissíveis. Objetivos: Estimar a prevalência de multimorbidade na população brasileira trabalhadora (≥18 anos) e conhecer seus fatores associados, considerando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Métodos: Trata-se de um estudo transversal desenvolvido a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, com n = 47.629 pessoas acima de 18 anos. Foram utilizadas questões do inquérito que respondiam se o indivíduo já havia recebido o diagnóstico de alguma das doenças crônicas incluídas no estudo. Estimou-se a prevalência da multimorbidade em relação às características socioeconômicas, às condições de saúde e de trabalho; a análise bivariada com obtenção da razão de prevalência, com intervalos de confiança de 95%; e o modelo multivariado por meio da regressão de Poisson, com teste de Wald para estimação robusta, para variáveis significativas na análise. Resultados: A prevalência de multimorbidade foi de 19,98% (intervalo de confiança de 95%: 19,29%-20,70%) e esteve associada a sexo feminino, faixa etária de 60+, conviver com o cônjuge, ser ex-fumante, ser analfabeto, morar na zona urbana, ter plano de saúde e já ter sofrido algum acidente de trabalho. Conclusões: Estimou-se uma baixa prevalência de multimorbidade na população trabalhadora brasileira e, quando presente, esteve associada a características laborais, socioeconômicas e de estilo de vida. Palavras-chave | multimorbidade; saúde do trabalhador; absenteísmo/presenteeísmo; acidente de trabalho.

ABSTRACT | Introduction: According to the World Health Organization (2018), recent changes in the epidemiological profile of working populations point to an increase in non-communicable chronic illnesses and a decrease in communicable chronic illnesses. Objectives: To estimate the prevalence of multimorbidity in the Brazilian working population (≥18 years) and identify associated factors based on data from the 2013 national health survey (Pesquisa Nacional de Saúde). Methods: This was a cross sectional study based on data from the 2013 national health survey, which included n = 47,629 people aged 18 years or older. As part of the survey, participants were asked whether they had ever been diagnosed with any of several chronic diseases. The prevalence of multimorbidity in this population and its association with socioeconomic, lifestyle and occupational characteristics were examined. Bivariate analyses were used to calculate prevalence ratios and 95% confidence intervals. Multivariate analyses were conducted using Poisson regression and Wald’s tests to estimate the coefficients of significant variables. Results: The prevalence of multimorbidity was 19.98% (95% confidence interval: 19.29%-20.70%). Higher rates of multimorbidity were associated with female gender, age 60 years or older, living with a spouse, past history of smoking, low education levels (illiterate/primary), living in urban areas, having medical or dental insurance and a history of work accidents. Conclusions: The prevalence of multimorbidity in the Brazilian population is low. When present, multimorbidity is associated with specific occupational, socioeconomic and lifestyle characteristics. Keywords | multimorbidity; occupational health; absenteeism/presenteeism; occupational accident.

1 Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.
Fonte de financiamento: Nenhuma
Conflitos de interesse: Nenhuma
Como citar: Souza ACD, Barbosa IR, Souza DLB. Prevalence of multimorbidity and associated factors in the Brazilian working population. Rev Bras Med Trab. 2020;18(3):302-311. http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-568
INTRODUÇÃO

Cerca de 80% das consultas realizadas por médicos na atenção primária são com pacientes acometidos por múltiplas condições de saúde, ou multimorbidades. Elas são responsáveis por tornar o processo de cuidado do paciente um tanto mais complexo por se tratar de duas ou mais doenças crônicas associadas em um mesmo indivíduo. Essa é uma condição predominante no grupo dos idosos1.

Considerando que a realidade socioeconômica na qual o indivíduo está inserido pode ser tida como uma condição de iminente risco ou não ao surgimento da multimorbidade, percebe-se que, quanto menor o nível socioeconômico, maior serão as privações e a exposição às atividades de vida diária com menor qualidade de vida2. A diversidade do regime existente nos âmbitos social, econômico e trabalhista pode ser considerada um importante fator de risco à condição de saúde. Logo, nota-se a interferência no processo de saúde-doença do indivíduo ou da coletividade a partir do aumento da frequência dos afastamentos e adoecimentos dos trabalhadores3.

Com a compreensão e o reconhecimento dos efeitos desencadeados pelo trabalho na vida dos trabalhadores, esse se tornou para a ciência um importante determinante das condições de vida e de saúde da população, e, por essa significância, o Sistema Único de Saúde (SUS) assumiu a competência por ações e serviços que englobem as realidades entre o trabalho e o trabalhador4. No entanto, desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde está em vigor, somente após 16 anos desde a promulgação da Constituição, em 1988; posteriormente, no ano de 2012, através da Portaria Nº 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. É uma política direcionada à redução aos acidentes, aos agravos e às doenças relacionadas ao trabalho mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde5.

Para o contexto atual e futuro, de acordo com a Organização Mundial da Saúde6, a saúde do trabalhador tem apresentado um novo perfil, traduzido pelo aumento da longevidade, o envelhecimento da população trabalhadora, a diminuição das doenças crônicas transmissíveis e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. A literatura aponta novas características que se configuram como alta exigência e diversidade, precarização dos vínculos e da proteção social, pouca autonomia, degradação ambiental e degradação da qualidade de vida, tudo isso influenciando diretamente na condição de saúde do trabalhador4. Além disso, tem-se observado a existência de um sistema de saúde minimamente preparado para atender à demanda crescente de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis7.

Em síntese, devido aos prejuízos e compreendendo que o surgimento da multimorbidade é proporcional ao aumento da idade8, sugere-se a iminente relevância como problema de saúde pública, devido aos prejuízos atuais e futuros que podem promover como compensação da longínqua exposição ao longo da vida de trabalho — como diminuição da produtividade, afastamentos por motivos de doença e risco de desemprego9. Assim sendo, nunca se estudou tanto sobre multimorbidade como nos últimos tempos, embora ainda com mínimos estudos de base populacional10. Além disso, tem crescido também o interesse em estudos com foco na relação entre a multimorbidade e a saúde do trabalhador.

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de multimorbidade na população trabalhadora brasileira (≥18 anos) e conhecer seus fatores associados, a fim de subsidiar e fomentar ações estratégicas, políticas e de vigilância no campo da saúde do trabalhador. Além disso, também é um objetivo contribuir na formulação de proposta ou protocolos para trabalhadores com multimorbidade no Brasil, capazes de promover condições acessíveis e efetivas de promoção e proteção a essa população, seja de cunho formal ou informal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados secundários resultantes da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com representatividade da população adulta brasileira (≥18 anos de idade), desenvolvida em parceria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o Ministério da Saúde no ano de 2013. A pesquisa foi realizada a fim de conhecer e caracterizar o perfil da população brasileira, a partir da situação de saúde, estilo de vida, vigilância de doenças crônicas, fatores de risco, acesso e uso dos serviços de saúde, através de inquérito de base domiciliar11.
POPOPULAÇÃO, AMOSTRA E LOCAL DO ESTUDO

A população-alvo da PNS é caracterizada pelas pessoas (≥18 anos de idade) que residem em domicílios particulares do território nacional, sendo excluídas as áreas sob condições especiais e com reduzida população — tais como as aldeias indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais, assim como os setores censitários localizados em terras indígenas12.

A pesquisa foi estratificada em três estágios de conglomeração, dos quais foram formados os setores censitários, como unidades primárias de amostragem (UPAs) ou unidades de coleta; os setores domiciliares, como unidades secundárias; e os setores terciários, como unidades dos moradores adultos (≥18 anos de idade). Em todas as etapas, a seleção das subamostras foi realizada por amostragem aleatória simples (AAS)11.

Para o tamanho da amostra, foi utilizada como base amostral a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008) e o Censo Demográfico 2010, que definiu um tamanho amostral de 1.800 domicílios por Unidade Federativa (UF). De acordo com Affonso13, “federação constitui uma forma de organização territorial do poder, de articulação do poder central com os poderes regional e local” (p. 321), estimando-se um total de 81.357 domicílios e, nesse montante, selecionando um indivíduo por domicílio. Ao final, foram selecionados n = 64.308 indivíduos (≥18 anos de idade), dos quais 1.717 se recusaram e 2.389 não foram encontrados, restando n = 60.202 observações, compreendendo uma taxa de resposta de 86%11. Desses, somente os que estavam trabalhando (n = 47.629) foram incluídos no presente estudo.

O questionário compreende um universo de 743 questões e é dividido em módulos, os quais contemplam características do domicílio de todos os moradores e do morador adulto selecionado12. Os entrevistadores foram calibrados para a realização da entrevista e para o uso de computadores de mão, etapa em que foram inseridos os dados coletados12.

A variável dependente foi a multimorbidade, caracterizada pela presença de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis em um mesmo indivíduo14. Os entrevistados que responderam ao inquérito foram questionados se já haviam recebido diagnóstico de alguma doença crônica incluída no estudo, descritas a seguir: hipertensão; diabetes; colesterol alto; doenças do coração, como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra; acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame; doença pulmonar ou asma (ou bronquite asmática); artrite ou reumatismo; problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lesão por esforço repetitivo (LER)/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco; doença mental, como depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); insuficiência renal crônica; ou cânceres.

Foram analisados os itens relacionados às características socioeconômicas, de estilo de vida e especialmente do trabalho, incluindo algumas variáveis criadas a partir da combinação das variáveis presentes no questionário da PNS: Faixa etária: 18-24 anos; de 25-39 anos; de 40-59 anos; ou 60 anos ou mais. Nível de educação15: analfabeto; primário (Ensino Fundamental completo e Ensino Médio incompleto); secundário (Ensino Médio completo e Ensino Superior incompleto); e Superior (Ensino superior completo). Casado(a): não ou sim. Local de moradia: urbana ou rural. Plano de saúde: se a pessoa tem algum plano de saúde: não ou sim. Consumo de tabaco: não fumante; ex-fumante; fumante. Consumo de bebida alcoólica: não ingere bebida alcoólica; ingere bebida alcoólica moderadamente; ingere bebida alcoólica excessivamente. Tipo de ambiente de trabalho: fechado; aberto; ambos. Acidente de trabalho: foi considerado se a pessoa já se envolveu em algum acidente de trabalho nos últimos 12 meses, não categorizando por tipo de profissão, sendo categorizada nos seguintes estratos: não ou sim. Sequela por acidente: não ou sim. Trabalho noturno: não ou sim. Trabalho de plantão: não ou sim. Horas de trabalho: única variável quantitativa do estudo.

Para a análise estatística, foi utilizada a análise da prevalência de multimorbidade às características socioeconômicas, de estilo de vida e do trabalho da população estudada. Posteriormente, realizou-se a análise bivariada para obtenção das razões de prevalência (RP) com respectivos intervalos de confiança (IC), a um nível de confiança de 95% (IC95%). A análise multivariada foi realizada através da regressão de Poisson com variância robusta. Para análise estatística, foi utilizado o programa Stata, versão 14 (StataCorp LLC, Texas, EUA).
O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 8 de julho de 2013, sob o nº 10853812.7.0000.0008. O presente estudo utiliza dados secundários da PNS disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A prevalência de multimorbidade foi de 19,98% (IC95%: 19,29-20,70%). Na análise descritiva, os indivíduos com 60+ anos (RP = 46,71%; IC95%: 44,36-49,07%) representaram o grupo com maior prevalência de ter multimorbidade, assim como os indivíduos ex-fumantes (RP = 32,41%; IC95%: 30,52-34,35%). A multimorbidade também foi associada a sequelas por acidente (RP = 32,68%; IC95%: 23,23-43,78%), ao analfabetismo (RP = 24,91%; IC95%: 23,90-25,95%) e a já ter se envolvido em algum acidente de trabalho (RP = 24,71%; IC95%: 20,58-29,38%). Também foi discretamente maior a prevalência nos seguintes casos: em pessoas que convivem com o cônjuge, que não consomem bebida alcóolica, que moram na zona urbana, que têm plano de saúde médico ou odontológico, que não trabalham no turno da noite, que trabalham em ambiente fechado e que trabalham de plantão (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada, da relação entre multimorbidade e fatores socioeconômicos, da saúde e do trabalho. Entre as variáveis estatisticamente significativas, destacam-se os indivíduos ex-fumantes que apresentaram duas vezes mais chance de ter multimorbidade que as categorias de referência. Ainda, apresentar sequelas do trabalho (RP = 1,64; IC95%: 1,19-2,25%), ser analfabeto/primário (RP = 1,35-1,64%), conviver com um(a) cônjuge (RP = 1,30; IC95%: 1,21-1,39%) e já ter se envolvido em algum acidente de trabalho (RP = 1,24; IC95%: 1,03-1,49%) também foram relacionadas ao desfecho. Já as variáveis, sexo masculino, faixa etária de 18-24, não ter plano de saúde médico ou odontológico, consumir bebida alcóolica excessivamente, ter um nível de educação secundária e morar na zona rural apresentaram-se como fatores associados negativamente à multimorbidade. Na análise bivariada, o trabalho noturno, o tipo de ambiente de trabalho e o trabalho em regime de plantão não apresentaram associação significativa.

Na análise multivariada, apresentada na Tabela 3, permaneceram em associação significativa com a multimorbidade as seguintes variáveis: ser do sexo feminino (RP = 1,72; IC95%: 1,59-1,86%), estar na faixa etária 60+ anos de idade (RP = 6,93; IC95%: 5,35-8,97%), já ter se envolvido em algum acidente de trabalho (RP = 1,50; IC95%: 1,25-1,79%), conviver com um(a) cônjuge, assim como ser/analfabetismo/primário.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam que aqueles que referiram duas ou mais doenças crônicas apresentaram uma prevalência geral de multimorbidade de 19,98%, um valor baixo quando comparado a outros estudos realizados em diferentes populações. No estudo de Excoffier et al.16, através de um estudo realizado na Suíça com uma amostra de 118 de clínicos gerais representantes da rede sentinel, a partir da coleta de dados de 25 pacientes que frequentaram a prática durante um período de 2 semanas, a prevalência para multimorbidade foi de 52,1%. Além desse estudo, em outro, realizado por Prazeres e Santiago17 através de uma amostra aleatória com clínicos gerais que trabalhavam no Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, com 1.500 pacientes recrutados, a prevalência de duas ou mais doenças crônicas foi de 57,2%. Logo, esse estudo investigou uma lista de 147 problemas crônicos de saúde.

Podemos sugerir a esse baixo percentual o conhecimento mínimo e a orientação do indivíduo para reconhecer em si mesmo sinais e sintomas que sinalizem doenças crônicas instaladas ou em progressão, como também o acesso a profissionais e serviços de saúde18. Logo, se não há acompanhamento e rastreamento da condição de saúde, não haverá diagnósticos e tratamentos efetivos. Além disso, por se tratar de uma pesquisa por meio de um inquérito de autodiagnóstico referido, isso pode ter interferido no percentual encontrado.

As pessoas que referiram já ter sofrido algum acidente de trabalho apresentaram uma maior prevalência de multimorbidade quando comparadas às que disseram não
Tabela 1. Prevalência (%) da multimorbidade na população trabalhadora brasileira, de acordo com as variáveis socioeconômicas e de saúde da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 (n = 47.629).

| Variáveis                              | P (%)       | IC95%         |
|----------------------------------------|-------------|---------------|
|                                        |             | LI  | LS  |
| Multimorbidade                         |             |     |     |
| Não                                    | 80,02%      | 79,3%| 80,71% |
| Sim                                    | 19,98%      | 19,2%| 20,70% |
| Sexo                                   |             |     |     |
| Masculino                              | 15,46%      | 14,6%| 16,31% |
| Feminino                               | 24,91%      | 23,9%| 25,95% |
| Faixa etária                           |             |     |     |
| 18-24                                  | 4,64%       | 3,66%| 5,87% |
| 25-39                                  | 10,54%      | 9,72%| 11,42% |
| 40-59                                  | 27,80%      | 26,5%| 29,05% |
| 60+                                    | 46,71%      | 44,3%| 49,07% |
| Casado(a)                              |             |     |     |
| Não                                    | 16,79%      | 15,8%| 17,80% |
| Sim                                    | 21,92%      | 21,0%| 22,83% |
| Consumo de bebida alcóolica           |             |     |     |
| Não consome bebida alcóolica          | 21,41%      | 20,6%| 22,25% |
| Consome bebida alcóolica moderadamente| 16,77%      | 15,3%| 18,28% |
| Consome bebida alcóolica excessivamente| 14,50%      | 12,6%| 16,58% |
| Consumo de tabaco                      |             |     |     |
| Não fuma                               | 16,90%      | 16,1%| 17,68% |
| Fumante                                | 20,69%      | 19,0%| 22,47% |
| Ex-fumante                             | 32,41%      | 30,5%| 34,35% |
| Nível de educação                      |             |     |     |
| Analfabetismo                          | 26,15%      | 25,0%| 27,31% |
| Secundário                             | 14,38%      | 13,4%| 15,35% |
| Ensino Superior                        | 17,50%      | 16%  | 19,11% |
| Moradia                                |             |     |     |
| Urbano                                 | 20,36%      | 19,5%| 21,15% |
| Rural                                  | 17,51%      | 16,1%| 19,02% |
| Plano de saúde médico ou odontológico  |             |     |     |
| Não                                    | 18,85%      | 18,0%| 19,66% |
| Sim                                    | 22,50%      | 21%  | 23,91% |
| Acidente de trabalho                   |             |     |     |
| Não                                    | 19,85%      | 19,1%| 20,57% |
| Sim                                    | 24,71%      | 20,5%| 29,38% |
| Trabalho noturno                       |             |     |     |
| Não                                    | 17,33%      | 16,5%| 18,18% |
| Sim                                    | 17,28%      | 15,5%| 19,11% |
| Tipo de ambiente de trabalho           |             |     |     |
| Fechado                                | 17,50%      | 16,4%| 18,58% |
| Aberto                                 | 17,75%      | 15,8%| 18,53% |
| Ambos                                  | 17,72%      | 15,6%| 18,72% |
| Sequela por acidente                   |             |     |     |
| Não                                    | 19,92%      | 19,2%| 20,63% |
| Sim                                    | 32,68%      | 23,2%| 43,78% |
| Trabalho de plantão                    |             |     |     |
| Não                                    | 17,29%      | 16,5%| 18,08% |
| Sim                                    | 19,21%      | 14,5%| 24,95% |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; LI: limite inferior; LS: limite superior; P: prevalência.
### Tabela 2. Análise bivariada dos fatores relacionados à multimorbidade na população trabalhadora brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 (n = 47.629).

| Variáveis                              | RP   | IC95%          | p valor |
|----------------------------------------|------|----------------|---------|
|                                        |      | LI  | LS  |                    |
| **Sexo**                               |      |     |     |                     |
| Masculino                              | 0.62 | 0.58%| 0.66%| < 0.01             |
| Feminino                               | 1    |     |     |                     |
| **Faixa etária**                       |      |     |     |                     |
| 18-24                                  | 0.09 | 0.07%| 0.12%| < 0.01             |
| 25-39                                  | 0.22 | 0.20%| 0.24%| < 0.01             |
| 40-59                                  | 0.59 | 0.55%| 0.63%| < 0.01             |
| 60+                                    | 1    |     |     |                     |
| **Casado(a)**                          |      |     |     |                     |
| Não                                    | 1    |     |     |                     |
| Sim                                    | 1.30 | 1.21%| 1.39%| < 0.01             |
| **Plano de saúde médico ou odontológico** |      |     |     |                     |
| Não                                    | 0.83 | 0.77%| 0.90%| < 0.01             |
| Sim                                    | 1    |     |     |                     |
| **Consumo de bebida alcóolica**        |      |     |     |                     |
| Não consome bebida alcóolica           | 1    |     |     |                     |
| Consome bebida alcóolica moderadamente | 0.78 | 0.71%| 0.85%| < 0.01             |
| Consome bebida alcóolica excessivamente| 0.67 | 0.58%| 0.77%| < 0.01             |
| **Consumo de tabaco**                  |      |     |     |                     |
| Não fuma                               | 1    |     |     |                     |
| Fumante                                | 1.22 | 1.11%| 1.34%| < 0.01             |
| Ex-fumante                             | 1.91 | 1.78%| 2.05%| < 0.01             |
| **Nível de educação**                  |      |     |     |                     |
| Analfabetismo/primário                 | 1.49 | 1.35%| 1.64%| < 0.01             |
| Secundário                             | 0.82 | 0.73%| 0.91%| < 0.01             |
| Ensino superior                        | 1    |     |     |                     |
| **Moradia**                            |      |     |     |                     |
| Urbano                                 | 1    |     |     |                     |
| Rural                                  | 0.86 | 0.78%| 0.94%| < 0.01             |
| **Carga de trabalho**                  |      |     |     |                     |
| Em horas                               | 0.99 | 0.98%| 0.99%| < 0.01             |
| **Acidente de trabalho**               |      |     |     |                     |
| Não                                    | 1    |     |     |                     |
| Sim                                    | 1.24 | 1.03%| 1.49%| < 0.01             |
| **Trabalho noturno**                   |      |     |     |                     |
| Não                                    | 1    |     |     |                     |
| Sim                                    | 0.99 | 0.89%| 1.11%| 0.95               |
| **Tipos de ambientes de trabalho**     |      |     |     |                     |
| Abrerto                                | 1    |     |     |                     |
| Fechado                                | 1.02 | 0.92%| 1.12%| 0.87               |
| Ambos                                  | 0.99 | 0.88%| 1.12%| 0.87               |
| **Sequela do trabalho**                |      |     |     |                     |
| Não                                    | 1    |     |     |                     |
| Sim                                    | 1.64 | 1.19%| 2.25%| < 0.01             |
| **Trabalho e plantão**                 |      |     |     |                     |
| Não                                    | 1    |     |     |                     |
| Sim                                    | 1.11 | 0.84%| 1.46%| 0.45               |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; LI: limite inferior; LS: limite superior; p valor: probabilidade de significância; RP: razão de prevalência.
ter sofrido nenhum. Acredita-se que, apesar da associação encontrada entre acidente de trabalho e multimorbidade, é preciso analisar se existe alguma relação causal através de estudos longitudinais.

A ocorrência de acidentes de trabalho tem crescido consideravelmente a cada ano. Estima-se que 317 milhões de acidentes de trabalho aconteçam anualmente em todo o mundo\(^9\). Além disso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que 2,3 milhões de trabalhadores morrem anualmente em decorrência do trabalho\(^6\).

De acordo com os dados do último relatório da 4ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, em 2013 foram registrados 717.911 acidentes de trabalho no Brasil, sendo uma das principais causas de afastamento do trabalho\(^1\). Ademais, os trabalhadores informais no Brasil perfazem um quantitativo de 18,7 milhões de brasileiros,

| Variáveis                                      | RPaj | IC95%       | p valor |
|------------------------------------------------|------|-------------|---------|
| |                  |      | LI          | LS      |
| Pandemia                       | 1    | 1.00%       | 1.00%   | 0.01   |
| Saldos de trabalho             | 1.09 | 1.02%       | 1.16%   | < 0.01 |
| Acidente de trabalho           | 1.39 | 1.13%       | 1.70%   | < 0.01 |
| Carga de trabalho              | 1    | 1.00%       | 1.00%   | 0.01   |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; LI: limite inferior; LS: limite superior; p valor: probabilidade de significância; RPaj: razão de prevalência ajustada.

### Tabela 3. Modelo multivariado com as razões de prevalência ajustadas (RPaj) das variáveis associadas à multimorbidade na população trabalhadora brasileira, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 (n = 36.442).

| Variáveis                                      | RPaj | IC95%       | p valor |
|------------------------------------------------|------|-------------|---------|
| |                  |      | LI          | LS      |
| Pandemia                       | 1    | 1.00%       | 1.00%   | 0.01   |
| Saldos de trabalho             | 1.09 | 1.02%       | 1.16%   | < 0.01 |
| Acidente de trabalho           | 1.39 | 1.13%       | 1.70%   | < 0.01 |
| Carga de trabalho              | 1    | 1.00%       | 1.00%   | 0.01   |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; LI: limite inferior; LS: limite superior; p valor: probabilidade de significância; RPaj: razão de prevalência ajustada.
não possuindo qualquer proteção social ou trabalhista\textsuperscript{22}, sendo um dos motivos para o sub-registro de informações pertinentes à segurança e à saúde do trabalhador brasileiro.

A subnotificação tem se tornado uma prática comum nos serviços, facilitando o distanciamento entre os dados registrados e a realidade. Gonçalves et al.\textsuperscript{19} apontam que os registros das ocorrências de acidente de trabalho contabilizados pelo IBGE, com base nas ocorrências de 2013, conferem que, para cada acidente de trabalho notificado ou reconhecido pela Previdência Social Brasileira, outros sete ocorreram sem qualquer registro. Assim sendo, percebe-se que a prevalência e a força de associações do estudo poderiam ter sido maiores.

As pessoas que referiram estar na faixa etária de 60+ anos de idade apresentaram maior prevalência de multimorbidade quando comparadas às que estão entre as faixas etárias de 18-24 anos de idade. Nesse caso, existem evidências na literatura que consideram que o surgimento da multimorbidade é proporcional ao aumento da idade\textsuperscript{8}. De acordo com um estudo realizado com brasileiros residentes nas 27 capitais das UFs do Brasil, no ano de 2013, evidenciou-se que aqueles que estão entre a faixa etária de 50-59 anos de idade apresentaram até 30 vezes mais chances de ter mais de uma doença crônica que aqueles entre a faixa etária de 18-29 anos de idade; isto é, quanto maior é a idade, maior é o risco de ter multimorbidade\textsuperscript{23}.

O sexo feminino apresentou-se fortemente associado à multimorbidade na população de trabalhadores, o que já tem sido bem evidenciado pela literatura, que aponta a expectativa de vida das mulheres maior que a dos homens. Isso pode ser justificado por elas utilizarem mais os serviços de saúde, consequentemente com maior possibilidade de diagnósticos médicos de doenças\textsuperscript{24}. Somando-se a isso, também existem evidências na literatura que estimam o poder de influência dos fatores genéticos, laborais, de estilo de vida e biopsicossociais, capazes de fomentar a vulnerabilidade ao surgimento da multimorbidade nesse gênero\textsuperscript{25}.

Aqueles que sinalizaram ter um cônjuge têm mais chances de ter multimorbidade quando comparado àqueles que não têm. Identificou-se, em um estudo realizado na zona rural de Matlab, em Bangladesh, que os indivíduos solteiros apresentaram as maiores taxas de prevalência de multimorbidade\textsuperscript{25}.

As pessoas que não têm um plano de saúde médico ou odontológico apresentaram uma maior prevalência de multimorbidade. Isso pode ser justificado pelo menor privilégio e uso dos serviços de saúde privado, onde a qualidade da atenção pode-se considerar mais adequada, principalmente no que se refere à comunicação e ao vínculo entre os profissionais de saúde e pacientes\textsuperscript{26}. Entende-se que aqueles que usam mais os serviços de saúde privado recebem mais diagnósticos de doenças do que aqueles que minimamente utilizam esse recurso. Nesse caso, não seria uma situação de adoecer mais ou menos, mas de ter a condição de realizar um atendimento médico capaz de identificar qualquer premissa de doença.

Quanto aos diferentes níveis de educação, observou-se que as pessoas que não têm nenhum grau de escolaridade ou, pelo menos, têm o nível primário apresentaram multimorbidade. Isso pode ser justificado pelo acesso precário à informação e aos serviços de saúde; ou seja, essas pessoas têm menos contato com o conhecimento básico de proteção e de prevenção dos fatores de risco, assim como com as ações de promoção da saúde\textsuperscript{27}.

Um estudo realizado no município de Florianópolis, na região Sul do Brasil, identificou características importantes entre os indivíduos que apresentam uma menor ou maior prevalência de multimorbidade. Aqueles com menor prevalência de ter multimorbidade geralmente eram mais jovens e com melhor nível de escolaridade; ou seja, mais acesso à informação e ao conhecimento sobre medidas de proteção à saúde. Já as pessoas com maior prevalência de ter multimorbidade eram mais velhas, em sua maioria da classe social C, com escolaridade inferior a oito anos e obesidade, o que representa menor acesso à informação\textsuperscript{28} e, consequentemente, maior exposição aos riscos à saúde.

As pessoas que se identificaram como ex-fumantes apresentaram multimorbidade quando comparados com os não fumantes e fumantes. A princípio, em meio ao contexto de multifatorialidade da multimorbidade, o tabagismo foi considerado um fator modificável potencialmente influenciável para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis\textsuperscript{23}. Existem evidências científicas que explicam os efeitos preoces do envelhecimento e o surgimento de morbidades nos tabagistas a partir do impacto do processo físico-químico promovido pelas substâncias que compõem o cigarro, de
A zona urbana foi outra característica associada à multimorbidade. Isso pode ser justificado pela maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e, com isso, mais registros de consultas e internações hospitalares. Além disso, também são fatores importantes o impacto do aumento dos estilos de vida menos saudáveis, o ritmo inesperado de urbanização e a crescente globalização mal gerida e minimamente inclusiva.

No presente estudo, o delineamento transversal não permitiu a utilização da temporalidade como critério de causalidade, uma vez que fatores de risco e desfecho foram aferidos ao mesmo tempo e o viés da causalidade reversa não pode ser eliminado. Isso constitui uma das limitações desse estudo. A segunda potencial limitação está atrelada à utilização de uma base de dados representativa da população em geral, porém com dados de diagnósticos autorreferidos, sendo possível ocorrer diferenças na compreensão dos entrevistados, viés de recordatório, sub ou superestimação dos valores referidos, que podem ter influenciado os resultados. Entretanto, o tamanho amostral alcançado e os corretos procedimentos de pesquisa adotados fortalecem a confiabilidade dos dados. Por se tratar de um inquérito populacional, este estudo permite a identificação desses agravos no país.

CONCLUSÕES

Este estudo apontou uma baixa prevalência de ocorrência de multimorbidade na população trabalhadora brasileira, que pode estar associada ao viés da própria compreensão do que seja a multimorbidade em todas as suas dimensões.

As próximas pesquisas de base populacional no Brasil, a exemplo da PNS, precisarão se debruçar em mais detalhes sobre multimorbidade, sua ocorrência e suas consequências na população trabalhadora, para que possam minimizar as limitações que foram aqui apontadas e resultar em um retrato mais próximo da realidade brasileira. Apontamos ainda a necessidade de estudos longitudinais e de base populacional que analisem com mais profundidade a associação entre a multimorbidade e os problemas relacionados ao trabalho, variáveis que não puderam ser observadas no presente estudo, embora esse tema desponte no debate sobre a saúde do trabalhador na literatura internacional.

Acredita-se, ainda assim, que o presente estudo traz uma resposta relevante, pois, a partir do reconhecimento dos fatores que influenciam a ocorrência de multimorbidade, é possível obter um cenário de informações capaz de subsidiar e fomentar ações estratégicas, políticas e de vigilância no campo da saúde do trabalhador. Além disso, o estudo promove uma maior discussão sobre o adoecimento do trabalhador no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. J Intern Med. 2019;285(3):272-88.
2. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. Ann Fam Med. 2018;16(2):127-31.
3. Santa-Marinha MS, Teixeira LR, Maciel EMGS, Moreira MFR. Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do subsistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012-2015. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):67-70.
4. Pinheiro TMM, Dias EC, Silveira AM, Silva JM. Saúde do Trabalhador. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, orgs. Tratado de saúde coletiva 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p.935-64.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 30 ago. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldb/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf.
6. World Health Organization. World Health Report 2008 - Primary Health Care - Now More than Ever. Geneva: WHO; 2008 [cited 2020 Aug. 30]. Available from: https://www.who.int/whr/2008/en/.
7. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. BMC Public Health. 2015;15:776.
8. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008 [citado em 30 ago. 2020]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/en/.
Multimorbidade na população trabalhadora brasileira

9. van den Berg S, Burdorf A, Robroek SJW. Associations between common diseases and work ability and sick leave among health care workers. Int Arch Occup Environ Health. 2017;90(7):685-93.

10. Mendes EA. Os exames periódicos de saúde sob perspectiva da saúde do trabalhador: a experiência de uma unidade federal de produção de imunobiológicos [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016.

11. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015;24(2):207-16.

12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de saúde 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado em 30 ago. 2020]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/lv94074.pdf.

13. Affonso R. A crise da Federação no Brasil. Ens. FEE (Online). 1994;15(2):321-37.

14. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. J Manag Prim Health Care. 2014;5(1):125-6.

15. Barretto ESS, Mitrulis E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no país. Estud Av (Online). 2001;15(42):103-40.

16. Excoffier S, Herzig L, N’Goran AA, Déruaz-Luyet A, Haller DM. Prevalence of multimorbidity in general practice: a cross-sectional study within the Swiss Sentinel Surveillance System (Sentinella). BMJ Open. 2018;8(3):1-7.

17. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. BMJ Open. 2015;5(9):1-10.

18. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(2):146-57.

19. Gonçalves SBB, Sakae TM, Magajewski FL. Revalência e fatores associados aos acidentes de trabalho em uma indústria metalomecânica. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):26-35.

20. Batista J, Rodrigues SC, Lordani TVA, Andolhe R. Caracterização de vítimas de acidentes laborais atendidas em unidades de pronto atendimento da região Sul/Brasil. Rev Enferm UFSM. 2015;5(3):540-51.

21. Brasil. Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 30 ago. 2020]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf.

22. Almeida GCM, Medeiros FCD, Pinto LO, Moura JMBO, Lima KC. Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. Rev Bras Enferm. 2016;69(2):359-65.

23. 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 [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.

24. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Jr PRB, Lima-Costa MF, Facchin LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELISI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52:1-12.

25. Khanam MA, Streetfield PK, Kabir ZN, Qiu C, Cornelius C, Wahlin Å. Prevalence and patterns of multimorbidity among elderly people in rural Bangladesh: a cross-sectional study. J Health Popul Nutr. 2011;29(4):406-14.

26. Nunes BP. Multimorbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2015.

27. Machado VSS. Fatores associados com multimorbidade e autopercepção de saúde em mulheres com 50 anos ou mais: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.

28. Hoepers ATC. Prevalência de multimorbidade na população de Florianópolis com idade igual ou superior a 40 anos - clusters e networking das morbidades [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

29. Cabral GG, Souza ACD, Barbosa IR, Jerez-Roig J, Souza DLB. Multimorbidity ans its impact on workers: a review of longitudinal studies. Saf Health Work. 2019;10(4):393-9.

Endereço para correspondência: Ana Clara Dantas de Souza – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSCOL, Departamento de Odontologia – UFRN; Avenida Senador Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova – CEP: 29056-000 – Natal (RN), Brasil – E-mail: dantas-clara@hotmail.com

© 2020 Associação Nacional de Medicina do Trabalho
Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons