

OCORRÊNCIA DE MULTIMORBIDADE EM IDOSOS SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL: EFEITO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

MARIANA MORAIS DE OLIVEIRA¹; THAYNÃ RAMOS FLORES²; BRUNO PEREIRA NUNES³

¹Universidade Federal de Pelotas – maariana_morais@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – floresrthayna@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – nunesbp@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A multimorbidade é caracterizada como a presença de diferentes problemas de saúde em um indivíduo, normalmente definida como a ocorrência de ≥ 2 ou ≥ 3 doenças em uma pessoa (FORTIN, et al., 2012). Em idosos, a ocorrência de multimorbidade é elevada. Aproximadamente, 60% dos idosos de países desenvolvidos tem ≥ 2 problemas de saúde, com estudos apresentando prevalências ao redor de 90% (FORTIN, et al., 2012). Além da alta prevalência, a multimorbidade apresenta diferentes consequências negativas para a saúde dos indivíduos, tornando-se um desafio para os serviços e sistema de saúde ao redor do mundo, principalmente na população idosa.

Segundo ALVES e MORAIS NETO (2015), o aumento das doenças crônicas não transmissíveis afeta principalmente os adultos com baixa renda e escolaridade (nos países de baixa e média renda), relacionado à maior exposição aos fatores de risco evitáveis como o uso do tabaco, a dieta não saudável, inatividade física e uso nocivo do álcool e menor acesso às informações e serviços de saúde.

No Brasil, evidências nacionais sobre a multimorbidade em idosos ainda são incipientes. Estudo nacional realizado com a população adulta, evidenciou que a multimorbidade parece ser maior nas regiões mais ao Sul, mas estas informações não podem ser aplicadas à população idosa (NUNES et al., 2017). Todavia, grande parte das informações epidemiológicas sobre morbidades são provenientes de diagnóstico médico referido pelos entrevistados o que pode ser influenciado pelo acesso aos serviços de saúde. Além disso, as evidências disponíveis mostram maior procura e uso de serviços de saúde por indivíduos do sul do Brasil (NUNES et al., 2016).

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a ocorrência de multimorbidade em idosos segundo regiões geopolíticas do Brasil e analisar se as características de acesso e uso de serviços de saúde explicam as diferenças entre as regiões.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal de base nacional. Foram utilizados dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado em 2013 através de um inquérito de base domiciliar. O estudo foi conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS). A amostragem foi realizada por conglomerados, por meio de três estágios (setor censitário, domicílios e indivíduos). Neste trabalho, utilizou-se informações dos entrevistados com 60 anos ou mais de idade. Maiores detalhes da pesquisa podem ser encontrados no site do estudo (<https://www.pns.iciict.fiocruz.br/>) e outras publicações (DAMASCENA et al., 2015; SOUZA JUNIOR et al., 2015).

A multimorbidade foi operacionalizada por uma lista de 22 doenças. Dessas, 21 foram baseadas no relato de diagnóstico médico alguma vez na vida e a depressão que foi mensurada através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*. Além da depressão, foram avaliadas as seguintes morbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), problema na coluna, hipercolesterolemia, diabetes, artrite/reumatismo, asma/bronquite asmática, bronquite, enfisema, outra doença pulmonar, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), câncer, derrame, insuficiência cardíaca, ataque cardíaco, angina, outra doença cardíaca, problema renal, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e outro problema de saúde mental. A multimorbidade foi avaliada através de dois pontos de corte: ≥ 2 e ≥ 3 morbidades. Mulheres que apresentavam HAS e/ou diabetes somente na gestação foram consideradas sem as respectivas doenças.

A região geopolítica foi classificada de duas maneiras para atender aos objetivos da pesquisa: cinco categorias (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e outra variável dicotômica (Sul/ outras regiões do Brasil). As variáveis relacionadas ao acesso e uso de serviços de saúde utilizadas foram: cobertura do domicílio do idoso pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (não/sim), posse de plano privado de saúde (não/sim), procura por serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista (não/sim), continuidade da atenção – procurar sempre o mesmo serviço de saúde quando necessário (não/sim), consulta médica (não/sim) e hospitalização (não/sim), ambas nos doze meses anteriores à entrevista.

Além disso, utilizou variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal) e socioeconômicas (índice de bens, escolaridade e zona de residência) para ajuste das prevalências calculadas. As análises foram realizadas no software Stata 15.0 considerando o desenho amostral complexo do estudo. Calculou-se a prevalência de multimorbidade (≥ 2 e ≥ 3 , sendo apresentadas somente as informações para ≥ 3 dado a semelhança entre os resultados) geral e segundo as características de acesso aos serviços de saúde estratificadas pelas regiões geopolíticas do Brasil. Além disso, calculou-se as prevalências de multimorbidade ajustada para as variáveis de acesso aos serviços de saúde e características demográficas para avaliar se as diferenças na ocorrência entre as regiões eram explicadas por questões de acessibilidade aos serviços. Para isso, realizou-se a análise através de um modelo de regressão de Poisson multivariável, estimando as prevalências após o ajuste.

A PNS foi aprovada no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em oito de julho de 2013, sob o número 10853812.7.0000.0008. Todos os respondentes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 11.177 idosos com informações sobre a presença de morbidades. Destes, 1.682, 3.394, 1.266, 3.210 e 1.625 eram residentes nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, respectivamente. Do total, mais da metade (57,7%) eram mulheres e a média de idade foi de 69,8 anos.

Quase um terço dos idosos tinha plano privado de saúde (32,7%) e um pouco mais da metade estava coberto pela Estratégia Saúde da Família (55,2%).



Tabela 1. Prevalência (%) de Multimorbidade (≥3 doenças) em Idosos Brasileiros Segundo Região Geopolítica e Características do Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde. Brasil, 2013.

Variáveis	Prevalência (%) de multimorbidade (≥3 doenças)					
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Regiões (exceto Sul)
Cobertura de ESF						
Não	30,5	25,5	29,2	22,6	12,3	24,3
Sim	33,8	33,2	27,5	22,5	21,6	28,3
Posse de plano privado de saúde						
Não	31,5	28,0	27,3	22,1	15,8	25,1
Sim	34,3	31,0	30,0	24,3	22,7	29,5
Procura de serviço de saúde						
Não	25,6	25,3	23,7	19,6	14,1	22,7
Sim	47,3	38,7	44,5	34,2	32,3	37,8
Continuidade da atenção						
Não	34,9	23,4	29,8	21,2	13,6	22,5
Sim	32,1	30,5	27,8	23,0	18,4	27,6
Consulta médica						
Não	4,2	9,2	7,6	6,2	7,2	7,8
Sim	36,1	31,9	32,0	27,1	20,1	30,0
Hospitalização						
Não	28,9	27,8	25,7	30,9	14,9	25,1
Sim	54,0	42,3	46,4	21,6	32,9	38,8
Prevalência geral	32,5	29,2	28,3	22,5	17,2	26,5
Prevalência geral ajustada¹	29,1	25,6	24,7	19,6	14,6	20,7
Prevalência geral ajustada²	28,2	24,6	23,8	18,9	13,8	19,9

Legenda: Ajuste 1: variáveis relacionadas ao uso e acesso dos serviços de saúde; Ajuste 2: variáveis relacionadas ao uso e acesso dos serviços de saúde, características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; ESF: Estratégia Saúde da Família.

Quatro a cada cinco idosos referiram procurar o mesmo serviço de saúde quando necessário (79,5%). Ainda, 26,3% procuraram serviços de saúde nos quinze dias que precederam à entrevista. Nos doze meses anteriores a pesquisa, 85,0% referiram consultar com o médico e 10,5% tiveram pelo menos uma internação hospitalar.

Observou-se que as características do acesso aos serviços de saúde influenciaram a ocorrência de multimorbidade. Idosos cobertos pela Estratégia Saúde da Família, que tinham plano privado de saúde, que referiram buscar serviços de saúde nos quinze dias anteriores a entrevista, com continuidade da atenção, que consultaram o médico e que hospitalizaram no ano anterior à entrevista tiveram maior ocorrência de multimorbidade. Porém, o padrão foi o mesmo segundo as regiões do país, exceto para idosos cobertos pela ESF (Centro-Oeste e Nordeste) e que referiram continuidade da atenção (Sul e Centro-Oeste) que apresentaram prevalência de multimorbidade semelhante aos idosos sem cobertura e sem continuidade, respectivamente. Com exceção dos idosos que não consultaram com médico, independentemente da característica de acesso aos serviços de saúde, a prevalência de multimorbidade foi maior entre os idosos do Sul do Brasil.

Apesar das diferenças encontradas, elas não foram significativas o suficiente ao compararmos o Sul com as demais regiões, portanto o acesso aumenta a ocorrência de multimorbidade, visto que a pesquisa foi realizada com diagnósticos

médicos autorreferidos pelos entrevistados, mas explica pouco as diferenças entre as regiões.

A prevalência geral de multimorbidade (≥ 3 doenças) foi maior na região Sul do Brasil (32,5% - IC95%: 29,1; 36,1) em comparação as outras regiões (26,5% - IC95%: 24,8; 28,2), mesmo quando a prevalência foi ajustada para variáveis de acesso e uso dos serviços de saúde [Região Sul: 29,1% (IC95%: 26,1; 32,4) / outras regiões: 20,7% (IC95%: 19,2; 22,4)], e características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos adicionadas [Região Sul: 28,2% (IC95%: 25,3; 31,5) / outras regiões: 19,9% (IC95%: 18,5; 21,5)] (Tabela 1).

4. CONCLUSÕES

A prevalência de multimorbidade em idosos é alta, acometendo metade e um a cada três idosos para ≥ 2 e ≥ 3 doenças, respectivamente. Dada a forma de mensuração das morbidades (diagnóstico médico autorreferido pelo entrevistado), encontramos que o acesso aos serviços de saúde influencia a ocorrência da multimorbidade. Não obstante, a análise apresentada não evidencia que a maior ocorrência na região Sul do Brasil é explicada pelo acesso aos serviços de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. G.; MORAIS NETO, O. L. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.641-654, 2015.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D. C.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A.; et al. The Development of the National Health Survey in Brazil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p.197-206, 2015.

FORTIN, M.; STEWART, M.; POITRAS, M. E.; ALMIRALL, J.; MADDOCKS, H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. **Annals of Family Medicine**, v. 10, n.2, p.142-151, 2012.

NUNES, B. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; PATI, S.; TEIXEIRA, D. S. C.; FLORES, T. R.; CAMARGO-FIGUEIRA, F. A.; MUNHOZ, T. N.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; BATISTA, S. R. R. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study. **BMJ Open**, v.7, n. e015885, 2017.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; GARCIA, L. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, 2016.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de; FREITAS, M. P. S. de; ANTONACI, G. de A.; SZWARCOWALD, C. L. Sampling Design for the National Health Survey, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 207-216, 2015.