

ARTIGO ORIGINAL

Multimorbidade: fatores associados e uso de serviço de emergência, na cidade de Vitória, Brasil

Multimorbidity: associated factors and use of emergency services, in the city of Vitória, Brazil

Camila Rocha Ataíde Quaresma^a, Ana Paula Santana Coelho Almeida^b, Leonardo Ferreira Fontenelle^c, Welington Serra Lazarini^d, Thiago Dias Sarti^e



^a Núcleo de Estudos em Atenção Primária à Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil;

^b Núcleo de Estudos em Atenção Primária à Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil;

^c Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil;

^d Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil;

^e Núcleo de Estudos em Atenção Primária à Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil;

Autor correspondente
tdsarti@gmail.com

Manuscrito recebido: maio 2025
Manuscrito aceito: julho 2025
Versão online: agosto 2025

ORCID authors:

^a ORCID: 0000-0002-0928-1940;
^b ORCID: 0000-0001-5808-5818;
^c ORCID: 0000-0003-4064-433X;
^d ORCID: 0000-0003-2798-7223;
^e ORCID: 0000-0002-1545-6276;

Resumo

Introdução: a maior parte dos estudos sobre prevalência de multimorbidade é realizada em contextos comunitários ou na atenção primária de países de alta renda. Há escassez de pesquisas em serviços de emergência, especialmente em países de baixa e média renda.

Objetivo: analisar a multimorbidade em usuários atendidos em uma unidade de pronto-atendimento do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil, no ano de 2019.

Método: estudo transversal com 1.177 adultos (≥ 18 anos) atendidos em um pronto-atendimento em Vitória-ES, selecionados aleatoriamente em 30 dias de 2019. Foram aplicados questionários estruturados. As análises incluíram estatística descritiva, bivariada e regressão de Poisson.

Resultado: encontrou-se elevada prevalência de multimorbidade (45,5% com ≥ 2 condições crônicas), sendo significativamente associada com sexo (RP em homens = 0,6; IC95%: 0,5–0,7, $p < 0,001$), faixa etária (RP em maiores de 60 anos = 2,4; IC95%: 1,9–3,0, $p < 0,001$) e autoavaliação negativa de saúde (RP em bom/ótimo = 0,7; IC95%: 0,6–0,8, $p < 0,001$). Identificou-se alta utilização de serviços de emergência entre os participantes (mais de 80% utilizaram PA no último ano). Mais de 80% dos participantes usaram o serviço de emergência no último ano. A multimorbidade mostrou-se associada tanto ao uso (RP = 1,3; IC95%: 1,1–1,5; $p = 0,007$) quanto ao uso frequente (≥ 5 vezes ao ano) do serviço (RP = 1,5; IC95%: 1,2–1,8; $p < 0,001$) no último ano.

Conclusão: dentre usuários de serviços de emergência, são altas as prevalências de multimorbidade e uso prévio deste tipo de serviço. Tais achados reforçam a ideia de que carga de doença é fator fundamental para se compreender a forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde.

Palavras-chave: multimorbidade, serviços médicos de emergência, acessibilidade aos serviços de saúde, serviços públicos de saúde, estudos transversais.

Suggested citation: Quaresma CRA, Almeida APSC, Fontenelle LF, Lazarini WS, Sarti TD. Multimorbidity: associated factors and use of emergency services, in the city of Vitória, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(2):333-345. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17362>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

A multimorbidade é um grave problema de saúde pública. Mesmo com todos os esforços empreendidos nas últimas décadas, a prevalência de multimorbidade está aumentando globalmente. As estimativas de prevalência de multimorbidade variam muito a depender das opções metodológicas feitas pelos pesquisadores. Mais frequentemente, os estudos de prevalência de multimorbidade foram realizados em cenário comunitário ou na atenção primária de países de alta renda. São escassos os estudos feitos em serviços de emergência, em especial em países de baixa e média renda, sendo que estes são importantes para orientar a melhoria dos cuidados ofertados.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Os pesquisadores conduziram um estudo de corte transversal em um serviço de pronto-atendimento (PA) do município de Vitória-ES com indivíduos de 18 anos ou mais que utilizaram o serviço no período de 30 dias. Um total de 1.177 pessoas foram entrevistadas com o auxílio de um questionário estruturado e padronizado. Análises estatísticas descritivas, bivariadas e regressão de Poisson foram utilizadas. Encontrou-se elevada prevalência de multimorbidade (45,5% com ≥ 2 condições crônicas), sendo significativamente associada, após análise multivariada, com sexo (maior em mulheres), faixa etária (aumento com a idade) e autoavaliação negativa de saúde. Além disso, identificou-se alta utilização de serviços de emergência entre os participantes do estudo (mais de 80% destes já haviam utilizado PA no último ano). E a multimorbidade é importante fator relacionado não apenas ao uso, como ao uso frequente do serviço de emergência.

O que essas descobertas significam?

O achado de que, dentre usuários de serviços de emergência, são altas as prevalências de multimorbidade e uso prévio deste tipo de serviço reforçam a ideia de que carga de doença é fator fundamental para se compreender a forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde. Os resultados deste estudo devem alertar gestores e demais atores responsáveis pela organização e provisão de serviços de saúde para a necessidade de qualificar a Atenção Primária à Saúde, estabelecer efetivos mecanismos de coordenação do cuidado na rede de atenção e dotar os serviços de emergência de capacidade para manejo adequado de uma população com alta prevalência de multimorbidade.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento gradativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo transtornos mentais, são desafios enfrentados globalmente¹. Um dos desdobramentos mais relevantes desse cenário para o campo da saúde pública global é a multimorbidade, definida como a coexistência de dois ou mais problemas crônicos de saúde². Apesar de todos os esforços empreendidos nas últimas décadas, a prevalência de multimorbidade segue em ascensão a nível global, com ritmos distintos entre países, sendo particularmente expressiva em nações de baixa e média renda, como o Brasil²⁻⁵.

A multimorbidade está associada a diversos desfechos negativos que afetam a qualidade de vida das pessoas e sistemas e serviços de saúde^{2,4}. Pessoas com multi-morbidade tem maiores chances de declínio de sua funcionalidade física e mental, de aderir a polifarmácia, aumentando o uso de serviços de saúde (incluindo os serviços de urgência e emergência) com consequentes internações hospitalares, o que resulta no aumento dos gastos a saúde, e de mortalidade prematura^{2,4}.

No entanto, os serviços de saúde, especialmente em países em desenvolvimento, ainda se mostram despreparados para lidar com essa condição, ofertando um cuidado fragmentado, não integral e centrado em condições agudas ou doenças crônicas tratadas isoladamente^{2,4,6}. Essa realidade é ainda mais crítica entre pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, o que acarreta piores desfechos de saúde para os mais pobres e com menor grau de escolaridade⁴.

Países de baixa e média renda, como o Brasil, enfrentam um grande impacto de-corrente da multimorbidade em seus sistemas de saúde⁴. Entretanto, os estudos sobre essa condição nesses países ainda são escassos quando comparados àqueles realizados em países de alta renda^{2,4,7}. Essa lacuna também se estende às pesquisas sobre o perfil das pessoas com multimorbidade

que utilizam serviços de saúde, incluindo os de urgência e emergência, sendo escassos estudos que estima a prevalência da multimorbidade e seus fatores associados nesse contexto assistencial.

As estimativas de prevalência de multimorbidade variam consideravelmente, dependendo das decisões metodológicas adotadas pelos pesquisadores, da definição de multimorbidade utilizada, da metodologia aplicada, da fonte de dados, do tempo de observação e do cenário analisado (por exemplo, população geral, atenção primária à saúde - APS, entre outros)^{7,8}.

De uma forma geral, estudos prévios mostram que a multimorbidade é mais co-mum em pessoas mais velhas, mulheres, pessoas com menor nível de escolaridade e aquelas que residem em locais com maior grau de privação social⁹⁻¹¹. Contudo, a maioria dessas pesquisas foi realizada em contextos comunitários ou na atenção primária de países de alta renda¹¹.

Já estudos realizados com pessoas que buscam serviços de emergência⁸⁻¹⁰, seja para aferir a prevalência de multimorbidade nessa população, seja para identificar os fatores associados a esta condição, são escassos e, em geral, voltados a grupos populacionais muito específicos, como pessoas em situação de rua¹², ou idosos em emergência cirúrgica¹³.

Estudos realizados com usuários em geral de serviços de emergência são importantes, dentre outras razões, para que se vislumbre insights sobre o cotidiano da atenção ofertada pelos serviços de emergência e para que sejam delineadas intervenções de cuidado integral voltadas a essas pessoas^{14,15}.

Essas intervenções podem incluir formação profissional, adaptações estruturais e organizacionais, desenvolvimento ou adequações de protocolos clínicos e modelos de atenção à saúde, e criação de ferramentas de estratificação de risco baseados em dados clínicos capazes de apoiar a tomada de decisão⁷.

Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar a multimorbidade em usuá-rios atendidos em uma unidade de pronto-atendimento do município de Vitória, Espí-ri-to Santo, Brasil, no ano de 2019.

■ MÉTODO

Desenho e contexto do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal conduzido no Pronto-Atendimento (PA) da Praia do Suá, unidade estratégica da rede de urgência e emergência de Vitória-ES. Este serviço foi selecionado por ser: (a) o principal PA do município, responsável pelo maior volume de atendimentos; (b) localizado em área central com alta acessibilidade geográfica, característica que favorece a captação de uma amostra heterogênea (incluindo diferentes perfis socioeconômicos e etários). A coleta ocorreu entre 17 de novembro e 18 de dezembro de 2019, incluindo todos os usuá-rios ≥ 18 anos atendidos nesse período.

Cenário do estudo

O município de Vitória-ES está localizado na região Sudeste do Brasil, tem 322.869 habitantes (dado do IBGE de 2022), 16 Índice de Desenvolvimento Humano de 0,845 (maior do estado e 4º maior do país, segundo dado do IBGE de 2010) e taxa de mortalidade infantil de 10,88 óbitos por mil nascidos vivos (dado do IBGE de 2022)¹⁶.

O sistema de saúde público local possui grande diversidade de serviços básicos e especializados, incluindo duas unidades de PA, e é inteiramente informatizado. Uma das unidades serviu de cenário da pesquisa é de gestão própria do município, atende em média 10 mil pessoas por mês, funciona 24 horas por dia, está inserido no sistema de regulação estadual, organiza seus processos de trabalho a partir de estratificação de risco clínico dos pacientes e é porta de entrada para atendimentos clínicos de adultos e crianças, atendimentos médicos cirúrgicos de baixa complexidade e atendimentos odontológicos de urgência.

Amostragem

Por meio de randomização aleatória, foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que passaram pelo processo de estratificação de risco clínico no PA, durante todos os turnos de atendimentos dos prontos atendimentos incluídos no estudo a coleta decorreu durante 30 dias de realização da pesquisa.

O cálculo amostral baseou-se na prevalência de 24,2% de uso inadequado do pronto-atendimento, reportada por Carret *et al.*¹⁷, que aplicou os mesmos critérios para uso inadequado de emergência empregado nessa pesquisa. A definição de um período de coleta de 30 dias segue recomendações metodológicas para estudos de utilização de serviços de emergência¹⁷, pois permite capturar a variabilidade de padrões de uso ao longo de diferentes dias da semana e turnos (como dias comerciais vs. finais de semana e períodos diurnos vs. noturnos), essencial para a representatividade temporal da amostra. A coleta de dados foi realizada de forma estratificada ao longo dos 30 dias, assegurando que o tamanho amostral mínimo fosse atingido independentemente da duração do

estudo.

Os parâmetros de cálculo da amostra foram $\pm 2,5$ pontos percentuais de erro da estimativa, nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão expostos/não expostos de 0,2, porcentagem do desfecho em não expostos de 20%, razão de prevalência mínima de 1,5 e acréscimo de 10% para perdas e/ou recusas, sendo necessários 1.219 indivíduos (1.285 para o estudo das associações propostas).

Coleta dos dados

Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados em local do próprio PA, com privacidade, logo após o atendimento inicial no setor de estratificação de risco, por entrevistadores selecionados e treinados com mais de 18 anos de idade e graduados na área da saúde. O treinamento dos entrevistadores incluiu domínio do instrumento de pesquisa, conhecimento da estrutura e organização do PA, e teste piloto do questionário com cinco pacientes atendidos no mesmo PA cenário da pesquisa. A seleção, treinamento e organização da logística de trabalho dos entrevistadores foram supervisionadas pelos pesquisadores principais do estudo (APSCA, WSL e TDS). Os entrevistadores foram organizados em plantões de 12 horas, em duplas, contemplando as 24 horas de funcionamento diário do serviço durante os 30 dias de trabalho de campo.

Os participantes da pesquisa foram convidados para responderem um questionário estruturado, desenvolvido pela equipe da pesquisa, contendo questões sociodemográficas, detalhamento do motivo que resultou na busca atual ao PA, itinerário terapêutico, uso prévio de serviços de saúde, autopercepção de saúde e comorbidades referidas.

Análise dos dados

Na análise sobre os fatores associados à multimorbidade, a variável dependente foi mensurada pela seguinte questão: “Em algum momento da sua vida, algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem: (lista de 26 morbidades)”. Foram utilizadas três definições de multimorbidade neste trabalho: presença de duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo; três ou mais; e quatro ou mais².

A lista inclui as seguintes morbidades: asma ou bronquite; osteoporose ou ossos fracos, artrite, artrose ou reumatismo; hipertensão (pressão alta); diabetes (açúcar no sangue); problemas do coração como insuficiência cardíaca, coração fraco ou coração grande; enfisema pulmonar ou DPOC; doença de Parkinson; perda da função dos rins; doença da próstata (para homens); problemas na tireoide como hipotireoidismo ou hipertireoidismo; glaucoma; catarata; Alzheimer; incontinência urinária ou fecal; angina; derrame cerebral ou AVC; colesterol alto ou gordura no sangue; ataques epiléticos ou convulsões; depressão; úlcera no estômago; infecção urinária; gripe ou resfriado; e pneumonia.

As variáveis independentes foram: sexo (Masculino e Feminino), cor da pele autorreferida/etnia (Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena), idade (18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–59 e ≥ 60 anos), situação conjugal (Casado, Solteiro, Separado/Divorciado e Viúvo), escolaridade em anos completos de estudo (Nenhum, 1–4, 5–8, 9–11

e ≥ 11), classificação econômica conforme metodologia da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A e B, C, D e E)¹⁸, autoavaliação de saúde (Péssimo/Ruim, Regular e Bom/Ótimo), tabagismo (Sim e Não), uso de bebidas alcoólicas (nunca, mensalmente ou menos de uma vez por mês, duas ou mais vezes por mês) e vínculo com serviço de saúde (“Há um médico/enfermeiro que você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua própria saúde?”).

Na análise da associação entre multimorbidade e uso prévio de PA, esta foi mensurada pela quantidade de vezes que o indivíduo relatou ter utilizado algum pronto-atendimento nos 12 meses anteriores a entrevista. O uso prévio de PA foi tratado de forma dicotômica (sim=‘uma vez ou mais’ e não=‘nenhuma’) e em quatro categorias (Nenhuma, 1–2, 3–4 e ≥ 5).

Realizou-se análise descritiva com cálculo de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança. Para a análise bivariada, utilizou-se teste qui-quadrado e, para as variáveis independentes ordinais, o teste qui-quadrado para tendência linear. Regressão de Poisson foi realizada nas análises para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas e respectivos valores de p, tendo como desfecho multimorbidade definida como a presença de duas ou mais morbidades.

Para verificar os fatores associados à multimorbidade (duas ou mais), o modelo utilizado foi ajustado por todas as variáveis concomitantemente (sexo, idade, cor da pele/etnia, situação conjugal, escolaridade,

classe econômica e autoavaliação de saúde). A análise entre multimorbidade e uso prévio de PA foi ajustada para as variáveis: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e classe econômica, com o intuito de retirar o efeito de possíveis variáveis de confusão.

Os valores de p das variáveis nas análises ajustadas foram obtidos por meio do teste de Wald. Associações com $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas. As análises foram realizadas no software Stata version 12.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, US).

Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer n°. 3.433.979). O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os participantes entrevistados.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 1.177 indivíduos e houve 8,4% de perdas e recusas. A maior parte era do sexo feminino (n=732; 62,4%), pardos (n=642; 55%), com idade entre 25 e 34 anos (n=303; 25,7%), casados (n=565; 48,2%), com nove a onze anos de estudo (n=562; 49,5%), e da classe socioeconômica C (n=665; 58,8%) (Tabela 1). A idade média é de 38,8 anos (intervalo interquartil: 18–87).

Tabela 1: Características socioeconômicas

Variável	n	%
Sexo (n=1.174)		
Masculino	442	37,6
Feminino	732	62,4
Cor da pele/etnia (n=1.168)		
Branca	256	21,9
Preta	244	20,9
Parda	642	55,0
Indígena	11	0,9
Amarela	15	1,3
Idade em anos completos (n=1.177)		
18–24	266	22,6
25–34	303	25,7
35–44	230	19,6
45–54	146	12,4
55–59	66	5,6
≥ 60	166	14,1
Situação conjugal (n=1.173)		
Casado	565	48,2
Solteiro	439	37,4
Separado/divorciado	119	10,1
Viúvo	50	4,3

Continuação - Tabela 1: Características socioeconômicas

Variável	n	%
Escolaridade em anos completos (n=1.151)		
0-4	85	7,5
5-8	213	18,8
9-11	562	49,5
≥12	275	24,2
Classificação econômica (Abep) (n=1.132)		
A/B	327	28,9
C	665	58,7
D/E	140	12,4

Nota: Abep é sigla para Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

Quando questionadas como avaliavam sua saúde, 522 (44,5%) avaliaram como boa ou ótima. Com relação a presença de multimorbidades, 529 (45,5%) referiram que em algum momento tiveram diagnóstico de 2 comorbidades ou mais. Por outro lado, 35,4% (n=416) relatam ser tabagistas, enquanto 49,6% (n=580) dizem ingerir bebida alcoólica. E apenas 27,3% (n=321) relataram ser vinculados a um médico ou enfermeiro (Tabela 2).

Com relação ao atendimento em PA nos 12 meses que antecederam o dia da pesquisa, 950 (82,3%) pessoas relataram que utilizaram esse tipo de serviço. Dentre esses, a maioria utilizou 1 ou 2 vezes (n=418; 36,2%), destacando-se o fato de quase um quarto da amostra ter utilizado 5 ou mais vezes (Tabela 2).

Tabela 2: Autoavaliação de saúde, multimorbidades referidas e consultas ao PA

Variável	n	%
Autoavaliação de saúde (n=1.172)		
Péssimo/Ruim	237	20,2
Regular	413	35,2
Bom/Ótimo	522	44,6
Problemas crônicos de saúde (n=1.162)		
0-1	633	54,5
≥2	529	45,5
≥3	302	26,0
≥4	178	15,3
Consultas em PA (n=1.155)		
Sem registro de consultas em PA nos últimos 12 meses	205	17,7
Registro de consulta em PA nos últimos 12 meses	950	82,3
Número de consultas em PA último ano (n=1.155)		
Nenhuma	205	17,8
1-2	418	36,2
3-4	265	22,9
≥5	267	23,1

Nota: PA é abreviatura para pronto-atendimento.

Ao todo, os sujeitos fizeram referência a 21 doenças ou comorbidades (Quadro 1). As mais referidas foram hipertensão (n=284; 24,2%), asma/bronquite (n=261; 22,3%), colesterol alto (n=188; 16%), depressão (n=171; 14,6%) e artrite/artrose/reumatismo (n=133; 11,3%).

Na análise bivariada dos fatores associados à multimorbidade, foram estatisticamente significativos o sexo (mulheres chegam a ter uma prevalência quase três vezes maior de multimorbidade, considerando quatro ou mais doenças), a faixa etária (observa-se um

aumento expressivo da prevalência da multimorbidade com o aumento da idade), o estado civil (viúvos chegar a ter prevalência mais de duas vezes maior de multimorbidade, considerando 4 ou mais doenças), a escolaridade (observa-se um aumento expressivo da prevalência da multimorbidade com a redução no número de anos de estudo), a classe social (onde as classes C, D e E, que são mais vulneráveis do ponto de vista social, se destacam com maior prevalência de multimorbidade) e a autoavaliação do estado de saúde (na qual a prevalência de

multimorbidade é maior dentre aqueles que avaliam seu estado de saúde de maneira negativa) (Tabela 3).

Quanto a associação entre uso de PA nos últimos 12 meses e presença de multimorbidade, vê-se que dentre os usuários do serviço no último ano, 47,4% apresentavam pelo menos duas comorbidades, 26,7% tinham três ou mais comorbidades e 16,3% referiam quatro ou mais. Já em relação à carga de uso de PA, percebe-se alta prevalência de multimorbidade mesmo entre aqueles que não utilizaram, havendo um gradiente de prevalência no qual quanto maior o uso do PA maior a prevalência de multimorbidade, chegando a 53,3% das pessoas com duas

ou mais comorbidades usando o PA cinco ou mais vezes em um ano (Tabela 3).

Na análise multivariada ajustada entre multimorbidade e fatores associados, permaneceram significativas as associações com sexo (> em mulheres), faixa etária (> com o aumento da idade), e autoavaliação do estado de saúde (< com melhor estado de saúde) (Tabela 4). Além disso, também na análise multivariada ajustada entre multimorbidade e uso prévio de PA, temos que o uso de PA no último ano e a intensidade de uso deste serviço estão associados à multimorbidade de maneira significativa (Tabela 5).

Tabela 3: Fatores associados a multimorbidade

Variável	2 ou mais		3 ou mais		4 ou mais	
	Prevalência (IC95%)	p-valor	Prevalência (IC95%)	p-valor	Prevalência (IC95%)	p-valor
Sexo		<0,001		<0,001		<0,001
Masculino	31,4 (28,7–34,1)		15,9 (13,9–18,2)		7,1 (3,6–6,8)	
Feminino	54,3 (51,4–57,2)		32,2 (29,6–35,0)		20,4 (18,1–22,9)	
Cor da pele/ Etnia		0,351		0,313		0,427
Branca	45,5 (42,5–48,3)		27,3 (24,7–30,0)		17,0 (14,9–19,3)	
Preta	40,4 (37,5–43,3)		21,3 (18,9–23,7)		12,1 (10,2–14,1)	
Parda	47,2 (44,2–50,1)		27,2 (24,7–29,9)		15,7 (13,6–17,9)	
Indígena/ Amarela	48,0 (45,1–50,9)		24,0 (21,6–26,6)		12,0 (10,1–14,0)	
Faixa etária		<0,001*		<0,001*		<0,001*
18–24	32,4 (29,8–35,2)		11,1 (9,4–13,1)		5,0 (3,8–6,4)	
25–34	32,7 (30,0–35,5)		12,7 (10,8–14,7)		5,0 (3,8–6,4)	
35–44	39,5 (36,7–42,4)		20,6 (18,3–23,0)		11,0 (9,2–12,9)	
45–54	52,4 (49,5–55,3)		32,4 (29,8–35,2)		17,2 (15,1–19,5)	
55–59	67,2 (64,4–69,9)		51,6 (48,6–54,5)		32,8 (30,1–35,6)	
≥60	84,1 (81,5–86,1)		66,3 (63,5–69,0)		48,5 (45,5–51,4)	
Estado civil atual		<0,001		<0,001		<0,001
Casado	46,5 (43,7–49,5)		28,0 (25,5–30,7)		17,1 (14,9–19,4)	
Solteiro	37,9 (35,0–40,7)		16,6 (14,5–18,9)		9,0 (7,5–10,9)	
Separado/ Divorciado	51,7 (48,8–54,6)		36,2 (33,4–39,1)		17,2 (15,1–19,5)	
Viúvo	86,0 (83,9–88,0)		62,0 (59,1–64,8)		46,0 (43,1–49,0)	
E escolaridade em anos completos		<0,001*		<0,001*		<0,001*
0–4	73,2 (70,5–75,8)		53,6 (50,7–56,6)		38,4 (35,3–41,0)	
5–8	48,1 (45,2–51,1)		30,2 (27,5–33,0)		20,8 (18,4–23,2)	
9–11	40,8 (38,0–43,8)		20,5 (18,2–22,9)		10,3 (8,6–12,2)	
12 ou mais	40,5 (37,6–43,4)		20,8 (18,5–23,3)		9,5 (7,8–11,3)	
Classificação econômica (Abep)		0,010*		0,011*		<0,001*
A/B	37,1 (34,4–39,9)		19,9 (17,7–22,3)		8,9 (7,3–10,7)	
C	49,8 (47,0–52,6)		28,4 (25,7–31,1)		17,1 (15,0–19,5)	
D/E	45,0 (42,2–47,8)		28,6 (25,9–31,3)		22,1 (19,7–24,7)	

Continuação - Tabela 3: Fatores associados a multimorbidade

Variável	2 ou mais		3 ou mais		4 ou mais	
	Prevalência (IC95%)	p-valor	Prevalência (IC95%)	p-valor	Prevalência (IC95%)	p-valor
Autoavaliação de saúde		<0,001*		<0,001*		<0,001*
Péssimo/Ruim	55,6 (52,7–58,5)		40,1 (37,2–43,0)		25,0 (22,6–27,6)	
Regular	58,0 (55,0–60,8)		32,0 (29,4–34,8)		21,5 (19,2–24,0)	
Bom/Ótimo	31,1 (28,5–33,9)		15,1 (13,1–17,3)		6,2 (4,9–7,8)	
Uso prévio PA (12 meses)	47,4 (44,4–50,3)	0,007	26,7 (24,2–29,4)	0,231	16,3 (14,2–18,6)	0,076
Consultas PA último ano		<0,001*		0,013*		0,006*
Nenhuma	37,0 (34,1–39,8)		22,7 (20,3–25,2)		11,3 (9,5–13,3)	
1–2	42,6 (39,7–45,5)		23,1 (20,7–25,7)		13,2 (11,3–15,3)	
3–4	49,2 (46,3–52,6)		28,6 (26,0–31,4)		18,7 (16,5–21,1)	
≥5	53,3 (50,3–56,2)		30,7 (28,0–33,4)		18,7 (16,5–21,1)	

Nota: * χ^2 tendência linear, análise bivariada. PA é abreviatura para pronto-atendimento e Abep é sigla para Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

Tabela 4 - Razão de prevalência de multimorbidades

Variável	Análise bruta		Análise ajustada*	
	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo		<0,001		<0,001
Feminino	1		1	
Masculino	0,6 (0,5–0,7)	<0,001	0,6 (0,5–0,7)	<0,001
Cor da pele/Etnia		0,379		0,745
Branca	1		1	
Preta	0,9 (0,7–1,1)	0,260	0,9 (0,8–1,1)	0,573
Parda	1,0 (0,9–1,2)	0,646	1,0 (0,9–1,2)	0,896
Indígena/Amarela	1,1 (0,7–1,6)	0,804	1,0 (0,7–1,5)	0,845
Faixa etária		<0,001		<0,001
18–24	1		1	
25–34	1,0 (0,8–1,3)	0,955	1,0 (0,8–1,3)	0,958
35–44	1,2 (1,0–1,5)	0,106	1,3 (1,0–1,6)	0,128
45–54	1,6 (1,3–2,0)	<0,000	1,6 (1,3–2,1)	<0,001
55–59	2,1 (1,6–2,6)	<0,000	1,9 (1,5–2,5)	<0,001
≥60	2,6 (2,1–3,1)	<0,000	2,4 (1,9–3,0)	<0,001
Estado civil atual		<0,001		0,731
Casado	1		1	
Solteiro	0,9 (0,7–0,9)	0,007	1,0 (0,9–1,1)	0,529
Separado/Divorciado	1,1 (0,9–1,4)	0,292	0,9 (0,8–1,1)	0,648
Viúvo	1,8 (1,6–2,1)	0,000	1,0 (0,9–1,2)	0,478
Escolaridade em anos completos		<0,001		0,327
0–4	1		1	
5–8	0,7 (0,5–0,8)	<0,000	0,9 (0,7–1,1)	0,334
9–11	0,6 (0,5–0,7)	<0,000	0,9 (0,8–1,1)	0,752
≥12	0,6 (0,5–0,7)	<0,000	1,0 (0,9–1,2)	0,474

Continuação - Tabela 4 - Razão de prevalência de multimorbidades

Variável	Análise bruta		Análise ajustada*	
	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Classificação econômica (Abep)		0,002		0,075
D/E	1		1	
C	1,1 (0,9–1,3)	0,747	1,2 (1,0–1,5)	0,224
A/B	0,8 (0,7–1,0)	0,027	1,0 (0,8–1,3)	0,835
Autoavaliação de saúde		<0,001		<0,001
Bom/Ótimo	1		1	
Regular	1,9 (1,6–2,2)	<0,000	1,7 (1,5–2,0)	<0,001
Péssimo/Ruim	1,8 (1,5–2,1)	<0,000	1,5 (1,3–1,8)	<0,001

Nota: * ajustado mutuamente para todas as variáveis. Abep é sigla para Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, RP para razão de prevalência e IC para intervalo de confiança.

Tabela 5: Razão de prevalência segundo utilização de PA

Variável	Análise bruta		Análise ajustada*	
	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Uso prévio	1,3 (1,1–1,6)	0,007	1,3 (1,1–1,5)	0,005
Consultas em PA no último ano		0,002		<0,001
Nenhuma	1,0		1,0	
1–2	1,2 (0,9–1,4)	0,191	1,1 (0,9–1,4)	0,220
3–4	1,3 (1,1–1,7)	0,010	1,4 (1,1–1,7)	0,002
≥5	1,4 (1,2–1,8)	0,001	1,5 (1,2–1,8)	<0,001

Nota: * ajustado para sexo, idade, estado civil, classificação socioeconômica e escolaridade. RP é sigla para razão de prevalência, IC para intervalo de confiança e PA para pronto-atendimento

Tabela 6: Frequência de comorbidades referidas

Comorbidade	n	%
Hipertensão	284	24,2
Asma/bronquite	261	22,3
Colesterol alto	188	16,0
Depressão	171	14,6
Artrite, artrose ou reumatismo	133	11,3
Angina	116	9,9
Diabetes	96	8,2
Problemas na tireoide	81	6,9
Incontinência urinária ou fecal	72	6,1
Catarata	68	5,8
Problema do coração	66	5,6
Osteoporose	54	4,6
Úlcera	42	3,4
Perda da função dos rins	32	2,7
Glaucoma	28	2,4
Câncer	23	2,0
Acidente Vascular Encefálico	16	1,4
Convulsão	15	1,3
Doença da próstata	14	1,2
Enfisema pulmonar/DPOC	13	1,1
Alzheimer	1	0,1

Nota: DPOC é uma sigla para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam uma elevada prevalência de multimorbidade (45,5% com ≥ 2 condições crônicas) entre usuários de um serviço de pronto-atendimento (PA) de uma capital de Estado brasileiro, sendo significativamente associada, após análise multivariada, com sexo (maior em mulheres), faixa etária (aumento com a idade) e autoavaliação negativa de saúde.

Além disso, identificou-se alta utilização de serviços de emergência entre os participantes do estudo (entrevistados durante uma consulta ao PA, frisa-se), destacando-se que mais de 80,0% destes já haviam utilizado PA no último ano, sendo que um quarto das pessoas haviam utilizado cinco ou mais vezes, indicando que uma parcela da população tem neste tipo de serviço uma fonte usual de cuidados em saúde, o que está em acordo com a literatura nacional e internacional^{19,20}.

E, neste sentido, este estudo identificou a multimorbidade como um importante fator relacionado não apenas ao uso, como ao uso frequente do serviço de emergência. Observou-se uma relação dose-resposta entre a intensidade do uso prévio de serviços de emergência e a presença de multimorbidade, reforçando o achado de que indivíduos com maior carga de doenças crônicas são usuários frequentes desse tipo de serviço²⁰⁻²². É ilustrativo o achado de que pessoas que usaram cinco ou mais vezes o serviço de emergência no último ano terem 50,0% mais chance de terem multimorbidade.

Esses resultados dialogam com evidências globais, mas também destacam desafios específicos de sistemas de saúde em países de média e baixa renda, como o Brasil, onde a fragmentação do cuidado e as desigualdades sociais aumentam os impactos da multimorbidade^{2,23}. A falta de coordenação entre diferentes profissionais e serviços de saúde compromete a continuidade e a efetividade do cuidado à saúde de pessoas com multimorbidade^{24,25}. No Brasil, pacientes frequentemente são atendidos por múltiplos especialistas sem integração adequada, o que pode levar a planos terapêuticos inadequados ou mesmo prejudiciais, especialmente em casos envolvendo saúde mental. Além disso, a fragilidade em torno de um modelo de atenção centrado na pessoa e coordenado pela APS contribui para a ineficiência do sistema, aumentando a utilização de serviços de forma desorganizada, onerosa e insegura²³⁻²⁶.

A maior prevalência de multimorbidade no sexo feminino, observada mesmo após ajustes, está alinhada com estudos internacionais e nacionais^{27,28}. Mulheres tendem a apresentar maior sobrevida, maior percepção de sinais e sintomas de adoecimento e maior busca por serviços de saúde, fatores que podem explicar a maior prevalência de diagnósticos acumulados^{29,30}. Além disso, determinantes sociais de saúde, como dupla jornada de trabalho e menor acesso a recursos econômicos, contribuem para a carga de doenças crônicas nesse grupo.

A forte associação com idade avançada reflete o envelhecimento populacional acelerado no Brasil, que ocorre em um cenário de insuficiente preparação dos serviços de saúde para o manejo de condições crônicas complexas³¹. Enquanto países de alta renda implementam

modelos de cuidado integrado para idosos, o Brasil ainda enfrenta lacunas na coordenação entre atenção primária e serviços especializados, exacerbando o uso de emergências por essa população. A prevalência de 84,1% de multimorbidade em idosos reforça a urgência de políticas com vistas a melhorar a capacidade da rede de atenção à saúde em cuidar de idosos.

A autoavaliação negativa de saúde mostrou-se fortemente associada à multimorbidade (RP=0,7 para 'bom/ótimo'), corroborando estudos que a identificam como preditor independente de desfechos clínicos adversos^{32,33}. Indivíduos que percebem sua saúde como ruim tendem a apresentar maior estresse psicossocial e menor engajamento em comportamentos saudáveis, agravando o curso das doenças crônicas. Esse achado reforça a importância de incluir medidas subjetivas de saúde na avaliação clínica, pois capturam dimensões não mensuráveis por indicadores biomédicos, como resiliência e suporte social.

A associação entre multimorbidade e o uso prévio de serviços de PA sugere a existência de importantes desafios na implementação de um modelo eficaz de atenção às condições crônicas no Brasil^{34,35}. A integração qualificada entre atenção primária e especializada pode reduzir o uso inadequado de serviços de emergência por pacientes com multimorbidade²⁴⁻²⁶.

No entanto, no Brasil, a fragmentação e o foco na atenção às condições agudas de adoecimento que ainda impera no sistema de saúde, somada à cobertura insuficiente, dificuldades de acesso e baixa resolutividade da APS, pode contribuir significativamente para esse padrão indesejado de utilização de serviços de saúde. A percepção de acesso rápido a atendimentos e exames nas unidades de PA também contribui para essa dinâmica. Ademais, destaca-se a baixa proporção de pacientes com vínculo a um profissional de referência apontada neste estudo, indicando problemas na organização da rede de cuidados com o fim de promover a longitudinalidade do cuidado, sobrecarregando o sistema de saúde^{36,37}.

Esse dado é particularmente preocupante quando se considera que o modelo brasileiro de atenção primária é reconhecido como um dos mais abrangentes entre os países de renda média, mas ainda sofre com subfinanciamento, alta rotatividade de profissionais e descontinuidade nas políticas de saúde³⁸. A fragilidade no vínculo com um profissional e na longitudinalidade do cuidado também compromete a vigilância de condições crônicas e a coordenação do cuidado, levando a um ciclo vicioso de desassistência e uso reativo de serviços de urgência²¹.

A carga de uso de PA também está ligada à complexidade clínica². Condições como hipertensão (24,2%), asma/bronquite (22,3%) e diabetes (8,2%) são frequentemente exacerbadas por fatores evitáveis, como descontinuidade terapêutica e falta de acompanhamento por equipe de saúde. Em sistemas fragmentados, essas exacerbações acabam por gerar a ida dos pacientes às unidades de PA^{2,4,9}. Ademais, a alta prevalência de depressão e alcoolismo na amostra sugere que transtornos mentais, muitas vezes inadequadamente abordados na APS, contribuem para a multimorbidade e o uso recorrente de emergências.

É importante destacar o papel negligenciado dos transtornos mentais na carga de doença crônica no Brasil^{39,40}. A integração entre saúde mental e atenção primária precisa ser fortalecida⁴¹. Estratégias de cuidado colaborativo, como a presença de equipes multiprofissionais nos territórios, enfrentam dificuldades operacionais e políticas. Assim, a presença de transtornos como depressão e ansiedade, que poderiam ser abordados precocemente, acaba por se somar às comorbidades físicas, dificultando o manejo e aumentando a procura por serviços de urgência.

Este estudo possui limitações inerentes ao desenho transversal, que impede inferências causais. Além disso, a amostra foi restrita a um município com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,845), limitando a generalização para contextos mais pobres. O uso de autorrelato para diagnóstico de morbididades pode subestimar condições não reconhecidas pelos participantes, embora essa abordagem seja comum em estudos epidemiológicos. Apesar disso, a robustez da análise multivariada e a representatividade da amostra fortalecem a validade interna dos resultados.

Por outro lado, os achados deste estudo permitem tecer algumas recomendações para aprimoramento das políticas públicas e direcionamento futuro das pesquisas na área. Dentre elas, cita-se o necessário fortalecimento da APS, incluindo a expansão de sua cobertura com foco em gestão de casos, monitoramento próximo das famílias e educação em saúde para populações vulneráveis. Deve-se também aumentar e qualificar a integração dos serviços em uma efetiva rede de cuidados que dê suporte a pessoas com problemas de saúde complexos, o que inclui implementar sistemas de referência e contrarreferência eficazes, aliados a prontuários eletrônicos interoperáveis, para garantir continuidade do cuidado. Por sua vez, os serviços de emergência, centrados em cuidado imediato a problemas agudos, podem incluir protocolos e estratégias de identificação das pessoas com multimorbidade e baixo vínculo com a APS, adotando procedimentos de

articulação da rede de atenção com vistas a melhorar a coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Estudos futuros devem adotar desenhos longitudinais para explorar a relação temporal entre multimorbidade e uso de serviços, além de avaliar intervenções baseadas em evidências, como modelos de atenção colaborativa e telemonitoramento. Também se recomenda explorar variações regionais, considerando que desigualdades territoriais no Brasil impactam profundamente o acesso e a qualidade do cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

Dentre usuários de serviços de emergência, são altas as prevalências de multimorbidade e uso prévio deste tipo de serviço. Tais achados reforçam a ideia de que carga de doença é fator fundamental para se compreender a forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde. Os resultados desta pesquisa devem alertar gestores e demais atores responsáveis pela organização e provisão de serviços de saúde para a necessidade de qualificar a Atenção Primária à Saúde, estabelecer efetivos mecanismos de coordenação do cuidado na rede de atenção e dotar os serviços de emergência de capacidade para manejo adequado de uma população com alta prevalência de multimorbidade.

Contribuições dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a realização do manuscrito.

Financiamento

Financiado pela Chamada Universal MCTIC/CNPq nº28/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health* [Internet]. 2019 Mar;4(3):e159–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30019-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30019-2)
2. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2022 Jul 14;8(1):48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
3. Blarikom E, Fudge N, Swinglehurst D. The emergence of multimorbidity as a matter of concern: a critical review. *Biosocieties* [Internet]. 2023 Sep;18(3):614–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/s41292-022-00285-5>
4. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutierrez T, Wade AN, Oliveira de Melo D, Semeão de Souza AS, Nunes BP, et al. Multimorbidity matters in low and middle-income countries. *J Multimorb Comorb* [Internet]. 2022 Jan;12:26335565221106074. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/26335565221106074>
5. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018 Oct 25;52Suppl 2(Suppl 2):10s. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>
6. Schiøtz ML, Høst D, Christensen MB, Domínguez H, Hamid Y, Almind M, et al. Quality of care for people with multimorbidity - a case series. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 Nov 18;17(1):745. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2724-z>

7. Huaquía-Díaz 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* [Internet]. 2021 Jul 23 [cited 2025 Aug 22];11(7):e050409. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e050409.abstract>
8. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, Jarbøl DE, Guassora AD, Waldorff FB, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care* [Internet]. 2016 Jun;34(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2016.1153242>
9. Abebe F, Schneider M, Asrat B, Ambaw F. Multimorbidity of chronic non-communicable diseases in low- and middle-income countries: A scoping review. *J Comorb* [Internet]. 2020 Jan;10:2235042X20961919. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2235042X20961919>
10. Xu X, Mishra GD, Jones M. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2017 Aug;37:53–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2017.05.003>
11. Pathirana TI, Jackson CA. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2018 Feb 14;42(2):186–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12762>
12. Bowen M, Marwick S, Marshall T, Saunders K, Burwood S, Yahyouche A, et al. Multimorbidity and emergency department visits by a homeless population: a database study in specialist general practice. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019 Aug;69(685):e515–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X704609>
13. Hewitt J, McCormack C, Tay HS, Greig M, Law J, Tay A, et al. Prevalence of multimorbidity and its association with outcomes in older emergency general surgical patients: an observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Mar 31;6(3):e010126. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010126>
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* [Internet]. 2012 Mar;10(2):142–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1337>
15. McParland C, Cooper MA, Lowe DJ, Stanley B, Johnston B. Multimorbidity, disease count, mortality and emergency care use in persons attending the emergency department: a cross-sectional data-linkage study. *J Multimorb Comorb* [Internet]. 2022 Jan;12:26335565221147417. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/26335565221147417>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vitória, ES [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [Internet]. [cited 2025 Jul 28]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/>
17. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007 Aug 18;7(1):131. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-131>
18. ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf
19. Rodrigues MM, Sarti TD, Almeida APSC, Fontenelle LF, Lazarini WS. Uso de serviço de emergência por motivos não urgentes: estudo qualitativo com usuários de um pronto atendimento, Vitória, ES, Brasil, 2019. *Interface* [Internet]. 2024;28:e230493. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.230493>
20. Giannouchos TV, Kum HC, Foster MJ, Ohsfeldt RL. Characteristics and predictors of adult frequent emergency department users in the United States: A systematic literature review. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2019 Jun;25(3):420–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13137>
21. Lamonato LCXL, Sarti TD, Almeida APSC. Effect of primary health care on the association between multimorbidity and emergency service utilization: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2024 Dec 16;27:e240062. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720240062>
22. Fisher KA, Griffith LE, Gruneir A, Upshur R, Perez R, Favotto L, et al. Effect of socio-demographic and health factors on the association between multimorbidity and acute care service use: population-based survey linked to health administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1):62. [Internet]. [cited 2025 Aug 22] Available from: https://www.researchgate.net/publication/348438139_Effect_of_socio-demographic_and_health_factors_on_the_association_between_multimorbidity_and_acute_care_service_use_population-based_survey_linked_to_health_administrative_data
23. Aguiar RG de, Monteiro CN, Castro SS de, Figueiredo TKF, Goldbaum M, Cesar CLG. Multimorbidade e utilização de serviços de saúde no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024 Sep;29(9):e15002022. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024299.15002022>

24. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Med* [Internet]. 2023 Aug 15;21(1):305. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3>
25. Endalamaw A, Zewdie A, Wolka E, Assefa Y. Care models for individuals with chronic multimorbidity: lessons for low- and middle-income countries. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2024 Aug 5;24(1):895. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-024-11351-y>
26. Zhang Y, Stokes J, Anselmi L, Bower P, Xu J. Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2025 Jan 6;23(1):5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-024-01260-1>
27. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jul 21;9(7):e102149. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>
28. Alexandrino A, Oliveira CBS de, Gomes SM, Nogueira MF, Mendes TC de O, Lima KC de. Prevalência e fatores associados à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2023;26:e230105. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562023026.230105.pt>
29. Levorato CD, de Mello LM, da Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 Apr;19(4):1263–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
30. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2002;7(4):687–707. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
31. Mrejen M, Nunes L, Giacomini K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2023 [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf
32. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 Oct;20(5):634–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>
33. Usnayo REK, Monteiro GTR, Amaral C de A, Vasconcellos MTL de, Amaral TLM. Autoavaliação negativa da saúde em pessoas idosas associada a condições socioeconômicas e de saúde: inquérito populacional em Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020;23(5):e200267. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200267>
34. Souza ASS, Braga JU. Trends in the use of health services and their relationship with multimorbidity in Brazil, 1998–2013. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Nov 25;20(1):1080. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05938-4>
35. Delpino FM, Vieira YP, Duro SM, Nunes BP, Saes M de O. Multimorbidity and use of health services in a population diagnosed with COVID-19 in a municipality in the Southern Region of Brazil, 2020–2021: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2024 Feb 23;33:e2023915. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-96222024V33E2023915.EN>
36. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2017 Sep;24(9):1137–49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13220>
37. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One* [Internet]. 2018 Aug 30;13(8):e0203316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
38. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):18–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
39. Batista SR, Sousa ALL, Nunes BP, Silva RR, Jardim PCBV, Brazilian Group of Studies on Multimorbidity (GBEM). Identifying multimorbidity clusters among Brazilian older adults using network analysis: Findings and perspectives. *PLoS One* [Internet]. 2022 Jul 20;17(7):e0271639. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0271639>

40. Batista SRR, Sousa ALL, Nunes BP, Rodrigues RRD, Jardim PCBV. Regular source of primary care and health services utilisation among Brazilian elderly with mental-physical multimorbidity. BMC Geriatr [Internet]. 2024 May 15;24(1):430. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-024-05048-4>
41. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cad Saude Publica [Internet]. 2021 Apr 7;37(3):e00042620. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

Abstract

Introduction: most studies on multimorbidity prevalence are conducted in community settings or within primary care in high-income countries. Research in emergency services, particularly in low- and middle-income countries, is scarce.

Objective: analyze multimorbidity in patients treated at an emergency care unit in the municipality of Vitória, Espírito Santo, Brazil, in the year 2019.

Methods: this cross-sectional study involved 1,177 individuals aged 18 years or older who were treated at an emergency care unit in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Participants were randomly selected over a 30-day period in 2019. Structured interviews were conducted, and statistical analyzes included descriptive statistics, bivariate analyses, and Poisson regression.

Results: multimorbidity prevalence was 45.5% (≥ 2 chronic conditions), significantly associated with sex (Prevalence Ratio [PR] in male = 0.6; 95% CI: 0.5–0.7; $p < 0.001$), age (PR in ≥ 60 years = 2.4; 95% CI: 1.9–3.0; $p < 0.001$), and self-rated health (PR in “good/excellent” = 0.7; 95% CI: 0.6–0.8; Over 80% of participants used emergency services in the previous year. Multimorbidity was significantly associated with any use of emergency services (PR = 1.3; 95% CI: 1.1–1.5; $p = 0.007$) and frequent use (≥ 5 visits per year) (PR = 1.5; 95% CI: 1.2–1.8; $p < 0.001$) in the last year.

Conclusion: among users of emergency services, the prevalence of multimorbidity and previous use of this type of service is high. These findings reinforce the idea that disease burden is a key factor in understanding how people use health services.

Keywords: multimorbidity, emergency services, health services accessibility, public health services, cross-sectional study.

©The authors (2025), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.