

PREVALÊNCIA DE MULTIMORBIDADE E ASSOCIAÇÃO COM INCAPACIDADE EM ADULTOS DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO: ESTUDO MDS-BRASIL

PREVALENCE OF MULTIMORBIDITY AND ITS ASSOCIATION WITH DISABILITY AMONG ADULTS IN INLAND NORTHEAST BRAZIL: THE MDS-BRAZIL STUDY

DOI: 10.16891/2317-434X.v14.e1.a2026.id3658

Recebido em: 29.12.2025 | Aceito em: 27.02.2026

Renatha Paulliany Silva Macena^{a*}, Núbia Maria Freire Vieira Lima^a

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Santa Cruz – RN, Brasil^a
***E-mail: renathamacena06@gmail.com**

RESUMO

O termo multimorbidade refere-se à coexistência de duas ou mais condições de saúde em um mesmo indivíduo e configura-se como um tema emergente. Embora maior parte das investigações concentre-se em populações idosas, observa-se crescente interesse na ocorrência da multimorbidade entre indivíduos mais jovens. Ainda assim, as relações entre multimorbidade, fatores pessoais e incapacidade funcional permanecem pouco consensuais. Nesse contexto, a pesquisa teve o objetivo estimar a prevalência de multimorbidade autorreferida na população adulta e analisar sua associação com a incapacidade e fatores pessoais no município de Santa Cruz/RN, a partir de dados do instrumento MDS-Brasil. Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado no ano de 2022. Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, sem restrição ao nível de escolaridade, com ou sem incapacidades, residentes no município de Santa Cruz. As informações coletadas contemplaram fatores pessoais (idade, sexo, renda, escolaridade e raça/cor) bem como os níveis de incapacidade (ausência, leve, moderada e grave). A funcionalidade foi avaliada por meio dos domínios; mobilidade, funções do corpo, atividade e participação, conforme o instrumento MDS-Brasil. A análise de 504 entrevistas revelou prevalência de 60,6% de multimorbidade autorreferida. Observou-se maior proporção de mulheres (76,4%), predominância de idosos (35,5%), indivíduos casados e com baixa escolaridade. A multimorbidade apresentou associação estatisticamente significativa com os três domínios da funcionalidade, indicando que indivíduos multimórbidos tendem a apresentar algum nível de incapacidade. Esses achados evidenciam a complexidade da multimorbidade e reforçam a necessidade de estratégias de cuidado.

Palavras-chave: Multimorbidade; Incapacidade e Saúde; Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Multimorbidity, defined as the coexistence of two or more health conditions in the same individual, is an emerging public health topic. Although most studies focus on older populations, increasing attention addresses multimorbidity among younger adults. However, relationships between multimorbidity, personal factors, and functional disability remain inconclusive. This study aimed to estimate self-reported multimorbidity prevalence in the adult population and analyze its association with disability and personal factors in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil, using MDS-Brazil instrument data. This cross-sectional and met observational study with a quantitative approach was conducted in 2022. Included were individuals aged 18 years or older, both sexes, with or without disabilities, no educational restrictions, residing in Santa Cruz. Data covered personal factors (age, sex, income, education, race/skin color) and disability levels (none, mild, moderate, severe). Functionality was assessed in mobility, body functions, and activity/participation domains per MDS-Brazil. Analysis of 504 interviews showed 60.6% self-reported multimorbidity prevalence. Higher proportions included women (76.4%), older adults (35.5%), married individuals, and those with low educational attainment. Multimorbidity significantly associated with disability across all three domains, with multimorbid individuals more likely to have functional impairment. Findings highlight multimorbidity's complexity and strong disability link, reinforcing needs for care strategies integrating disease management and functionality preservation.

Keywords: Multimorbidity; Disability and Health; Health Surveys.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a multimorbidade é compreendida como a condição do indivíduo que convive com a coexistência de 2 ou mais condições de saúde, sendo qualquer combinação de doença crônica com pelo menos outra doença associada, seja ela aguda, crônica ou ainda um fator biopsicossocial (Le Reste *et al.*, 2013; Nicholson *et al.*, 2018). Esse enfoque da multimorbidade busca deslocar o foco apenas do biológico ou de determinada doença para destacar a importância dos fatores psicossociais na modificação dos efeitos na saúde dos indivíduos, o que pode proporcionar uma oferta de cuidado mais adequado às necessidades dos indivíduos com fragilidade, incapacidade e diminuição da qualidade de vida (Aguar *et al.*, 2023).

Configura-se como importante problema de saúde pública devido sua alta frequência, mas principalmente, pela associação com o aumento da taxa de mortalidade, distúrbios funcionais e incapacidade mental associado com doenças mais graves (Sciences, 2018; Puth *et al.*, 2017). De acordo com estudo que avaliou 28 países através da Pesquisa Mundial de Saúde, constatou-se que a multimorbidade é um acometimento global e que envolve países de baixa, média e alta renda, não se limitando a pessoas idosas.

No Brasil, alarmantemente, um em cada quatro adultos brasileiros apresenta multimorbidade (Pereira *et al.*, 2023). Pesquisa que avaliou a prevalência de adultos brasileiros entre 2013 a 2019, com faixa etária entre 18 a 59 anos, expôs uma taxa de 22,3% da amostra com multimorbidade, com prevalências similares entre os sexos (Delpino *et al.*, 2021). Outro estudo também conduzido no Brasil, em 2019, composto por 10.460 indivíduos entre 15 e 24 anos, demonstrou 7,84% dos indivíduos com multimorbidade e que a razão de prevalência para a multimorbidade, nessa faixa etária, aumenta 5% a cada ano de vida considerando as doenças mentais como a depressão, dores na coluna, asma ou bronquite as condições mais prevalentes (Silveira *et al.*, 2023).

Ao compararmos os indivíduos com problemas de saúde isolados com pessoas multimórbidas, estas são mais propensas a terem uma qualidade de vida reduzida, pior saúde geral e mais propensos ao adoecimento mental (Salisbury *et al.*, 2018). Além disso, Nicholson *et al.*,

(2018) destacam que a incapacidade tende a ser incluída como um dos efeitos modificadores da multimorbidade, reforçando o impacto cumulativo das doenças crônicas sobre o desempenho funcional dos indivíduos.

Nesse sentido, a OMS reconhece a funcionalidade como um terceiro indicador de saúde, ao lado da mortalidade e da morbidade, refletindo o quanto as condições de saúde influenciam a capacidade das pessoas de realizar atividades e participar socialmente (Stucki; Bickenbach, 2017). Por isso, compreender o grau de incapacidade e funcionalidade em populações multimórbidas é essencial para complementar os dados de morbimortalidade e subsidiar políticas e serviços voltados à reabilitação e ao cuidado integral (Sabariego *et al.*, 2022).

Apesar das crescentes pesquisas voltadas ao conhecimento da multimorbidade, ainda é necessário mais dados sobre sua prevalência no Brasil e avaliar sua associação com a funcionalidade, dada a escassez de informações. Além disso, a maioria dos estudos concentra-se em populações mais velhas (Christofolletti, 2022; Nunes, 2018; Schmidt *et al.*, 2020), já que é esperado um maior comprometimento do estado geral de seu bem-estar, bem como declínio na funcionalidade em decorrência do envelhecimento. Porém, casos de adoecimento em especial à multimorbidade vem sendo constatado e discutido em indivíduos mais jovens, e por isso é de extrema importância analisar a prevalência da multimorbidade com este público e identificar os possíveis impactos em sua funcionalidade.

No Brasil não há antecedentes sobre como a multimorbidade se associa aos fatores pessoais e aos níveis de incapacidade populacional através do uso do *Model Disability Survey Brasil – (MDS-Brasil)*. Deste modo, o caráter inédito do estudo justifica a sua relevância. O conhecimento sobre a existência de associação entre multimorbidade e funcionalidade contribuirá para nortear medidas preventivas e de promoção de saúde com desdobramentos na funcionalidade populacional brasileira.

Nesse contexto, presumimos que indivíduos com multimorbidade autorreferida apresentam maior grau de incapacidade e menor funcionalidade, especialmente em faixas etárias mais jovens (18-59 anos), associando-se positivamente a fatores sociodemográficos como sexo e idade, conforme dados preliminares de prevalência no

Brasil (Delpino et al., 2021; Silveira et al., 2023). Para testar essa hipótese, esta pesquisa visa estimar a prevalência de multimorbidade autorreferida na população acima de 18 anos e sua associação com a funcionalidade e aspectos sociodemográficos, do município de Santa Cruz, utilizando os dados do instrumento MDS-Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos a partir de um questionário, realizado no município de Santa Cruz-RN, interior do nordeste brasileiro. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista e poderiam interromper ou solicitar sua exclusão da pesquisa a qualquer momento. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/FACISA em 22 de junho de 2020 (CAAE 31112020.4.0000.5568 e parecer número 4.970.618).

A coleta de dados ocorreu no município de Santa Cruz (RN), interior do nordeste brasileiro, entre outubro e novembro de 2022. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, na zona urbana, e conduzidas por 73 entrevistadores previamente treinados, utilizando o questionário abrangente do MDS-Brasil em formato digital aplicado em tablets Samsung®, com sincronização automática em plataforma online.

O MDS-Brasil é um instrumento específico para o levantamento de informações sobre funcionalidade e condição de saúde em nível populacional (Silva et al., 2023), disponível em <https://linktr.ee/MDS.Brasil>.

O número de domicílios foi definido por amostragem intencional para levantamento de informações no município de Santa Cruz. O município foi estratificado por setores censitários com identificação adequada, definidos como Unidade Primária de Amostragem (UPA), sendo atribuída a cada setor uma quantidade de entrevistas proporcional à sua participação no total, com mínimo de 500 entrevistas. No segundo estágio (USA), os domicílios foram selecionados por amostragem aleatória. A seleção dos domicílios seguiu estratégia sistemática, iniciando-se pela primeira casa à direita da rua, com salto de oito domicílios entre as

entrevistas.

Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes no município, independentemente do nível de escolaridade ou presença de incapacidades. Excluíram-se aqueles que não concluíram a entrevista ou apresentaram dificuldade de compreensão e/ou resposta ao questionário.

Neste estudo, foram selecionados três módulos deste instrumento, sendo; Módulo **1000** - Características sociodemográficas, Módulo **4000** - Funcionalidade, (mobilidade, autocuidado, relações emocionais/interpessoais, cognição, tarefas domésticas) e o Módulo **5000** - Condição de saúde (problemas atuais, diagnósticos, tratamentos). As respostas são dicotômicas (sim/não) ou em escalas padronizadas, como funcionamento (1=nenhum a 5=extremo) (Sabariego et al., 2021). A lista de condições foi atualizada para prevalentes no Brasil, aprimorando sua adequação nacional (MDS, 2017; Silva, 2023).

As condições de Saúde do MDS-Brasil elencadas foram; perda de visão, de audição, pressão arterial alta (hipertensão), diabetes, artrite, artrose, doença cardíaca, doença coronariana, infarto do miocárdio, bronquite crônica ou enfisema, asma, doença respiratória alérgica, dor nas costas ou problemas nos discos, enxaqueca (dores de cabeça recorrentes), derrame, depressão ou ansiedade, hanseníase, pólio, gastrite ou úlcera, tumor ou câncer (incluindo leucemia), trauma, demência, doenças renais, distúrbios mentais (psiquiátricos) e comportamentais, problemas de sono, e outros (MDS, 2017; Silva, J. 2023).

A multimorbidade, variável independente do estudo, foi definida pela presença de duas ou mais condições de saúde, ou fatores biopsicossociais (Le Reste et al., 2013), identificados pelo módulo 5000 do MDS-Brasil. A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo 1, com indivíduos multimórbidos, e Grupo 2, sem multimorbidade. A classificação baseou-se na contagem de condições autorreferidas e os fatores associados foram organizados em dois blocos: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, renda, escolaridade e raça/cor) e dados sobre incapacidade, esta última considerada a variável dependente. A tabela 1 resume as variáveis do estudo.

Tabela 1. Resumo das variáveis do estudo.

Variável	Dados	Descrição	Tipo de variável
Sexo	1 ou 2	1: Masculino 2: Feminino	Qualitativa dicotômica
Idade	Faixa etária	1: 18 a 29 2: 30 a 39 3: 40 a 49 4: 50 a 59 5: 60 ou mais	Qualitativa ordinal
Estado Civil	1 a 5	1: Solteiro (a) 2: Casado (a) 3: União estável 4: Separado (a) 5: Viúvo(a)	Qualitativa nominal
Cor/raça	1 a 6	1: Branco 2: Preto 3: Amarelo 4: Pardo 5: Indígena 6: Não quer declarar	Qualitativa nominal
Escolaridade	1 a 7	1: Sem escolaridade ou Ensino Fundamental Incompleto 2: Ensino fundamental 3: Ensino Técnico 4: Ensino médio 5: Ensino superior 6: Pós-graduação 7: Maior nível de escolaridade	Qualitativa ordinal
Renda	Faixa salarial	1: 0 a 1 salário 2: De 1 a 2 salários 3: De 2 a 3 salários 4: 3 salários ou mais	Quantitativa ordinal

Conversão dos valores em escores de incapacidade em três domínios

Variável	Dados	Descrição	Tipo de variável
Módulo 4000 (Funcionalidade)		0 menor nível de incapacidade 100 maior nível de incapacidade	Qualitativa ordinal
Domínios: 1- Mobilidade 2- Funções do Corpo 3- Atividades e Participação	0 a 100	Agrupamento em: Nenhuma incapacidade Leve incapacidade Moderada incapacidade Incapacidade severa	Quantitativo ordinal

Análise da Multimorbidade

Módulo 5000			
Condições de saúde	1 ou 2	1: Sim (presença) 2: Não (ausência)	Qualitativa dicotômica
Você tem [NOME DA DOENÇA]?			

A prevalência da multimorbidade, neste estudo, será calculada com base na seguinte fórmula: **Prevalência = número de casos existentes em determinado período / número de pessoas na população no mesmo período X constante.** O resultado de incapacidade foi medido mediante

uma pontuação composta de problemas em três domínios do Módulo 4000 onde, o domínio Mobilidade é composto por 7 itens, Atividade e Participação agrupou 18 itens e funções do corpo com 16 itens. Cada participante da amostra recebeu uma pontuação da escala métrica estimada usando a Teoria de Resposta ao Item (TRI) então transformada linearmente para variar de 0 (nível mais baixo de incapacidade) a 100 (nível mais alto de incapacidade), conforme as orientações da OMS (OMS, 2017). Foi empregado o modelo *Rasch* para dados politômicos, analisado em software Stata. A unidimensionalidade do modelo foi confirmada por meio da análise de componentes principais, cuja confirmação é verificada quando a variância não explicada do primeiro contraste foi menor que 2 (Sabariego *et al.*, 2021; Silva, J. 2023).

Usando as pontuações compostas estimadas para cada indivíduo, a distribuição de incapacidade foi estimada para o país e os pontos de corte são usados para identificar pessoas com diferentes níveis de incapacidade que variam de: sem incapacidade, incapacidade leve, moderada e grave. Esses pontos de corte padrão são sugeridos pela OMS (OMS, 2017)

Para a análise dos demais dados, as informações coletadas foram organizadas e inseridas em um banco de dados elaborado no Microsoft Excel® (versão 2013) e analisados em software livre Perfect Statistics Professionally Presented (PSPP). Deu-se início pela distribuição da frequência de todas as variáveis qualitativas do estudo e logo após, empregado o Teste qui-quadrado com o intuito de verificar as associações entre as variáveis sociodemográficas e nível de incapacidade, com

a presença de multimorbidade. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram visitados 518 domicílios, sendo 504 entrevistas qualificadas com pessoas maiores de 18 anos. Quatorze entrevistas não foram concluídas por motivos de desistência dos participantes durante a pesquisa, entrevistas não finalizadas após a segunda tentativa do entrevistador na revisita ao domicílio ou por problemas técnicos no software ou *tablet*.

Na amostra geral, os resultados mostraram uma maior proporção do sexo feminino, compondo 76,4% da amostra, sendo a maioria idosos com idade entre 60 anos ou mais (35,5%) seguido do público de adultos com 50 a 59 anos (18,1%) que autodeclararam estar casados (38,3%) com Ensino Médio Completo seguido daqueles Sem Escolaridade ou Ensino Fundamental Incompleto, de 16,7% e 10,9% respectivamente. Aproximadamente metade dos entrevistados se autodeclararam ser de cor parda (44,6%) e com renda mensal de R\$ 1.200,00, valor correspondente ao salário mínimo vigente no ano de realização da pesquisa (R\$ 1.212,00).

Foi observada prevalência de 60,6% de multimorbidade autorreferida, sendo a hipertensão (35,3%) perda de visão (28,8%) e ansiedade (24,4%) as condições de saúde mais prevalentes. Esta condição está associada aos indivíduos mais idosos, com 60 ou mais do sexo feminino, casados e com Ensino Médio de escolaridade, com faixa salarial de 0 a 1 salário mínimo, conforme descrita na tabela 2.

Tabela 2. Descrição da amostra segundo variáveis sociodemográficas do estudo e multimorbidade.

Variáveis	Presença de Multimorbidade		Ausência de Multimorbidade		p-valor*
	N	%	N	%	
Gênero					
Feminino	243	48,3	141	28,0	0,029
Masculino	62	12,3	57	11,3	
Total	305	60,6	198	39,4	
Faixa etária					
18 a 29	27	5,4	54	10,6	<0,001
30 a 39	33	6,6	33	6,6	
40 a 49	54	10,7	33	6,6	
50 a 59	63	12,5	27	5,4	
60 ou mais	128	25,4	51	10,1	
Total	305	60,6	198	39,4	
Estado civil					
Solteiro(a)	65	12,9	77	15,3	<0,001
Casado(a)	131	26,0	61	12,1	
União estável	33	6,6	35	7,0	
Separado(a)	33	6,6	9	1,8	
Viúvo(a)	43	8,5	16	3,2	
Total	305	60,6	198	39,4	
Cor/Raça					
Branco	118	23,5	71	14,1	0,531
Preto	43	8,5	25	5,0	
Amarelo	8	1,6	4	0,8	
Pardo	128	25,4	97	19,3	
Indígena	1	0,2	0	0,0	
Não quer declarar	1	0,2	0	0,0	
Outros	6	1,2	1	0,2	
Total	305	60,6	198	39,4	
Escolaridade					
Sem escolaridade ou Ensino fundamental incompleto	38	17,2	17	7,7	0,235
Ensino fundamental	21	9,5	23	10,4	
Ensino Técnico	1	0,5	3	1,4	
Ensino médio	44	19,9	39	17,6	
Ensino superior	15	6,8	13	5,9	
Pós-graduação	4	1,8	2	0,9	
Maior nível de escolaridade	1	0,5	0	0,0	
Total	124	56,1	97	43,9	
Renda					
0 a 1 salário (49,1%)	137	27,2	110	21,9	0,140
1 a 2 salários (24,9)	82	16,3	43	8,5	
2 a 3 salários (10,7%)	36	7,2	18	3,6	
4 ou mais salários (15,3%)	50	9,9	27	5,4	
Total	305		198		

*p-valor do Teste Qui-quadrado.

Apesar destes achados, a cor/raça, escolaridade e renda não obtiveram associações estatisticamente significativas com a multimorbidade.

O valor N da amostra apresentou variações nos

domínios de incapacidades e perdas amostrais para a variável escolaridade, justificando a não associação estatística deste último. Apesar disso, tais limitações não invalidam esta pesquisa já que se trata de um estudo piloto,

da funcionalidade, indicando que indivíduos com multimorbidade apresentam algum nível de incapacidade nos aspectos de mobilidade, funções do corpo e atividade e participação, conforme apresentado na Tabela 3.

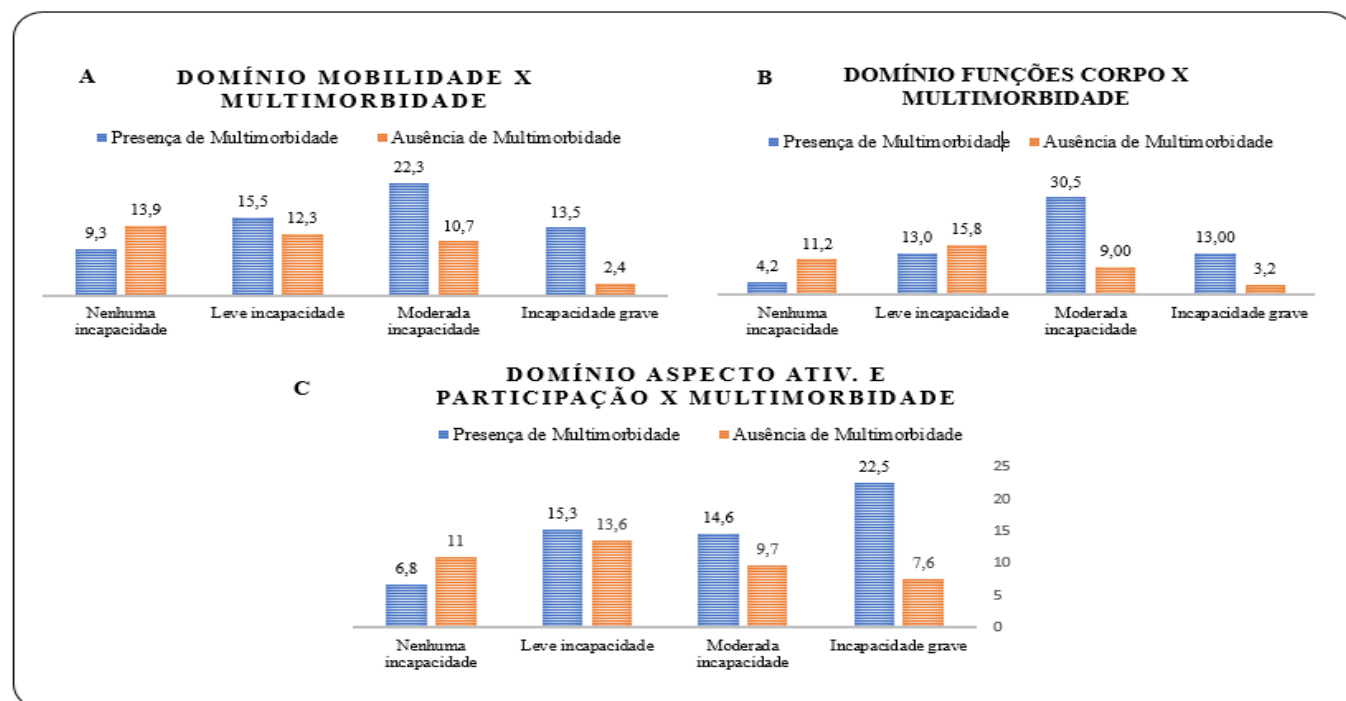
Variáveis	Presença de Multimorbidade		Ausência de Multimorbidade		p - valor*
	N	%	N	%	
Nível de Incapacidade					
<i>Aspecto Mobilidade</i>					
Nenhuma incapacidade	47	9,3	70	13,9	<0,001
Leve incapacidade	78	15,5	62	12,3	
Moderada incapacidade	112	22,3	54	10,7	
Incapacidade grave	68	13,5	12	2,4	
Total	305	60,6	198	39,4	
<i>Aspecto Funções do Corpo</i>					
Nenhuma incapacidade	21	4,2	56	11,2	<0,001
Leve incapacidade	65	13,0	79	15,8	
Moderada incapacidade	152	30,5	45	9,0	
Incapacidade grave	65	13,0	16	3,2	
Total	303	60,7	196	39,3	
<i>Aspecto Atividade e Participação</i>					
Nenhuma incapacidade	32	6,8	52	11,0	<0,001
Leve incapacidade	72	15,3	64	13,6	
Moderada incapacidade	69	14,6	41	9,7	
Incapacidade grave	106	22,5	36	7,6	
Total	279	59,1	193	40,9	

Observou-se maior prevalência de incapacidades entre indivíduos multimórbidos em todos os domínios

avaliados. Nos domínios Mobilidade e Funções do Corpo, predominaram incapacidades moderadas, com

prevalências de 22,3% e 30,5%, respectivamente, se a incapacidade grave (22,5%). enquanto no domínio Atividade e Participação destacou-

Figura 1. Percentuais dos níveis de Incapacidade, conforme os domínios descritos no Módulo 4000 do MDS — Brasil, para os grupos com e sem multimorbidade.



Nos três gráficos houve diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições percentuais por cada aspecto do módulo Funcionalidade do MDS-Brasil pelo teste qui-quadrado ($p < 0,050$).

DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo pioneiro no Brasil, ao analisar pela primeira vez a prevalência da multimorbidade, suas associações com fatores pessoais e níveis de funcionalidade por meio do inquérito MDS-Brasil na população de Santa Cruz–RN. Essa abordagem inovadora, ausente em estudos nacionais anteriores, permitindo uma avaliação biopsicossocial integrada da funcionalidade, com implicações diretas para a prática clínica e políticas públicas. Observou-se elevada prevalência de multimorbidade autorreferida, indicando um cenário preocupante quando comparado às estimativas nacionais (23,6%) e do Rio Grande do Norte (24,4%) em

adultos ≥ 18 anos (Carvalho *et al.*, 2017). Esse contexto representa um desafio crescente em âmbito nacional e global, com impacto direto sobre a saúde da população e elevado ônus econômico ao sistema de saúde, em razão do aumento de internações, afastamentos laborais e aposentadorias por invalidez (Li *et al.*, 2023).

Os indivíduos multimórbidos apresentaram maiores percentuais de incapacidade em comparação aos não multimórbidos, com associações em todos os níveis no domínio Mobilidade, nos níveis moderado e grave em Funções do Corpo e nos níveis leve, moderado e grave em Atividade e Participação. Essa relação está ilustrada na Figura 1, conforme os domínios de funcionalidade do MDS-Brasil. Estes achados demandam, da organização de serviços de saúde, a priorização de equipes multiprofissionais para avaliação funcional precoce, reduzindo declínios da mobilidade e participação social.

A economia de Santa Cruz–RN é diversificada, com destaque para o comércio, turismo, avicultura,

confeção têxtil, cultivo de hortaliças e artesanato (Nunes, 2022). A predominância do trabalho informal entre a população economicamente ativa pode contribuir para os indicadores observados, uma vez que a insegurança ocupacional restringe o acesso aos serviços de saúde e favorece o desenvolvimento de condições de adoecimento e incapacidade.

Quanto ao gênero, 48,3% dos indivíduos multimórbidos eram do sexo feminino, resultado semelhante ao observado em outros estudos (Christofolletti *et al.*, 2022; Carvalho *et al.*, 2017). Evidências indicam que a prevalência de multimorbidade aumenta com a idade em ambos os sexos, sendo consistentemente maior entre as mulheres em todas as faixas etárias (Carvalho *et al.*, 2017). Esse achado pode refletir desigualdades de gênero, como a inserção precarizada no mercado de trabalho e a dupla jornada, além do maior envolvimento feminino em comportamentos preventivos, maior reconhecimento de problemas de saúde e maior expectativa de vida, fatores que aumentam a exposição a eventos estressores ao longo do curso de vida (Souza *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2020). Apesar da menor prevalência em homens, sua ocorrência exige investigação pela maior exposição ao consumo de álcool, tabaco, violência e menor uso dos serviços de saúde (Silva, 2023).

Idade acima de 60 anos, baixo escolaridade e estado civil casado(a), associaram-se à multimorbidade, assim como verificado por Pache *et al.* (2015), são aspectos associados com o aumento da prevalência de multimorbidade. Indivíduos casados apresentam maiores chances de ter multimorbidade quando comparado aos demais, estando conforme outras pesquisas (Souza *et al.*, 2020).

Considerando a renda e escolaridade, não houve associação significativa destas com a presença de multimorbidade, embora a educação seja um determinante social chave para prevenção e controle de doenças (Christofolletti, *et al.*, 2022). E ainda, é considerado um *proxy* da posição socioeconômica que reflete diretamente o nível educacional, atingindo um forte determinante de condições de emprego e renda (Delpino *et al.*, 2021).

Pesquisas sobre multimorbidade em jovens são poucos comuns, diferem em relação aos métodos empregados e doenças analisadas, dificultando a comparação entre diferentes populações. Indivíduos brasileiros na faixa etária de 15 a 24 anos, com base nos

dados do PNS de 2019, expressaram uma prevalência de multimorbidade de 7,84%. Estratificado por região, o Nordeste teve prevalência de 6,30% de multimorbidade neste público. Logo, as consequências de uma multimorbidade ultrapassam sintomatologias em si, mas também podem comprometer a saúde biopsicossocial, sobretudo de indivíduos jovens (Silveira *et al.*, 2023).

De forma semelhante, um estudo brasileiro sobre multimorbidade em adultos com 18 anos ou mais evidenciou a necessidade de atenção à população mais jovem, ao identificar elevada prevalência entre indivíduos economicamente ativos, especialmente na faixa etária de 40 a 59 anos (29,9%). Esses achados podem estar relacionados à maior exposição dessa população a riscos ocupacionais químicos, físicos, biológicos, mecânicos e psicossociais, próprios do ambiente de trabalho (Carvalho *et al.*, 2017).

Neste estudo, observou-se associação estatisticamente significativa entre idade e multimorbidade, com maior acometimento entre indivíduos com 60 anos ou mais, confirmando o aumento das DCNT e da multimorbidade com o avanço da idade (Carvalho *et al.*, 2017). Ainda assim, a multimorbidade também esteve presente em faixas etárias mais jovens, com prevalência de 10,7% entre 40–49 anos e 12,5% entre 50–59 anos. A prevalência foi maior entre indivíduos pardos (25,4%), seguida dos brancos (23,5%), resultado distinto de achados internacionais (Sauver *et al.*, 2015). Essas diferenças podem estar relacionadas às desigualdades socioeconômicas associadas à cor da pele, que influenciam escolaridade, inserção no mercado de trabalho e renda, conforme dados do IBGE (2018).

Observou-se associação estatisticamente significativa entre multimorbidade e todos os domínios da funcionalidade, indicando que indivíduos com múltiplas condições de saúde apresentam algum nível de incapacidade, em razão da maior gravidade e do consequente declínio funcional (Ryan *et al.*, 2015). A Tabela 3 evidencia essa associação nos três domínios avaliados, com maior impacto em Atividade e Participação, refletido em dificuldades no autocuidado, nas relações interpessoais, nas tarefas domésticas e na participação social. Esses achados demonstram o impacto da multimorbidade sobre a vida social e afetiva, com repercussões na participação comunitária e no agravamento das condições de saúde, especialmente as de

ordem mental (MDS, 2017).

A predominância de mulheres idosas na amostra influencia diretamente os achados sobre incapacidade, uma vez que o processo de senescência, intensificado após a menopausa, está associado a maiores declínios fisiológicos. Esses resultados corroboram estudo recente com mulheres brasileiras acima de 18 anos, avaliado pelo MDS-Brasil, que identificou maiores escores de incapacidade nos domínios de mobilidade e funções corporais entre aquelas com pior percepção de saúde autorreferida (Feitoza, 2023). Do mesmo modo, uma revisão sistemática com indivíduos acima de 18 anos de ambos os sexos, a maioria dos estudos demonstrou associações entre multimorbidade e declínio funcional, sendo utilizando diferentes instrumentos para análise da funcionalidade (ex.: Short Form-36, CDC HRQOL - 4 domínios: saúde geral, sofrimento mental, sofrimento físico e limitações de atividade, Índice de Barthel (AVDs), Escala de Lawton e Brody (IADLS), Questionário de avaliação funcional multidimensional). Os achados examinam uma direção de efeito, ou seja, que a multimorbidade preveja declínio funcional futuro, mas também é possível que o mau funcionamento físico levará ao agravamento da multimorbidade (Ryan *et al.*, 2015).

Todos esses achados revelam a necessidade de reorganizar os serviços de atenção primária em Santa Cruz-RN e municípios similares. Isso inclui a incorporação de triagens rotineiras de funcionalidade via MDS - Brasil para identificar precocemente multimórbidos com incapacidades. Tal medida exige a capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em intervenções integradas, como programas de reabilitação comunitária e suporte psicossocial, visando reduzir internações e melhorar a adesão terapêutica em populações com dupla jornada ou trabalho informal. A alta prevalência em mulheres e idosos reforça a criação de fluxos específicos de cuidado longitudinal, mitigando o impacto econômico local.

Exigem ainda, ações preventivas em saúde coletiva, como campanhas educativas direcionadas a jovens economicamente ativos (40 – 59 anos) pardos e de baixa escolaridade. A possibilidade de integrar os dados do MDS - Brasil ao Sistema de Informação em Saúde para Sistemas de Saúde (SISAB), permitindo alocação de recursos federais para regiões Nordeste com alta multimorbidade, como o RN.

As limitações do estudo se referem a obtenção dos dados, principalmente sobre multimorbidade, através de autorrelato para determinar se os participantes se enquadram neste quesito, por isso, existe o risco da subnotificação das condições de saúde analisadas, provocado pelo viés de memória e impactando em respostas imprecisas caso os participantes não lembrassem de seus diagnósticos. Este estudo não avaliou detalhadamente quais as condições de saúde mais prevalentes na amostra conforme a faixa etária, bem como as profissões destes e sua influência com ausência/presença de multimorbidade, admitindo novas oportunidades para pesquisas futuras.

CONCLUSÕES

O estudo com 504 participantes revelou alta prevalência de multimorbidade (60,6%) em Santa Cruz-RN, mais comum em mulheres, casados, idosos (≥ 60 anos) e com baixa escolaridade. Apesar de predominar em idosos, sua ocorrência em adultos jovens e de meia-idade exige políticas preventivas em saúde coletiva.

A multimorbidade associou-se significativamente a idade ≥ 60 anos, sexo feminino e estado civil casado, correlacionando-se com incapacidades leves a graves em mobilidade, funções corporais e atividades/participação. Pioneiro no uso do MDS-Brasil no Brasil, o estudo reforça a necessidade de ampliar o conhecimento entre gestores, profissionais e população para capacitação, planejamento e políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ricardo Goes de et al. Multimorbidade e utilização de serviços de saúde no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, ago. 2023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/multimorbid>

[ade-e-utilizacao-de-servicos-de-saude-no-municipio-de-sao-paulo-prevalencia-e-fatores-associados/18872?id=18872](#). Acesso em: 11 maio 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Dados sociodemográficos. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/santa-cruz/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CARVALHO, Januse Nogueira de; RONCALLI, Ângelo Giuseppe; CANCELA, Marianna de Camargo; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS One*, v. 12, n. 4, p. 1–13, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0174322.

COSTA, Ângela K.; et al. Existe desigualdade socioeconômica na multimorbidade entre adultos brasileiros? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, art. 120, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002243.

CHRISTOFOLETTI, Marina et al. Sociodemographic determinants of multimorbidity in Brazilian adults and older adults: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, v. 140, n. 1, p. 115–122, 2022. DOI: 10.1590/1516-3180.2021.0313.R1.20092021.

DELPINO, Felipe Mendes et al. Ocorrência e desigualdades por escolaridade em multimorbidade em adultos brasileiros entre 2013 e 2019: evidências da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, n. 2, p. 1–15, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210013.

FEITOZA, Rauany Barrêto. MDS Brasil: análise das condições de saúde e funcionalidade de mulheres. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pretos ou pardos estão mais escolarizados, mas desigualdade em relação aos brancos permanece. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

LE RESTE, Jean-Yves et al. Exploring the concept of multimorbidity for future research in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 14, n. 2, p. 132–133, 2013. DOI:

10.1016/j.jamda.2012.11.002.

Model Disability Survey (MDS): manual de pesquisa. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017. Licença: CC BY-NC-SA3.0 IGO. Disponível em: Model Disability Survey (MDS) - Survey manual (who.int) Acesso em: 18 de julho de 2024.

NICHOLSON, Kathryn et al. Multimorbidity and comorbidity revisited: refining the concepts for international health research. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 105, p. 142–146, 2019. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2018.09.008.

NUNES, Bruno Pereira et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 1–12, 2018. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000637.

NUNES, José Andriêr da Cunha. Planejamento turístico em Santa Cruz/RN: um olhar nas fragilidades socioeconômicas e na criminalidade municipal. 2022. Monografia – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

PACHE, Basílio et al. Prevalence of measured and self-reported multimorbidity in a representative sample of the Swiss population. *BMC Public Health*, v. 15, 164, 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-1515-x.

PEREIRA, Cristina Camargo et al. Prevalence and factors associated with multimorbidity in adults in Brazil. *Frontiers in Public Health*, v. 11, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1171977.

PUTH, Maria Teresa et al. Prevalence of multimorbidity in Germany. *BMC Public Health*, v. 17, n. 1, 2017. DOI: 10.1186/s12889-017-4833-3.

RYAN, Aine et al. Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 13, n. 1, 2015. DOI: 10.1186/s12955-015-0336-5.

SABARIEGO, Carla et al. Measuring functioning and disability using household surveys. *Archives of Public*

Health, v. 79, n. 1, 2021. DOI: 10.1186/s13690-021-00654-9.

SABARIEGO, Carla et al. Generating comprehensive functioning and disability data worldwide. *Archives of Public Health*, v. 80, n. 1, 2022. DOI: 10.1186/s13690-021-00787-x.

SALISBURY, Chris et al. How should health policy respond to the growing challenge of multimorbidity? Bristol: University of Bristol, 2018.

SAUVER, Jennifer L. St. et al. Risk of developing multimorbidity across all ages. *BMJ Open*, v. 5, n. 2, 2015. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006413.

SCHMIDT, T. P. et al. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 11, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00151319.

SCIENCES Academy of Medical. Multimorbidity: a priority for global health research. London: Academy of Medical Sciences, 2018.

SILVA, Diorlene Oliveira da. Situação de trabalho e multimorbidade na população economicamente ativa brasileira em 2019. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

SILVA, Érika Giovana Carvalho da et al. Tradução e adaptação transcultural do Model Disability Survey (MDS) para o Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004996.

SILVA, Janiele Joaquim da. Perfil de incapacidade da população adulta e idosa de Santa Cruz-RN. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2023.

SILVEIRA, Ana Daniela Silva da et al. Estimativa de multimorbidade em jovens brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 9, p. 2699–2708, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023289.06782022.

SILVA, D. S. M. et al. Influência de padrões de

multimorbidade nas atividades de vida diária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 7, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023287.04502022.

STUCKI, Gerold; BICKENBACH, Jerome. Functioning: the third health indicator. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 53, 2017.

SOUZA, A. C. D.; BARBOSA, I. R.; SOUZA, D. L. B. Prevalência de multimorbidade na população trabalhadora brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 18, n. 3, p. 302–311, 2020. DOI: 10.47626/1679-4435-2020-558.

WHO – World Health Organization. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2013.

WHO – World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO, 2011.

WHO – World Health Organization. Strengthening the collection of data on disability. Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.

WHO – World Health Organization. Brief model disability survey: results. Geneva: WHO, 2021.

WHO – World Health Organization. Model Disability Survey (Brief MDS): implementation guide. Geneva: WHO, 2017.

WHO – World Health Organization. Model Disability Survey: survey manual. Geneva: WHO, 2017.