

DOI: 10.17058/reci.v11i4.16324

Artigo Original

Prevalência de multimorbidade e fatores associados em trabalhadores de uma instituição de ensino superior

Prevalence of multimorbidity and associated factors in workers of a higher education institution

Prevalencia de multimorbilidad y factores asociados en trabajadores de una institución de educación superior

Geiza Rafaela Bobato¹ORCID0000-0001-8466-2180
Midiã Vanessa dos Santos Spekalski¹ORCID0000-0002-9170-1472
Luciane Patrícia Andreani Cabral¹ORCID0000-0001-9424-7431
Clóris Regina Blanski Grden¹ORCID0000-0001-6169-8826
Cristina Berger Fadel¹ORCID0000-0002-7303-5429
Danielle Bordin¹ORCID0000-0001-7861-0384

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR, Brasil.

Submetido: 14/04/2021

Aceito: 19/01/2022

Email: geiza-bobato@hotmail.com

Endereço: Avenida General Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas, Ponta Grossa, Brasil.

RESUMO

Justificativa e Objetivo: a multimorbidade pode gerar incapacidades, quando associada ao trabalho, afetando a redução de participação na força de trabalho, rotatividade de empregos e aposentadoria precoce. Dessa forma, objetivou-se estimar a prevalência e identificar fatores associados à multimorbidade em trabalhadores de uma instituição de ensino superior. **Método:** estudo transversal, quantitativo, realizado com trabalhadores de uma instituição de ensino superior (n=629) na cidade de Ponta Grossa, PR, Brasil. Para coleta de dados, utilizaram-se questionários com instrumentos do Ministério da Saúde. A variável dependente se referiu à presença de multimorbidade, e independentes, às características sociodemográficas, de trabalho, utilização de serviços de saúde, percepção de saúde, presença de sintomas, estilo de vida e hábitos alimentares. Realizou-se Teste do Qui-Quadrado e regressão logística. **Resultados:** a prevalência de multimorbidade foi de 53%, estando associada à idade (OR=2,99), excesso de peso (OR=1,77), dor (OR=4,54), autoavaliação de saúde geral

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

(OR=2,08) e saúde bucal (OR=2,30) ($p<0,05$). Indivíduos com multimorbidade buscam mais o acompanhamento por uma Unidade Básica de Saúde (OR=0,54) e realizam consultas médicas de rotina de forma mais frequente (OR=0,83) ($p<0,05$). **Conclusão:** observou-se alta prevalência de multimorbidade nos trabalhadores avaliados, com associação estatística aos fatores biológicos, de estilo de vida, percepção de saúde e acesso a serviços de saúde. Dessa forma, é possível traçar estratégias visando reestabelecimento de saúde dos trabalhadores, melhorando sua qualidade de vida.

Descritores: *Multimorbidade. Fatores de Risco. Doença Crônica. Qualidade de Vida. Saúde do Trabalhador.*

ABSTRACT

Justification and Objective: multimorbidity can generate disabilities, when associated with work, it affects the reduction of participation in the workforce, job turnover and early retirement. Thus, the objective was to estimate the prevalence and identify factors associated with multimorbidity in higher education institution workers. **Method:** this is a cross-sectional, quantitative study carried out with workers from a higher education institution (n=629) in the city of Ponta Grossa, PR, Brazil. For data collection, questionnaires with instruments from the Ministry of Health were used. The dependent variable referred to the presence of multimorbidity, and the independent variable referred to sociodemographic and work characteristics, use of health services, self-perceived health, presence of symptoms, lifestyle and eating habits. Chi-square test and logistic regression were performed. **Results:** the prevalence of multimorbidity was 53%, and it was associated with age (OR=2.99), overweight (OR=1.77), pain (OR=4.54), self-rated general health (OR=2.08) and self-rated oral health (OR=2.30) ($p<0.05$). Individuals with multimorbidity seek more follow-up by a Basic Health Unit (OR=0.54) and perform routine medical consultations more frequently (OR=0.83) ($p<0.05$). **Conclusion:** a high prevalence of multimorbidity was observed in the assessed workers, with a statistical association with biological factors, lifestyle, self-perceived health and access to health services. In this way, it is possible to outline strategies aimed at reestablishing workers' health, improving their quality of life.

Keywords: *Multimorbidity. Risk Factors. Chronic Disease. Quality of Life. Occupational Health.*

RESUMEN

Justificación y Objetivos: la multimorbilidad puede generar discapacidades, cuando asociada al trabajo, centrándose en la reducción de la participación en la población activa, la rotación laboral y la jubilación anticipada. Así, el objetivo fue estimar la prevalencia y identificar los factores asociados a la multimorbilidad en trabajadores de una institución de Educación Superior. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, realizado con trabajadores de una institución de educación superior (n=629) en la ciudad de Ponta Grossa, PR, Brasil. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios con instrumentos del Ministerio de Salud. La variable dependiente se refirió a la presencia de multimorbilidad, e independiente de las características sociodemográficas, laborales, uso de los servicios de salud, percepción de salud, presencia de síntomas, estilo de vida y hábitos alimentarios. Se realizaron pruebas de chi-cuadrado y regresión logística. **Resultados:** la prevalencia de multimorbilidad fue del 53%, y se asoció con la edad (OR=2,99), sobrepeso (OR=1,77), dolor (OR=4,54), salud general autoevaluada (OR=2,08) y salud bucal (OR= 2,30) (p<0,05). Las personas con multimorbilidad buscan mayor seguimiento por parte de una Unidad Básica de Salud (OR=0,54) y realizan consultas médicas de rutina con mayor frecuencia (OR=0,83) (p<0,05). **Conclusión:** hubo alta prevalencia de multimorbilidad en los trabajadores evaluados, con asociación estadística con factores biológicos, estilo de vida, percepción de salud y acceso a servicios de salud. Así, es posible delinear estrategias encaminadas a restaurar la salud de los trabajadores, mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: *Multimorbilidad. Factores de Riesgo. Enfermedad Crónica. Calidad de Vida. Salud Laboral.*

INTRODUÇÃO

A multimorbidade é uma temática muito discutida atualmente. Com conceitos variados, pode ser entendida como a ocorrência simultânea de problemas de saúde¹ ou como resultado do acometimento de duas ou mais doenças crônicas.^{2,3} Em estudo transversal realizado no Brasil, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, observou-se que 24,2% dos brasileiros apresentavam multimorbidade.⁴ Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa transversal realizada em países da América Latina e Caribe, considerando a multimorbidade autorreferida, no qual 16,8% dos brasileiros, 25,1% dos jamaicanos e 14,4% dos mexicanos se autorreferiram como multimórbidos.² Ainda, em investigação conduzida na Nova Zelândia, foi possível observar uma incidência de multimorbidade de 68,5 por 1.000 pessoas-ano,³ o que demonstra a importância de se discutir sobre o tema.

Ressalta-se que a presença de um problema de saúde é considerada uma constante preocupação no setor de saúde primário. A associação de doenças é configurada como um problema ainda maior, pois pode gerar diversas incapacidades e desenvolver várias limitações ao indivíduo,⁵ com perda da autonomia e qualidade de vida.

A multimorbidade pode aumentar o risco de hospitalizações, mortes prematuras, perda de funcionamento físico e depressão.⁶ Além disso, essa condição aumenta o consumo de medicamentos, bem como a utilização e gastos relacionados aos serviços de saúde.⁷ Deste modo, considerando sua gravidade e o impacto relacionado à qualidade de vida, a multimorbidade é um desafio para a saúde pública.

Quando relacionadas ao ambiente de trabalho, as doenças crônicas e, por consequência, a multimorbidade, podem afetar a participação na força de trabalho, favorecendo a rotatividade de empregos e aposentadorias precoces, acarretando em comprometimento dos ganhos, salários e posições ocupadas,⁸ contribuindo para o aumento das iniquidades sociais existentes e da pobreza.

Destaca-se que as condições de trabalho podem gerar fatores de risco para o desenvolvimento de doença crônica. A falta de tempo para alimentação adequada e a prática de atividade física regular, além de outros fatores relacionados aos ambientes de trabalho, somadas ao nível de estresse produzido, são fatores determinantes para ocorrência de doenças em trabalhadores.⁹ Assim, é necessário conhecer a condição de vida e de trabalho dos trabalhadores, pois a saúde no ambiente laboral afeta diretamente o seu desempenho.

Ademais, ressalta-se a necessidade de políticas públicas institucionais de gestão dos fatores de risco para as DCNT nos espaços laborais, considerados importantes para promoção à saúde integral dos trabalhadores, incluindo a realização de exames médicos ocupacionais de forma periódica, rastreando fatores de risco e estratégias diretas promotoras de saúde.

Frente ao exposto, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e identificar fatores associados à multimorbidade em trabalhadores de uma instituição de ensino superior.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, exploratório descritivo, proveniente dos dados de um projeto de extensão intitulado “Pró-Servidor”, o qual atende em equipe multiprofissional de saúde os trabalhadores de uma instituição pública de ensino superior brasileira em Ponta Grossa, PR (n=830).

A população-alvo foi composta por trabalhadores que ocupam os cargos de agentes universitários em caráter temporário e efetivo (n=629). Os agentes universitários são responsáveis por planejar, organizar e executar tarefas necessárias ao ensino superior.

Adentram-se ao *hall* de agentes universitários da instituição sob investigação as funções de auxiliar de serviços gerais, agentes de segurança e operacional, motoristas, técnico de laboratório, bibliotecário, designer, cinegrafista, diagramador, programador, jornalista, engenheiro civil, administradores, contadores, advogados, agropecuário e seus secretários, técnicos e auxiliares. Consideram-se, ainda, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, cirurgião dentista e respectivos técnicos e auxiliares como profissionais da área da saúde.

Participaram do estudo os trabalhadores que exerciam a função de agente universitário, nos níveis médio, técnico e superior, temporário ou efetivo, concursados ou celetista, estando ativo na função exercida. Os trabalhadores recém-contratados, indivíduos que estavam em licença médica ou em férias, que estavam afastados devido a cursos de capacitação (especialização, mestrado ou doutorado) ou se encontravam fora da cidade e não quiseram participar do estudo foram excluídos.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2018. A variável dependente se referiu à presença ou ausência de multimorbidade. Esta variável foi criada a partir da análise das respostas de diagnósticos médicos autorrelatados da presença de doenças crônicas. Essas informações foram obtidas a partir do questionamento das DCNTs mais prevalentes, como hipercolesterolemia, hipertensão, depressão, diabetes, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, doença cardíaca, nefropatia, câncer, insuficiência renal e retinopatia, com padrões de resposta sim e não, considerando-se a questão “apresenta outra(s) DCNT(s), qual(is)?”. Compuseram o grupo com multimorbidade os indivíduos que apresentaram a co-ocorrência de duas ou mais condições crônicas, enquanto que, para o grupo sem multimorbidade, considerou-se presença de apenas uma ou nenhuma doença crônica. Como variáveis independentes, foram consideradas as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos, cor, escolaridade e renda), de trabalho (vínculo trabalhista, regime de trabalho e esforço físico intenso), utilização de serviços de saúde (ser acompanhado por alguma Unidade Básica de Saúde e data da última consulta médica de rotina), percepção de saúde (autoavaliação de saúde geral e autoavaliação de saúde bucal), presença de sintomas (presença de dor, quando sobre uma ladeira sente desconforto no peito), estilo de vida (passa muito tempo sentado, realiza atividade física, frequência de consumo de bebidas alcoólicas, fuma, histórico de excesso de peso e desnutrição) e hábitos alimentares (consumo de verduras e/ou frutas, carne vermelha, carne branca, gordura, frituras e alimentos embutidos, refrigerantes, carboidratos e doces).

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário contendo características sociodemográficas e laborais, estilo de vida, hábitos alimentares, histórico de doenças crônicas e sequelas, utilização de serviços de atenção à saúde e assistência social, teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e autopercepção em saúde, compilados de instrumentos validados e utilizados pelo Ministério da Saúde para diagnóstico situacional de saúde dos brasileiros.¹⁰ Ainda, realizaram-se avaliações específicas das áreas de enfermagem, fisioterapia, odontologia e farmácia, não consideradas no presente estudo.

A coleta de dados contou com equipe multiprofissional composta por fisioterapeutas, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais, ocorrendo de forma sistematizada, por meio de cinco estações de saúde conduzidas por profissionais que realizavam investigações referentes a sua área de formação.

Os dados coletados foram tabulados no *software Microsoft Excel 2013*[®]. Os resultados obtidos foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, foi realizado, inicialmente, o Teste do Qui-Quadrado. Na sequência, foi feita uma análise de regressão logística pelo método de entrada *Stepwise*, com base no valor de verossimilhança, e para estimar a magnitude do efeito de cada variável calculando-se o *Odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo, permanecendo no modelo os que atingiram $p \leq 0,05$ e/ou se ajustaram ao modelo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos de uma instituição de ensino superior (99995518.4.0000.0105), sob Parecer 3.056.856/2018, respeitando os ditames da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 629 trabalhadores, sendo possível constatar que 53% dos avaliados possuíam multimorbidade, segundo as informações autorreferidas de saúde. Em relação ao perfil da amostra, verificou-se predomínio de mulheres, com idades maior que 40 anos, casados ou em união estável, com 2 filhos. A maioria era de cor branca, cursou ensino superior ou pós-graduação, com renda superior a R\$3.000,00, concursados e trabalhando em regime de 40 horas semanais (Tabela 01).

As características sociodemográficas que apresentaram associação à multimorbidade foram sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, renda e vínculo trabalhista ($p < 0,05$) (Tabela 01).

Tabela 01 - Perfil sociodemográfico e de trabalho de servidores de uma instituição de ensino superior, segundo multimorbidade. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2018 (n=629)

Variáveis	Multimorbidade			p-valor
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)	
<i>Presença de multimorbidade</i>	334 (53,1)	295 (46,9)	629 (100)	
<i>Sexo</i>				
Feminino	200 (59,9)	132 (44,7)	332 (52,8)	p<0,001
Masculino	134 (40,1)	163 (55,3)	297(47,2)	
<i>Idade</i>				
18-30	12 (3,6)	50 (16,9)	62 (9,9)	p<0,001
31-40	31 (9,3)	64 (21,7)	95 (15,1)	
41-50	99 (29,6)	79 (26,8)	178(28,3)	
51-60	150 (44,9)	83 (28,1)	233(37,0)	
Maior de 60	42 (12,6)	19 (6,4)	61(9,7)	
<i>Estado civil</i>				
Solteiro	55 (16,5)	92 (31,2)	147(23,4)	p<0,001
Casado ou em união estável	205 (61,4)	171 (58,0)	376(59,8)	
Divorciado	56 (16,8)	24 (8,1)	80(12,7)	
Viúvo	18 (5,4)	8 (2,7)	26(4,1)	
<i>Número de filhos</i>				
1	79 (23,7)	128 (43,4)	207 (32,9)	p<0,001
2	157(47,0)	120 (40,7)	277 (44,0)	
3 ou mais	98 (29,3)	47 (15,9)	145 (23,1)	
<i>Cor</i>				
Branca	266 (79,6)	244 (82,7)	510(81,1)	0,326
Outra	68 (20,4)	51 (17,3)	119 (18,9)	
<i>Escolaridade</i>				
Pós-graduação	99 (29,6)	104 (35,3)	203 (32,3)	0,002
Superior	63 (18,9)	82 (27,8)	145 (23,1)	
Médio	146 (43,7)	95 (32,2)	241 (38,3)	
Fundamental	26 (7,8)	14 (4,7)	40 (6,4)	
<i>Renda</i>				
Até 2.000	42 (12,5)	65 (22)	107(17,1)	0,010
2.001-3.000	49 (14,7)	45 (15,3)	94(14,9)	
3.001-4.000	78 (23,4)	62 (21)	140(22,3)	
4.001-5.000	84 (25,1)	50 (16,9)	134(21,3)	
5.001-7.000	44 (13,2)	33 (11,2)	77(12,2)	
Mais de 7.001	34 (10,2)	38 (12,9)	72(11,4)	
Não respondeu	3 (0,9)	2 (0,7)	5(0,8)	
<i>Vínculo trabalhista</i>				
Concursado	294 (88,0)	217 (73,6)	511(81,2)	p<0,001
Celetista	40 (12,0)	78 (26,4)	118(18,8)	
<i>Regime de trabalho</i>				
20 horas	9 (2,7)	10 (3,4)	19(3,0)	0,611
40 horas	325 (97,3)	285 (96,6)	610(97,0)	

Teste estatístico: Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

A maioria dos trabalhadores não teve acompanhamento de saúde por parte de nenhuma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), mas realizou consulta médica de rotina há menos de 6 meses e autoavaliou sua saúde geral e bucal como boa.

A presença de dor autorreferida foi relatada por grande parte dos trabalhadores, porém a maioria não relatou sentir dor no peito ao subir uma ladeira. Grande parte dos agentes universitários passava um período grande de tempo sentado, não realizava atividade física e não fazia esforço físico intenso no trabalho. Houve prevalência de indivíduos que não fumavam e não consumiam bebidas alcoólicas (Tabela 02).

Ser acompanhado por uma UBS, data da última consulta médica de rotina, autoavaliação de saúde geral e bucal, presença de dor, sentir desconforto no peito ao subir uma ladeira, realizar atividade física, além de fumar e consumir bebidas alcoólicas foram características que apresentaram associação à multimorbidade ($p < 0,05$) (Tabela 02).

Tabela 02. Utilização de serviços de saúde, percepção de saúde e estilo de vida de servidores de uma Instituição de Ensino Superior, segundo multimorbidade. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2018 (n=629)

Variáveis	Multimorbidade		Total n(%)	p-valor
	Sim n(%)	Não n(%)		
<i>É acompanhado por alguma UBS*</i>				
Não	271 (81,1)	260 (88,1)	531 (84,4)	0,016
Sim	63 (18,9)	35 (11,9)	98 (15,6)	
<i>Data da última consulta médica de rotina</i>				
Há menos de 6 meses	204 (61,1)	142 (48,1)	346 (55)	p<0,001
Entre 6 meses e 1 ano	72 (21,6)	55 (18,6)	127 (20,2)	
Entre 1 e 2 anos	29 (8,7)	47 (15,9)	76 (12,1)	
Há mais que 2 anos	29 (8,7)	51 (17,3)	80 (12,7)	
<i>Autoavaliação de saúde geral</i>				
Ruim	18 (5,4)	4 (1,4)	22 (3,5)	p<0,001
Regular	122 (36,5)	46 (15,6)	168 (26,7)	
Boa	194 (58,1)	245 (83,1)	439 (69,8)	
<i>Autoavaliação de saúde bucal</i>				
Ruim	51 (15,3)	19 (6,4)	70 (11,1)	0,001
Regular	126 (37,7)	104 (35,3)	230 (36,6)	
Boa	157 (47,0)	172 (58,3)	329 (52,3)	
<i>Presença de dor</i>				
Não	76 (22,8)	177 (60)	253 (40,2)	p<0,001
Sim	258 (77,2)	118 (40)	376 (59,8)	
<i>Quando sobe uma ladeira sente desconforto no peito</i>				
Não	248 (74,3)	269 (91,2)	517 (82,2)	p<0,001
Sim	86 (25,7)	26 (8,8)	112 (17,8)	
<i>Passa muito tempo sentado</i>				
Não	150 (44,9)	141 (47,8)	291 (46,3)	0,469
Sim	184 (55,1)	154 (52,2)	338 (53,7)	
<i>Realiza atividade física</i>				
Não	202 (60,5)	144 (48,8)	346 (55,0)	0,003
Sim	132 (39,5)	151 (51,2)	283 (45,0)	
<i>Faz esforço físico intenso no trabalho</i>				
Não	251 (75,1)	231 (78,3)	482 (76,6)	0,351

Sim	83 (24,9)	64 (21,7)	147 (23,4)	
<i>Frequência do consumo de bebidas alcoólicas</i>				
Nunca	204 (61,1)	150 (50,8)	354 (56,3)	0,041
Mensalmente ou menos	35 (10,5)	30 (10,2)	65 (10,3)	
Até 04 vezes por mês	65 (19,5)	76 (25,8)	141 (22,4)	
02 vezes ou mais por semana	30 (9,0)	39 (13,2)	69 (11,0)	
<i>Fuma</i>				
Não	276 (82,6)	262 (88,8)	538 (85,5)	0,028
Sim	58 (17,4)	33 (11,2)	91 (14,5)	

Teste estatístico: Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

*UBS – Unidade Básica de Saúde.

Com relação ao estado nutricional e peso corporal, observou-se que a maioria dos trabalhadores não apresentava histórico de desnutrição ou excesso de peso, porém grande parte se encontrava com sobrepeso. Quanto aos hábitos alimentares, percebeu-se que a maioria dos servidores ingeria diariamente frutas, verduras e carboidratos, porém não consumia regularmente carne vermelha e carne branca, gordura, frituras e alimentos embutidos, refrigerantes e doces. Dessas variáveis, apenas histórico de excesso de peso e desnutrição foram características que apresentaram associação à multimorbidade ($p < 0,05$) (Tabela 03).

Tabela 03 - Estado nutricional e hábitos alimentares de servidores de uma instituição de ensino superior, segundo multimorbidade. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2018 (n=629)

Variáveis	Multimorbidade			p-valor
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)	
<i>Histórico de desnutrição</i>				
Não	317 (94,9)	290 (98,3)	607 (96,5)	0,021
Sim	17 (5,1)	5 (1,7)	22 (3,5)	
<i>Histórico de excesso de peso</i>				
Não	188 (56,3)	206 (69,8)	394 (62,6)	$p < 0,001$
Sim	146 (43,7)	89 (30,2)	235 (37,4)	
<i>Verduras e/ou frutas</i>				
Diariamente	252 (75,4)	219 (74,2)	471 (74,9)	0,727
Não todo dia	82 (24,6)	76 (25,8)	158 (25,1)	
<i>Carne vermelha</i>				
Diariamente	77 (23,1)	75 (25,4)	152 (24,2)	0,488
Não todo dia	257 (76,9)	220 (74,6)	477 (75,8)	
<i>Carne branca</i>				
Diariamente	41 (12,3)	36 (12,2)	77 (12,2)	0,978
Não todo dia	293 (87,7)	259 (87,8)	552 (87,8)	
<i>Gordura, frituras e alimentos embutidos</i>				
Diariamente	18 (5,4)	16 (5,4)	34 (5,4)	0,985
Não todo dia	316 (94,6)	279 (94,6)	595 (94,6)	
<i>Refrigerantes</i>				
Diariamente	35 (10,5)	32 (10,8)	67 (10,7)	0,881
Não todo dia	299 (89,5)	263 (89,2)	562 (89,3)	
<i>Carboidratos</i>				
Diariamente	262 (78,4)	243 (82,4)	505 (80,3)	0,216
Não todo dia	72 (21,6)	52 (17,6)	124 (19,7)	
<i>Doces</i>				
Diariamente	90 (26,9)	90 (30,5)	180 (28,6)	0,324

Não todo dia	244 (73,1)	205 (69,5)	449 (71,4)
--------------	------------	------------	------------

Teste estatístico: Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

A análise multivariada demonstrou que, quanto maior a idade do trabalhador, maiores são as chances de apresentar multimorbidade, uma vez que trabalhadores com idade superior a 60 anos possuíam 5,91 mais chances de dispor de tal condição ($p < 0,05$). O mesmo ocorreu com excesso de peso e presença de dor, aumentando em 1,77 e 4,54, respectivamente, as chances de dispor de multimorbidade ($p < 0,05$). A autoavaliação em saúde geral e bucal também aumentou a chance de apresentar multimorbidade, sendo que trabalhadores que autoavaliaram sua saúde como regular apresentam, respectivamente, 2,08 e 2,30 mais chances de desenvolver multimorbidade ($p < 0,05$). Indivíduos com multimorbidade buscam mais o acompanhamento por uma UBS (OR=0,54) e realizam consultas médicas de rotina de forma mais frequente (OR=0,83) ($p < 0,05$) (Tabela 04).

Tabela 04 - Análise múltipla ajustada da associação entre multimorbidade e as variáveis independentes. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2018 (n=629)

Variável	Multimorbidade	
	OR ajustada (IC 95%)	p-valor
<i>Idade</i>		
18-30	1,00	$p < 0,001$
31-40	1,29 (0,56-2,98)	0,546
41-50	2,99 (1,40-6,40)	0,005
51-60	4,80 (2,27-10,15)	$p < 0,001$
Maior de 60	5,91 (2,36-14,84)	$p < 0,001$
<i>Excesso de peso</i>		
Não	1,00	$p < 0,001$
Sim	1,77 (1,20-2,60)	
<i>Dor</i>		
Não	1,00	$p < 0,001$
Sim	4,54 (3,06-6,72)	
<i>Autoavaliação de saúde geral</i>		
Positiva	1,00	0,004
Negativa	1,73 (0,52-1,34)	0,375
Regular	2,08 (1,34-3,23)	0,001
<i>Autoavaliação de saúde bucal</i>		
Positiva	1,00	0,048
Negativa	1,12 (0,75-1,68)	0,580
Regular	2,30 (1,19-4,46)	0,014
<i>Frequência de consulta médica</i>		
Há menos de 6 meses	1,00	0,016
Entre 6 meses e 1 ano	0,83 (0,51-1,34)	0,444
Entre 1 e 2 anos	0,54 (0,30-0,98)	0,043
Há mais que 2 anos	0,43 (0,24-0,77)	0,005
<i>É acompanhado por alguma UBS*</i>		
Sim	1,00	0,025
Não	0,54 (0,32-0,92)	

Teste estatístico: Regressão logística com intervalo de confiança de 95%.

*UBS – Unidade Básica de Saúde.

DISCUSSÃO

A prevalência de multimorbidade encontrada entre os agentes universitários da instituição (53%) foi semelhante ao encontrado no estudo transversal realizado com funcionários técnico-administrativos de uma faculdade do Rio de Janeiro, onde 51,1% das mulheres e 34,7% dos homens apresentavam multimorbidade.¹¹ Ainda, em pesquisas censitárias transversais realizadas com trabalhadores de uma rede municipal de saúde e feirantes, constou-se que 42,3%¹² e 48,5%,¹³ respectivamente, eram multimórbidos.

Sabe-se que as condições laborais e os processos de trabalho em que os indivíduos estão inseridos podem impactar em sua saúde.¹³ Em relação ao trabalho desenvolvido pela maioria pelos sujeitos do presente estudo, apesar de não ser considerado como variável de análise, conforme estudos prévios com profissionais de instituições de ensino superior, pode-se inferir que são considerados trabalhos passivos,¹⁴ definido por apresentar baixo controle e baixa demanda psicológica.¹⁵

Estudo desenvolvido com público análogo em instituição de ensino federal encontrou que 34,6% dos servidores se enquadraram em trabalho passivo, e os autores sugerem que este tipo de atividade laboral tem potencial de gerar perda de habilidades e interesse no trabalho.¹⁵ Como consequência, pode levar o trabalhador a se tornar passivo a outros aspectos atinentes aos seus hábitos e estilo de vida,¹⁴ inferindo riscos à condição de vida.

Ainda, vale-se destacar que, dentre as dezenas de cargos existentes na instituição de ensino superior para os agentes universitários, nos diversos grau de qualificação, grande parte exerce funções em postos de trabalho sedentários, ou seja, com baixa carga física, realizados predominantemente na posição sentada, com pouca alternância de postura e desempenho funcional de movimentos repetitivos de membros superiores.¹⁶ O sedentarismo laboral é um dos fatores de risco para doenças crônicas que pode explicar a prevalência encontrada de multimorbidade no presente estudo.¹⁶

Somados a este contexto, os servidores públicos estão expostos em seu ambiente de trabalho a diversos fatores estressores, que podem favorecer ao desencadeamento de agravos em saúde, como intensa carga de serviços, recursos humanos em número insuficiente, precarização das estruturas físicas e de gestão pública, mudanças políticas de governo que alteram as rotinas e processos de trabalho, entre outros.¹⁵

Ademais, a multimorbidade torna os indivíduos mais susceptíveis a doenças e eventos agudos à saúde¹⁷, implicando diretamente a sua prática e eficiência no trabalho. Dessa forma, é eminente a necessidade da execução de ações em saúde voltadas para esse grupo, além da realização de mais estudos que abordem este assunto.

No que se refere às características sociodemográficas, de estilo de vida e dados de saúde, constatou-se que a idade, excesso de peso, dor, avaliação de saúde geral, avaliação de saúde bucal, frequência de consulta médica e ser acompanhado por uma UBS foram fatores que acresceram as chances dos trabalhadores disporem de multimorbidade.

No presente estudo, o avançar da idade pode aumentar significativamente as chances da presença multimorbidade, coincidindo com a literatura nacional e internacional.^{1,3,13} Deve-se ressaltar que a transição entre a faixa etária adulta para a idosa representa a fase mais crítica para a ocorrência simultânea de doenças crônicas.¹⁸ Conforme observado nos achados do presente estudo, há incrementos significativos na razão de chances de o indivíduo apresentar multimorbidade a partir dos 40 anos de idade. Isso pode ser explicado pela exposição aos eventos estressores sofridos pelos indivíduos ao longo da vida, de forma cumulativa, comprometendo o equilíbrio fisiológico e facilitando o aparecimento das doenças crônicas,⁶ condições frequentes nos idosos.¹

Outro fator que se mostrou associado à multimorbidade foi o excesso de peso. Em estudo realizado com dados da PNS 2013, constatou-se que mais da metade dos brasileiros possuía excesso de peso.¹⁹ O sedentarismo associado com uma dieta inadequada pode resultar em excesso de peso e, até mesmo, obesidade, desencadeando uma série de complicações à saúde, especialmente a predisposição ou agravamento de várias doenças crônicas, justificando a associação encontrada.

Enfatiza-se que os hábitos alimentares e o estilo de vida não permaneceram associados à multimorbidade no modelo final do presente estudo, ao contrário do encontrado na literatura, em que a presença de uma dieta inadequada e inatividade física foram consideradas fatores de risco para muitas doenças crônicas.⁹ No entanto, o excesso de peso, uma consequência dos hábitos inadequados, mostrou-se associado à multimorbidade. Ressalta-se, assim, a necessidade de uma alimentação adequada associada com práticas de atividade física, visto que trará benefícios, não somente ligado à perda de peso, mas também a uma melhora na condição de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, reduzindo as chances de apresentar multimorbidade.

A eficácia da atividade física vai além da redução de peso. Em estudo transversal realizado com usuários da Atenção Primária à Saúde, foi possível constatar que o exercício físico contribuiu como fator de proteção para o surgimento de dor crônica.²⁰ Dessa forma, é possível explicar a associação encontrada entre a variável dor e a presença de multimorbidade.

A dor contribuiu significativamente para aumentar as chances dos trabalhadores disporem de multimorbidade, sendo essa uma das principais queixas de pessoas com doenças

crônicas.²¹ Ela está relacionada aos sintomas de ansiedade e depressão, afetando a qualidade de vida, adesão ao tratamento de possíveis doenças e autocuidado da população.²² Além disso, quando persistente, a dor pode exacerbar sintomas e piorar a qualidade do sono,²³ reduzir a produtividade e agravar indicadores emocionais dos trabalhadores. Dessa forma, indivíduos que apresentam dor e multimorbidade têm sua qualidade de vida diminuída, além da saúde mais prejudicada. Assim, são necessárias ações visando à redução da dor nos agentes universitários, visto que contribuirá na melhora de sua saúde e, conseqüentemente, no processo de trabalho.

Segundo revisão de literatura, a intervenção ergonômica sobre o posto de trabalho sedentário, principal cenário de atuação dos agentes investigados na presente pesquisa, com o fomento de estratégias de alternância de postura entre a posição sentada e a em pé, foi capaz de reduzir queixas, como dor e cansaço, melhorar o humor, potencializar práticas de atividade física e reduzir riscos para doenças crônicas.¹⁶

As variáveis frequência de consulta médica e ser acompanhado por alguma UBS revelaram ser mais frequente junto aos trabalhadores com multimorbidade, coincidindo com a literatura, que demonstra o aumento na chance de multimórbidos utilizarem serviço de saúde.¹³ Além disso, foi possível observar em investigação transversal que 43,3% dos entrevistados que apresentavam multimorbidade referiram ter comparecido em consultas em período inferior a um ano,⁹ demonstrando que a utilização de serviços de saúde é recorrente em indivíduos que apresentam alguma doença.

No presente estudo, a presença de multimorbidade também impactou a autopercepção de saúde dos trabalhadores tanto no contexto geral²⁴ quanto no bucal.²⁵ Esses achados reforçam a importância de utilizar esses parâmetros, de simples mensuração, como estratégia de monitoramento e estratificação de risco no que tange à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar cuidados adequados e em tempo oportuno.

Frente ao exposto, vale destacar que é eminente a necessidade de abordagem preventiva em nível populacional e individual, com o objetivo de estimular mudanças de comportamentos não saudáveis e promoção de bons hábitos.⁸ A exemplo, o incentivo, no próprio ambiente de trabalho, a práticas de atividade física, alimentação saudável e diminuição do consumo de tabaco é excelente medida para redução dos fatores de risco das condições citadas anteriormente.⁸

Ainda, os profissionais da saúde, responsáveis pela gestão do cuidado em saúde, devem ter um olhar cauteloso em relação ao perfil aqui elucidado de fatores de risco para multimorbidade. Ressalta-se, também, que as universidades dispõem de estrutura e condições para implementarem ações de saúde para seus trabalhadores, despendendo de baixo custo e

aproveitando da comunidade acadêmica para tal realização. Dessa forma, podem desenvolver estratégias de monitoramento sistemático e contínuo desses indivíduos, com vistas à prevenção de intercorrências, devido à descompensação da multimorbidade e manutenção da saúde, para garantia da qualidade de vida.

Caracterizam-se limitações do estudo a não participação de indivíduos em licença médica e as respostas analisadas que se tratam de autorrelatos de diagnósticos prévios, podendo mascarar prevalência de multimorbidade atual. Ainda, trata-se de estudo transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Porém, os achados demonstrados aqui são de extrema relevância, para o aprofundamento do conhecimento acerca da temática e respondem ao escopo do estudo.

Como conclusão, observou-se a alta prevalência de multimorbidade em trabalhadores de uma instituição pública de ensino superior. Fatores, como idade avançada, excesso de peso, presença de dor, avaliação negativa de saúde geral e saúde bucal, maior frequência de consulta médica e ser acompanhado por uma UBS, aumentaram as chances significativamente de os agentes universitários possuírem multimorbidade.

Os achados demonstrados neste estudo oportunizarão aos gestores universitários utilizarem estratégias voltadas ao reestabelecimento de saúde dos trabalhadores, como ações visando a melhoria da ergonomia no ambiente laboral, organização de grupos para realização de atividades físicas, consultas médicas rotineiras, além de abordagem multiprofissional, objetivando uma melhora da qualidade de vida e, conseqüentemente, uma melhor disposição ao processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, et al. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2018;52(Supl 2):10s. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>
2. Macinko J, Andrade FCD, Nunes BP, et al. Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019>
3. Aminisani N, Stephens C, Allen J, et al. Socio-demographic and lifestyle factors associated with multimorbidity in New Zealand. *Epidemiol Health*. 2020;42(e2020001):7. <https://dx.doi.org/10.4178%2Fepih.e2020001>
4. Rzewuska M, Azevedo-Marques JM, Coxon D, et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). Abe T, editor. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171813>
5. Bernardes GM, Mambrini JVM, Lima-Costa MF, et al. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1853–64. <https://doi.org/10.1590/1413->

- [81232018245.17192017](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149)
6. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>
 7. Carvalho JN, Roncalli ÂG, Cancela MC, et al. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. Icks A, editor. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174322>
 8. Hyeda A, Costa ÉSM, Sbardellotto F, et al. A aplicação da arquitetura de informação na gestão dos riscos das doenças crônicas em trabalhadores: uma análise preliminar. *Rev Bras Med do Trab*. 2015;14(1):29–36. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n1a04.pdf>
 9. Costa MAR, Derin VN, Palemira DS, et al. Health-Risk behaviors for chronic diseases in workers. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(4):889–96. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a229432p889-896-2018>
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2014. <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
 11. Souza ASS, Faerstein E, Werneck GL. Multimorbidity and use of health services by Individuals with restrictions on habitual activities: The Pró-Saúde Study. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155118>
 12. Barbosa REC, Fonseca GC, Azevedo DSS, et al. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa de saúde entre trabalhadores da rede municipal de saúde de Diamantina, Minas Gerais *. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2020;29(2):e2019358. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200013>
 13. Magalhães VDSM, Mota AAF, Silva PL, et al. Multimorbidade em trabalhadores açougueiros feirantes. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2019;9(e3238). <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3238>
 14. Moura DCA, Greco RM, Paschoalin HC, Portela LF, Arreguy-Sena C, Chaoubah A. Demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(2):481–90. <http://www.scielo.br/j/csc/a/Pg3w69RD7nH4ZwLsLnxcCmd/?lang=pt>
 15. Sampaio Junior MF de S, Silva VMF, Morais HA. Estresse ocupacional dos servidores técnico-administrativos em educação de uma instituição de ensino federal dos vales do jequitinhonha e mucuri utilizando o modelo demanda-controle. *RECIMA21 - Rev Científica Multidiscip*. 2021;2(5):e25303. <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/303>
 16. Hyeda A, Costa ÉSM. A relação entre a ergonomia e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. *Rev Bras Med do Trab*. 2017;15(2):173–81. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v15n2a08.pdf>
 17. World Health Organization - WHO. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. 2016. 28 p. <http://apps.who.int/bookorders>
 18. Christofoletti M, Del Duca GF, Gerage AM, et al. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(1):e2018487. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100006>
 19. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190024. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>

20. Souza DFS, Häfele V, Siqueira FV. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. Rev Bras Atividade Física Saúde. 2019;24(e0085):1–10. <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0085>
21. Melo ACF, Nakatani AYZ, Pereira LV, et al. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. Cad Saúde Coletiva. 2017;25(2):138–43. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010274>
22. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, et al. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>
23. Alves ES, Oliveira NA, Terassi M, et al. Pain and Sleeping problems in the elderly. Brazilian Journal of Pain. 2019;2(3):217-24. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190039>
24. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. Cien Saude Colet. 2016;21(11):3367–75. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>
25. Sousa JL, Henriques A, Silva ZP, et al. Socioeconomic position and self-rated oral health in Brazil: Results of the brazilian national health survey. Cad Saude Publica. 2019;35(6):e00099518. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00099518>

Contribuições dos autores:

Danielle Bordin e Luciane Patrícia Andreani Cabral - Concepção do estudo

Geiza Rafaela Bobato e Midiã Vanessa dos Santos Spekalski - Coleta de dados

Geiza Rafaela Bobato e Danielle Bordin -Análise e interpretação dos dados

Geiza Rafaela Bobato e Midiã Vanessa dos Santos Spekalski - Discussão dos resultados

Luciane Patrícia Andreani Cabral, Clóris Regina Blanski Grden e Cristina Berger Fadel

- Redação e/ou revisão crítica do conteúdo

Danielle Bordin - Revisão e aprovação final da versão final

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.