

Artigo original

Eberhardt ES, Rosset I, Ramos AR.

Prevalência e distribuição da multimorbidade segundo sexo e grupos etários entre idosos brasileiros: estudo transversal nacionalmente representativo.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250150.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250150.pt>

Prevalência e distribuição da multimorbidade segundo sexo e grupos etários entre idosos brasileiros: estudo transversal nacionalmente representativo

Prevalence and distribution of multimorbidity according to sex and age groups among elderly Brazilians: a nationally representative cross-sectional study

Prevalencia y distribución de la multimorbilidad según el sexo y los grupos de edad entre los ancianos brasileños: un estudio transversal representativo a nivel nacional

Emily da Silva Eberhardt^a <https://orcid.org/0000-0003-2736-5686>

Idiane Rosset^a <https://orcid.org/0000-0003-3651-652X>

Adriana Roesse Ramos^a <https://orcid.org/0000-0003-1349-9560>

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Eberhardt ES, Rosset I, Ramos AR. Prevalência e distribuição da multimorbidade segundo sexo e grupos etários entre idosos brasileiros: estudo transversal nacionalmente representativo. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250150. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250150.pt>

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência de multimorbidade e sua distribuição segundo sexo e grupos etários em idosos brasileiros, nos anos de 2013 e 2019.

Método: estudo transversal com dados individuados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (n = 11.177) e 2019 (n = 22.728). Realizaram-se análises para amostras complexas, com aplicação de pesos amostrais e teste qui-quadrado, considerando variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

Resultados: a prevalência de multimorbidade foi de 51,2% em 2013 e 56,7% em 2019. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição da multimorbidade segundo sexo e grupos etários. Entre os homens, verificou-se maior consumo diário de álcool, tabaco e internação hospitalar, em ambos os anos. Entre as mulheres, destacaram-se menor

renda, ocorrência de quedas e maior concentração no grupo etário mais jovem, em 2019. O grupo etário de 60-79 anos apresentou maior proporção para casados, consumo de álcool e tabaco e menor renda. Entre os idosos ≥ 80 anos, observaram-se maiores proporções de viuvez, cor branca, consulta médica no último ano e quedas em ambos os anos e internação hospitalar em 2019.

Conclusões: evidenciou-se aumento da multimorbidade e diferenças na sua distribuição segundo sexo e grupos etários, subsidiando ações de cuidado a pessoa idosa, com foco na integralidade.

Descritores: Saúde do idoso; Doença Crônica; Multimorbidade; Envelhecimento; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of multimorbidity and its distribution according to sex and age groups in elderly Brazilians in 2013 and 2019.

Method: Cross-sectional study with individualized data from the National Health Survey of 2013 ($n = 11,177$) and 2019 ($n = 22,728$). Analyses for complex samples were performed, applying sample weights and chi-square tests, considering sociodemographic, behavioral, and health variables.

Results: The prevalence of multimorbidity was 51.2% in 2013 and 56.7% in 2019. Statistically significant differences were observed in the distribution of multimorbidity according to sex and age groups. Among men, higher daily consumption of alcohol, tobacco, and hospitalizations were observed in both years. Among women, lower income, occurrence of falls, and a higher concentration in the younger age group stood out in 2019. The 60-79 age group showed a higher proportion of married individuals, alcohol and tobacco consumption, and lower income. Among the elderly ≥ 80 years, higher proportions of widowhood, white race, medical consultation in the last year, falls in both years, and hospital admission in 2019 were observed.

Conclusions: The study revealed an increase in multimorbidity and differences in its distribution according to sex and age groups, supporting actions for the care of the elderly, with a focus on comprehensiveness.

Descriptors: Health of the Elderly; Chronic Disease; Multimorbidade; Aging; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de multimorbilidad y su distribución por sexo y grupo de edad en adultos mayores brasileños en 2013 y 2019.

Método: Estudio transversal con datos individualizados de la Encuesta Nacional de Salud de 2013 ($n = 11.177$) y 2019 ($n = 22.728$). Se realizaron análisis para muestras complejas, aplicando ponderaciones muestrales y pruebas de chi-cuadrado, considerando variables sociodemográficas, conductuales y de salud.

Resultados: La prevalencia de multimorbilidad fue del 51,2 % en 2013 y del 56,7 % en 2019. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la multimorbilidad por sexo y grupo de edad. Entre los hombres, se observó un mayor consumo diario de alcohol, tabaco y hospitalizaciones en ambos años. Entre las mujeres, se destacaron los menores ingresos, la incidencia de caídas y una mayor concentración en el grupo de edad más joven en 2019. El grupo de 60 a 79 años presentó una mayor proporción de personas casadas, consumo de alcohol y tabaco, y menores ingresos. Entre las personas mayores de 80

años o más, se observaron mayores proporciones de viudez, raza blanca, consulta médica en el último año, caídas en ambos años e ingreso hospitalario en 2019.

Conclusiones: El estudio reveló un aumento de la multimorbilidad y diferencias en su distribución según el sexo y los grupos de edad, lo que respalda las acciones para el cuidado de las personas mayores, con un enfoque en la integralidad.

Descriptor: Salud del Anciano; Enfermedad Crónica; Multimorbilidad; Envejecimiento; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Concomitante ao acelerado aumento da população idosa, está o prolongamento da longevidade, com o expressivo crescimento do número de idosos acima de 80 anos e a feminização do envelhecimento, devido a maior expectativa de vida das mulheres⁽¹⁾. A transição demográfica vem acompanhada da transição epidemiológica, tornando os idosos mais suscetíveis ao acúmulo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), resultando no aumento da multimorbidade⁽²⁾.

Estudo que investigou as estimativas da pesquisa de Carga Global de Doença (GBD), de 1990 a 2019, para o Brasil e estados, elencou resultados que evidenciam conquistas nestes 35 anos de Sistema Único de Saúde (SUS). O período foi marcado por avanços estruturais na área da saúde e consequente melhora de indicadores globais de morbimortalidade. Houve um incremento das doenças crônicas não transmissíveis na morbidade dos brasileiros - em especial da população idosa - e redução das doenças infecciosas - ainda presentes majoritariamente na infância. Essa realidade demonstra um avançado estágio dos processos de transição epidemiológica e demográfica, com um expressivo incremento na expectativa de vida da população⁽³⁾, revelando a complexidade da assistência à saúde no adoecimento crônico.

A multimorbidade consiste em duas ou mais DCNT coexistentes no mesmo indivíduo. É considerada um desafio de saúde pública mundial, estando associada a maior utilização de serviços de saúde, pior qualidade de vida e menor capacidade funcional, quando não controlada adequadamente, especialmente entre idosos⁽⁴⁾. No contexto global, a prevalência de multimorbidade em idosos de 60 anos ou mais pode chegar a 50% em algumas populações mundiais, sendo mais comuns em idosos mais velhos e do sexo feminino tanto no contexto internacional⁽⁵⁾ quanto nacional⁽⁶⁾. No Brasil, a prevalência da multimorbidade entre essa população pode variar de 46,9% a 59,3% em determinadas regiões. A prevalência de multimorbidade em países de baixa e média renda é crescente, principalmente na população mais idosa e feminina⁽⁷⁾.

As mulheres possuem expectativa de vida maior do que os homens e, proporcionalmente, vivem mais tempo com multimorbidade⁽⁸⁾. Observaram-se diferenças notáveis também nas condições de saúde dos idosos jovens (60 a 79 anos) em comparação aos idosos mais velhos (80 anos ou mais)⁽⁹⁾. A presença de multimorbidade pode ser até cinco vezes mais comum entre os idosos mais longevos do que entre os mais jovens, com uma maior prevalência especialmente entre as mulheres⁽⁹⁾. Assim, é importante considerar o sexo e grupos etários em pesquisas com idosos e multimorbidade, visto que uma análise generalizada da população idosa pode não produzir resultados confiáveis para ações específicas de cuidado⁽¹⁰⁾.

Contudo, pouca atenção tem sido dada para a análise epidemiológica da multimorbidade, sobretudo considerando-se sua distribuição segundo grupos etários e sexo em idosos brasileiros, bem como sua distribuição em diferentes períodos temporais, com abrangência nacional, em um país continental. Esse contexto torna-se desafiador à Rede de Atenção à Saúde (RAS), no que tange à complexidade no monitoramento da coexistência das DCNTs e às intervenções de enfermagem nessa condição. Assim, este estudo traz dados inovadores sobre essa temática, bem como subsídios aos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, para o cuidado integral ao idoso com multimorbidade, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Ademais, valorizar as especificidades entre os sexos e grupos etários é fundamental para entender as necessidades de cuidados de saúde da população idosa no Brasil, para que se possa propor ações de cuidado específicas e direcionadas. Dessa forma, objetiva-se analisar a prevalência de multimorbidade e sua distribuição segundo sexo e grupos etários em idosos brasileiros, nos anos de 2013 e 2019.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com dados individuados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil em 2013 e 2019. A PNS é um inquérito domiciliar de base populacional, representativa da população brasileira, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Configurando-se como o maior inquérito nacional sobre saúde, a PNS fornece dados sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira.

O relatório deste estudo seguiu as recomendações do protocolo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para relatos de estudos observacionais.

População e amostra

A população deste estudo foi constituída por idosos de 60 anos ou mais, residentes em todos os estados brasileiros. Compuseram a amostra final todos os idosos que responderam ao questionário completo do morador selecionado (2013: n = 11.177; 2019: n = 22.728).

Tanto na edição de 2013, quanto na de 2019, a seleção da amostra da PNS foi realizada por conglomerados em três estágios. No primeiro estágio, os setores censitários foram selecionados por amostragem probabilística estratificada, com probabilidade proporcional ao tamanho, a partir da base mestra do IBGE, garantindo representatividade nacional, regional e por situação urbano/rural. No segundo estágio foi selecionado, aleatoriamente, um número de domicílios em cada setor censitário. No terceiro estágio, um morador elegível (de 18 anos ou mais na edição de 2013 e de 15 anos ou mais na edição de 2019) foi selecionado por sorteio aleatório simples, por meio de equipamento eletrônico com algoritmo de randomização, assegurando equiprobabilidade entre os residentes do domicílio.

Foram calculados fatores de expansão pelo inverso do produto das probabilidades de seleção em cada estágio. O processo de calibração, incluindo fator de correção para as perdas, foi realizado com base nas projeções populacionais para o Brasil e Unidades da Federação. Dessa forma, para possibilitar a comparação dos dados da PNS 2013 e de 2019, o IBGE recalibrou os fatores de expansão utilizados na PNS 2013.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos nas bases de dados da PNS de 2013 e de 2019, disponíveis no site do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatistica>). As informações da PNS foram coletadas pelo IBGE por meio de entrevistas presenciais, utilizando questionário estruturado aplicado por entrevistadores treinados, com registro em dispositivos móveis. Todas as variáveis foram mensuradas por autorrelato, utilizando instrumento padronizado nacionalmente, garantindo comparabilidade entre as edições da PNS analisadas.

O desfecho principal foi a multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais DCNT coexistentes no mesmo indivíduo. A definição operacional baseou-se no autorrelato de diagnóstico médico prévio de DCNT investigadas na PNS, a partir da pergunta padronizada: “Algun médico já lhe deu o diagnóstico de...?”. Foram consideradas 14 DCNT pesquisadas na PNS, sendo elas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cardíaca, colesterol alto, artrite ou reumatismo, problema crônico de coluna, acidente vascular cerebral, depressão, outras doenças mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou transtorno compulsivo-

obsessivo), asma, outra doença pulmonar, insuficiência renal crônica, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho e câncer.

Foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: Sexo (femino/masculino); Idade (60 a 79 ano e 80 anos ou mais); Cor ou raça autorreferida (branca, preta, amarela, parda e indígena); Estado civil (casado, separado/divorciado, viúvo, solteiro); Escolaridade (sem instrução, fundamental incompleto, fundamental completo/médio incompleto, médio completo/ superior incompleto e superior completo); Renda per capita do domicílio (menor que um salário mínimo, um salário mínimo, um a dois salários mínimos, maior que dois salários mínimos); Comportamentais: Consumo de bebida alcoólica diariamente; Fuma diariamente. Condições de saúde: Percepção do estado de saúde (muito bom/bom, regular e ruim/muito ruim); Internação hospitalar no último ano; Queda no último ano que levou a procurar o serviço de saúde; Consultou um médico no último ano; Costuma procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto está precisando de atendimento de saúde; Possui cadastro na Unidade de Saúde da Família (USF).

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) for Windows*, versão 20.0. Foram realizadas análises de amostra complexa, utilizando as variáveis de unidade primária de amostragem (UPA_PNS), peso do indivíduo (V00291) e estrato (V0024). Todas as análises consideraram a complexidade amostral da PNS.

Para determinar a multimorbidade, foi adotada a definição de duas ou mais DCNT em um mesmo indivíduo. Foram estimadas as proporções das variáveis e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) de acordo com o ano dos inquéritos. A distribuição da multimorbidade segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde foi analisada por meio do teste qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%.

Foram adotadas medidas para minimizar potenciais vieses inerentes ao delineamento transversal com dados secundários da PNS. Para reduzir o viés de seleção, para a análise dos dados utilizaram-se pesos amostrais, estratos e unidades primárias de amostragem, conforme recomendações do IBGE, assegurando estimativas representativas da população brasileira. O viés de informação foi atenuado pelo uso de questionário padronizado, aplicado por entrevistadores treinados, embora se reconheça a possibilidade de viés de memória e de subestimação de diagnósticos, especialmente em indivíduos com menor acesso aos serviços de saúde.

Aspectos éticos

Este estudo analisou dados de domínio público, sem identificação dos participantes da pesquisa, atendendo às diretrizes éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto da PNS obteve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em julho de 2013, sob número 328.159 para edição de 2013, e em agosto de 2019, sob o número 3.529.376, para edição de 2019. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, a PNS atende à resolução 196/96 do CNS, assegurando aos participantes da pesquisa a sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

RESULTADOS

Em ambos os anos prevaleceram os idosos do sexo feminino, jovens (60 a 79 anos), com cor de pele branca, casados, com ensino fundamental incompleto, os que não consumiam bebida alcoólica e tabaco diariamente, com percepção do estado de saúde muito bom/bom, que não foram internados no último ano, que não tiveram quedas no último ano que levaram a procurar o serviço de saúde, que consultaram com um médico no último ano, que não costumam procurar a UBS quando estavam doente, embora possuíssem cadastro na USF. Observou-se também importante um aumento de 8,2 pontos percentuais (p.p.) na proporção de quedas em 2019, quando comparado a 2013 (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de idosos brasileiros em geral nos anos de 2013 e 2019. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.

Variáveis	2013 [n = 11.177]	2019 [n = 22.728]
	% (IC95%)	% (IC95%)
Sexo		
Feminino	56,4 (54,8-57,9)	56,7 (55,6-57,7)
Idade	69,7 ± 7,9	70 ± 8
60 a 79 anos	86,4 (85,3-87,4)	86,4 (85,7-87,2)
80 anos ou mais	13,6 (12,6-14,7)	13,6 (12,8-14,3)
Cor ou raça		
Branca	53,8 (52,1-55,4)	50,5 (49,4-51,7)

Variáveis	2013 [n = 11.177]	2019 [n = 22.728]
	% (IC95%)	% (IC95%)
Parda	35,6 (34-37,1)	37,4 (36,3-38,5)
Preta	9,2 (8,3-10,2)	10,3 (9,6-11)
Amarela	1,2 (0,9-1,6)	1,3 (1-1,6)
Indígena	0,3 (0,2-0,4)	0,5 (0,4-0,7)
Estado civil		
Casado	53,5 (51,9-55,1)	50,7 (49,5-51,8)
Separado ou divorciado	7,7 (6,7-8,8)	9 (8,5-9,6)
Viúvo	26,6 (25,3-27,9)	25 (24,1-26)
Solteiro	12,3 (11,3-13,4)	15,3 (14,5-16,1)
Renda per capita do domicílio		
Menor que 1 salário mínimo**	31,8 (30,2-33,4)	29,2 (28,2-30,3)
1 salário mínimo	11,5 (10,6-12,5)	12,5 (11,9-13,2)
1 a 2 salários mínimos	31,5 (30-33,2)	31,8 (30,8-32,9)
Maior que 2 salários mínimos	25,1 (23,5-26,8)	26,4 (25,3-27,5)
Escolaridade		
Sem instrução	22,7 (21,4-24)	16,8 (16-17,7)
Fundamental incompleto	48 (46,3-49,7)	46,5 (45,3-47,6)
Fundamental completo/médio incompleto	8,1 (7-9,3)	9,5 (8,7-10,5)
Médio completo/ superior incompleto	11,8 (10,8-13,2)	15,9 (14,8-17,1)
Superior completo	9,4 (8,2-10,7)	11,3 (10,5-12,1)
Consumo de bebida alcoólica diariamente	18,9 (15,9-22,3)	17,5 (15,6-19,6)
Fuma diariamente	11,4 (10,4-12,4)	10,8 (10,2-11,5)
Percepção do Estado de Saúde		
Muito bom/bom	44,4 (42,1-46,8)	47 (45,4-48,9)
Regular	43,5 (42-45)	41,7 (40,6-42,9)
Ruim/muito ruim	12,1 (10,8-13,6)	11,2 (10,3-12,2)
Internação hospitalar no último ano	10,5 (9,5-11,5)	10,4 (9,8-11,1)
Queda no último ano que levou a procurar o serviço de saúde	7,4 (6,7-8,3)	15,6 (14,8-16,4)
Consultou um médico no	84,4 (83,2-85,5)	89,3 (88,6-89,9)

Variáveis	2013 [n = 11.177]	2019 [n = 22.728]
	% (IC95%)	% (IC95%)
último ano		
Costuma procurar a UBS quanto está precisando de atendimento de saúde	46,1 (43,9-48,3)	46,8 (45,3-48,3)
Possui cadastro na unidade de saúde da família	56,2 (54,3-58,1)	61,8 (60,3-63,3)

*Percentuais estimados com pesos amostrais.

** O salário mínimo em 2013 era de R\$678,00 e em 2019 de R\$998,00, correspondendo a aproximadamente \$332,35 e \$261,94 dólares internacionais.

A prevalência de multimorbidade aumentou de 51,2% em 2013 para 56,7% em 2019. Esse aumento representa que, a cada 100 idosos, aproximadamente cinco a seis indivíduos adicionais passaram a apresentar multimorbidade em 2019 em comparação a 2013.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição da multimorbidade, em ambas as edições da PNS, segundo: sexo feminino, estado civil casado, percepção do estado de saúde regular. Observou-se ainda que a ocorrência de internação hospitalar, queda e ter consultado um médico no último ano apresentaram diferença significativa em ambos os anos, assim como fumar diariamente. Já a variável consumo de bebida alcoólica diariamente apresentou diferença significativa somente no ano de 2013, enquanto que as variáveis idade de 60 a 79 anos, renda per capita do domicílio de um a dois salários mínimos e ensino fundamental incompleto apresentaram significância estatística somente em 2019, apresentando as maiores proporções. As variáveis cor ou raça, costuma procurar e possui cadastro na UBS não apresentaram diferença estatisticamente significativa (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de idosos brasileiros com multimorbidade, considerando a proporcionalidade em 2013 e 2019. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.

Variáveis	2013 Com multimorbidade % (IC95%) 51,2 (49,6-52,7)	p*	2019 Com multimorbidade % (IC95%) 56,7 (55,6-57,8)	p*
Sexo		<0,001		<0,001

Variáveis	2013 Com multimorbidade % (IC95%) 51,2 (49,6-52,7)	p*	2019 Com multimorbidade % (IC95%) 56,7 (55,6-57,8)	p*
Feminino	32,3 (30,9-33,8)		36,1 (35,1-37,3)	
Masculino	18,8 (17,6-20,2)		20,6 (19,7-21,4)	
Idade		0,711		0,011
60 a 79 anos	44,1 (42,6-45,7)		48,6 (47,4-49,7)	
80 anos ou mais	7,1 (6,3-7,9)		8,2 (7,6-8,8)	
Cor ou raça		0,159		0,640
Branca	28,3 (26,8-29,8)		28,7 (27,7-29,8)	
Preta	4,8 (4,2-5,5)		5,9 (5,3-6,4)	
Amarela	0,6 (0,4-1)		0,8 (0,6-1,1)	
Parda	17,3 (16,2-18,5)		21 (20-21,9)	
Indígena	0,2 (0,1-0,3)		0,3 (0,2-0,5)	
Estado civil		<0,001		<0,001
Casado	27,3 (25,8-28,8)		28 (27-29,1)	
Separado ou divorciado	4 (3,3-4,9)		5,1 (4,7-5,6)	
Viúvo	14,6 (13,6-15,7)		15,6 (14,8-16,4)	
Solteiro	5,2 (4,6-6)		8 (7,4-8,6)	
Renda per capita do domicílio		0,134		0,011
Menor que 1 salário mínimo**	15,5 (14,3-16,8)		16,3 (15,5-17,2)	
1 salário mínimo	6 (5,3-6,7)		7,4 (6,9-7,9)	
1 a 2 salários mínimos	16,8 (15,5-18,1)		18,6 (17,8-19,6)	
Maior que 2 salários mínimos	13 (11,9-14,2)		14,4 (13,5-15,2)	
Escolaridade		0,236		<0,001
Sem instrução	11,5 (10,6-12,5)		9,3 (8,7-9,9)	
Fundamental incompleto	25,4(23,9-27)		27,6 (26,6-28,6)	
Fundamental completo/médio incompleto	4 (3,4-4,8)		5,2 (4,6-6)	
Médio completo/ superior incompleto	5,9 (5,1-6,8)		8,7 (7,9-9,6)	
Superior completo	4,4 (3,6-5,3)		5,9 (5,4-6,5)	
Consumo de bebida alcoólica diariamente	10,2 (7,8-13,1)	0,035	8 (6,6-9,7)	0,882
Fuma diariamente	4,7 (4-5,5)	<0,001	5 (4,5-5,5)	<0,001

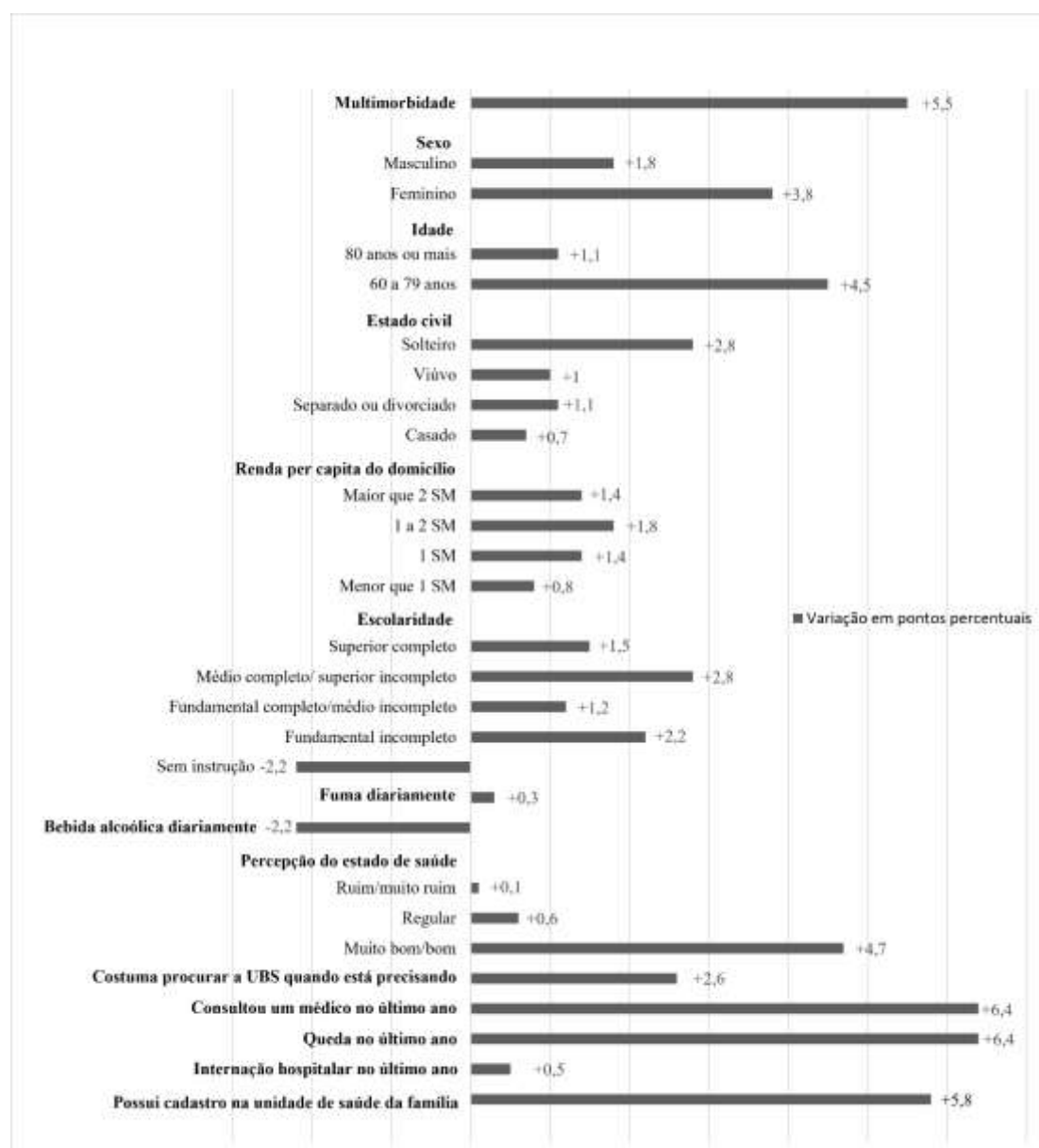
Variáveis	2013 Com multimorbidade % (IC95%) 51,2 (49,6-52,7)	p*	2019 Com multimorbidade % (IC95%) 56,7 (55,6-57,8)	p*
Percepção do Estado de Saúde		<0,001		<0,001
Muito bom/bom	15,4 (13,9-17)		20,1 (18,9-21,5)	
Regular	27 (25,6-28,3)		27,6 (26,6-28,7)	
Ruim/muito ruim	8,8 (7,7-10,2)		8,9 (8,1-9,9)	
Internação hospitalar no último ano	7,4 (6,5-8,3)	<0,001	7,9 (7,4-8,5)	<0,001
Queda no último ano que levou a procurar o serviço de saúde	4,8 (4,2-5,5)	<0,001	11,2 (10,5-11,9)	<0,001
Consultou um médico no último ano	47,9 (46,3-49,5)	<0,001	54,3 (53,2-55,4)	<0,001
Costuma procurar a UBS quanto está precisando de atendimento de saúde	24,3 (22,5-26,2)	0,614	26,9 (25,7-28,1)	0,504
Possui cadastro na unidade de saúde da família	29,5 (27,9-31,1)	0,135	35,3 (34,1-36,6)	0,441

Percentuais estimados com pesos amostrais.

*p Teste qui-quadrado. ** O salário mínimo em 2013 era de R\$678,00 e em 2019 de R\$998,00, correspondendo a aproximadamente \$332,35 e \$261,94 dólares internacionais.

A magnitude das diferenças da multimorbidade pode ser interpretada a partir da variação absoluta apresentada na Figura 1. As variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde entre idosos com multimorbidade apresentaram aumento percentual entre os anos analisados, com destaque para ter consultado um médico e ter caído no último ano (6,4 p.p.), para o aumento do cadastro na USF (5,8 p.p.) e para a melhora da percepção de saúde (4,7 p.p.). Apenas as variáveis sem instrução para escolaridade e consumo de bebida alcoólica diariamente apresentaram redução (-2,2 p.p.) (Figura 1).

Figura 1 - Variação, em pontos percentuais, da multimorbidade entre os anos de 2013 e 2019 de acordo com as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.



A Tabela 3 apresenta a distribuição da multimorbidade em idosos brasileiros considerando a proporcionalidade para cada sexo em cada ano analisado. Observou-se maior prevalência de multimorbidade, com diferença estatística significativa, segundo o sexo entre idosos com multimorbidade em ambos os anos, proporcionalmente. Evidenciou-se diferença estatística significativa segundo o sexo masculino no consumo de bebida alcoólica e tabaco diariamente e a internação hospitalar, em ambos os anos, e segundo o sexo feminino a idade de 60 a 79 anos, menor renda e quedas, em 2019. As variáveis percepção do estado de saúde, costuma procurar e possui cadastro na UBS não apresentaram diferença significativa segundo o sexo em nenhum ano.

Tabela 3 - Distribuição da multimorbidade em idosos brasileiros segundo características sociodemográficas, comportamentais e de saúde, considerando a proporcionalidade para cada sexo em cada ano analisado. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.

Variáveis	2013		p*	2019		p*
	Feminino % (IC95%) 63,2 (61,1-65,3)	Masculino % (IC95%) 36,8 (34,7-38,9)		Feminino % (IC95%) 63,7 (62,3-65,1)	Masculino % (IC95%) 36,3 (34,9-37,7)	
Idade			0,215			<0,001
60 a 79 anos	54 (51,9-56,1)	32,2 (30,2-34,3)		54,1 (52,6-55,6)	31,5 (30,2-32,9)	
80 anos ou mais	9,2 (8,1-10,4)	4,6 (3,7-5,7)		9,7 (8,8-10,6)	4,7 (4,1-5,4)	
Estado civil			<0,001			<0,001
Casado	26,9 (24,8-29)	26,5 (24,5-28,5)		23,4 (22,1-24,1)	26,1 (24,8-27,4)	
Separado ou divorciado	4,8 (3,8-6,1)	3 (2,1-4,2)		6 (5,4-6,7)	3 (2,6-3,5)	
Viúvo	24,3 (22,7-26)	4,3 (3,5-5,3)		24 (22,8-25,3)	3,4 (2,9-4)	
Solteiro	7,2 (6,1-8,4)	3,1 (2,4-4)		10,4 (9,5-11,4)	3,8 (3,3-4,3)	
Cor ou raça			0,029			0,237
Branca	34,4 (32,5-36,5)	20,8 (18,9-22,7)		31,9 (30,5-33,4)	18,7 (14,6-19,9)	
Preta	7 (5,9-8,1)	2,5 (1,9-3,1)		7 (6,3-7,9)	3,3 (2,8-3,9)	
Amarela	0,7 (0,4-1,3)	0,5 (0,3-1)		0,8 (0,5-1,1)	0,6 (0,4-1)	
Parda	20,9 (19,2-22,6)	13 (11,5-14,5)		13,4 (12,5-14,3)	13,4 (12,5-14,3)	
Indígena	0,2 (0,1-0,4)	0,1 (0-0,4)		0,2 (0,1-0,4)	0,2 (0,1-0,4)	
Escolaridade			<0,001			0,003
Sem instrução	16,1 (14,6-17,7)	6,4 (5,5-7,5)		11,1 (10,2-12)	5,3 (4,8-6)	
Fundamental incompleto	30,7 (28,6-32,9)	19 (17,1-21)		31,7 (30,3-33,1)	17 (15,9-18,1)	
Fundamental completo/médio incompleto	4,7 (3,9-5,8)	3,1 (2,3-4,2)		5,7 (4,8-6,7)	3,6 (2,8-4,4)	

Variáveis	2013		p*	2019		p*
	Feminino % (IC95%) 63,2 (61,1-65,3)	Masculino % (IC95%) 36,8 (34,7-38,9)		Feminino % (IC95%) 63,7 (62,3-65,1)	Masculino % (IC95%) 36,3 (34,9-37,7)	
Médio completo/ superior incompleto	7,3 (6,1-8,8)	4,2 (3,2-5,5)		9,4 (8,3-10,7)	5,9 (5,1-6,8)	
Superior completo	4,4 (3,6-5,3)	4,2 (3,1-5,5)		5,9 (5,2-6,6)	4,6 (4-5,2)	
Renda per capita do domicílio			0,122			0,001
Menor que 1 salário mínimo**	20 (18,2-22)	10,2 (9-11,6)		19,1 (17,8-20,3)	9,7(8,9-10,7)	
1 salário mínimo	7,6 (6,7-8,6)	4 (3,3-5)		8,7 (8-9,4)	4,3 (3,8-4,8)	
1 a 2 salários mínimos	20,3 (18,6-22,2)	12,4 (10,9-14,2)		20,9 (19,7-22,2)	12 (11-13)	
Maior que 2 salários mínimos	15,2 (13,8-16,8)	10,1 (8,8-11,6)		15 (14-16,1)	10,3 (9,5-11,2)	
Consumo de bebida alcoólica diariamente	2,7 (1,6-4,5)	20,1 (15,3-26)	<0,001	3 (1,8-5)	13,7 (11,1-16,8)	<0,001
Fuma diariamente	4,7 (3,8-5,8)	4,5 (3,5-5,7)	0,001	4,9 (4,4-5,6)	3,8 (3,3-4,4)	0,012
Percepção do Estado de Saúde			0,170			0,217
Muito bom/bom	18,3 (16,4-20,5)	11,8 (9,9-14,1)		22,2 (20,4-24,2)	13,3 (12,1-14,8)	
Regular	33,1 (31,1-35,2)	19,6 (17,8-21,4)		30,9 (29,5-32,3)	17,8 (16,7-18,9)	
Ruim/muito ruim	11,8 (10-13,9)	5,4 (4,3-6,8)		10,6 (9,5-12)	5,1 (4,4-6)	
Internação hospitalar no último ano	8,4 (7,2-9,6)	6 (5,1-7,2)	0,050	8,3 (7,5-9)	5,7 (5-6,5)	0,011

Variáveis	2013		p*	2019		p*
	Feminino % (IC95%) 63,2 (61,1-65,3)	Masculino % (IC95%) 36,8 (34,7-38,9)		Feminino % (IC95%) 63,7 (62,3-65,1)	Masculino % (IC95%) 36,3 (34,9-37,7)	
Queda no último ano que levou a procurar o serviço de saúde	6,6 (5,7-7,6)	2,8 (2-3,9)	0,081	14,4 (13,4-15,4)	5,4 (4,8-6,1)	<0,001
Consultou um médico no último ano	8,4 (7,2-9,6)	6 (5,1-7,2)	0,001	61,5 (60,1-62,9)	34,2 (32,9-35,6)	0,001
Costuma procurar a UBS quanto está precisando de atendimento de saúde	29,9 (27,6-32,3)	16 (14-18,3)	0,166	29,2 (27,6-30,9)	16,7 (15,5-18,1)	0,997
Possui cadastro na unidade de saúde da família	36,5 (34,3-38,7)	21,1 (19,1-23,3)	0,993	40 (38,4-41,7)	22,3 (21,1-23,5)	0,461

Percentuais estimados com pesos amostrais.

*Teste qui-quadrado. ** O salário mínimo em 2013 era de R\$678,00 e em 2019 de R\$998,00, correspondendo a aproximadamente \$332,35 e \$261,94 dólares internacionais.

A distribuição da multimorbidade estratificada por grupos etários está presente na Tabela 4. O estado civil casado, consumo de álcool e tabaco e menor renda apresentaram diferença estatística significativa com o grupo etário mais jovem. O ensino fundamental incompleto apresentou diferença no grupo de idosos mais jovens em 2013, e aos mais velhos em 2019. Entre os mais velhos, observou-se diferença estatisticamente significativa com o estado civil viúvo, cor branca, consulta com médico no último ano e quedas, em ambos os anos, e com internação hospitalar em 2019. As variáveis percepção do estado de saúde, ter consultado um médico no último ano e possuir cadastro na USF não apresentaram diferença estatisticamente significativa em ambos os anos.

Tabela 4 - Distribuição da multimorbidade em idosos brasileiros segundo características sociodemográficas, comportamentais e de saúde, considerando a proporcionalidade para cada grupo etário em cada ano analisado. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019.

Variáveis	2013			2019		
	60 a 79 anos % (IC95%)	80 anos ou mais % (IC95%)	p*	60 a 79 anos % (IC95%)	80 anos ou mais % (IC95%)	p*
	86,2 (84,7-87,6)	13,8 (12,4-15,3)		85,6 (84,5-86,7)	14,4 (13,3-15,5)	
Estado civil			<0,001			<0,001
Casado	48,5 (46,2-50,8)	4,8 (3,9-5,9)		44,7 (43,2-46,2)	4,7 (4,1-5,4)	
Separado ou divorciado	7,5 (6,1-9,2)	0,4 (0,1-0,7)		8,7 (7,9-9,5)	0,3 (0,2-0,5)	
Viúvo	21,5 (19,9-23,2)	7,1 (6,2-8,1)		19,8 (18,6-20,9)	7,7 (6,9-8,5)	
Solteiro	8,7 (7,6-9,9)	1,5 (1-2,4)		12,5 (11,6-13,5)	1,6 (1,3-2,1)	
Cor ou raça			<0,001			0,045
Branca	46,1 (44-48,4)	9,1 (7,9-10,4)		42,7 (41,2-44,2)	8 (7,1-8,8)	
Preta	8 (6,9-9,3)	1,4 (1-2)		8,9 (8-9,8)	1,5 (1,2-1,9)	
Amarela	1,1 (0,6-1,8)	0,1 (0-0,4)		1,2 (0,8-1,6)	0,3 (0,1-0,5)	
Parda	30,6 (28,6-32,8)	3,2 (2,6-3,9)		32,3 (30,9-33,8)	4,7 (4,1-5,3)	
Indígena	0,3 (0,2-0,6)	0 (0-0,1)		0,6 (0,4-0,8)	0 (0-0,1)	
Renda per capita do			0,197			<0,001

Variáveis	2013			2019		
	60 a 79 anos % (IC95%) 86,2 (84,7-87,6)	80 anos ou mais % (IC95%) 13,8 (12,4-15,3)	p*	60 a 79 anos % (IC95%) 85,6 (84,5-86,7)	80 anos ou mais % (IC95%) 14,4 (13,3-15,5)	p*
domicílio						
Menor que 1 salário mínimo**	26,2 (24,2-28,2)	4,1 (3,3-5,1)		25,2 (23,9-26,6)	3,6 (3-4,2)	
1 salário mínimo	9,5 (8,4-10,8)	2,1 (1,6-2,7)		10,4 (9,7-11,2)	2,6 (2,2-3)	
1 a 2 salários mínimos	28,3 (26,2-30,6)	4,4 (3,6-5,5)		28,2 (26,9-29,6)	4,7 (4,1-5,4)	
Maior que 2 salários mínimos	22,2 (20,2-24,2)	3,2 (2,5-4)		21,8 (20,5-23,1)	3,6 (3-4,2)	
Escolaridade			<0,001	<0,001		
Sem instrução	17,5 (16-19,)	5 (4,2-6,1)		12,2 (11,2-13,1)	4,2 (3,7-4,9)	
Fundamental incompleto	43,7 (41,4-46,1)	6 (5-7,1)		41,4 (39,9-42,9)	7,3 (6,5-8,1)	
Fundamental completo/médio incompleto	7 (5,7-8,4)	0,8 (0,6-1,3)		8,4 (7,2-9,7)	0,7 (0,6-1,1)	
Médio completo/ superior incompleto	10,5 (9,1-12,3)	0,9 (0,6-1,4)		14,1 (12,9-15,6)	1,2 (0,91,6)	
Superior completo	7,6 (6,3-9,1)	1 (0,5-1,8)		9,5 (8,7-10,5)	0,9 (0,6-1,3)	
Consumo de bebida alcoólica diariamente	18,8 (14,2-24,4)	4 (2-7,8)	0,005	14,9 (12,2-18)	1,8 (1,1-2,9)	0,029
Fuma diariamente	8,6 (7,3-10)	0,7 (0,3-1,4)	0,019	8,2 (7,5-9,1)	0,5 (0,4-0,8)	<0,001
Percepção do Estado de Saúde			0,239			0,644
Muito bom/bom	26,6 (23,9-29,5)	3,5 (2,7-4,7)		30,4 (28,4-32,6)	5,2 (4,3-1,1)	
Regular	45,3 (43,1-47,5)	7,4 (6,4-8,6)		41,9 (40,4-43,4)	6,8 (6,1-7,5)	
Ruim/muito ruim	14,4 (12,4-16,6)	2,9 (2,1-4,1)		13,3 (12-14,8)	2,5 (1,9-3,2)	
Internação hospitalar no	12,1 (10,8-13,3)	2,3 (1,8-2,9)	0,269	11,5 (10,6-12,5)	2,5 (2,1-3)	0,013

Variáveis	2013			2019		
	60 a 79 anos % (IC95%)	80 anos ou mais % (IC95%)	p*	60 a 79 anos % (IC95%)	80 anos ou mais % (IC95%)	p*
	86,2 (84,7-87,6)	13,8 (12,4-15,3)		85,6 (84,5-86,7)	14,4 (13,3-15,5)	
último ano						
Queda no último ano que levou a procurar o serviço de saúde	7,2 (6,2-8,4)	2,2 (1,6-2,9)	<0,001	16 (14,9-17,1)	3,8 (3,3-4,4)	<0,001
Consultou um médico no último ano	80,6 (78,8-82,3)	12,9(11,6-14,5)	0,310	81,9 (80,7-83)	13,9 (12,9-15)	0,576
Costuma procurar a UBS quanto está precisando de atendimento de saúde	41,2 (38,3-44,1)	4,7 (3,9-5,8)	0,001	40 (38,2-41,8)	6 (5,2-6,9)	<0,001
Possui cadastro na unidade de saúde da família	50,5 (48-53)	7,1 (6,1-8,3)	0,77	53,5 (51,7-55,2)	8,8 (8-9,7)	0,067

Percentuais estimados com pesos amostrais.

*Teste qui-quadrado. ** O salário mínimo em 2013 era de R\$678,00 e em 2019 de R\$998,00, correspondendo a aproximadamente \$332,35 e \$261,94 dólares internacionais.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou elevada prevalência de multimorbidade entre idosos brasileiros, com aumento entre 2013 e 2019, além de diferenças estatisticamente significativas na distribuição segundo o sexo e grupos etários. O aumento correspondeu a 5,5 p.p., indicando crescimento consistente da carga de multimorbidade no período. Esses achados reforçam a magnitude da multimorbidade como desafio crescente no contexto do envelhecimento populacional brasileiro e indicam a necessidade de monitoramento contínuo em nível nacional. Por se tratar de dados representativos da população idosa brasileira, os resultados oferecem subsídios relevantes para o planejamento assistencial e para o avanço do conhecimento na área.

A predominância do sexo feminino corrobora com o fenômeno da feminização do envelhecimento e a consequente prevalência de multimorbidade entre as mulheres^(1,11-12). No Brasil, a expectativa de vida ao nascer para os homens é de 72 anos, e para as mulheres é de 79 anos⁽¹³⁾. Globalmente, é de 74,7 anos para as mulheres e de 69,9 anos para os homens⁽¹⁴⁾. Embora a proporção de idosos jovens tenha sido superior à dos mais velhos, o Brasil apresenta crescimento acelerado da população com 80 anos ou mais, tornando relevantes as pesquisas nacionais que considerem grupos etários para o devido planejamento de ações de saúde pública voltadas a esta população⁽¹⁰⁾. A expectativa de vida aos 60 anos, em 2024, foi de 20,8 anos para os homens e de 24,2 anos para mulheres, enquanto aos 80 anos é de 8,3 e 9,5 anos, respectivamente⁽¹³⁾.

Identificou-se um percentual considerável de idosos que recebiam menos de um salário mínimo em 2013 e de um a dois salários mínimos em 2019, o que pode ser reflexo da redução do percentual de idosos sem instrução e do aumento dos percentuais mais elevados de escolaridade. Estes resultados evidenciam a problemática socioeconômica dos idosos brasileiros, que pode influenciar nas condições de saúde dessa população⁽¹²⁾.

Observou-se um aumento na proporção de idosos que consultaram um médico no último ano, possuíam cadastro e costumavam procurar a UBS quando precisavam de atendimento de saúde, entre 2013 e 2019. A capilaridade das ações e intervenções do modelo de APS, baseado na Estratégia de Saúde da Família, é importante para os usuários cadastrados e acompanhados em todas as regiões do Brasil, especialmente entre a população idosa com DCNT, a qual utiliza com maior frequência os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁵⁾.

A alta prevalência de multimorbidade em idosos brasileiros em ambos os anos analisados corrobora com outros estudos que evidenciam uma alta prevalência mundial, com

percentual acima de 50%, sobretudo em países de baixa e média renda⁽⁵⁻⁶⁾. O aumento da multimorbidade observado neste estudo pode ser parcialmente explicado pelo envelhecimento populacional e transição epidemiológica que resulta no aumento de DCNT em idosos, o que pode refletir no aumento de condições agudas e de mortalidade e, conseqüentemente, no impacto da qualidade de vida e custos para os serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

Entre os idosos com multimorbidade, a diferença entre mulheres e homens superou 15 p.p. em 2019, evidenciando desigualdade expressiva e persistente na distribuição da condição. Estudos nacionais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e internacionais⁽¹⁹⁻²⁰⁾ encontraram associação significativa entre o sexo feminino e multimorbidade.

Essa diferença pode ser explicada pela maior proporção de mulheres idosas e relacionado à maior procura por serviços de saúde que resulta em maior oportunidade de diagnósticos. A feminização do envelhecimento ressalta a importância de reconhecer as demandas específicas das mulheres idosas, não apenas como um segmento numericamente expressivo, mas também devido às possíveis nuances nas condições de saúde que enfrentam⁽¹⁾. Para a população brasileira, evidencia-se na literatura que aos 60 anos, mais da metade (53,6%) da esperança de vida é com multimorbidade, sendo que as mulheres convivem por mais tempo com esta, considerando-se a maior expectativa de vida⁽⁸⁾. Dessa forma, o sexo possui um papel determinante sobre o processo de envelhecimento, relacionando-se diretamente nas condições de saúde⁽¹¹⁾.

Corroborando com estes achados, um estudo de base populacional representativo para o Irã, com 49.946 participantes com idades entre 40 e 75 anos, constatou que as mulheres tiveram uma prevalência de multimorbidade de 25%, enquanto os homens tiveram uma prevalência de 13,4%. Visando controlar a multimorbidade, especialmente nas mulheres, os autores recomendam a utilização de métodos educativos e de promoção da saúde, para aumentar a sensibilização quanto aos fatores de risco modificáveis, como o tabagismo⁽²⁰⁾.

Neste estudo, o uso diário de tabaco e álcool apresentaram diferença estatística significativa quando associado ao sexo masculino e ao grupo etário mais jovem, em idosos com multimorbidade. Um estudo que avaliou a associação entre fatores de estilo de vida e multimorbidade estratificada por sexo em idosos evidenciou que entre os homens o tabagismo está associado a maiores chances dessa condição⁽²¹⁾.

Observou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da multimorbidade segundo à condição de casados ou viúvos, o que difere de outro estudo transversal nacional realizado com 384 idosos na Paraíba, o qual não encontrou associação significativa para o estado civil⁽¹⁸⁾. Corroborando com este estudo, ao passo que a condição de viuvez foi

associada ao grupo etário mais velho em idosos com multimorbidade, uma pesquisa longitudinal com 4.187 americanos com mais de 60 anos constatou que a perda conjugal é comum entre idosos mais velhos e está ligada a DCNT⁽²²⁾. É possível que idosos casados sobrevivam por mais tempo, e que os viúvos também possam estar entre aqueles mais velhos. Estes fatores, somados ao envelhecimento fisiológico, podem resultar em maior probabilidade de acúmulo de DCNT⁽²²⁾.

A menor renda per capita do domicílio e menor escolaridade apresentaram diferença estatística significativa com a multimorbidade em 2019, sendo que a menor renda também apresentou significância ao sexo feminino e ao grupo etário mais jovem em 2019. Corroborando com estes achados, outro estudo com idosos brasileiros indica que a multimorbidade é mais prevalente em idosos com posições socioeconômicas mais baixas, indicando associação entre status socioeconômico e resultados de saúde⁽⁷⁾. A desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil pode contribuir para esse cenário^(7, 19).

Neste estudo, o ensino fundamental incompleto apresentou distribuição significativa associada ao sexo masculino em 2013 e feminino em 2019, em idosos com multimorbidade. Contrapondo-se a esses achados, as associações entre escolaridade e multimorbidade diferiram entre os sexos em um inquérito domiciliar de base populacional realizado com adultos brasileiros com 18 anos ou mais⁽⁶⁾. Nos homens, a multimorbidade foi inversamente associada ao ensino fundamental completo e ensino médio completo, enquanto nas mulheres não foi observada diferença significativa entre essas variáveis⁽⁶⁾. O mesmo inquérito identificou que as taxas de prevalência de multimorbidade também aumentaram substancialmente com a idade⁽⁶⁾.

A autopercepção de saúde negativa esteve relacionada à presença de multimorbidade em idosos em ambos os anos, embora não tenha apresentado significância estatística com o sexo e grupos etários. A literatura indica que essa associação pode ser entendida porque idosos com multimorbidade podem apresentar pior qualidade de vida, além da dificuldade de autocuidado e aumento da dependência para atividades de vida diária⁽¹⁷⁾.

As quedas mostraram-se relacionadas à multimorbidade, corroborando com estudo nacional com idosos comunitários⁽¹⁷⁾. Neste estudo, evidenciou-se um aumento de 6,5 p.p. de quedas, além de diferença estatística significativa segundo o sexo e grupos etários, com aumento de 8,8 p.p. entre o grupo etário mais jovem e 7,8 p.p. entre as mulheres, configurando variações de elevada magnitude. As DCNT podem contribuir para esse cenário por meio da incapacidade funcional e uso de medicamentos⁽¹⁷⁾.

Verificou-se neste estudo diferença estatística significativa entre o sexo feminino e grupo etário mais jovem em 2019. Outros estudos identificaram a associação da idade com a multimorbidade, uma vez que a maioria dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam múltiplas doenças^(19, 23). Além disso, juntamente ao avanço da idade os idosos vivenciam o aumento do número e complexidade das morbidades⁽²⁴⁾. No presente estudo, aproximadamente 86% dos casos de multimorbidade concentraram-se no grupo de 60 a 79 anos, diferença superior a 70 p.p. em relação aos ≥ 80 anos, evidenciando concentração marcante nessa faixa etária.

Nesse sentido, é importante considerar os grupos etários em políticas e práticas de saúde, uma vez que a oferta adequada de cuidados à saúde dos idosos mais jovens poderá estender sua expectativa de vida livre de incapacidades. Da mesma forma, políticas públicas de suporte aos idosos, tanto aos mais jovens, quanto aos mais velhos, já com níveis moderados de dependência, poderão prolongar o seu período de vida com autonomia⁽¹²⁾.

Um estudo de base domiciliar realizado com 118 idosos de um município de Minas Gerais, identificou que as características mais significativas no avanço de idoso “jovem” para “velho” foram o aumento da chance de apresentar DCNT e dificuldade nas atividades da vida diária. Dessa forma, a análise das condições de saúde de idosos entre grupos etários pode estar relacionada ao aumento da prevalência de DCNT e aos fatores que comprometem a capacidade funcional⁽²⁵⁾.

Consultar um médico apresentou distribuição significativa relacionada à multimorbidade em idosos, com aumento de 6 p.p. entre 2013 e 2019, em consonância com estudo que aponta maior uso de serviços de saúde por essa população⁽²⁶⁾. Essa variável associou-se ao sexo masculino em 2013 e feminino em 2019 e grupo etário mais velhos em ambos os anos. Esse achado reforça a necessidade de reorganização do cuidado às DCNT, com fortalecimento da APS e da coordenação na RAS, com foco na continuidade do cuidado e na assistência integral⁽²⁷⁾.

Observou-se um aumento entre os idosos com multimorbidade que costumam procurar a UBS, corroborando com estudo que avaliou as tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil⁽²⁸⁾, podendo ser explicado pelo aumento dos serviços públicos de saúde e pelas desigualdades socioeconômicas, sendo que menos idosos possuem saúde suplementar, utilizando exclusivamente o SUS⁽²⁹⁾. Neste estudo, observou-se que procurar a UBS apresentou maior proporção no grupo etário de idosos jovens, contrastando com um estudo brasileiro que evidenciou que o uso dos serviços de saúde foi mais elevado entre idosos mais velhos⁽³¹⁾. Torna-se necessário fortalecer os profissionais de

saúde, sobretudo enfermeiros, da APS para a avaliação multidimensional dos idosos, acompanhamento das DCNT e identificação de prioridades individuais, visando a melhoria da coordenação dos serviços de saúde⁽³⁰⁾.

As limitações deste estudo referem-se aos dados de domínio público previamente coletados, aos quais não se tem controle sobre a forma de coleta das variáveis. O número restrito de DCNT consideradas e o autorrelato relacionado ao viés da memória podem ter impactado na prevalência de multimorbidade. Deve-se considerar que foram incluídos diferentes indivíduos em cada edição da PNS, limitando alguns aspectos comparativos. As análises realizadas foram bivariadas, o que limita a interpretação quanto à independência das diferenças observadas.

Ademais, o número de comparações realizadas no estudo pode aumentar a probabilidade de ocorrência de erro tipo I, isto é, a identificação de diferenças estatisticamente significativas ao acaso, especialmente quando os valores de p se aproximam do limiar adotado. Dessa forma, os resultados devem ser analisados com cautela, sendo compreendidos como diferenças na distribuição entre os grupos investigados, e não como evidência de relações causais. Por outro lado, destaca-se como ponto forte o uso de base de dados nacionalmente representativa, com amostragem probabilística complexa conduzida pelo IBGE, o que amplia a validade externa dos achados para a população idosa brasileira.

Sugerem-se futuras pesquisas que abordem a temática de forma longitudinal e multidimensional para fornecer informações específicas sobre o atendimento à saúde desses idosos, com ênfase no acompanhamento na APS, assim como para determinar fatores de risco para multimorbidade, visando assegurar a integralidade do cuidado e promover o envelhecimento saudável.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram importantes diferenças na distribuição da multimorbidade segundo sexo e grupos etários entre idosos brasileiros, fornecendo subsídios aos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e gestores, para o planejamento de ações voltadas à integralidade do cuidado dessa população. Observou-se elevada prevalência de multimorbidade, com aumento de 51,2% em 2013 para 56,7% em 2019, destacando-se maior incremento entre o sexo feminino, grupo etário mais jovem, que consultou um médico e apresentou quedas no último ano, cadastrados na USF e com percepção de saúde muito bom/bom.

A distribuição da multimorbidade ocorreu em maior proporção no sexo feminino, estado civil casado, percepção do estado de saúde regular, com uso diário de fumo, ocorrência de internações, quedas e consultas médicas no último ano. Evidenciou-se que, enquanto no sexo masculino houve maior proporção com o consumo diário de álcool, tabaco e internações em ambos os anos, no sexo feminino foi maior na faixa de 60 a 79 anos, com menor renda e quedas, em 2019. Observou-se que os idosos mais jovens apresentaram maior proporção entre o estado civil casado, com consumo diário de álcool e tabaco e a menor renda, ao passo que, entre os mais velhos, destacaram-se o estado civil viúvo, a cor branca, a realização de consultas médicas e a ocorrência de quedas, em ambos os anos.

Reconhecer diferenças na distribuição das condições de saúde entre homens e mulheres e entre idosos jovens e mais velhos é relevante para promover o envelhecimento saudável e equitativo, evitando generalizações na organização do cuidado. Estratégias eficazes para a prevenção e controle da multimorbidade são urgentemente necessárias, com destaque para a inserção da enfermagem na integralidade do cuidado à saúde.

No âmbito da enfermagem, os achados subsidiam o aprimoramento do cuidado na APS ao evidenciar a elevada prevalência de multimorbidade e sua distribuição diferenciada segundo sexo e grupos etários. Esses resultados podem orientar a organização da agenda assistencial e o acompanhamento longitudinal de idosos com maior vulnerabilidade, além de fundamentar intervenções como avaliação multidimensional sistemática, manejo da polifarmácia, prevenção de quedas e ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado. Dessa forma, os resultados contribuem para qualificar a coordenação do cuidado e fortalecer a atuação do enfermeiro na integralidade da atenção à saúde do idoso.

Diante das características sociodemográficas e das condições de saúde identificadas, evidencia-se um cenário epidemiológico desafiador a nível nacional, reforçando a importância da ampliação de investimentos públicos voltados à promoção do envelhecimento saudável, sendo um desafio para o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Cepellos VM. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. RAE. 2021;61(2). <https://doi.org/10.1590/s0034-759020210208>
2. Alves CCP, Costa VV, Costa CO, Santos BL, Barbosa-Júnior F, Meiners MMMA et al. Multimorbidity in the elderly of an educational program in Brazilian capital: a cross-sectional study. Medicine. 2024;103:e40493. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000040493>

3. Martins TCDF, Silva JHCMD, Máximo GDC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:4483-96. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
4. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nature Rev Dis Prim*. 2022;8(1):48. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
5. Zhu X, Wang Z, Yang X, Ning Z. About half of older adults have two or more chronic conditions at the same time: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2025;13:1680745. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1680745>
6. Pereira CC, Pedroso CF, Batista SRR, Guimarães RA. Prevalence and factors associated with multimorbidity in adults in Brazil, according to sex: a population-based cross-sectional survey. *Front Public Health*. 2023;11:1193428. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193428>
7. Bof FA, Thumé E, Facchini LA, Torres JL, Nunes BP. Education and income-related inequalities in multimorbidity among older Brazilian adults. *PLOS ONE*. 2022;17(10):e0275985. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275985>
8. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev Bras Estud Popul*. 2020;37:e0117. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0117>
9. Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
10. Damor N, Makwana N, Kagathara N, Yogesh M, Damor RD, Murmu AA. Prevalence and predictors of multimorbidity in older adults, a community-based cross-sectional study. *J Fam Med Prim Care*. 2024;13:2676-82. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1856_23
11. Lim A, Benjasirisan C, Tebay J, Himmelfarb CD, Davidson PM, Koirala B. Gender differences in disease burden and quality-of-life trajectories among older adults living with multimorbidity. *Innovat Aging*. 2024;8:978. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.3150>
12. Chaimowicz F, Chaimowicz GF. O envelhecimento populacional brasileiro. *Pista* [Internet]. 2022[cited 2025 Dec 30];4(2):6-26. Available from: <https://periodicos.pucminas.br/pista/article/view/29830>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábuas completas de mortalidade para o Brasil: 2024 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025[cited 2025 Dec 30]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>
14. United Nations (UN). *World population ageing 2019* [Internet]. 2019[cited 2022 Dec 26]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3907988/files/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

15. Pinto LF, Quesada LA, D'Avila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciê Saude Coletiva*. 2021;26(9):3965-79. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>
16. Xi J, Li PWC, Yu DSF. Multimorbidity: the need for a consensus on its operational definition. *J Adv Nurs*. 2024;80(12):4755-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.16292>
17. Gusmão MSF, Cunha PO, Santos BG, Costa FM, Caldeira AP, Carneiro JA. Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2022[cited 2022 Dec 26];25(1):e220115. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/XvWpGV35MqHNG7sbKd8BVGG/?lang=pt>
18. Alexandrino A, Oliveira CBS, Gomes SM, Nogueira MF, Mendes TCO, Lima KC. Prevalência e fatores associados à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2023;26:e230105. <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230105.pt>
19. Sharma P, Maurya P. Gender differences in the Prevalence and Pattern of Disease Combination of Chronic Multimorbidity among Indian Elderly. *Ageing Int*. 2021;1-19. <https://doi.org/10.1007/S12126-021-09419-9>
20. Hu X, Li S, Wei Z, Wu D, Meng L, Li J, et al. Prevalence and pattern of multimorbidity in China: a cross-sectional study of 224,142 adults over 60 years old. *Front Public Health*. 2024;12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1349418>
21. Almeida MGN, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). *Eur J Ageing*. 2020;17(4):521-9. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00560-z>
22. Karakida M, Song Q, Stokes J, Leveille S, Dugan B. Multimorbidity and its association of widowhood, race, and ethnicity in older adults. *Innovat Aging*. 2022;1:504-5. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.1934>
23. Pillai RS, Paul NSS, Davis GD, Dev SS. Prevalence of Multimorbidity and Associated Sociodemographic Factors among Elderly Population in a Rural Area in South Kerala. *Indian J Pain*. 2023;37:45-S49. https://doi.org/10.4103/ijpn.ijpn_56_23
24. Reis CB, Jesus RS, Silva CSO, Pinho LD. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. *Rev Rene*. 2016;17:120-7. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100016>
25. Bordin D, Michalski J, Barbosa JLI, Bordin R, Bernartt MDL, Lima ML. Multimorbidity in brazilian elderly and the relationship with the use of health services. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2023;8(1):102-113. <https://doi.org/https://doi.org/10.25279/sak.1088575>
26. Chaparro-Díaz L, Valbuena-Castiblanco CL, Carreño-Moreno S, Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ. Case management as an opportunity for healthcare: user experiences. *Rev Cuidarte*. 2023;14(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2923>

27. Cesário VAC, Santos MM, Mendes TCO, Souza Júnior PRB, Lima KC. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. *Ciê Saude Coletiva*. 2021;26(9):4033-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08962021>
28. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MBA. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e limitações: pesquisa nacional de saúde, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(2):e210011. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
29. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Silva DSM, Malta DC, Borim FSA. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(2):e210014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210014.supl.2>
30. Lütz KCC, Bierhals CCBK, Rosset I, Paskulin LMG. Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;25(1). <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220183.pt>

Disponibilidade de dados e material

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no site do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatistica>).

Contribuição de autoria

Conceituação: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset, Adriana Roesse Ramos.

Curadoria de dados: Emily da Silva Eberhardt.

Análise formal: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset.

Investigação: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset.

Metodologia: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset.

Supervisão: Idiane Rosset.

Escrita - rascunho original: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset, Adriana Roesse Ramos.

Escrita - revisão e edição: Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset, Adriana Roesse Ramos.

As autoras declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autora correspondente

Emily da Silva Eberhardt

E-mail: enfemilyeberhardt@gmail.com

Recebido: 16.06.2025

Aprovado: 30.04.2026

Editor associado:

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira