

Estimativa de multimorbidade em jovens brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Estimated multimorbidity among young Brazilians: results of the 2019 National Health Survey

Ana Daniela Silva da Silveira (<https://orcid.org/0000-0001-7314-7693>)¹

Jonas Eduardo Monteiro dos Santos (<https://orcid.org/0000-0001-8423-8320>)²

Marianna de Camargo Cancela (<https://orcid.org/0000-0002-8169-8054>)³

Dyego Leandro Bezerra de Souza (<https://orcid.org/0000-0001-8426-3120>)⁴

Abstract Multimorbidity, namely the presence of two or more chronic non-communicable diseases, is directly associated with behavioral factors. This study sought to estimate the prevalence of multimorbidity among young Brazilians by linking it to different social and lifestyle determinants. It involved a cross-sectional study of the data source, namely the 2019 National Health Survey. Data from individuals aged between 15 and 24 years (n = 10,460) were selected. Associated factors were investigated by calculating the Prevalence Ratio with robust variance, suitable for bivariate and multivariate analysis. The prevalence of multimorbidity in young people was estimated at 7.84% (95%CI: 7.01-8.75; N: 2,455,097). The most common conditions were mental illness, depression, asthma or bronchitis and chronic back problems. In the adjusted model, young females (PR: 1.84; 95%CI: 1.44-2.36), obese youths (PR: 1.97; 95%CI: 1.45-2.68) and former smokers (PR: 1.46; 95%CI: 1.12-1.90) showed a higher prevalence of multimorbidity. It was also revealed that the prevalence ratio for multimorbidity increased by 5% for each year of the individual's life. This study identified an association of multimorbidity with social determinants and lifestyle.

Key words Multimorbidity, Non-communicable diseases, Social determinants of health, Cross-sectional studies

Resumo A multimorbidade, presença de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis, está diretamente associada a fatores comportamentais. O objetivo da pesquisa foi estimar a prevalência de multimorbidade em jovens brasileiros relacionando-a aos diferentes determinantes sociais e de estilo de vida. Trata-se de um estudo transversal cuja fonte de dados foi a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019. Foram selecionados dados de indivíduos com idade entre 15 e 24 anos (n = 10.460). Os fatores associados foram investigados por meio do cálculo da razão de prevalência com variância robusta, adequado para análise bivariada e multivariada. A prevalência de multimorbidade nos jovens foi estimada em 7,84% (IC95%: 7,01-8,75; N: 2.455.097). Os agravos mais comuns foram doenças mentais, depressão, asma ou bronquite e problemas crônicos de coluna. No modelo ajustado, jovens do sexo feminino (RP: 1,84; IC95%: 1,44-2,36), obesos (RP: 1,97; IC95%: 1,45-2,68) e ex-fumantes (RP: 1,46; IC95%: 1,12-1,90) apresentaram maiores prevalências para multimorbidade. A razão de prevalência para multimorbidade aumentou 5% a cada ano de vida do indivíduo. Este estudo identificou uma associação de multimorbidade com determinantes sociais e estilo de vida.

Palavras-chave Multimorbidade, Doenças não transmissíveis, Determinantes sociais da saúde, Estudos transversais

¹ Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará. R. Augusto Corrêa 1, Guamá. 66075-110 Belém PA Brasil.

anadanielass@gmail.com.

² Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Divisão de Vigilância e Análise de Situação, Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

Introdução

Multimorbidade é definida como a concomitância de duas ou mais doenças não transmissíveis e, de acordo com a literatura, tem sua ocorrência frequentemente relacionada a fatores socioeconômicos, de estilo de vida e idade dos indivíduos¹⁻⁶.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizada com 60.202 indivíduos maiores de 18 anos, apontou que 23,6% da população referiu ter duas ou mais doenças crônicas. Neste levantamento, os principais fatores de riscos comportamentais associados à multimorbidade foram: menos anos de estudo, tabagismo e sobrepeso⁴. Contudo, pouco se discute a sua ocorrência em jovens (15 a 24 anos), nos quais os padrões podem diferir daqueles dos adultos ou idosos.

Viver com doenças crônicas na juventude pode implicar diversas consequências na vida adulta, desde o comprometimento de desenvolvimento psicológico saudável, habilidades cognitivas, relacionamento com a família/escola/colegas, até estilos de vida e comportamentos de risco que podem levar ao surgimento de outros agravos⁷.

Estima-se que uma em cada quatro crianças/jovens sofre de alguma doença crônica². A melhor compreensão da epidemiologia das doenças crônicas em populações jovens é necessária para desenvolver intervenções para preveni-la, reduzir sua carga e alinhar os serviços de saúde com as necessidades dos usuários^{1,2,7-9}.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de multimorbidade em jovens brasileiros (15 a 24 anos) e associá-la aos diferentes determinantes sociais e de estilo de vida.

Métodos

Este estudo é do tipo transversal, descritivo, cuja fonte de dados foi a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS é uma pesquisa com amostragem complexa, com amostra probabilística dos domicílios, representativa da população brasileira acima de 15 anos de idade. Teve o objetivo de investigar a situação de saúde, seus determinantes e condicionantes, assim como o estilo de vida da população brasileira.

O processo de amostragem da PNS foi por conglomerados em três estágios: setores censitá-

rios, domicílios e moradores de 15 anos ou mais de idade. O tamanho da amostra considerou a estimativa de indicadores em diferentes níveis de agregação. A metodologia detalhada e os dados que embasam as conclusões estão disponíveis no domínio público do IBGE para livre consulta¹⁰.

Em todo o país, foram realizadas 94.114 entrevistas, sendo que 10.460 tinham entre 15 e 24 anos, compondo a amostra deste estudo. A PNS teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em agosto de 2019, sob o número 3.529.376.

Para a presente pesquisa, utilizaram-se dados referentes às respostas de indivíduos classificados como jovens de acordo com a OMS: com idade de 15 a 24 anos¹¹.

A variável dependente foi a presença de multimorbidade, caracterizada pela presença de duas ou mais das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) investigadas na PNS 2019: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipercolesterolemia, problemas cardíacos (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente cerebrovascular (AVC) ou acidente vascular cerebral, asma, artrite ou reumatismo, dor na coluna, distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (DORT), depressão, doenças mentais, doenças pulmonares, câncer e insuficiência renal crônica. Essas 14 condições foram avaliadas por meio da pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de (nome da doença)”¹⁰.

A seleção das variáveis independentes teve como objetivo descrever as características espaciais e sociodemográficas (sexo, cor da pele autorreferida, se tem plano de saúde, se reside na zona urbana ou rural, região do país em que mora), os determinantes sociais e de estilo de vida (anos de estudo, ocupação, prática de atividade física, índice de massa corporal (IMC), consumo de álcool e consumo de tabaco) e ainda identificar a utilização dos serviços de saúde no último ano (pelo menos uma consulta médica no período).

As variáveis independentes relacionadas aos determinantes sociais e de estilo de vida foram organizadas a partir de perguntas diversas do questionário da PNS 2019. A variável ocupação referiu-se à ocupação remunerada e foi categorizada como “não” (desempregados) ou “sim” (empregados). O consumo de bebida alcoólica foi categorizado em “abstêmio”, “moderado” (duas doses por dia para homens e uma dose por dia para mulheres) e “excessivo” (cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres em uma única ocasião). O consumo de tabaco foi categorizado em “nunca fumou”, “ex-fuman-

te” e “fumante”¹². O IMC foi calculado com base na altura e peso aferidos e categorizado em baixo peso (menor que 18,5 Kg/m²), eutróficos (entre 18,5 Kg/m² e 24,9 Kg/m²), sobrepeso (entre 25,0 Kg/m² e 29,9 Kg/m²) e obesidade (acima de 30 Kg/m²). A prática de atividade física (categorizada como nenhuma, insuficiente ou suficiente) incluiu o total de minutos por semana dedicados aos exercícios físicos ou esportes, lazer, esforços no trabalho, deslocamento do trabalho ou outros deslocamentos e tarefas domésticas que envolvam esforço físico; foi utilizado o padrão da OMS 2020 para atividades físicas moderadas ou intensas (75 a 150 e 150 a 300 minutos, respectivamente)¹³.

Estimativas de prevalência de multimorbidade e de cada DCNT também foram calculadas separadamente para jovens dos sexos feminino e masculino, por considerar diferenças no padrão de distribuição da doença entre os sexos.

Modelos de regressão com distribuição de probabilidade de Poisson foram utilizados para estimar as associações entre multimorbidade e as variáveis relacionadas a estilo de vida e determinantes sociais. Os modelos ajustados incluíram as variáveis que obtiveram valor de p menor que 0,20 nos modelos bivariados, mantendo no modelo final somente as com valor de p menor que 0,05. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata, versão 14, utilizando o modo *survey* para desenho amostral complexo em todas as análises. As prevalências e as medidas de associação dos modelos de regressão, bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%, foram estimadas para indivíduos com idades entre 15 e 24 anos, considerando o desenho amostral complexo da PNS.

Resultados

A amostra analisada neste estudo foi de 10.460 jovens (11,51% da amostra total da PNS), correspondendo a uma população estimada de 31.326.967 indivíduos. A estimativa de indivíduos que autorreferiram multimorbidade foi de 2.455.097 (7,84%; IC95%: 7,01- 8,75), com idade média de 19,6 anos (IC95%: 19,5-19,7 %) (Tabela 1).

De acordo com os nossos resultados, maiores prevalências de multimorbidade foram verificadas entre as mulheres (10,18%, IC95%: 8,92-11,60) e pessoas residentes na zona urbana (8,33%; IC95%: 7,39-9,38). Quanto às variáveis relacionadas ao estilo de vida, a maior prevalência de multimorbidade foi observada em jovens

obesos (13,82%; IC95%: 10,61-17,80) e ex-fumantes (10,28%; IC95%: 8,27-12,7) (Tabela 1).

As DCNT com maior frequência entre os indivíduos com multimorbidade foram: doenças mentais, depressão, asma ou bronquite e problemas crônicos de coluna (Figura 1). As combinações mais expressivas encontradas entre duas doenças foram depressão e outras doenças mentais (12,98%); entre três doenças foram [falta algo aqui] depressão, doenças mentais e dores na coluna (3,31%) (Tabela 2).

A análise descritiva da prevalência de multimorbidade estratificada por sexo de acordo com a macrorregião do país consta na Figura 2. Os resultados apontam que, na análise estratificada por sexo, a região Sudeste apresenta maiores valores de prevalência.

A associação entre as variáveis independentes e a ocorrência de multimorbidade em jovens, bem como a análise múltipla para esta associação, constam na Tabela 3.

Os resultados dos modelos ajustados (Tabela 3) apresentam uma razão de prevalência 84% vezes maior em mulheres (IC95%: 1,44-2,36), quando comparadas ao sexo masculino. Jovens obesos (RP: 1,97; IC95%: 1,45-2,68) e ex-fumantes (RP: 1,46; IC95%: 1,12-1,90) apresentaram maior razão de prevalência para multimorbidade quando comparados aos jovens eutróficos ou que nunca fumaram, respectivamente. A análise ajustada do modelo também demonstrou que a razão de prevalência nessa faixa etária aumenta 5% a cada ano de vida.

Discussão

O presente estudo investigou a prevalência de duas ou mais doenças crônicas em jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos, entrevistados no Brasil em 2019. Os resultados obtidos demonstraram a prevalência de multimorbidade em 7,84% (IC95%: 7,01-8,75).

Pesquisas sobre multimorbidade em jovens, além de serem pouco comuns, também diferem bastante em relação à metodologia empregada e quanto às doenças crônicas investigadas, o que dificulta a comparação do dado de prevalência entre diferentes populações^{2,5,7,14}. Em estudo realizado na Catalunha¹⁵, os autores investigaram a multimorbidade em jovens de 19 a 25 anos e incluíram mais de 40 agravos de saúde, como episódios de febre e cárie dentária, por exemplo. Os resultados apontaram prevalência de 58,1% de indivíduos multimórbidos, em sua maioria

Tabela 1. Estimativa da prevalência de multimorbidade em jovens (15-24 anos) de acordo com características sociodemográficas, determinantes sociais, estilo de vida e utilização dos serviços de saúde no último ano. PNS, Brasil, 2019.

| Variáveis | N | % (IC95%*) | p** |
|--------------------------------------|-----------|---------------------|---------|
| Sexo | | | |
| Homem | 871.138 | 5,52 (4,50-6,77) | < 0,001 |
| Mulher | 1.583.959 | 10,18 (8,92-11,60) | |
| Cor da pele autorreferida | | | |
| Branco | 1.009.834 | 8,55 (7,16-10,17) | 0,222 |
| Não branco | 1.445.263 | 7,41 (6,40-8,56) | |
| Anos de estudo | | | |
| 0 a 7 | 415.941 | 6,86 (5,08-9,20) | 0,0376 |
| 8 a 10 | 1.436.262 | 7,41 (6,41-8,54) | |
| 11 ou mais | 560.819 | 9,88 (7,81-12,42) | |
| Sem informação | 42.076 | 22,17 (6,83-52,54) | |
| Ocupação | | | |
| Sim | 1.093.948 | 7,51 (6,35-8,87) | 0,499 |
| Não | 1.361.149 | 8,12 (6,99-9,41) | |
| Prática de atividades físicas | | | |
| Nenhuma | 367.627 | 7,76 (5,79-10,31) | 0,796 |
| Insuficiente | 468.100 | 8,52 (6,33-11,38) | |
| Suficiente | 1.619.370 | 7,68 (6,73-8,74) | |
| IMC | | | |
| Eutrofia | 1.326.904 | 7,01 (5,98-8,20) | 0,003 |
| Baixo peso | 170.583 | 6,75 (3,93-11,36) | |
| Sobrepeso | 561.556 | 8,30 (6,56-10,45) | |
| Obesidade | 336.155 | 13,82 (10,61-17,80) | |
| Sem informação | 59.899 | 8,97 (5,56-14,18) | |
| Consumo de bebida alcoólica | | | |
| Abstêmio | 1.389.329 | 7,55 (6,44-8,83) | 0,656 |
| Moderado | 606.282 | 8,53 (6,99-10,39) | |
| Excessivo | 459.486 | 7,91 (6,08-10,22) | |
| Consumo de tabaco | | | |
| Nunca fumou | 1.610.853 | 7,01 (6,09-8,06) | 0,006 |
| Ex - fumante | 573.057 | 10,28 (8,27-12,7) | |
| Fumante atual | 271.186 | 9,75 (7,03-13,39) | |
| Local de moradia | | | |
| Urbana | 2.198.420 | 8,33 (7,39-9,38) | 0,001 |
| Rural | 256.677 | 5,20 (3,96-6,81) | |
| Macrorregião do país | | | |
| Sul | 451.998 | 10,99 (8,83-13,59) | 0,002 |
| Sudeste | 1.043.603 | 8,39 (6,85-10,24) | |
| Centro oeste | 202.956 | 8,15 (5,91-11,14) | |
| Nordeste | 573.117 | 6,30 (5,10-7,76) | |
| Norte | 183.423 | 5,75 (4,58-7,19) | |
| Posse de plano de saúde | | | |
| Sim | 638.269 | 8,74 (7,06-10,77) | 0,262 |
| Não | 1.816.828 | 7,56 (6,62-8,62) | |
| Total estimado | 2.455.097 | 7,84 (7,01-8,75) | |

* IC95% = intervalo de confiança de 95%. ** Valor de significância para o teste de Wald

Fonte: Autores.

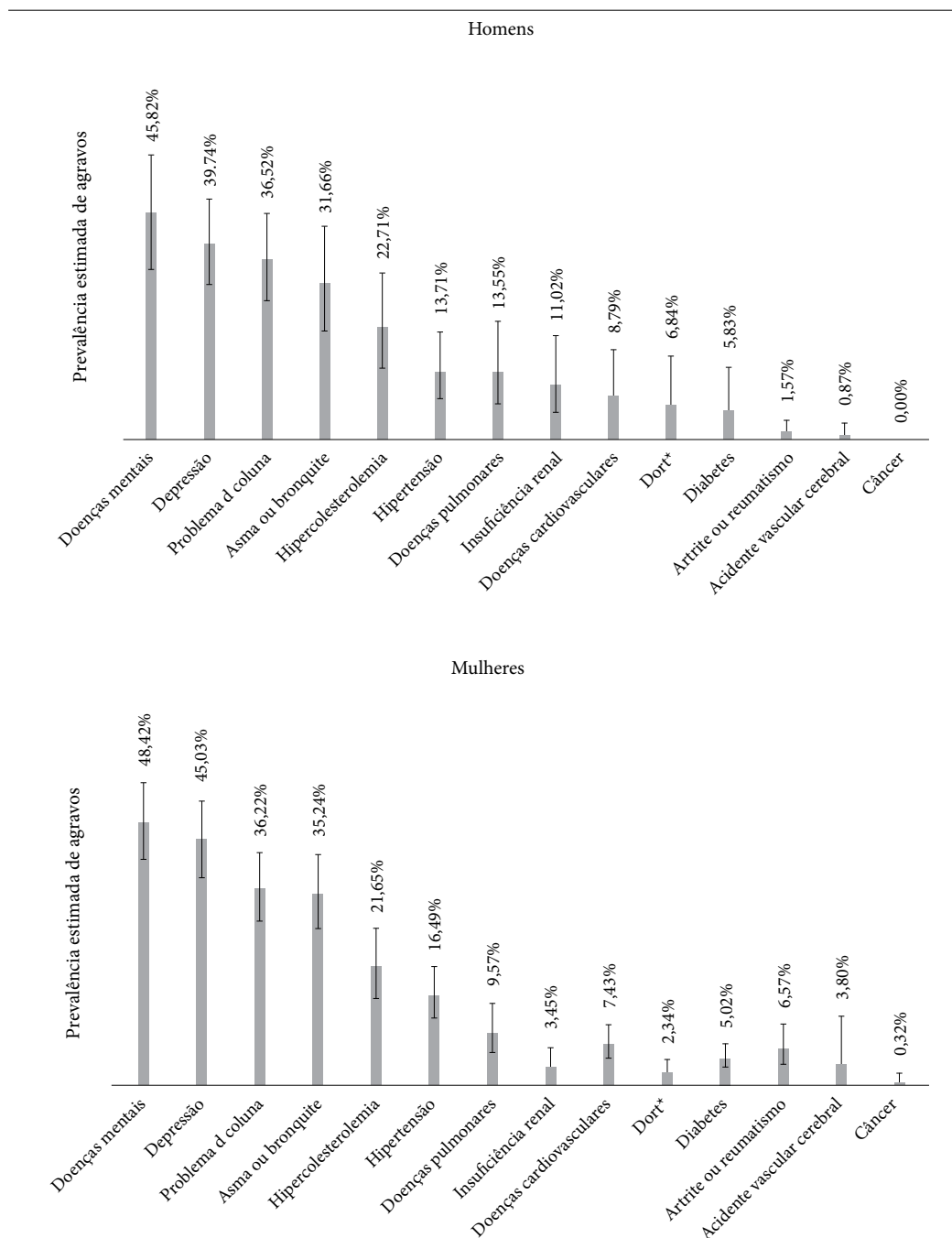


Figura 1. Prevalência de doenças crônicas (% e intervalo de confiança de 95%) no grupo de jovens (15 a 24 anos) com multimorbidade. PNS, Brasil, 2019.

* DORT: doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.

Fonte: Autores.

mulheres. Em outro estudo, realizado na Escócia em 2012¹, a prevalência de multimorbidade aferida na faixa etária de 0 aos 24 anos foi de 1,9%

(IC95%: 1,9-2,0), sendo desconsiderada para a composição de multimorbidade as doenças mentais e psicológicas. Essas pesquisas diferem da

Tabela 2. Prevalência (%) das combinações entre as principais doenças crônicas. PNS, Brasil, 2019.

| Número de doenças % (IC95%) | Combinações de doenças crônicas (%) |
|----------------------------------|--|
| 2 doenças 71,22 (65,29-76,51) | Depressão + doenças mentais (12,98) Asma + dores na coluna (5,56) Doenças mentais + dores na coluna (5,31) Dores na coluna + hipertensão (3,58) Asma + hipercolesteremia (3,18) Asma + depressão (3,18) |
| 3 doenças 20,73 (16,05-26,36) | Depressão + doenças mentais + dores na coluna (3,31) Asma + depressão + doenças mentais (2,38) Depressão + doenças mentais + hipercolesteremia (1,59) Asma + doença pulmonar obstrutiva crônica + dores na coluna (1,19) Asma + depressão + dores na coluna (0,93) |
| 4 doenças 5,24 (3,16 – 8,57) | Asma + depressão + doenças mentais + doença pulmonar obstrutiva crônica (0,4) Asma + depressão + doenças mentais + dores na coluna (0,4) Artrite + depressão + doenças mentais + dores na coluna (0,26) Asma + doenças mentais + doença pulmonar obstrutiva crônica + dores na coluna (0,26) Asma + doenças mentais + doença pulmonar obstrutiva crônica + dores na coluna (0,26) Asma + depressão + dores na coluna + hipercolesteremia (0,26) |
| 5 doenças 2,25 (0,77-6,45) | Asma + artrite + doença pulmonar obstrutiva crônica + dores na coluna + insuficiência renal crônica (0,13) Asma + depressão + doenças cardiovasculares + doenças mentais + doença pulmonar obstrutiva crônica (0,13) Asma + depressão + doenças cardiovasculares + doenças mentais + dores na coluna (0,13) Asma + depressão + doenças cardiovasculares + dores na coluna + hipercolesteremia (0,13) Asma + depressão + doenças mentais + doença pulmonar obstrutiva crônica + dores na coluna (0,13) Hipertensão + artrite + depressão + doenças mentais + insuficiência renal crônica (0,13) Hipertensão + dores na coluna + doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho + depressão + doenças mentais (0,13) |

*IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Autores.

nossa em relação à definição de multimorbidade; no presente trabalho foram investigadas doenças crônicas não transmissíveis, incluindo transtornos mentais e depressão, o que explica a menor prevalência em relação ao estudo da Catalunha e os maiores valores quando comparados ao estudo realizado na Escócia. Outra diferença foi a forma de coleta; de maneira distinta das pesquisas citadas, a nossa utilizou informações autorrelatadas.

Com relação à incidência de doenças crônicas associadas, sabe-se que esta está diretamente relacionada à idade dos indivíduos, com o padrão de doenças entre jovens podendo diferir do padrão de adultos e idosos¹⁶⁻¹⁸. Em nosso estudo, observamos que as condições mais prevalentes entre os jovens brasileiros portadores de multi-

morbidade foram doenças mentais, depressão, dores na coluna e asma ou bronquite. Nossos achados são semelhantes ao descrito em uma coorte realizada nos Estados Unidos, onde os autores apontaram que, enquanto adultos e idosos apresentaram maior incidência de doenças cardiometabólicas, a asma e a depressão foram as condições crônicas com maior incidência em crianças e adolescentes (0-19 anos)¹⁹.

Nossos resultados apontaram maior prevalência de multimorbidade em mulheres, independentemente da região do país, idade, escolaridade ou estilo de vida, como consumo de álcool e tabaco. Diversos estudos descrevem o sexo feminino sendo mais afetado pela ocorrência de DCNT. As mulheres tendem a procurar mais os

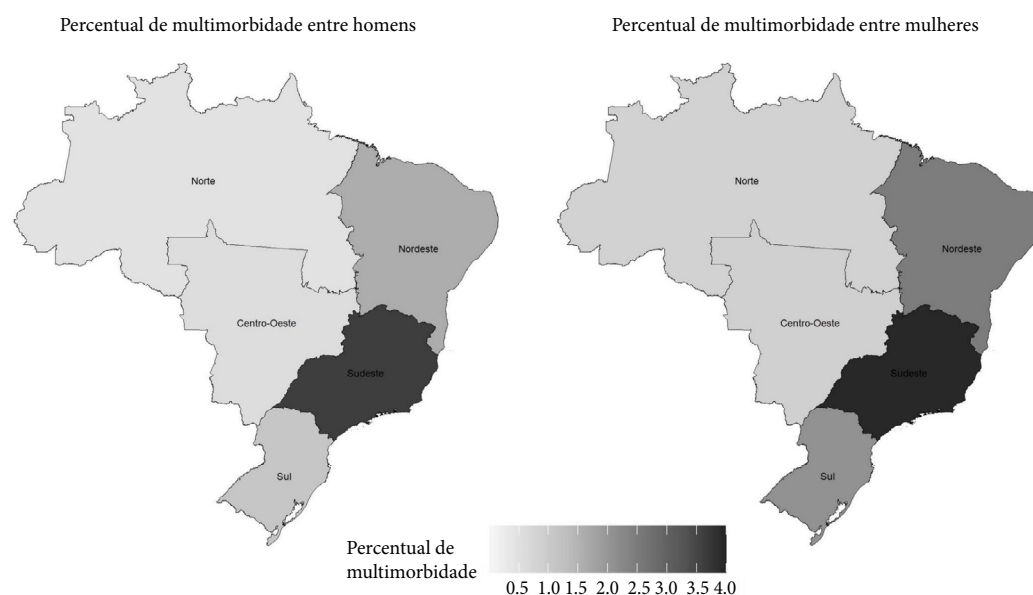


Figura 2. Percentual de multimorbidade no grupo de jovens de acordo com sexo e macrorregião. PNS, Brasil, 2019.

Fonte: Autores.

serviços de saúde quando comparadas ao sexo masculino, o que poderia justificar maior prevalência de multimorbidade nesse grupo^{3,17,20-23}. Faz-se necessário uma análise mais profunda quanto às doenças crônicas, seus padrões e evolução, não pelas particularidades entre homens e mulheres, mas de acordo com a idade de cada indivíduo e seus estilos de vida.

O consumo de tabaco e o IMC estiveram fortemente associados à prevalência de multimorbidade; jovens ex-fumantes e obesos apresentaram maiores razões de prevalência quando comparados aos eutróficos e que nunca fumaram. Levantamentos populacionais têm frequentemente relacionado esses fatores à ocorrência de multimorbidade, não apenas influenciando a prevalência desta, mas seu início e progressão^{8,20,24-25}.

Realizado em 2008 no Brasil, o ERICA (Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes) foi o primeiro levantamento nacional a estudar hipertensão em adolescentes. Foram avaliados 75.000 adolescentes em 1.248 escolas de 121 municípios²⁶. Pesquisas realizadas a partir de dados desse levantamento trouxeram importantes discussões para a saúde de adolescentes e jovens. Os resultados apontaram prevalência de hipertensão arterial – 9,6% (IC95%: 9,0-10,3). Os autores concluíram que cerca de 1/5 dos hipertensos po-

deriam não ser hipertensos se não fossem obesos, enfatizando a necessidade de políticas públicas que estimulem comportamentos saudáveis para a prevenção de DCNT na fase adulta²⁷.

Em outro estudo, também a partir de dados do ERICA, os autores investigaram o consumo de cigarro entre os adolescentes e identificaram associação positiva entre o consumo de cigarro e a prevalência de gordura abdominal em ambos os sexos. O estudo destacou não só a associação entre esses dois fatores, mas a importância de programas voltados a adolescentes e jovens com o objetivo de reduzir a iniciação do tabagismo²⁸.

Frequentemente a desigualdade socioeconômica é discutida na literatura como fator associado à ocorrência de multimorbidade^{29,30}. Em nosso estudo, contudo, os resultados não apontaram diferença na prevalência de multimorbidade em relação aos anos de estudo. Da mesma forma, não se observou diferença de prevalência entre os grupos de pessoas brancas ou não brancas.

Por outro lado, jovens residentes na zona rural e nas regiões Norte e Nordeste do país foram os que menos relataram diagnóstico de multimorbidade. A menor prevalência de multimorbidade em zonas urbanas e em macrorregiões mais desenvolvidas do Brasil (Sul e Sudeste) talvez possa ser explicada pela pergunta feita durante o

Tabela 3. Razão de Prevalência (RP) de multimorbidade entre as variáveis independentes na população jovem no Brasil. PNS, Brasil, 2019.

| Variáveis | RP bruta | IC95%* | p** | RP ajustada | IC95%* | p** |
|----------------------|----------|-----------|---------|-------------|------------|---------|
| Sexo | | | | | | |
| Homem | 1 | | | 1 | | |
| Mulher | 1,84 | 1,44-2,36 | < 0,001 | 1,85 | 1,44-2,37 | < 0,001 |
| Idade | 1,07 | 1,03-1,11 | 0,001 | 1,05 | 1,00-1,09 | 0,031 |
| Anos de estudo | | | | | | |
| 0 a 7 | 1 | | | 1 | | |
| 8 a 10 | 1,08 | 0,78-1,50 | 0,082 | 1,00 | 0,72-1,39 | 0,210 |
| 11 ou mais | 1,44 | 0,98-2,10 | | 1,12 | 0,75-1,66 | |
| Sem informação | 3,23 | 1,08-9,68 | | 3,32 | 1,03-10,69 | |
| IMC | | | | | | |
| Eutrofia | 1 | | | 1 | | |
| Baixo peso | 0,96 | 0,55-1,69 | < 0,001 | 1,06 | 0,60-1,85 | 0,012 |
| Sobrepeso | 1,18 | 0,89-1,58 | | 1,07 | 0,80-1,42 | |
| Obesidade | 1,97 | 1,45-2,68 | | 1,69 | 1,23-2,33 | |
| Sem informação | 0,07 | 0,06-0,08 | | 0,91 | 0,56-1,48 | |
| Consumo de tabaco | | | | | | |
| Nunca fumou | 1 | | | 1 | | |
| Ex-fumante | 1,46 | 1,12-1,90 | 0,008 | 1,34 | 1,03-1,73 | 0,031 |
| Fumante atual | 1,39 | 0,98-1,97 | | 1,45 | 1,00-2,11 | |
| Local de moradia | | | | | | |
| Urbana | 1 | | | 1 | | |
| Rural | 0,62 | 0,46-0,84 | 0,002 | 0,74 | 0,54-1,00 | 0,05 |
| Macrorregião do país | | | | | | |
| Norte | 1 | | | 1 | | |
| Nordeste | 1,09 | 0,80-1,49 | < 0,001 | 1,10 | 0,81-1,49 | 0,011 |
| Sudeste | 1,45 | 1,08-1,97 | | 1,32 | 0,97-1,81 | |
| Sul | 1,91 | 1,40-2,61 | | 1,70 | 1,24-2,33 | |
| Centro oeste | 1,42 | 0,96-2,09 | | 1,29 | 0,87-1,90 | |

* IC95% = intervalo de confiança de 95%. ** Valor de significância para o teste de regressão de Poisson.

Fonte: Autores.

levantamento: “algum médico já lhe deu o diagnóstico de (nome da doença)?”, influenciando no maior número de casos de multimorbidade entre indivíduos com acesso a atendimento médico^{31,32}.

As consequências de uma multimorbidade ultrapassam sintomatologias em si, mas também podem comprometer o desenvolvimento social e cognitivo saudáveis, sobretudo em indivíduos jovens. Nesse sentido, ambientes de apoio, como escola, trabalho e família, são fundamentais para a redução de comportamentos de risco, como sedentarismo, alimentação inadequada e uso de tabaco, prevenindo a incidência de doenças crônicas no futuro^{7,14}.

No Brasil, a Portaria de Consolidação nº 2 regulamentou as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Neste documento inicial, chama-se a atenção para a necessidade de fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento saudáveis¹¹.

Particularmente, as políticas públicas direcionadas a adolescentes e jovens têm chamado a atenção para práticas de hábitos saudáveis, com redução do consumo de álcool, cigarro e drogas, bem como o sobrepeso e a obesidade, repercutindo na prevenção de doenças crônicas na fase adulta.

Nesse contexto, conhecer a prevalência de multimorbidade estimada para jovens brasileiros e sua associação com determinantes sociais e estilos de vida permite o planejamento e a organização de ações de saúde mais bem direcionadas e adequadas para atuação em longo prazo. Considerando esse panorama, políticas e programas de

saúde voltados a doenças únicas estão cada vez mais inadequados e devem ser repensados para a busca da integralidade do cuidado em saúde.

O presente estudo apresenta limitações devido ao fato de a multimorbidade ser autorreferida, com possibilidade de desconhecimento da doença por parte do entrevistado, podendo subestimar a prevalência de multimorbidade nessa população. Por outro lado, o desenho amostral do estudo fortalece a validade externa dos nossos achados, possibilitando extrapolar para a população brasileira jovem.

Conclusão

Os resultados apontam uma prevalência alta de multimorbidade em jovens brasileiros, estimada

em 7,84%, correspondendo a 2.455.097 indivíduos com idades entre 15 e 24 anos. As condições mais frequentemente observadas foram doenças mentais, depressão, problemas crônicos na coluna e asma ou bronquite. A multimorbidade esteve associada a características sociodemográficas e de estilo de vida.

Fatores socioeconômicos e demográficos precisam ser considerados para o planejamento das ações e serviços de saúde. A atenção integral à população jovem, envolvendo a comunidade, faz-se fundamental no cuidado dos agravos e na prevenção de comportamentos de risco.

Além disso, compreender a associação entre as diferentes condições de saúde e o desenvolvimento desses agravos possibilita a criação de programas e serviços alinhados às necessidades presentes e futuras.

Colaboradores

ADS Silveira trabalhou na concepção, análise, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. JEM Santos atuou na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. MC Cancela contribuiu na concepção, revisão crítica, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. DLB Souza trabalhou na concepção, redação e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

DLB Souza agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de produtividade em pesquisa 308168/2020-8.

Referências

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836):37-43.
2. Romano I, Buchan C, Baiocco-Romano L, Ferro MA. Physical-mental multimorbidity in children and youth: a scoping review. *BMJ Open* 2021; 11(5):e043124.
3. 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.
4. Carvalho JN, Roncalli AG, Cancela MC, Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS One* 2017; 12(4):e0174322.
5. Malecki SL, van Mil S, Graffi J, Breetvelt E, Corral M, Boot E, Chow EWC, Sanches M, Verma AA, Bassett AS. A genetic model for multimorbidity in young adults. *Genet Med* 2020; 22(1):132-141.
6. Costa AK, Bertoldi AD, Fontanella AT, Ramos LR, Arrais PSD, Luiza VL, Mengue SS, Nunes BP. Does socioeconomic inequality occur in the multimorbidity among Brazilian adults? *Rev Saude Publica* 2020; 54:138.
7. Santos T, Ferreira M, Simões MC, Machado MC, Matos MG. Chronic condition and risk behaviours in Portuguese adolescents. *Glob J Health Sci* 2014; 6(2):227-236.
8. Feter N, Leite JS, Umpierre D, Caputo EL, Rombaldi AJ. Multimorbidity and leisure-time physical activity over the life course: a population-based birth cohort study. *BMC Public Health* 2021; 21(1):700.

9. Ioakeim-Skoufa I, Poblador-Plou B, Carmona-Pérez J, Díez-Manglano J, Navickas R, Gimeno-Feliu LA, González-Rubio F, Jureviciene E, Dambrauskas L, Prados-Torres A, Gimeno-Miguel A. Multimorbidity patterns in the general population: Results from the EpiChron Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(12):4242.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
11. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: MS; 2010.
12. World Cancer Research Fund (WCRF), American Institute for Cancer Research. *Body fatness and weight gain and the risk of cancer*. London: WCRF; 2018.
13. World Health Organization (WHO). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO; 2020.
14. 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):142-151.
15. Violán C, Foguet-Boreu Q, Roso-Llorach A, Rodríguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Valderas JM. Patronos de multimorbilidad en adultos jóvenes en Cataluña: un análisis de clústeres. *Aten Primaria* 2016; 48(7):479-492.
16. Katikireddi SV, Skivington K, Leyland AH, Hunt K, Mercer SW. The contribution of risk factors to socioeconomic inequalities in multimorbidity across the life course: a longitudinal analysis of the twenty-07 cohort. *BMC Med* 2017; 15(1):152.
17. Puth MT, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. Prevalence of multimorbidity in Germany: Impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC Public Health* 2017; 17(1):826.
18. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica* 2018; 52(Supl. 2):10s.
19. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, Ebbert JO, Therneau TM, Yawn BP, Rocca WA. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open* 2015; 5(2):e006413.
20. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Espelt A, Bosque-Prous M, Cancela MC, Teixidó-Compañó E, Jerez-Roig J. Multimorbidity and its associated factors among adults aged 50 and over: a cross-sectional study in 17 European countries. *PLoS One* 2021; 16(2):e0246623.
21. Jürisson M, Pisarev H, Uusküla A, Lang K, Oona M, Kalda R. Prevalence of chronic conditions and multimorbidity in Estonia: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open* 2021; 11(10):e049045.
22. Yildiz B, Schuring M, Knoef MG, Burdorf A. Chronic diseases and multimorbidity among unemployed and employed persons in the Netherlands: a register-based cross-sectional study. *BMJ Open* 2020; 10(7):e035037.
23. Huaquiá-Diáz AM, Chalán-Dávila TS, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Multimorbidity in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021; 11(7):e050409.
24. Cezard G, McHale CT, Sullivan F, Bowles JKF, Keenan K. Studying trajectories of multimorbidity: a systematic scoping review of longitudinal approaches and evidence. *BMJ Open* 2021; 11(11):e048485.
25. Botosaneanu A, Markwardt S, Nagel CL, Allore HG, Newsom JT, Dorr DA, Quiñones AR. Multimorbidity accumulation among middle-aged Americans: differences by race/ethnicity and body mass index. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2022; 77(2):e89-e97.
26. Bloch KV, Cardoso MA, Sichieri R. Study of cardiovascular risk factors in adolescents (ERICA): results and potentiality. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Suppl. 1):2s.
27. Bloch KV, Klein CH, Szklo M, Kuschnir MC, Abreu GA, Barufaldi LA, Veiga GV, Schaan B, Silva TL, Vasconcellos MT, Moraes AJ, Borges AL, Oliveira AM, Tavares BM, Oliveira CL, Cunha CF, Giannini DT, Belfort DR, Santos EL, Leon EB, Fujimori E, Oliveira ER, Magliano ES, Vasconcelos FA, Azevedo GD, Brunken GS, Guimarães IC, Faria Neto JR, Oliveira JS, Carvalho KM, Gonçalves LG, Monteiro MI, Santos MM, Jardim PC, Ferreira PA, Montenegro Jr RM, Gurgel RQ, Vianna RP, Vasconcelos SM, Goldberg TB. ERICA: Prevalences of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl. 1):1s-12s.
28. Bertoni N, de Almeida LM, Szklo M, Figueiredo VC, Szklo AS. Assessing the relationship between smoking and abdominal obesity in a National Survey of Adolescents in Brazil. *Prev Med (Baltim)* 2018; 111:1-5.
29. McLean G, Gunn J, Wyke S, et al. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2014; 64(624):e440-e447.
30. Carvalho JN, Roncalli AG, Cancela MC, Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS One* 2017; 12(4):e0174322.
31. Rocha R, Camargo M, Falcão L, Silveira M, Thomazinho G. *A saúde na Amazônia legal: evolução recente e desafios em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2021.
32. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saude Debate* 2018; 42(Esp. 1):81-99.

Artigo apresentado em 02/08/2022

Aprovado em 31/01/2023

Versão final apresentada em 02/02/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva