



LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



---

## **Envelhecimento na Lusofonia: Contrastes, Desafios e Políticas Públicas**

---



---

# **Envelhecimento na Lusofonia: Contrastes, Desafios e Políticas Públicas**

---



# **Envelhecimento na Lusofonia: Contrastes, Desafios e Políticas Públicas**

© 2025 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 14

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Brasília, dezembro de 2025.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E57      Envelhecimento na Lusofonia [livro eletrônico] : contrastes, desafios e políticas públicas / organização de Fernando Cupertino, Paulo Ferrinho, Edgar Nunes de Moraes. – 1. ed. – Brasília, DF: CONASS, 2025. – (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; v. 14)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

Edição bilingue.

ISBN 978-65-88631-52-2

1. Idosos – Saúde pública. 2. Envelhecimento – Aspectos sociais. 3. Políticas públicas – Países de língua portuguesa. I. Cupertino, Fernando. II. Ferrinho, Paulo. III. Moraes, Edgar Nunes de.

CDD 362.6

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

---

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

**AC** Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon  
**AL** Emanuel Victor Duarte Barbosa  
**AM** Nayara de Oliveira Maksoud Moraes  
**AP** Nair Mota Dias  
**BA** Roberta Silva de C. Santana  
**CE** Tânia Mara Coelho  
**DF** Juracy Cavalcante Lacerda Júnior  
**ES** Tyago Hoffmann  
**GO** Rasível dos Reis Santos Junior  
**MA** Tiago José Mendes Fernandes  
**MG** Fábio Baccheretti Vitor  
**MS** Maurício Simões Correia  
**MT** Gilberto Figueiredo  
**PA** Ivete Gadelha Vaz

**PB** Arimatheus Silva Reis  
**PE** Zilda do Rego Cavalcante  
**PI** Antonio Luiz Soares Santos  
**PR** Carlos Alberto Gebrim Preto  
**RJ** Claudia Mello  
**RN** Alexandre Motta Câmara  
**RO** Jefferson Ribeiro da Rocha  
**RR** Adilma Rosa de Castro Lucena  
**RS** Arita Gilda Hübner Bergmann  
**SC** Diogo Demarchi Silva  
**SE** Cláudio Mitidieri  
**SP** Eleuses Paiva  
**TO** Carlos Felinto Júnior

---

## DIRETORIA DO CONASS

---

### **PRESIDENTE**

Tânia Mara Coelho (CE)

### **VICE-PRESIDENTES**

*Região Centro-Oeste*

Gilberto Gomes Figueiredo (MT)

*Região Nordeste*

Arimatheus Silva Reis (PB)

*Região Norte*

Pedro Pascoal (AC)

*Região Sudeste*

Eleuses Paiva (SP)

*Região Sul*

Diogo Demarchi Silva (SC)

---

## EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

### ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

### ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica Lima

### ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Bruno Idelfonso

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

### ASSESSORIAS DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS

Sandro Terabe

### COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

### COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

### COORDENAÇÃO TÉCNICA

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

João Henrique Vogado Abrahão

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

### CONSELHO EDITORIAL

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

---

## INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

---

### CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Maria do Rosário Martins (Subdiretora)

Teresa Pires (Administradora)

### CONSELHO CIENTÍFICO

Paulo Almeida (Presidente)

### CONSELHO PEDAGÓGICO

Maria do Rosário Oliveira Martins  
(Presidente)

### CONSELHO DE ÉTICA

Cláudia Conceição (Presidente)

### GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS

Celeste Figueiredo (Coordenadora)

Ricardo Silvestre

### GABINETE DE COMUNICAÇÃO E CRIAÇÃO DE VALOR

Sofia Rodrigues (Coordenadora)

André Gonçalves

Cláudia Teodósio

Vitória Borges

### UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO

*Clínica Tropical*

Filomena Martins Pereira

*Microbiologia Médica*

Celso Cunha

*Parasitologia Médica*

Ana Paula Arez

*Saúde Pública Global*

Ana Abecasis



## **CONSELHO EDITORIAL – LEIASS**

### **CONASS**

Antonio Carlos Rosa Junior  
Fernando Passos Cupertino de Barros  
Jurandi Frutuoso Silva  
Marcus Vinicius Carvalho  
René José Moreira dos Santos  
Rita Cataneli

### **IHMT**

Isabel Craveiro  
Paulo Ferrinho  
Tiago Correia

### **EDITORES CIENTÍFICOS**

Fernando Passos Cupertino de Barros (Brasil)  
Paulo Ferrinho (Portugal)

### **EDITORA CIENTÍFICA EMÉRITA**

Zulmira Hartz

### **EDITOR CONVIDADO**

Edgar Nunes de Moraes

### **ORGANIZAÇÃO**

Ana Lúcia Passos Meira (Brasil)  
Jorge Simões (Portugal)  
Marília Cristina Prado Louvison (Brasil)

### **REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Aurora Verso e Prosa

### **PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO**

ALM Apoio à Cultura  
Marcus Vinicius de Carvalho

---

# SUMÁRIO

---

APRESENTAÇÃO.....	14
PRÓLOGO.....	16
<i>Ana Maria Malik, Fernando Passos Cupertino de Barros, Paulo Ferrinho</i>	
PESSOAS IDOSAS MIGRANTES EM ESPAÇOS TRANSNACIONAIS: ESTRATÉGIAS DE VIDA E ACESSO AOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE ENTRE FRONTEIRAS .....	24
<i>Bárbara Bäckström, DCSG</i>	
SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM PORTUGAL .....	50
<i>Verónica Gómez, Ana Cristina Garcia, Carlos Matias Dias</i>	
O ENVELHECIMENTO EM CABO VERDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO INSULAR.....	80
<i>Deisa Cabral Semedo, Giselle A. F. Garcia, Odete Mota</i>	
EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL: PERFIL DE MORBIDADE, MORTALIDADE E DESIGUALDADES .....	108
<i>Dalia Elena Romero, Aline Pinto Marques, Leo Ramos Maia, Nathalia Andrade</i>	
SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS IDOSAS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA CPLP .....	128
<i>Aida Maria da Gama Afonso Beirão, Ruth D'Alva do Rosário Salvaterra</i>	
A VIDA NA VELHICE NA GUINÉ EQUATORIAL: DESVANTAGEM CUMULATIVA, ATRASOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE .....	142
<i>Adelaida Caballero</i>	
DESAFIOS DA MULTIMORBIDADE .....	170
<i>Edgar Nunes de Moraes, Flávia Lanna de Moraes</i>	
PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ENFOQUE NA PESSOA IDOSA .....	182
<i>Edgar Nunes de Moraes, Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto</i>	
IDADISMO, O ÚLTIMO GRANDE TABU .....	216
<i>Alexandre Kalache</i>	
MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL .....	224
<i>Edgar Nunes de Moraes, Rodrigo Ribeiro dos Santos, Flávia Lanna de Moraes</i>	
DESAFIOS DO CONCEITO DE FRAGILIDADE APLICADOS AO SISTEMA DE SAÚDE .....	242
<i>Edgar Nunes de Moraes, Marco Túlio Gualberto Pinto, Rodrigo Ribeiro dos Santos, Flávia Lanna de Moraes, Bernardo Mattos Viana</i>	

---

## LISTA DE SIGLAS

---

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BES	Bem-Estar Subjetivo
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGS	Direção-Geral da Saúde
DHEM	Doença Hepática Esteatótica Metabólica
DP	Desvio-Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
EMV	Esperança Média de Vida
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
IE	Índice de Envelhecimento
IF	Índice de Fragilidade
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20
IVSF-10	Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar-10
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MRPA	Medida Residencial da Pressão Arterial
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAES	Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCP	Plano de Cuidados Personalizado

PCP	Planos de Cuidados Personalizados
PENEASI	Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNH	Residentes Não Habituais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Europeia

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



---

# APRESENTAÇÃO

---



O envelhecimento populacional representa um dos maiores triunfos da humanidade, decorrente dos avanços na saúde pública e no desenvolvimento social, mas impõe desafios complexos à sustentabilidade dos Estados e à coesão social. Na comunidade dos países de língua portuguesa, esse processo ocorre em velocidades distintas: a Europa vivencia um envelhecimento consolidado, enquanto a África Subsaariana e partes da América Latina observam um crescimento absoluto de idosos em cenários de vulnerabilidade institucional e social.

Este volume da série LEIASS apresenta elementos que estimulam a reflexão sobre situação do idoso na Lusofonia, dentre as quais as questões relacionadas ao transnacionalismo e as migrações; as questões sociodemográficas; as políticas públicas ligadas ao envelhecimento das populações; as realidades peculiares a países insulares, como é o caso de Cabo Verde; os aspectos relacionados aos perfis de morbidade, mortalidade e desigualdades; os desafios da multimorbidade; a estratégia de organização de redes de atenção à saúde para uma melhor atenção à pessoa idosa; o “idadismo”, “etarismo” ou “ageísmo” e seus impactos sobre o comportamento da sociedade moderna; o modelo multidimensional da pessoa idosa e o envelhecimento saudável; e, por fim, o reconhecimento do “idoso frágil” e suas implicações para o cuidado.

Esperamos que a presente coletânea possa contribuir para com as discussões e a adoção de estratégias que possibilitem, cada vez mais, entender melhor o envelhecimento de nossas populações e adotar as medidas necessárias para garantir saúde com equidade para todos.

Nossos agradecimentos aos autores e editores que tornaram possível a realização deste trabalho.

Tânia Mara Coelho  
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes  
Diretor do IHMT NOVA

---

# PRÓLOGO

---

**Ana Maria Malik\***

**Fernando Passos Cupertino de Barros\*\***

**Paulo Ferrinho\*\*\***

,

,

.

---

\*. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (FGV), Brasil

\*\* . Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil

\*\*\*. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, que vem ocorrendo de maneira diferente por todo o mundo. Há países onde ele já acontece desde meados do século XX e outros onde seu começo foi muito mais recente. Nos países de língua portuguesa, suas manifestações também são heterogêneas, não apenas devido aos continentes em que se encontram, impondo importantes desafios aos governos e à sociedade<sup>1,2</sup>. Os aspectos culturais, as desigualdades, o grau de desenvolvimento socio sanitário de suas populações, a presença ou não de políticas públicas voltadas às pessoas idosas, as transições demográfica, epidemiológica e tecnológica vividas na área da saúde, bem como seus determinantes sociais, são fatores que influenciam a capacidade de nossas sociedades para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional. Não se pode esquecer, ainda, do fenômeno da violência de diversas origens que tem vitimado todas as faixas etárias neste século no mundo e em muitos de nossos países, que também afeta a população idosa de maneira importante.

O envelhecimento saudável é uma causa cada vez mais abraçada e que vem se tornando universalmente popular. No entanto, em primeiro lugar, é preciso compreender como ocorre a longevidade, para além da sobrevivência, e de que modo construir um espaço real na sociedade para as novas pessoas idosas. Embora com a mesma faixa etária que levou à sua classificação demográfica, suas condições de vida são muito diferentes das que ocorriam anteriormente. A convivência entre as diversas gerações, em uma mesma família, sob o mesmo teto ou não, e até em locais de trabalho ainda precisa ser compreendida para entender de que maneira construir uma sociedade em que a idade não seja mais um espaço de marginalização.

No universo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), integrada por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, esse processo ocorre em ritmos e condições muito diversos. Enquanto a Europa apresenta um panorama de envelhecimento consolidado, a África Subsariana e partes da América Latina observam um incremento absoluto no número de pessoas idosas sem que tenham sido implantadas políticas públicas, mergulhadas em cenários de vulnerabilidade institucional<sup>3,4</sup>.

A transição demográfica apresenta ritmos díspares entre os países analisados. No Brasil, a proporção da população idosa, neste século XXI, apresentou uma evolução significativa e um rápido envelhecimento entre 2000 e 2025. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais quase dobrou nesse período, passando de cerca de 8,57% em 2000 para aproximadamente 15-16% em 2025, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>5</sup>. Projeções indicam que, em 2030, o Brasil terá a quinta maior população idosa do mundo. Contudo, a longevi-

dade é estratificada por raça e classe: em 2021, uma mulher não negra vivia, em média, quase 11 anos a mais que um homem negro<sup>6,7</sup>.

Portugal, por sua vez, posiciona-se já há anos como um dos países mais envelhecidos do mundo. Dados recentes indicam que, para cada 100 jovens, existem 182 pessoas idosas, projetando o país como o quarto a envelhecer mais rapidamente no cenário global. A esperança média de vida ultrapassou os 80 anos, exigindo políticas voltadas não apenas para a longevidade, mas também para a qualidade dos anos vividos, ainda inferior à média da União Europeia<sup>8</sup>.

Nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), a estrutura etária permanece predominantemente jovem, mas os números absolutos de pessoas idosas crescem de forma consistente. Em Moçambique, a população idosa duplicou entre 1980 e 2017, passando de cerca de 417 mil para mais de 877 mil indivíduos, com crescimento notável nas áreas urbanas<sup>4</sup>: atualmente, com 35,6 milhões de habitantes e idade mediana de 16,5 anos, as pessoas idosas com 65 anos ou mais representam aproximadamente 2,9% da população, enquanto 44,7% têm menos de 15 anos<sup>9</sup>. Em Angola, embora as pessoas idosas representem cerca de 2,4% dos 39 milhões de habitantes, a descontinuidade geracional causada por décadas de guerra torna a sobrevivência desse grupo um feito notável<sup>9,10</sup>: com idade mediana de 16,6 anos e uma das taxas de crescimento populacional mais altas do continente (+ 3,05% ao ano), o país enfrenta o desafio de uma população extremamente jovem (46,9% com menos de 15 anos) com expectativa de vida de apenas 65 anos<sup>9</sup>. A Guiné-Bissau apresenta perfil demográfico semelhante, com 42,3% da população abaixo dos 15 anos e cerca de 3,1% com 65 anos ou mais<sup>9</sup>; dados do Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de 2009 indicavam que a população idosa correspondia a apenas 4,7% do total, evidenciando uma redução percentual em função do alto crescimento da população jovem<sup>11</sup>. Em São Tomé e Príncipe, país insular com aproximadamente 230 mil habitantes, a estrutura etária também é marcadamente jovem, com projeções demográficas até 2035 indicando manutenção desse perfil populacional<sup>12</sup>. A Guiné Equatorial, embora com dados estatísticos mais limitados, segue padrão similar aos demais Palop, com população predominantemente jovem e pequena proporção de pessoas idosas. Cabo Verde destaca-se como exceção regional, apresentando perfil demográfico de transição mais avançada; com população de 527.326 habitantes, idade mediana de 29 anos — significativamente superior aos demais Palop — e 6,86% da população com 65 anos ou mais, o arquipélago aproxima-se de padrões observados em países de renda média<sup>9</sup>; a taxa de fertilidade de 1,5 filho por mulher, abaixo do nível de reposição, e expectativa de vida de 76,4 anos evidenciam uma transição demográfica consolidada, contrastando com Angola (5 filhos/mulher) e Moçambique (4,6 filhos/mulher)<sup>9</sup>.

Um traço cultural distintivo nos Palop, diferentemente do que ocorre no Brasil, é o papel da pessoa idosa como guardião da sabedoria ancestral. Em Angola, Cabo Verde e Moçambique, a tradição oral é uma prática fundamental para a preservação da história e da identidade cultural. Nessas sociedades, a pessoa idosa é equiparada a uma “biblioteca viva”. A transmissão de conhecimentos ocorre por meio de contos, provérbios e narrativas históricas, uma prática que remonta à figura dos *griots* na África Ocidental, responsáveis por perpetuar a memória das alianças e das linhagens<sup>13</sup>. Nesses países, a literatura oral — incluindo histórias de ficção e relatos verídicos — é transmitida pelos mais velhos, garantindo que “na boca de um velho pode ter dentes podres, mas nunca palavras podres”<sup>13</sup>. Essa valorização cultural, no entanto, enfrenta a erosão causada pela modernização e pela urbanização desordenada. Apesar do respeito tradicional, a realidade contemporânea é marcada pela fragilidade da proteção social e pelo aumento da violência.

Há temas que usualmente não são associados às populações mais longevas, como é o caso das migrações, internas e externas. No entanto, devido a todos os fatores já mencionados, de determinantes sociais e violência, às vezes, as pessoas idosas são obrigadas a buscar refúgio ou abrigo em lugares diferentes daqueles aos quais já estão habituados, incorporando mais uma carga aos seus problemas ou sofrimentos.

Alguns dos nossos Estados-Membros dispõem de arcabouço normativo e de políticas públicas voltadas à população idosa. Dentre eles, destacam-se:

- **Portugal:** a resposta estatal é robusta, consubstanciada no “Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026”, que visa garantir a sustentabilidade do sistema de segurança social e promover a participação cívica<sup>8</sup>;
- **Brasil:** o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) é um marco legal avançado, embora persista a violência estrutural, com manifestações heterogêneas. A falta de infraestrutura urbana adequada afeta 98,8% das pessoas idosas, e a pandemia da covid-19 reforçou estereótipos de fragilidade e doença associados à velhice<sup>6,7</sup>;
- **Países africanos lusófonos:** a legislação existe, mas a implementação é deficitária. Moçambique possui a Lei nº 3/2014 de Promoção e Proteção dos Direitos da Pessoa Idosa, que criminaliza o abandono; contudo, as acusações de feitiçaria contra pessoas idosas — especialmente viúvas — são causa frequente de violência e assassinatos, motivados muitas vezes por disputas de bens ou explicações supersticiosas para infortúnios familiares<sup>4,13</sup>. Em Angola, a escassez de infraestrutura é crítica: existem apenas 17 lares públicos no país, e províncias com grande número de pessoas idosas carecem de qualquer instituição de acolhimento, transformando os poucos lares existentes em “casas de abandono”<sup>10</sup>: o país dispõe da Lei

de Enquadramento da Protecção Social, mas a cobertura da protecção social não contributiva permanece extremamente limitada<sup>14</sup>. A Guiné-Bissau aprovou a Lei nº 4/2007 de Enquadramento da Protecção Social e, mais recentemente, a Política Nacional de Protecção Social (PNPS), que inclui provisões para pessoas idosas<sup>15</sup>. Contudo, o sistema permanece largamente não operacional, com ausência quase total de infraestrutura institucional para acolhimento de pessoas idosas e dependência de redes familiares tradicionais já sobrecarregadas<sup>15</sup>. Em São Tomé e Príncipe, a protecção social às pessoas idosas é mencionada na legislação constitucional, mas a ausência de políticas específicas e de infraestrutura dedicada deixa a população idosa vulnerável, dependente de solidariedade familiar e comunitária<sup>16</sup>. A Guiné Equatorial carece de dados sistematizados sobre políticas específicas para pessoas idosas, refletindo lacunas tanto na formulação quanto na implementação de protecção social para esse grupo etário. Cabo Verde destaca-se positivamente no contexto regional. O país aprovou, em 2024, o Estatuto da Pessoa Idosa, que estabelece direitos específicos e mecanismos de protecção<sup>17</sup>. Além disso, possui o Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso, reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como exemplo no contexto africano<sup>17,18</sup>. O sistema de protecção social cabo-verdiano, embora enfrente desafios de sustentabilidade financeira devido ao envelhecimento acelerado da população, inclui pensões não contributivas e programas de apoio domiciliário<sup>18</sup>.

A análise da realidade do envelhecimento nos países lusófonos revela um cenário de contrastes marcantes. Portugal e Brasil enfrentam desafios de adaptação de sistemas de saúde e previdência a populações rapidamente envelhecidas. Cabo Verde, em transição demográfica avançada, ainda que enfrente desafios de sustentabilidade financeira, aproxima-se desse perfil, com políticas de protecção social reconhecidas regionalmente. Em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Guiné Equatorial, a luta é pela sobrevivência física das pessoas idosas e pela manutenção de seu *status* social, em contextos de infraestrutura deficitária e implementação limitada de políticas existentes.

A preservação da tradição oral nos países africanos lusófonos destaca-se como patrimônio imaterial que resiste, mas que carece de protecção. Em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Guiné Equatorial, onde as pessoas idosas permanecem guardiãs da memória coletiva, a urbanização acelerada e a erosão das estruturas comunitárias ameaçam esse conhecimento ancestral. Quando a sociedade permite que pobreza e violência consumam essa população, concretiza-se a metáfora da “biblioteca em chamas”. Cabo Verde, embora em estágio mais avançado de urbanização, mantém esforços de valorização da tradição oral por meio de políticas culturais específicas.

Políticas públicas que integrem proteção social, combate ao etarismo e valorização dos saberes tradicionais são urgentes. A experiência cabo-verdiana demonstra que é possível conciliar modernização com preservação cultural, oferecendo um modelo adaptável aos demais países da CPLP para garantir que a longevidade seja vivida com dignidade.

A presente publicação, mesmo que não contemple todos os Estados-Membros da CPLP — notadamente Timor-Leste, cuja realidade demográfica e sociocultural específica do Sudeste Asiático merece análise dedicada —, apresenta abordagens relevantes que podem servir como elementos para reflexão sobre o fenômeno do envelhecimento nos países lusófonos. A diversidade de contextos aqui analisada, desde o envelhecimento consolidado de Portugal até os desafios dos Palop, evidencia a necessidade de estratégias diferenciadas, mas articuladas no âmbito da cooperação lusófona.

## Referências

1. Silva MRF. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serv Soc Soc.* 2016;(126):377-380. DOI: [10.1590/0101-6628.066](https://doi.org/10.1590/0101-6628.066)
2. United Nations Population Fund; HelpAge International. *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York: UNFPA; 2012.
3. Sugahara GTL, Francisco AAS. Envelhecimento populacional em Moçambique: ameaça ou oportunidade? *IDeIAS*. 2011;37.
4. Uahova SJ. *A população idosa em Moçambique: uma análise das suas tendências e desafios (1980 - 2017)* [dissertação]. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais; 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. População residente: estudo de estimativas populacionais para os municípios brasileiros, desagregadas por sexo e idade, 2000–2025 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [unknown date] [cited 2025 Dez 18]. Available from [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/IBGE/NT\\_POPULACAO\\_2025.PDF#:~:text=Por%20exemplo%2C%20na%20atualiza%C3%A7%C3%A3o%20referente%20ao%20ano,para%20o%20per%C3%ADodo%20entre%202000%20e%202025](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/IBGE/NT_POPULACAO_2025.PDF#:~:text=Por%20exemplo%2C%20na%20atualiza%C3%A7%C3%A3o%20referente%20ao%20ano,para%20o%20per%C3%ADodo%20entre%202000%20e%202025)
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas da Violência no Campo no Brasil: condicionantes socioeconômicos e territoriais*. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea; 2023. Infográfico: Violência contra Idosos.

7. Dourado SPC, Casteleira RP. Mudanças na percepção da velhice durante uma crise sanitária: da celebração da longevidade à ideia de doença. *PerCursos*. 2023;24(1):e0101. DOI: [10.5965/19847246242023e0101](https://doi.org/10.5965/19847246242023e0101)
8. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. *Diário da República*, Lisboa. 2024 jan 12;1(9):31-78.
9. United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2024 Revision [Internet]. New York: United Nations; 2024 [cited 2025 Dec 18]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
10. ANGOP. Lares de terceira idade em Angola. Luanda: Agência Angola Press; 2019. In: Mosaiko | Instituto para a Cidadania. *Mosaiko Inform*. 2019 dez;(45).
11. Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau. Análise da População Idosa: IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2009 [Internet]. Bissau: INE-GB; 2009 [cited 2025 Dec 18]. Available from: [https://stat-guinebissau.com/Menu\\_principal/IV\\_RGPH/rgph1/idosos\\_RGPH2009.pdf](https://stat-guinebissau.com/Menu_principal/IV_RGPH/rgph1/idosos_RGPH2009.pdf)
12. Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe. Projeções Demográficas de S. Tomé e Príncipe no Horizonte 2035 [Internet]. São Tomé: INE-STP; 2012 [cited 2025 Dec 18]. Available from: [https://www.ine.st/phocadownload/userupload/Documentos/DADOS\\_LOCALIDADE\\_PROJECoes/Publica%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20Projec%C3%A7%C3%B5es%20Demogr%C3%A1ficas%202012-2035.pdf](https://www.ine.st/phocadownload/userupload/Documentos/DADOS_LOCALIDADE_PROJECoes/Publica%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20Projec%C3%A7%C3%B5es%20Demogr%C3%A1ficas%202012-2035.pdf)
13. Mosaiko | Instituto para a Cidadania. Direitos dos Idosos: O que um idoso vê sentado um jovem não consegue ver de pé. *Mosaiko Inform*. 2019 dez;(45):1-20.
14. 14. República de Angola. Boletim de Estatísticas da Protecção Social de Angola [Internet]. Luanda: República de Angola; 2024 [cited 2025 Dec 19]. Available from: <https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-12/Boletim%20de%20Estat%C3%ADsticas%20da%20Protec%C3%A7%C3%A3o%20Social%20de%20Angola.pdf>
15. República da Guiné-Bissau. Protecção Social da Guiné-Bissau: Análise e Recomendações [Internet]. Bissau: República da Guiné-Bissau; 2024 [cited 2025 Dec 19]. Available from: [https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/AF\\_1%C2%BABEPS\\_Guine\\_Bissau\\_Digital\\_09092024-compressed\\_0.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/AF_1%C2%BABEPS_Guine_Bissau_Digital_09092024-compressed_0.pdf)
16. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Política e Estratégia Nacional de Protecção Social [Internet]. São Tomé: Governo de São Tomé e Príncipe; 2014 [cited 2025 Dec 19]. Available from: [https://social-assistance.univen.ac.za/sites/default/files/resources/sao-tome-and-principe\\_national-policy-and-strategy-for-social-protection\\_2014.pdf](https://social-assistance.univen.ac.za/sites/default/files/resources/sao-tome-and-principe_national-policy-and-strategy-for-social-protection_2014.pdf)



17. República de Cabo Verde. Estatuto da Pessoa Idosa [Internet]. Praia: Boletim Oficial; 2024 [cited 2024 Dez 19]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/Download/4790>

18. 18. República de Cabo Verde. Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso - Cabo Verde [Internet]. Praia: República de Cabo Verde; 2020 [cited 2025 Dez 19]. Available from: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cape\\_verde/plano\\_estrategico\\_nacional\\_para\\_o\\_envelhecimento\\_ativo\\_e\\_saude\\_do\\_idoso.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/cape_verde/plano_estrategico_nacional_para_o_envelhecimento_ativo_e_saude_do_idoso.pdf)

---

# PESSOAS IDOSAS MIGRANTES EM ESPAÇOS TRANSNACIONAIS: ESTRATÉGIAS DE VIDA E ACESSO AOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE ENTRE FRONTEIRAS

---

*PERSONAS MAYORES MIGRANTES EN ESPACIOS TRANSNACIONALES:  
ESTRATEGIAS DE VIDA Y ACCESO A SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y  
SALUD A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS*

*LES PERSONNES AGEES MIGRANTES DANS LES ESPACES TRANSNATIONAUX :  
STRATEGIES DE VIE ET ACCES A LA PROTECTION SOCIALE ET AUX  
SYSTEMES DE SANTE AU-DELA DES FRONTIERES*

*MIGRANT OLDER ADULTS IN TRANSNATIONAL SPACES: LIFE STRATEGIES  
AND ACCESS TO SOCIAL PROTECTION AND HEALTH SYSTEMS ACROSS  
BORDERS*

**Bárbara Bäckström, DCSG\***

---

\*. Universidade Aberta e Cics.Nova, UNL. Rua da Escola Politécnica, 147, 1000-069 Lisboa, Portugal. Tel: +351962333442;  
e-mail: [Barbara.backstrom@uab.pt](mailto:Barbara.backstrom@uab.pt)

## Resumo

A ascensão do transnacionalismo entre as pessoas idosas migrantes reflete uma tendência crescente de mobilidade estratégica na velhice, impulsionada pela busca por melhor proteção social e acesso à saúde. Esse fenômeno resulta da interação entre diferentes sistemas de bem-estar social, oportunidades econômicas e condições de saúde disponíveis nos países de origem e destino. A investigação centra-se na forma como as pessoas idosas migrantes utilizam estratégias transnacionais para melhorar a sua qualidade de vida, segurança financeira e acesso a serviços. Focaliza-se particularmente o caso de Portugal, envolvendo tanto imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que envelheceram no país como emigrantes portugueses que residiram ou ainda residem no estrangeiro. A questão de investigação é: como é que o transnacionalismo é utilizado como estratégia de vida e beneficia da proteção social? O objetivo principal é explorar como as pessoas idosas migrantes empregam o transnacionalismo para tirar proveito de sistemas de proteção social além-fronteiras. A metodologia adotada é qualitativa e narrativa, baseada na análise da literatura sobre o tema, na análise documental de políticas públicas, da legislação nacional e de acordos bilaterais relevantes para essa população. A investigação também se apoia em estudos empíricos prévios, cujas narrativas de vida oferecem perspectivas pessoais sobre o modo como esses indivíduos navegam em espaços transnacionais para aceder a cuidados de saúde, pensões e outros serviços sociais. Os resultados revelam uma diversidade de estratégias utilizadas por pessoas idosas migrantes para beneficiar dos sistemas transnacionais de proteção social em Portugal. A análise identifica disparidades importantes entre cidadãos da União Europeia e migrantes de países terceiros, bem como entre emigrantes portugueses retornados e residentes. Também são apontadas lacunas nas políticas de proteção social, destacando-se a necessidade de reformas políticas que respondam às realidades das pessoas idosas que vivem entre fronteiras, particularmente no contexto lusófono.

**Palavras-chave:** Pessoas Idosas migrantes, Proteção Social, acesso à saúde, Transnacionalismo

## Resumen

El auge del transnacionalismo entre las personas mayores migrantes refleja una tendencia creciente hacia la movilidad estratégica en la vejez, impulsada por la búsqueda de una mejor protección social y acceso a la salud. Este fenómeno surge de la interacción entre diferentes sistemas de bienestar social, oportunidades económicas y condiciones sanitarias en los países de origen y destino. La investigación se centra en

cómo los migrantes mayores utilizan estrategias transnacionales para mejorar su calidad de vida, seguridad financiera y acceso a servicios. El estudio se enfoca particularmente en el caso de Portugal, incluyendo tanto a inmigrantes de los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa que han envejecido en el país como a emigrantes portugueses que residen o han residido en el extranjero. La pregunta de investigación es: ¿Cómo se utiliza el transnacionalismo como estrategia de vida y cómo contribuye al acceso a la protección social? El objetivo principal es explorar cómo los migrantes mayores emplean el transnacionalismo para aprovechar los sistemas de protección social más allá de las fronteras. La metodología adoptada es cualitativa y narrativa, basada en el análisis de la literatura sobre el tema, análisis documental de políticas públicas, legislación nacional y acuerdos bilaterales relevantes. La investigación también se apoya en estudios empíricos anteriores, cuyas narrativas de vida ofrecen perspectivas personales sobre cómo estos individuos navegan en espacios transnacionales para acceder a servicios de salud, pensiones y asistencia social. Los resultados revelan una diversidad de estrategias utilizadas por los migrantes mayores para beneficiarse de los sistemas transnacionales de protección social en Portugal. El análisis identifica disparidades importantes entre ciudadanos de la Unión europea y migrantes de países terceros, así como entre emigrantes portugueses retornados y residentes. También se destacan vacíos en las políticas de protección social, subrayando la necesidad de reformas que respondan a las realidades de quienes envejecen entre fronteras, especialmente en el contexto lusófono.

**Palabras clave:** Personas mayores migrantes, Protección social, Acceso a la salud, Transnacionalismo.

## Résumé

L'essor du transnationalisme chez les personnes âgées migrantes reflète une tendance croissante à la mobilité stratégique à un âge avancé, motivée par la recherche d'une meilleure protection sociale et d'un meilleur accès aux soins de santé. Ce phénomène résulte de l'interaction entre différents systèmes de protection sociale, les opportunités économiques et les conditions sanitaires disponibles dans les pays d'origine et de destination. Cette recherche s'intéresse à la manière dont les personnes âgées migrantes mobilisent des stratégies transnationales pour améliorer leur qualité de vie, leur sécurité financière et leur accès aux services. Elle se concentre spécifiquement sur le cas du Portugal, en analysant à la fois les immigrants originaires des Pays Africains de Langue Officielle Portugaise ayant vieilli dans le pays et les émigrés portugais résidant ou ayant résidé à l'étranger. La question de recherche est : comment le transnationalisme est-il

utilisé comme stratégie de vie et permet-il d'accéder à la protection sociale ? L'objectif principal est d'explorer comment les migrants âgés utilisent le transnationalisme pour bénéficier de systèmes de protection sociale au-delà des frontières. La méthodologie adoptée est qualitative et narrative, reposant sur une analyse de la littérature sur le thème, l'analyse documentaire des politiques publiques, de la législation nationale et des accords bilatéraux pertinents. La recherche s'appuie également sur des études empiriques antérieures, dont les récits de vie fournissent des perspectives personnelles sur la façon dont ces individus naviguent dans des espaces transnationaux pour accéder aux soins de santé, aux pensions et aux services sociaux. Les résultats révèlent une diversité de stratégies utilisées par les migrants âgés pour bénéficier des systèmes transnationaux de protection sociale au Portugal. L'analyse met en évidence d'importantes disparités entre citoyens de l'Union Européenne et migrants de pays tiers, ainsi qu'entre émigrés portugais de retour et résidents. Des lacunes dans les politiques de protection sociale sont également identifiées, soulignant la nécessité de réformes adaptées aux réalités des personnes âgées vivant entre les frontières, notamment dans l'espace lusophone.

**Mots-clés:** Personnes âgées migrantes, Protection sociale, Accès aux soins de santé, Transnationalisme.

## Abstract

The rise of transnationalism among migrant older adults reflects a growing trend of strategic mobility in later life, driven by the pursuit of better social protection and access to healthcare. This phenomenon results from the interaction of various welfare systems, economic opportunities, and healthcare conditions in both origin and host countries. This study focuses on how older migrants use transnational strategies to enhance their quality of life, financial security, and access to services. The research centers on the case of Portugal, considering both immigrants from Portuguese-speaking African Countries who have aged in Portugal and Portuguese emigrants who have lived or still live abroad. The central research question is: How is transnationalism used as a life strategy and how does it support access to social protection? The main objective is to explore how older migrants employ transnationalism to benefit from cross-border social protection systems. A qualitative and narrative methodology is employed, based on literature analysis about the subject, a documentary analysis of public policies, national legislation, and relevant bilateral agreements. The study also draws on previous empirical research, where life-course narratives offer personal insights into how individuals navigate transnational spaces to access healthcare, pensions, and social services. The findings reveal a wide

range of strategies adopted by older migrants to take advantage of transnational social protection in Portugal. The analysis highlights significant disparities between European Union citizens and third-country migrants, as well as between returning Portuguese emigrants and residents. It also identifies gaps in current social protection policies, emphasizing the need for reforms that address the realities of aging across borders, particularly in the Lusophone context.

**Keywords:** Migrant older adults, Social protection, Healthcare access, Transnationalism.

## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O envelhecimento das populações migrantes representa um novo desafio demográfico, social e político, exigindo abordagens comparativas e contextualizadas. Esse fenômeno torna-se ainda mais relevante quando analisado à luz das transformações na mobilidade internacional e dos mecanismos de proteção social transfronteiriços. O envelhecimento em contextos migratórios tem-se tornado uma realidade cada vez mais visível e relevante nas sociedades contemporâneas, refletindo transformações profundas nas dinâmicas de mobilidade, pertença e acesso aos direitos sociais.

Nesse contexto, propomos analisar como as pessoas idosas migrantes mobilizam estratégias de vida transnacionais para aceder a sistemas de proteção social e cuidados de saúde em diferentes contextos nacionais, com destaque para o caso português. Em tempos de regimes de bem-estar desiguais e políticas migratórias restritivas, os migrantes idosos revelam-se agentes sociais ativos na gestão da sua velhice entre fronteiras, fazendo do transnacionalismo uma ferramenta para garantir dignidade, segurança econômica e cuidados essenciais. A relevância do tema decorre da necessidade crescente de repensar nos modelos de cidadania, inclusão e bem-estar, em particular no caso das pessoas idosas que circulam entre fronteiras. A literatura internacional tem evidenciado que a mobilidade de pessoas idosas não apenas persiste após a reforma, mas também pode intensificar-se, sendo, muitas vezes, utilizada como estratégia para maximização dos benefícios sociais e acesso a serviços essenciais, como os cuidados de saúde<sup>1,2</sup>.

A escolha das pessoas idosas migrantes como grupo de estudo justifica-se pela vulnerabilidade específica que enfrentam na interseção entre envelhecimento, mobilidade e desigualdade. Esse grupo não só envelhece em territórios nem sempre pensados para acolher as suas necessidades como também navega por entre sistemas legais e sociais fragmentados, com acesso desigual a direitos básicos, como pensões, serviços

de saúde ou apoio social. Ao mesmo tempo, muitas dessas pessoas idosas acumulam experiências de vida complexas, tendo vivido e trabalhado em diferentes países, o que lhes confere uma visão estratégica sobre como circular entre múltiplos sistemas de proteção e beneficiar-se deles.

Essa categoria inclui tanto os que envelhecem nos países de acolhimento quanto aqueles que migram após a aposentadoria. Essas populações são atravessadas por múltiplas pertencas, identidades e direitos legais diferenciados, enfrentando barreiras estruturais nos sistemas nacionais de proteção social. Em especial, os migrantes de países terceiros de fora da União Europeia (UE), como os oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), encontram maiores entraves legais e administrativos do que migrantes intraeuropeus.

Para compreender esse fenômeno, partimos da definição de transnacionalismo como o conjunto de práticas sociais, econômicas e institucionais que se desenrolam entre dois ou mais países. No caso das pessoas idosas migrantes, o transnacionalismo é utilizado como estratégia de sobrevivência e de otimização de recursos disponíveis em diferentes espaços nacionais. A proteção social, nesse contexto, refere-se ao conjunto de políticas públicas destinadas a garantir segurança financeira, cuidados de saúde e apoio social. O conceito de envelhecimento migrante, por sua vez, abrange as experiências de pessoas que envelhecem em países distintos do seu local de origem, ou que retornam à terra natal após longos períodos de emigração.

São três os conceitos fundamentais aqui trabalhados: transnacionalismo, entendido como a construção de práticas, laços e estratégias que atravessam fronteiras nacionais, envolvendo a circulação de pessoas, recursos, direitos e afetos; proteção social, enquanto conjunto de políticas públicas destinadas a garantir segurança econômica e acesso a serviços essenciais na velhice; e envelhecimento migrante, conceito que considera tanto os migrantes que envelhecem nos países de acolhimento quanto aqueles que migram na velhice.

A questão de investigação que norteia este capítulo é: como o transnacionalismo é utilizado como estratégia para viver e beneficiar-se da proteção social?

O objetivo principal é explorar como as pessoas idosas migrantes empregam o transnacionalismo como estratégia para aceder a sistemas de proteção social transfronteiriços. A investigação incide particularmente no contexto português, analisando tanto os imigrantes idosos dos Palop que envelheceram em Portugal como os emigrantes portugueses que viveram no estrangeiro e retornaram ao país. Outros objetivos são: identificar os diferentes grupos de migrantes idosos e suas práticas estratégicas; comparar políticas e acordos bilaterais que moldam o acesso à proteção social entre países de origem e de

acolhimento; e avaliar o papel das redes familiares e comunitárias nas estratégias de mobilidade e acesso a serviços.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa adota uma metodologia qualitativa com abordagem narrativa, centrando-se na análise documental de políticas públicas e estruturas legais que afetam as pessoas idosas migrantes em Portugal e nos seus contextos de origem ou de residência anterior. O *corpus* documental inclui legislação nacional, acordos bilaterais, políticas locais e europeias relevantes para a proteção social dos migrantes idosos. Foram identificados os principais instrumentos legais e administrativos, incluindo permissões de residência, acesso a cuidados de saúde, condições de reforma, impostos, e os direitos e deveres atribuídos a cidadãos da UE versus cidadãos de países terceiros.

Esta análise permitiu traçar as diferenças normativas que afetam grupos como migrantes africanos dos Palop, emigrantes portugueses retornados e migrantes do norte da Europa residentes em Portugal. O levantamento documental envolveu também a recolha e a comparação de políticas locais, a análise de estruturas de regulamentação, a identificação de disparidades, as lacunas e as boas práticas em matéria de proteção social transfronteiriça. Ademais, foram utilizados estudos de caso empíricos anteriores e narrativas de curso de vida para ilustrar e contextualizar esta realidade. Para compreender e refletir sobre essas dinâmicas, faremos um percurso entre a teoria, a documentação legal e as políticas e alguns estudos empíricos.

## 3. CONTEXTO TEÓRICO

Neste debate teórico, fazemos uma revisão da literatura sobre transnacionalismo e envelhecimento, sobre o envelhecimento em migração, entre pertenças múltiplas e desafios institucionais e o acesso à proteção social e à saúde em contextos migratórios de pessoas idosas migrantes.

O transnacionalismo refere-se ao processo de manter e construir ligações, interações e trocas por meio das fronteiras nacionais. Envolve indivíduos, comunidades e organizações que operam em múltiplos países, alavancando recursos, redes e oportunidades disponíveis em diferentes nações. A estratégia para viver por meio do transnacionalismo é um conceito em que os indivíduos ou grupos navegam estrategicamente e otimizam as suas vidas, envolvendo-se ativamente em atividades transnacionais. Essa abordagem maximiza as oportunidades, utilizando os benefícios e os recursos disponíveis nos diferentes países. Abrange vários aspectos, incluindo as dimensões econômica, social, cultural e política.



Maximizar as oportunidades por meio do transnacionalismo envolve alavancar ligações e recursos globais para melhorar o crescimento pessoal e profissional, permitindo que indivíduos explorem diversas oportunidades que não estariam disponíveis se confinadas a um único contexto nacional<sup>3</sup>. A literatura sobre envelhecimento migrante inscreve-se no campo interdisciplinar entre os estudos migratórios e a gerontologia. Desde o início dos anos 2000, autores como Warnes e Williams<sup>1</sup> e Torres<sup>2</sup> distinguiram entre aqueles que envelhecem como migrantes de longa duração e os que migram já idosos. Para os primeiros, o envelhecimento ocorre em um contexto de integração gradual, enquanto os últimos mantêm práticas e aspirações fortemente transnacionais.

A teoria do transnacionalismo enfatiza a manutenção de vínculos sociais, econômicos e políticos entre diferentes países. Pries<sup>3</sup> define o transnacionalismo como uma forma estratégica de viver entre nações, otimizando recursos e benefícios acessíveis em múltiplos contextos geográficos. Essa abordagem permite aos indivíduos maximizar oportunidades de proteção social, especialmente quando os sistemas de saúde ou as pensões são desiguais entre países. Para os migrantes idosos, essa estratégia é particularmente relevante, dado o aumento da vulnerabilidade na velhice.

Conceitualmente, o transnacionalismo abrange a manutenção de laços sociais, econômicos e políticos entre vários países, permitindo aos indivíduos e às famílias acessar recursos e oportunidades em diferentes nações. Para os migrantes idosos, isso significa utilizar o acesso a sistemas de proteção social em vários países para melhorar a sua qualidade de vida. Muitos migrantes reformados optam por residir em países com sistemas de saúde mais robustos e acessíveis para se beneficiarem de uma proteção social superior.

Gustafson<sup>4</sup> categoriza os estilos de vida transnacionais em três tipos: “Normalidade translocal”, “Adaptação multilocal” e “Permanência rotineira”. O primeiro caracteriza-se por uma forte ligação a ambos aos países onde residem os reformados, o segundo está relacionado com a elevada mobilidade e menor ligação aos locais de residência, e o terceiro é marcado por uma clara diferenciação entre o país de origem, ao qual existe um forte sentimento de pertença, e o país de acolhimento, visto como um local de estadia sazonal.

Sobre o envelhecimento em migração, os perfis dos grupos de pessoas idosas que utilizam o transnacionalismo transfronteiriço como estratégia de acessar aos serviços de saúde e à proteção social são diferentes. Os imigrantes reformados (da UE e da América do Norte) aproveitam os preços mais baixos e o clima mais favorável do sul da Europa para viver, mas regressam ao seu país de origem (ou onde recebem a sua reforma) para acessar aos melhores sistemas de saúde (pessoas com visto de reformado). As pessoas idosas migrantes que chegaram há duas ou três décadas enquanto trabalhadores mi-

grantes e envelheceram em Portugal (agora estão reformados) e não regressam ao país de origem (mito do regresso), principalmente dos países africanos; pessoas idosas que vieram recentemente juntar-se aos seus filhos adultos em Portugal para receberem “cuidados” e acesso a serviços de saúde em Portugal (chegam através do reagrupamento familiar já em idade avançada) de países africanos, mas também do Brasil, Nepal, entre outros, e o regresso de emigrantes que já estão reformados e voltam para Portugal (ou estão entre os dois países).

Alguns migrantes reformados, bem como os migrantes trabalhadores, podem oscilar entre os seus países de origem e de destino durante vários anos, adotando o que é conhecido como “estilos de vida transnacionais”. No entanto, essa mobilidade tende a diminuir com o passar do tempo, principalmente quando se atinge a velhice avançada, levando muitos a fixarem-se definitivamente no país onde escolheram passar os seus últimos anos. Os migrantes idosos nas sociedades de acolhimento dividem-se geralmente em duas categorias: os que envelhecem nos países de acolhimento e os que migram após a reforma, embora existam outros subgrupos.

Em termos das suas pertenças múltiplas, as pessoas idosas migrantes podem estar em um processo de migração temporária ou circular, passando parte do ano no país de destino e o restante tempo no país de origem. Isso requer políticas de residência flexíveis e boas ligações de transporte entre os dois países, permitindo uma fácil deslocação de ida e volta. As pessoas idosas migram sazonalmente para escapar aos climas rigorosos, passando os meses mais quentes no seu país de origem e os meses mais frios em um destino com um clima mais temperado, o que lhes permite manter laços com o seu país de origem enquanto desfrutam de um clima melhor e, possivelmente, de custos de vida mais baixos durante uma parte do ano.

O'Reilly<sup>5</sup>, considerando a natureza sobreposta das formas de mobilidade, identifica quatro grupos principais de migrantes que os serviços de apoio a estrangeiros devem atender particularmente: i) residentes permanentes: os que residem no país de acolhimento durante todo o ano; ii) residentes não permanentes: os que residem no país de acolhimento e regressam ao seu país de origem durante um a três meses por ano (geralmente para evitar a estação mais quente); iii) migrantes sazonais: aqueles que geralmente possuem uma segunda residência no país de destino, migrando regularmente num estilo de vida caracterizado por “dupla residência”; iv) visitantes sazonais: são aqueles que residem no país de origem, mas visitam o país de destino durante vários meses em cada ano, mantendo geralmente também uma residência secundária. Segundo O'Reilly e Benson<sup>6</sup>, os migrantes pós-reforma distinguem-se de outras categorias de imigrantes — econômicos, refugiados e exilados — pelo seu enfoque em “estilos de vida específicos de indivíduos

do mundo desenvolvido”. Para esses migrantes, o processo migratório serve como um escape e um movimento de contracorrente contra aquilo a que chamam de “modernidade”, representando um projeto de autorrealização e a procura de uma vida harmoniosa.

O transnacionalismo passa pela manutenção de ligações e relações entre vários países, alavancando os benefícios que cada um oferece. Essa estratégia é empregue para capitalizar sistemas de proteção social superiores. Para os migrantes idosos, permite o acesso maximizado a sistemas de proteção social vantajosos, particularmente em matéria de saúde e bem-estar. Esse contexto realça a capacidade dos migrantes para navegar entre dois países e utilizar os sistemas de proteção social do país de acolhimento, para garantir uma melhor qualidade de vida na velhice. A decisão de permanecer no país de acolhimento é frequentemente influenciada por considerações econômicas, de saúde e de apoio familiar, como documentado em diversos estudos. O transnacionalismo proporciona, portanto, aos migrantes idosos o acesso a sistemas de proteção social ideais, garantindo uma velhice mais digna e segura.

Em termos dos desafios institucionais e do acesso à proteção social e à saúde em contextos transnacionais, as pessoas idosas também migram temporariamente para aceder a tratamentos médicos específicos ou a cuidados de longa duração que podem ser de maior qualidade ou de menor custo do que no seu país de origem. Isso implica um planeamento cuidadoso em relação às necessidades médicas e aos recursos financeiros, muitas vezes associado à intenção de regressar ao país de origem assim que os problemas médicos forem resolvidos. Algumas pessoas idosas optam por se mudar definitivamente para outro país, muitas vezes para estarem mais perto de familiares que já migraram ou para procurar uma melhor qualidade de vida. Isso envolve geralmente a venda de imóveis no país de origem e a utilização dos fundos para estabelecer um novo lar no estrangeiro, geralmente em países com melhores sistemas de saúde ou custos de vida mais baixos.

Existem acordos bilaterais ou multilaterais de segurança social que permitem aos migrantes idosos combinar períodos de seguro ou contribuições feitas em diferentes países para se qualificarem para pensões e outros benefícios. Alguns países de origem têm políticas que oferecem proteção social aos migrantes que regressam, incluindo o acesso a cuidados de saúde e pensões. As pessoas idosas migrantes em países com sistemas de saúde universais, como Portugal, beneficiam-se do acesso a uma vasta gama de serviços médicos sem custos significativos.

Em muitos países, as pessoas idosas migrantes podem aceder a serviços públicos de saúde, que podem ser mais abrangentes e acessíveis do que nos seus países de origem. As regulamentações da UE permitem que os reformados transfiram os seus benefícios

de saúde para outro país desse bloco econômico, facilitando o acesso aos serviços de saúde quando vivem no estrangeiro.

A estratégia transnacional não só melhora a qualidade de vida dessas pessoas idosas como também desafia o conceito tradicional de regresso ao país de origem após a reforma. Os migrantes podem receber pensões e outros benefícios sociais tanto dos seus países de origem como dos países de acolhimento, facilitados por acordos bilaterais ou multilaterais que garantem a portabilidade dos benefícios sociais, como os entre os países da UE. Manter recursos econômicos em vários países permite que as pessoas idosas migrantes beneficiem-se de pensões, investimentos e poupanças que podem ser mais vantajosos em uma determinada nação. Esse tipo de planejamento financeiro garante uma velhice mais confortável.

Os imigrantes idosos mantêm frequentemente fortes laços familiares e comunitários em mais do que um país. Essas ligações incluem filhos, netos e amigos, proporcionando apoio emocional e prático, como cuidados de saúde informais e assistência diária. O reagrupamento familiar permite que as pessoas idosas se juntem aos seus filhos ou outros familiares no país de acolhimento, beneficiando-se do apoio social e familiar e dos serviços públicos disponíveis. Essa estratégia garante que as pessoas idosas recebam os cuidados necessários na velhice. Muitos migrantes adotam um estilo de vida binacional, passando partes do ano tanto no país de acolhimento quanto no de origem. Tal mobilidade permite o acesso aos melhores recursos. características de ambas as nações, como climas favoráveis, custos de vida mais baixos e sistemas de saúde e bem-estar eficientes. Os imigrantes idosos podem igualmente receber apoio financeiro de familiares que trabalham no estrangeiro, o que pode complementar o seu rendimento e fornecer fundos para cuidados de saúde e outras necessidades.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. O caso português: alguns estudos de caso e narrativas de curso de vida

Portugal está entre os países europeus com população mais envelhecida, fenómeno que se reflete também nos imigrantes que vivem no país há várias décadas e que estão agora a envelhecer. Muitos imigrantes de primeira geração, provenientes do fluxo migratório econômico e laboral de jovens adultos das décadas de 1970 e 1980, aproximaram-se da idade da reforma, principalmente dos Palop.

Portugal é o segundo país com a taxa de envelhecimento mais elevada na UE27, logo a seguir, a Itália. Isso significa que existem 185 pessoas idosas (com 65 ou mais anos) por cada 100 jovens (entre 0 e 14 anos). No caso das pessoas idosas estrangei-

ras, essa taxa é de 231 por cada 100 jovens para os residentes nascidos na UE27 e de 167 por cada 100 jovens para os nascidos em países fora da UE<sup>7</sup>. Os censos de 2021 mostram que a população estrangeira com 65 ou mais anos em Portugal era de 46.073, representando 8,5% do total, aumentando para 9,3% em 2022<sup>7,8</sup>. Embora se verifique um crescimento da população idosa estrangeira, a maioria dos imigrantes concentra-se nos grupos etários mais jovens, mantendo-se economicamente ativos. Nesse contexto, a imigração contribui para o fortalecimento das faixas etárias mais jovens, atenuando o envelhecimento demográfico do país.

Tal como existe heterogeneidade na imigração, também existe heterogeneidade no grupo dos imigrantes seniores. Distinguimos quatro grandes grupos de imigrantes idosos. Os imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, ao longo dos anos, envelheceram no seu destino (a maioria provém das antigas colônias portuguesas em África, e os imigrantes mais idosos residem em Portugal), e que agora estão reformados e não regressam ao seu país de origem (mito do regresso); os imigrantes seniores que se juntam à família já idosos, essencialmente indivíduos dependentes que acompanham os seus filhos ou familiares emigrantes e que vieram em processo de reunificação familiar ou para tratamento médico, que chegam em idade avançada, provenientes de países africanos, mas também do Brasil, Nepal etc.; os imigrantes, cidadãos do norte da Europa e dos Estados Unidos da América, bem como do Brasil, que emigraram para Portugal após a reforma, e a migração de retorno, ou seja os emigrantes portugueses, que partiram e regressaram ao seu país de origem após uma vida de trabalho no estrangeiro (por exemplo, França, Suíça e Luxemburgo).

Os imigrantes mais velhos começaram a ganhar destaque nas agendas política e científica portuguesa durante a década de 2010. Isso foi evidenciado pelo II Plano para a Integração de Imigrantes 2010-2013<sup>9</sup>, bem como pelos estudos realizados por Machado e Roldão<sup>10</sup>, Marques e Ciobanu<sup>11</sup>, Machado<sup>12</sup> e Bäckström<sup>13-15</sup>. Nessa altura, o envelhecimento da população imigrante era ainda insignificante, com estimativas de cerca de 35 mil pessoas idosas imigrantes<sup>16</sup>. Tais estudos fornecem *insights* e narrativas do curso de vida sobre a forma como os indivíduos navegam em espaços transnacionais para maximizar o seu acesso a cuidados de saúde, pensões e serviços sociais.

Os imigrantes idosos que chegaram nas décadas de 1980 e 1990 como imigrantes laborais são, na sua maioria, reformados. Esses migrantes, predominantemente provenientes de países africanos (Palop), optam por não regressar aos seus países de origem, desafiando o “mito do regresso” ou o “mito do eterno retorno”. As razões incluem a melhor qualidade de vida e o maior acesso aos serviços de saúde em Portugal, para

além dos laços familiares e comunitários estabelecidos ao longo dos anos. Apesar da expectativa inicial de muitos migrantes de regressarem aos seus países de origem após a reforma, a realidade mostra uma tendência contrária. Muitos optam por permanecer em Portugal por razões financeiras, de saúde e familiares. O estudo de Bäckström<sup>14</sup> revela que as dificuldades econômicas e o acesso a melhores serviços de saúde em Portugal são fatores decisivos para esta escolha. Além disso, a presença de familiares e de redes de apoio social no país também influencia a decisão de permanência. Os cabo-verdianos constituem o grupo imigrante mais idoso e com mais idade em Portugal<sup>10</sup>.

Todas as outras populações imigrantes são comparativamente mais recentes, e só a partir de 1974-1975 começaram a ter alguma expressão estatística e a incluir menos pessoas idosas.

Segundo Machado<sup>12</sup>, entre 2001 e 2005, registaram-se 1.310 entradas de pessoas idosas africanas, o que representa um aumento de cerca de 10% em relação ao número existente em 2001 (13.070). As populações imigrantes mais idosas em Portugal – essencialmente oriundas dos Países de Língua Portuguesa – estão a atingir primeiro a terceira e a quarta idade, apresentando fatores de vulnerabilidade que requerem particular atenção por parte do Estado português (por exemplo, instabilidade das carreiras contributivas, pensões baixas ou ausência de direitos de pensão, desconhecimento dos mecanismos de proteção social) que justificam a tomada de medidas em curto e médio prazo.

As pessoas idosas que vieram mais recentemente juntar-se aos seus filhos adultos e netos são, principalmente, mulheres, que migram para estar com os seus parentes nos países de destino<sup>10</sup>. Existe ainda um número residual, mas crescente, de migrantes idosos que chegam a Portugal em idade avançada por meio do reagrupamento familiar. Oriundos de países africanos, Brasil, Nepal, entre outros, essas pessoas idosas vêm para serem cuidadas pelos seus filhos e para terem acesso aos serviços de saúde portugueses. Esse movimento é motivado pela necessidade de cuidados continuados que não são adequadamente prestados nos seus países de origem. Desde 2010, assistimos à chegada de imigrantes mais velhos e inativos que se juntaram às suas famílias em Portugal em busca de melhores condições de cuidados na velhice<sup>11</sup>. Por exemplo, metade das mulheres imigrantes idosas entrevistadas no estudo de Bäckström<sup>14</sup> vieram para Portugal para viver com as suas famílias, para serem cuidadas por elas e para terem acesso a tratamentos, chegando em idade avançada, para se reunirem com os seus filhos, uma vez que não podiam por não terem ninguém para cuidar delas nos seus países de origem<sup>14</sup>.

Existe uma distinção entre as pessoas idosas que migram e os antigos trabalhadores migrantes, como: “Envelhecer como imigrante não é o mesmo que imigrar como idoso”<sup>2</sup>. Podemos distinguir entre trabalhadores imigrantes que vieram em busca de uma vida

melhor há muito tempo e envelheceram no destino e aqueles que chegaram há menos tempo, considerados imigrantes seniores que se juntam à família, essencialmente indivíduos dependentes que acompanham os seus filhos ou familiares que chegaram por meio do processo de reunificação familiar ou para tratamento médico, denominados “geração 0”.

Portugal tornou-se também um destino popular para os reformados da UE e da América do Norte. Esses migrantes escolhem o país devido ao seu sistema de proteção social robusto e mais vantajoso, que inclui serviços de saúde de elevada qualidade e infraestruturas de apoio às pessoas idosas. Além disso, a legislação portuguesa facilita a residência de reformados estrangeiros, permitindo-lhes beneficiar plenamente do sistema de saúde e de outros serviços sociais. Em 2022, 19,2% dos vistos concedidos em Portugal foram para reformados, e 27,7%, para reagrupamento familiar. Houve um aumento significativo de estrangeiros reformados, principalmente europeus, refletindo uma alteração nos perfis migratórios<sup>17,18</sup>. No entanto, essa imigração não contribui para mitigar o envelhecimento demográfico. A maioria desses imigrantes é da UE, mas tem-se registado um aumento de reformados brasileiros e norte-americanos nos últimos anos<sup>7</sup>. É fácil para os cidadãos da UE transferirem as suas contribuições de qualquer país do bloco onde tenham trabalhado. As contribuições transferidas contam para a sua pensão estatal em Portugal. Assim, podem solicitar residência em Portugal e usufruir da maioria dos benefícios de um residente local.

Quanto aos cidadãos de fora da UE, vários países que não fazem parte desse bloco têm acordos mútuos de tributação e segurança social com Portugal. Todos os residentes no país são tributados pelos seus rendimentos globais. Assim sendo, as suas pensões pagas em outros países podem ser tributadas em Portugal. Os cidadãos de fora da UE devem solicitar uma autorização de residência para se reformarem em Portugal, de acordo com a lei da residência para reformados. Este pode ser feito em um posto consular português. Uma autorização de residência temporária é normalmente válida por cinco anos, após os quais terá de solicitar a residência permanente.

O governo português permite que os cidadãos americanos estabeleçam facilmente residência. O formulário mais comum é o visto de permanência de 120 dias. O governo português permite-lhes solicitar uma autorização de residência de um ano. Depois, pode ser renovada por licenças sucessivas de dois anos. Após cinco anos de residência temporária, podem solicitar o estatuto de residência permanente. Se tiverem descendentes judeus e puderem comprovar a sua ascendência sefardita, Portugal concede a cidadania e a residência permanente, desde que apresentem a documentação necessária. Portugal permite a dupla nacionalidade, pelo que, desde que o país de origem também o permita, podem manter ambas as nacionalidades.



Por fim, temos também o regresso de emigrantes reformados. Os desafios impostos pela migração e pelo envelhecimento populacional surgem também entre as famílias emigrantes e os familiares idosos que permaneceram no país de origem. Segundo Barros<sup>19</sup>,

[...] normalmente, as pessoas idosas são os elementos mais desprotegidos devido a políticas sociais inadequadas ou porque necessitam de cuidados próximos. As pessoas idosas são também uma espécie de âncora familiar e um ponto de encontro familiar entre os migrantes de primeira e segunda geração<sup>18</sup>.

#### **4.1.1. Proteção social**

No caso dos imigrantes idosos oriundos de países africanos de língua portuguesa, que chegaram nas décadas de 1980 e 1990, muitos ainda enfrentam um desconhecimento sobre os seus direitos e deveres. Isso torna-se complicado para algumas pessoas migrantes idosas, que acabam por não recorrer aos serviços de saúde. Há imigrantes idosos que desconhecem por completo os seus direitos. O II Plano para a Integração de Imigrantes<sup>9</sup> decidiu centrar-se no combate à vulnerabilidade socioeconómica dos imigrantes idosos, divulgando os apoios institucionais disponíveis.

A intervenção a imigrantes idosos destaca-se como novidade, uma população que, por vezes, sofre de dupla exclusão<sup>9</sup>. A área de intervenção dedicada às medidas para as pessoas idosas imigrantes centra-se no combate à vulnerabilidade socioeconómica por meio da divulgação das respostas institucionais disponíveis que a maioria desconhece, da divulgação dos apoios sociais, dos direitos decorrentes das contribuições para a segurança social e das formas de acesso a eles, não só em Portugal, mas também nos países de origem e na UE, cujo acesso é, por vezes, difícil ou mesmo impossível por desconhecimento das vias de acesso<sup>9</sup>. Muitos desconheciam e poderiam até, por exemplo, ter o direito de ser cidadãos portugueses (por reunirem condições para tal), sem nunca terem procurado adquirir a nacionalidade, que lhes daria acesso a benefícios e apoios sociais, apesar da conjuntura atual ser desfavorável; e o caminho será o desaparecimento gradual do Estado-Providência e de um Estado social, de uma menor proteção, do fim das reformas e das pensões para as gerações futuras e mesmo para os que ainda estão no ativo. É muito importante analisar para agir, para perceber o que pode e deve ser feito em resposta a essas novas realidades.

Os migrantes que decidam regressar ao seu país de origem, após um período de reforma no estrangeiro (UE), devem cumprir novos “requisitos de incorporação” para poderem voltar a aceder aos serviços sociais. De acordo com o regulamento comunitário, os pedidos de pensão devem ser apresentados pelo organismo de ligação no país de residência.



O regime de Residentes Não Habituais (RNH)<sup>18</sup> foi criado em 2009 para atrair cérebros para o país — especialistas em diversas áreas, com profissões de elevado valor acrescentado —, entretanto, também se aplica aos pensionistas estrangeiros. Estes têm sido os principais utilizadores do regime, transferindo a sua residência para Portugal e deixando de pagar Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) pelas suas pensões. Até 2020, as pensões recebidas em outros países por RNH eram isentas, mesmo que não tivessem sido tributadas na origem. A partir desse ano, uma alteração introduzida pelo Orçamento do Estado determinou que os novos RNH teriam de suportar, pelo menos, 10% de imposto. Para aqueles que já tinham adquirido o estatuto, manteve-se a possibilidade de não pagar nada.

Ao abrigo desse regime, o Estado português isentou de tributação as pensões estrangeiras. Contudo, para que tal acontecesse, era necessário que os reformados estrangeiros tivessem o estatuto de RNH em Portugal e transferissem as suas pensões para o país. Esse benefício fiscal tem, no entanto, uma duração limitada: dez anos. No final desse período, a cobrança do imposto é progressiva. Com o fim do estatuto de RNH, todos os residentes fiscais no país são obrigados a pagar impostos sobre o seu rendimento global. É considerado residente fiscal em Portugal se residir no país por mais de 183 dias em um ano fiscal. Portugal tem tratados de dupla tributação com todos os países da UE e com a maioria dos países fora da UE, evitando a dupla tributação.

No que diz respeito aos cidadãos estrangeiros da UE, dos Estados Unidos da América e aos emigrantes portugueses que regressam a Portugal, podem ter direito ao estatuto de RNH. Para terem direito ao regime de RNH, os estrangeiros reformados e emigrantes devem mudar a sua residência fiscal para Portugal no ano anterior ao pedido. No entanto, essas grandes vantagens fiscais terminarão em 2026, e o Estatuto de RNH deixará de existir em Portugal a partir de 2024. Aqueles que já possuem o estatuto de RNH e cujo período de 10 anos de IRS de 10% ainda esteja a decorrer manterão os seus benefícios fiscais após 2024. Aqueles que já se beneficiam desse estatuto de RNH e das vantagens fiscais, mantê-los-ão por um período de 10 anos, a contar do início da sua filiação. Por exemplo, aqueles que regressaram a Portugal em 2022 e se beneficiam do estatuto de RNH continuarão a pagar apenas 10% de IRS sobre as pensões estrangeiras até 2032, conforme previsto no regime.

A abordagem portuguesa à proteção social da sua diáspora é reativa, respondendo a situações específicas, como a privação ou a necessidade de repatriamento. Uma medida específica, gerida pelos consulados de Portugal, destina-se a cidadãos idosos portugueses vulneráveis residentes no estrangeiro: o Apoio Social aos Idosos Carenciados das Comunidades Portuguesas<sup>20</sup>.

O programa “Regressar” do governo português é uma medida que visa apoiar o regresso a Portugal de emigrantes ou dos seus descendentes e que oferece alguns benefícios para quem deseje voltar a viver no país, mas a maioria desses benefícios é direcionada para aqueles que retornam e retomam a atividade profissional. No entanto, só têm acesso a esses benefícios após regressarem a Portugal, com exceção dos pensionistas e trabalhadores destacados dentro da UE<sup>20</sup>.

#### 4.1.2 Redes de suporte social

Nos estudos de Bäckström<sup>13,15,21,22</sup>, procurou-se compreender o papel das redes de suporte social existentes no contexto dos imigrantes africanos idosos em Portugal. A rede de familiares e amigos já existente no país de acolhimento foi um dos fatores decisivos na escolha do destino, com tendência para o reagrupamento familiar e para a concentração geográfica dos grupos imigrantes. A concentração de comunidades de minorias étnicas surge frequentemente por razões sociais, bem como por necessidades económicas. A concentração pode ser benéfica, em curto prazo, pois favorece o acesso ao apoio oferecido pelos membros da própria comunidade cultural<sup>23</sup>.

A história tem demonstrado que muitos migrantes acabam por se fixar definitivamente nos seus países de destino, mesmo que a sua expectativa inicial seja regressar aos seus países de origem. O crescente envelhecimento dos imigrantes na Europa é uma das causas da sua fixação nos países de acolhimento, quer por razões familiares, quer de qualidade de vida ou de saúde. Com o avançar da idade, aumentam os motivos para a permanência, sejam eles de ordem familiar, de qualidade de vida e de enfraquecimento dos laços com os países de origem. Quando comparada com os seus países de origem, a permanência parece ser a melhor opção em termos de acesso a cuidados de saúde e outros aspectos considerados importantes em nível pessoal<sup>13,15,22</sup>. À medida que envelhecem, reformulam as suas expectativas de regresso, uma vez que encontram diferentes razões para ficar<sup>23</sup>. O regresso é, de fato, um mito eterno, embora alguns imigrantes mais velhos desejem deslocar-se entre os dois países<sup>24-26</sup>, o que alguns autores designam por “estilos de vida transnacionais”<sup>1</sup>.

O estudo de Bäckström<sup>14</sup> investigou as razões pelas quais os imigrantes idosos optam por permanecer em Portugal em vez de regressar aos seus países de origem após a reforma. Os principais motivos apontados para o não regresso incluíram questões financeiras, como a falta de recursos para construir uma casa no país de origem, comprar bilhetes de avião ou suportar despesas adicionais no país. Além disso, muitos destacaram o acesso a melhores serviços de assistência social e de saúde em Portugal, ou um estado de saúde deficiente, como fatores que pesaram na decisão de permanecer. Os homens, em particular, referiram a qualidade superior dos cuidados de saúde, o acesso

a medicamentos e tratamentos disponíveis em Portugal, bem como a proximidade de familiares que poderiam cuidar deles. No entanto, a maioria dos homens vivia sozinha, e alguns manifestaram sentimentos de tristeza e solidão devido à falta de apoio da família, amigos e vizinhos. Essa dinâmica familiar e o apoio social desempenharam um papel significativo nas decisões dos imigrantes idosos em permanecer em Portugal. Os resultados deste estudo corroboram as conclusões de outros autores<sup>10,12,28</sup> que indicam que as intenções de regressar aos seus países de origem diminuem à medida que os migrantes se aproximam da idade da reforma. O não retorno é atribuído principalmente à vulnerabilidade e à falta de condições, e não a uma decisão pessoal. Supõe-se que o projeto migratório não tenha sido bem-sucedido, especialmente devido à difícil situação econômica que dificulta o regresso. A maioria não deseja regressar por considerar que tem mais apoio do Estado e melhores condições de saúde em Portugal, para além de ter filhos para cuidar deles no país.

As razões para não regressar ao seu país de origem são variadas: muitos migrantes chegam ao país de destino com planos de regresso (o tal “mito do regresso”), mas depois de viverem no estrangeiro durante muitos anos, encontram motivos para ficar e vivem em um duplo conflito. Sentem-se estrangeiros no país onde viveram durante três ou quatro décadas, mas também se sentem estrangeiros no seu país de origem devido à grande distância — e o mito do regresso permanece, para a maioria, um mito. Alguns migrantes estão tão adaptados ao novo ambiente que preferem não investir em uma nova mudança, enquanto outros sentem a necessidade de cuidar dos netos e são cuidados pelas suas famílias e pela rede que construíram no país de acolhimento. Além disso, as vantagens oferecidas pelo país de acolhimento, em termos de bem-estar, qualidade de vida e acesso a melhores serviços de saúde, também incentivam muitos migrantes a optar por ficar. Alguns deles estão tão familiarizados com o seu novo endereço que preferem não investir em uma nova mudança, enquanto outros têm descendentes e sentem que são necessários para cuidar dos netos e que também são cuidados pelas suas famílias e pela rede que construíram. As vantagens que o país de acolhimento oferece em termos de bem-estar e qualidade de vida, no âmbito de acesso a melhores cuidados de saúde para a maioria dos migrantes que chegaram na década de 1980 vindos de países africanos, são também motivos para ficar. Sardinha et al.<sup>29</sup> destacam a forte tradição africana de cuidar dos pais até a morte, evitando os lares pessoas idosas devido à presença constante de familiares para cuidar.

Os imigrantes idosos que se reencontram com a família estão mais protegidos porque o principal apoio aos imigrantes é frequentemente oferecido por membros das redes sociais a que pertencem, sejam elas de origem ou mais recentes, criadas na comunidade.

de de acolhimento. A família e os mais próximos surgem como recursos fundamentais nas relações com as pessoas idosas nas comunidades de imigrantes. As famílias são frequentemente o principal local de trocas, apoio e cuidados intergeracionais<sup>13</sup>. Barros<sup>30</sup> sublinha que, para as pessoas idosas migrantes, a qualidade da rede (confiança, frequência de contato, reciprocidade), muitas vezes, importa mais do que o tamanho ou a proximidade física.

As solidariedades familiares informais constituem uma forte fonte de entreajuda e de trocas que contrabalançam a solidariedade formal. Os tipos de ajuda e de cuidados entre os membros da família respondem às necessidades básicas de dificuldades de gestão do tempo, do espaço e do dinheiro, que as ajudas públicas não conseguem ultrapassar. Esses casos evidenciam o que foi referido, de pessoas idosas, especialmente mulheres, que vieram mais recentemente com os seus filhos, ou se juntaram às suas famílias em Portugal, por meio do reagrupamento familiar, em busca de melhores condições de assistência na velhice e com o propósito de serem cuidados por um familiar, especialmente as suas filhas<sup>10-12</sup>. A solidariedade familiar intergeracional é uma rede viva e de trocas circulares afetivas, práticas e simbólicas, que, no contexto migratório, requer alguma negociação e adaptação de forma a sobreviver às barreiras geográficas, legais e culturais<sup>30</sup>.

### **4.1.3 Cuidados de Saúde em um Contexto de Mobilidade**

O sistema de Estado de bem-estar social português é um modelo híbrido que combina a oferta de serviços universais de saúde, transferências monetárias e mecanismos de proteção social com a participação significativa de parceiros sociais nas políticas de garantia de rendimentos<sup>31,32</sup>. Contudo, muito recentemente (dezembro de 2024), o acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi restringido para determinados grupos de pessoas, e a lei foi alterada. As principais áreas abrangidas incluem desemprego, cuidados de saúde, pensões de reforma, apoio à família e rendimento social mínimo. Esses benefícios são universalmente acessíveis a indivíduos que vivem em Portugal, independentemente da nacionalidade, desde que cumpram os requisitos previstos na legislação nacional.

Desde 2023, tem havido um debate intenso em torno da entrada de imigrantes e do que alguns partidos (da ala da direita) chamam de “portas escancaradas”. Entre outros acontecimentos que geraram intensos debates entre partidos políticos, racismo e xenofobia, a Assembleia da República debateu especificamente a necessidade de acabar com o acesso gratuito aos serviços de saúde por parte de imigrantes e, em particular, de migrantes indocumentados e estrangeiros. Na sequência disso, o parlamento português aprovou, em dezembro de 2024, uma alteração significativa nas políticas de saúde do país, limitando o acesso ao SNS para migrantes regulares e cidadãos estrangeiros. Segundo

essas novas políticas, migrantes irregulares e cidadãos estrangeiros sem residência deixarão de ter acesso a cuidados não urgentes por meio do SNS. Os cidadãos estrangeiros que pretendam utilizar o sistema de saúde português devem possuir uma autorização de residência e, posteriormente, registrar-se no centro de saúde local.

Portugal negocia ativamente acordos bilaterais de segurança social para assegurar a cobertura de riscos sociais como desemprego, saúde e pensões para emigrantes regressados. Atualmente, existem 23 acordos bilaterais em vigor, predominantemente para responder às necessidades de imigrantes a viver em Portugal<sup>32</sup>.

Os acordos de cooperação reforçam o acesso dos cidadãos dos Palop. Os países africanos de língua portuguesa têm acordos de cooperação com Portugal para a prestação de assistência médica aos cidadãos dos Palop. A assistência médica no país tem sido um eixo estratégico no reforço da cooperação internacional no setor da saúde<sup>33,34</sup>.

Como foi referido, existem diversos fluxos migratórios, tanto os mais antigos como os mais recentes. Os imigrantes seniores incluem os que envelhecem no seu país de destino, os que vêm para Portugal principalmente por razões médicas e aproveitam as redes de apoio social existentes, e os que chegam ao abrigo de acordos e convenções bilaterais de saúde entre Portugal e os seus países de origem. Esses indivíduos tornam-se utilizadores regulares ou potenciais dos cuidados prestados pelo SNS<sup>34</sup>. A utilização dos serviços de saúde depende, em grande medida, do estatuto legal em Portugal, do conhecimento do sistema de saúde e do método de acesso. O SNS está aberto e acessível a qualquer pessoa registada pelas autoridades, permitindo-lhe utilizar as unidades de saúde locais (Unidades de Saúde Familiar — USF). No contexto da migração de reformados, o acesso aos cuidados de saúde é crucial para o pleno exercício da cidadania e é fundamental no processo de tomada de decisão dos pensionistas estrangeiros.

Em nível europeu, o regulamento estipula que os indivíduos que recebem uma pensão de reforma de um país membro do Espaço Económico Europeu e residem em outro devem ter os seus cuidados de saúde prestados pelo primeiro. No entanto, os procedimentos e tratamentos no destino podem diferir dos do país de origem. Por exemplo, em Portugal, são exigidas taxas de utilização obrigatórias para consultas e pagamentos de medicamentos e exames coparticipados. Os cuidados oftalmológicos e os tratamentos do sistema de saúde privado não estão cobertos, e alguns serviços sociais podem não estar disponíveis.

O SNS é geralmente considerado satisfatório, embora alguns reformados optem por um seguro de saúde privado adicional como medida de precaução. O SNS cobre as necessidades básicas de saúde, acidentes e doenças. No entanto, existem listas de espera para especialidades, e as instalações podem ser limitadas em áreas rurais e suburbanas.

Os cidadãos reformados da UE beneficiam da divulgação do Cartão Europeu de Seguro de Doença desde junho de 2004.

Os reformados de países terceiros em Portugal (por exemplo, os reformados americanos e canadianos) têm direito a cuidados de saúde gratuitos apenas após se tornarem residentes permanentes. Até obterem a residência permanente, devem contar com um seguro de saúde privado e com serviços médicos pagos durante os primeiros cinco anos. É obrigatória a apresentação da documentação do seguro de saúde antes de requerer a residência como reformado em Portugal. Após a mudança, podem passar de um plano internacional para um plano de saúde privado português, geralmente mais barato do que o equivalente americano. Outrossim, gozam de privilégios de saúde semelhantes aos reformados da UE, mas apenas para cuidados médicos urgentes. Os cuidados médicos regulares exigem um seguro de saúde privado.

O acesso aos cuidados médicos e aos direitos sociais é influenciado principalmente pelas contribuições econômicas e pelo estatuto de residente, e não pela origem geográfica.

Além disso, a prosperidade econômica individual é crucial para o acesso a serviços como seguros e tratamentos de saúde privados. Consequentemente, muitos migrantes reformados economicamente favorecidos mantêm estrategicamente a sua residência no seu país de origem para salvaguardar os seus direitos sociais e de saúde em caso de potencial regresso. No entanto, muitos desses migrantes investem a totalidade do seu rendimento na compra de uma casa no país de acolhimento, impedindo-os de manter uma segunda residência no seu país de origem. Esses indivíduos recorrem, por vezes, a mecanismos que lhes permitem manter o registo no sistema nacional de saúde do seu país de origem por meio de regressos temporários ou permanentes, cumprindo os requisitos de residência para garantir o acesso aos cuidados de saúde<sup>35</sup>. Com o aumento da mobilidade internacional, especialmente dentro dos países da UE, há um incentivo progressivo à cooperação entre os países-membros para proporcionar um acesso alargado e equitativo aos cuidados de saúde. No entanto, esse acesso ainda é fortemente determinado em nível nacional e condicionado por acordos de reciprocidade.

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo corrobora que o transnacionalismo, concebido como o conjunto integrado de práticas, redes e estratégias que se desenvolvem para além das fronteiras estatais, constitui um elemento estruturante na configuração das trajetórias de envelhecimento de numerosas pessoas idosas migrantes. No contexto português, tanto os imigrantes oriundos dos Países de Língua Portuguesa que envelheceram no território nacional quanto os emigrantes portugueses que residiram ou ainda residem no estrangeiro mobilizam esse

enquadramento estratégico como instrumento de reforço da sua segurança econômica e de ampliação das possibilidades de acesso a regimes de proteção social e de saúde mais favoráveis. Nessa acepção, o transnacionalismo não se apresenta como epifenômeno, mas como estratégia de vida estabilizada, cuja eficácia decorre da articulação entre múltiplos regimes nacionais de bem-estar e da capacidade de mobilização de recursos dispersos geograficamente.

A análise empírica evidencia que a mobilidade, quer de carácter definitivo, quer sazonal, quer circular, é planeada e operacionalizada, quando tal é possível, de forma seletiva e instrumental, permitindo às pessoas idosas migrantes articular benefícios sociais, pensões e cuidados de saúde provenientes de diferentes sistemas nacionais. A determinação do local de residência na velhice emerge, assim, como o resultado de uma ponderação complexa entre variáveis institucionais, familiares, econômicas e de saúde. Essa interdependência de fatores explica a substituição recorrente do “mito do regresso” por estratégias de fixação prolongada no país de acolhimento ou por esquemas de mobilidade periódica que permitem a otimização de recursos entre contextos distintos.

No caso dos imigrantes provenientes dos Palop, cuja chegada a Portugal se verificou maioritariamente nas décadas de 1980 e 1990, a permanência após a aposentação está intrinsecamente associada à presença de redes familiares e comunitárias densas, à existência de um sistema de saúde público mais estruturado e a condições de vida percebidas como mais estáveis e seguras diante do país de origem. Por sua vez, entre os emigrantes portugueses retornados, observa-se a adoção de práticas transnacionais que combinam prestações e benefícios adquiridos no estrangeiro com direitos adquiridos em Portugal, frequentemente viabilizados por instrumentos jurídicos internacionais que asseguram a transferência e a compatibilização desses recursos.

O papel das redes familiares e comunitárias revela-se determinante para o êxito dessas estratégias transnacionais, não apenas pelo apoio material e logístico que facultam, mas também pelo papel mediador que desempenham no acesso à informação e à burocracia institucional, colmatando lacunas e insuficiências dos sistemas formais de proteção social e de saúde.

Persistem, contudo, desigualdades significativas entre cidadãos da UE e migrantes de países terceiros, muitas vezes agravadas por barreiras administrativas, pelo desconhecimento dos direitos e déficits de literacia em direitos sociais e por alterações legislativas, que limitam a eficácia das estratégias transnacionais para determinados grupos e segmentos populacionais. Nesse enquadramento, a resposta à questão de investigação é inequívoca: o transnacionalismo constitui, para as pessoas idosas migrantes, um dis-

positivo multifuncional e adaptativo, que lhes permite gerir ativamente as transições e vulnerabilidades associadas ao envelhecimento, maximizando o acesso a uma gama mais ampla e flexível de direitos e benefícios sociais e de saúde. Do mesmo modo, pode-se afirmar que tais práticas viabilizam a interconexão entre sistemas nacionais distintos, produzindo sinergias e oportunidades complementares, desde que existam os recursos, o conhecimento e o enquadramento jurídico necessários para a sua operacionalização.

Em termos de recomendações, é necessário desenvolver políticas públicas que reconheçam a especificidade do envelhecimento em contextos transnacionais. Isso implica promover a portabilidade de direitos, simplificar processos administrativos, garantir a disseminação de informação clara e acessível e adaptando as respostas sociais e de saúde à mobilidade e diversidade cultural dessa população.

Ao reconhecer a legitimidade e a relevância dessas estratégias, é possível assegurar que as pessoas idosas migrantes, independentemente da sua origem ou estatuto, possam usufruir dessa etapa da vida com dignidade, segurança e bem-estar, em uma realidade em que as fronteiras funcionem como pontos de ligação e cooperação, e não como barreiras para o acesso aos sistemas de proteção social e de saúde.

## Referências

1. Warnes AM, Williams A. Older migrants in Europe: A new focus for migration studies. *J Ethn Migr Stud.* 2006;32(8):1257-81. DOI: [10.1080/13691830600927617](https://doi.org/10.1080/13691830600927617)
2. Torres S. Elderly immigrants in Sweden: 'Otherness' under construction. *J Ethn Migr Stud.* 2006;32(8):1341-58. DOI: [10.1080/13691830600928730](https://doi.org/10.1080/13691830600928730)
3. Pries L. Transnationalism. In: Scholten P, editor. *Introduction to Migration Studies*. Cham: Springer; 2022. p 233-247. IMISCOE Research Series.
4. Gustafson P. Retirement migration and transnational lifestyles. *Ageing Soc.* 2001;21(4):371-94. DOI: [10.1017/S0144686X01008327](https://doi.org/10.1017/S0144686X01008327)
5. O'Reilly K. The rural idyll, residential tourism, and the spirit of lifestyle migration. Presented at: Social Anthropologists Association Conference; 2007; London. p. 1-11.
6. O'Reilly K, Benson M. Lifestyle migration: escaping to the good life? In: O'Reilly K, Benson M, editors. *Lifestyle Migration: Expectations, Aspirations and Experiences*. Farnham: Ashgate; 2009. p. 1-13.



7. Oliveira CR. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023. Lisbon: Alto Comissariado para as Migrações; 2023.
8. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. Lisbon: INE; 2023.
9. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. II Plano para a Integração dos Imigrantes: 2010–2013. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI); 2010. 63 p.
10. Machado FL, Roldão C. Elderly immigrants: a new face of immigration in Portugal. Lisbon: ACIDI; 2010. (Estudos OI, 39).
11. Marques M, Ciobanu R. Elderly migrants in Portugal. Cascais: Principia; 2012.
12. Machado FL, organizador. Imigração e envelhecimento ativo. Migrações. 2012;(10):1-184.
13. Bäckström B. Active aging and health in a case study with elderly immigrants. Migrações. 2012;(10):103-26.
14. Bäckström B. Access to health and vulnerability factors in the immigrant population. In: Tavares D, et al., editors. II Jornadas de Ciências Sociais e Humanas na Saúde. Saúde: Complexidades e Perplexidades. Alicerces. Lisbon: Instituto Politécnico de Lisboa; 2014.
15. Bäckström B. Health, aging migrants and care strategies. Health Cult Soc. 2015;8(2):75-86. DOI: [10.5195/hcs.2015.207](https://doi.org/10.5195/hcs.2015.207)
16. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. Lisbon: INE; 2011.
17. Oliveira CR, Gomes N, coordenadores. Migrações e saúde em números: o caso português. Caderno Estatístico Temático nº 2. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM); 2018. Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações.
18. Portugal. Tributação dos residentes não habituais. Lexionário do Diário da República Eletrónica [Internet]. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda (INCM); [data de publicação não indicada] [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/tributacao-residentes-nao-habituais>
19. Barros C, McGarrigle J, Santos AS, et al. Solidarity typologies in dynamics between Portuguese emigrants and their parents. Hum Arenas. 2023. [10.1007/s42087-023-00368-0](https://doi.org/10.1007/s42087-023-00368-0)
20. Marques JC, Góis P. Diaspora policies, consular services and social protection for Portuguese citizens abroad. In: Lafleur JM, Vintila D, editors. Migration and social protection in Europe and beyond (Vol. 2.). Cham: Springer; 2020. p. 387-407. doi: [10.1007/978-3-030-51245-3\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-030-51245-3_23)

21. Bäckström B. The health of elderly immigrant women. In: Padilla B, et al., editors. II International Workshop: Health and Citizenship: Equity in maternal and child health care in times of crisis, Lisbon: ISCTE-IUL, University of Lisbon; 2015.
22. Bäckström B. Should I stay or should I go? The question of return. In: IX Portuguese Congress of Sociology; 2016 Jul 6-8; Faro, Portugal. Faro: University of Algarve; 2016.
23. Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.
24. Roldão C, Machado FL. Imigrantes idosos em Portugal: um retrato panorâmico. In: Atas do VII Congresso Português de Sociologia [Internet]. Lisboa: APS; 2012 [cited 2025 Aug 5]. Available from: [http://www.aps.pt/vii\\_congresso/?area=016&lg=pt](http://www.aps.pt/vii_congresso/?area=016&lg=pt)
25. Monteiro PF. Emigração: o eterno mito do regresso. Oeiras: Celta Editora; 1994.
26. Almeida A. The Portuguese in France at the time of reform. Paris: Éditions Lusophone; 2008.
27. Aggoun A. Aging and immigration: the case of Kabyle women in France. *Interdiscip Stud Aging*. 2002;(4):21-41.
28. Bolzman C, Fibbi R, Vial M. What to do after retirement? Elderly migrants and the question of return. *J Ethn Migr Stud*. 2006;32(8):1359-75. DOI: [10.1080/13691830600928748](https://doi.org/10.1080/13691830600928748)
29. Sardinha J, Bäckström B, Castro-Pereira S, et al. Histórias biográficas de imigrantes em Lisboa. Lisbon: Universidade Aberta/CEMRI; 2011.
30. Barros C. Entre fronteiras e gerações: jovens emigrantes e famílias. Lisboa: UCP Editora; 2025.
31. Ferreira J. Child protection in Portugal. In: Berrick JD, Gilbert N, Skivenes M, editors. *The Oxford handbook of child protection systems*. Oxford: Oxford University Press; 2023. p. 506-26. DOI: [10.1093/oxfordhb/9780197503546.013.14](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197503546.013.14).
32. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. Cooperação em Saúde [Internet]. 2025 mar 25 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.sg.min-saude.pt/cooperacao-em-saude-3/>
33. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. *Immigration in Portugal. Useful Information*. Lisboa: ACIDI; 2009.
34. Estrela P. A saúde dos imigrantes em Portugal. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25:45-55.
35. Ackers L, Dwyer P. Fixed laws, fluid lives: the citizenship status of post-retirement migrants in the European Union. *Ageing Soc*. 2004;24(3):451-75. DOI: [10.1017/S0144686X0300165X](https://doi.org/10.1017/S0144686X0300165X)

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



---

# SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM PORTUGAL

---

*SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET POLITIQUES PUBLIQUES AU PORTUGAL*

*SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN PORTUGAL*

*HEALTH OF THE ELDERLY AND PUBLIC POLICIES IN PORTUGAL*

**Verónica Gómez\***

**Ana Cristina Garcia\*\***

**Carlos Matias Dias\*\*\***

---

\*. Gerontóloga. Mestra em Epidemiologia. Unidade de Observação e Vigilância do Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

\*\* . Médica de Saúde Pública. Doutora em Saúde Internacional. Coordenadora da Unidade de Investigação em Serviços e Políticas de Saúde do Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

\*\*\*. Médico de Saúde Pública. Doutor em Saúde Pública. Coordenador do Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

Autor correspondente: Verónica Gómez. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 1649-016 Lisboa, Portugal. [veronica.gomez@insa.min-saude.pt](mailto:veronica.gomez@insa.min-saude.pt); +351 217 526 492.

## Resumo

O envelhecimento populacional figura entre as transformações demográficas e sociais, à escala global, mais relevantes do século XXI. Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo. Cerca de um quarto da população idosa tem idade igual ou superior a 65 anos, e o número de pessoas idosas é cerca do dobro do de jovens. Em 2023, a esperança de vida aos 65 anos foi de 20,0 anos, mas a expectativa de vida com saúde foi, em média, de 8,4 anos. Este estudo procura contribuir para o aprofundamento do conhecimento do estado da arte em termos de políticas públicas, existentes ou necessárias, que possam atender às necessidades de saúde das pessoas idosas em Portugal. Trata-se de um estudo qualitativo de tipo descritivo, com base em uma revisão da literatura de tipo narrativa. Foram submetidos às análises documental e temática 71 documentos, entre artigos científicos, relatórios técnicos, documentos estratégicos e normativos, diplomas legais e publicações institucionais. Em 2024, 27,9% das pessoas idosas residentes em Portugal autoavaliavam o seu estado de saúde como mau ou muito mau, predominando a doença crônica, a incapacidade e a multimorbilidade. As iniquidades em saúde nas pessoas idosas são uma realidade, associadas a necessidades socioeconômicas e à reduzida acessibilidade aos serviços de saúde. Dos instrumentos normativos e de planeamento analisados que visam ao envelhecimento saudável, destacam-se quatro diplomas, dentre outros: 1) o Plano Nacional de Saúde 2030, que tem como objetivo estratégico promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável; 2) o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, centrado na autonomia, prevenção da dependência e qualidade de vida, atuando por meio de cuidados primários e domiciliários, formação profissional, integração de serviços, combate ao isolamento e promoção da literacia em saúde; 3) o Estatuto da Pessoa Idosa; e 4) o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Neste estudo, incluem-se exemplos de boas práticas, replicáveis, e propõem-se estratégias de intervenção a reforçar ou implementar. No entanto, mantêm-se fragilidades, barreiras e obstáculos a ultrapassar na implementação das políticas públicas em favor das pessoas idosas. Apesar dos progressos evidentes, é necessário continuar a investir na implementação das políticas públicas para uma resposta mais efetiva às necessidades reais de saúde das pessoas idosas em Portugal.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa, Envelhecimento, Envelhecimento saudável, Necessidades de saúde, Políticas Públicas, Políticas de Saúde, Estratégias de saúde

## Resumen

El envejecimiento poblacional es una de las transformaciones demográficas y sociales más relevantes del siglo XXI. Portugal se encuentra entre los países más envejecidos del mundo. Aproximadamente una cuarta parte de la población tiene 65 años o más, y

el número de personas mayores duplica al de jóvenes. En 2023, la esperanza de vida a los 65 años fue de 20,0 años, mientras que la expectativa de vida saludable fue, en promedio, de 8,4 años. Este estudio busca profundizar en el conocimiento sobre políticas públicas, existentes o necesarias, que puedan responder a las necesidades de salud de las personas mayores en Portugal. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, basado en una revisión narrativa de la literatura. Se sometieron a análisis documental y temático 71 documentos, entre artículos científicos, informes técnicos, documentos estratégicos y normativos, disposiciones legales y publicaciones institucionales. En 2024, el 27,9% de las personas mayores residentes en Portugal autoevaluaba su estado de salud como malo o muy malo, predominando la enfermedad crónica, la incapacidad y la multimorbilidad. Las inequidades en salud son una realidad, asociadas a necesidades socioeconómicas y a la baja accesibilidad a los servicios sanitarios. Entre los instrumentos normativos y de planificación que promueven el envejecimiento saludable, se destacan cuatro, de entre otros: 1) el Plan Nacional de Salud 2030, que establece como objetivo estratégico la promoción de longevidad y el envejecimiento activo; 2) el Programa Nacional de Salud para las Personas Mayores, centrado en la autonomía, la prevención de la dependencia y la calidad de vida, actuando mediante cuidados primarios y domiciliarios, formación profesional, integración de servicios, lucha contra el aislamiento y promoción de la alfabetización en salud; 3) el Estatuto de la Persona Mayor; y 4) el Plan de Acción para el Envejecimiento Activo y Saludable. En este estudio se incluyen ejemplos de buenas prácticas, susceptibles de replicación, y se proponen estrategias de intervención para reforzar o implementar. No obstante, persisten debilidades, barreras y obstáculos que deben superarse en la implementación de las políticas públicas a favor de las personas mayores.. A pesar del progreso, es necesario seguir invirtiendo en la implementación para responder plenamente e de forma más efectiva a las necesidades reales de salud de las personas mayores en Portugal.

**Palabras clave:** Persona Mayor, Envejecimiento, Envejecimiento Saludable, Necesidades y demanda de Servicios de Salud, Políticas Públicas, Política de Salud, Estrategias de Salud

## Résumé

Le vieillissement de la population est l'une des transformations démographiques et sociales les plus marquantes du XXI<sup>e</sup> siècle. Le Portugal compte parmi les pays les plus vieillissants du monde. Environ un quart de la population a 65 ans ou plus, et le nombre de personnes âgées est deux fois supérieur à celui des jeunes. En 2023, l'espérance

de vie à 65 ans était de 20,0 ans, mais l'espérance de vie en bonne santé atteignait en moyenne 8,4 ans. Cette étude vise à approfondir la connaissance des politiques publiques, existantes ou nécessaires, susceptibles de répondre aux besoins de santé des personnes âgées au Portugal. Il s'agit d'une étude qualitative descriptive, fondée sur une revue narrative de la littérature. Ont été soumis à une analyse documentaire et thématique 71 documents, comprenant des articles scientifiques, des rapports techniques, des documents stratégiques et normatifs, des textes législatifs et des publications institutionnelles. En 2024, 27,9% des personnes âgées résidant au Portugal évaluaient leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, avec prédominance de maladies chroniques, incapacité et multimorbidité. Les inégalités en santé sont une réalité, liées à des besoins socio-économiques et à une faible accessibilité aux soins. Parmi les instruments normatifs et de planification visant à promouvoir un vieillissement sain, se distinguent quatre: 1) le Plan National de Santé 2030, qui fixe comme objectif stratégique la longévité et le vieillissement actif ; 2) le Programme National de Santé pour les Personnes Âgées, centré sur l'autonomie, la prévention de la dépendance et la qualité de vie, agissant par soins primaires et à domicile, formation professionnelle, intégration des services, lutte contre l'isolement et promotion de la littératie en santé ; 3) le Statut de la Personne Âgée ; et 4) le Plan d'Action pour le Vieillissement Actif et Sain. Cette étude inclut des exemples de bonnes pratiques, reproductibles, et propose des stratégies d'intervention à renforcer ou à mettre en œuvre. Toutefois, des fragilités, des barrières et des obstacles persistent dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes âgées. Malgré les progrès, il est nécessaire de continuer à investir pour répondre plus efficacement et pleinement aux besoins réels de santé des personnes âgées au Portugal.

**Mots clés:** Sujet âgé, Vieillissement, Vieillissement en bonne santé, Besoins et demande de services de santé, Politique publique, Politique de santé, Stratégies de santé

## Abstract

Population ageing is among the most significant demographic and social transformations worldwide in the 21st century. Portugal is one of the most aged countries in the world. Approximately one quarter of the population is aged 65 or older, and the number of older adults is about twice that of young people. In 2023, life expectancy at age 65 was 20.0 years, but healthy life expectancy averaged only 8.4 years. This study aims to contribute to the understanding of the state of the art regarding public policies—existing or needed—that can address the health needs of older adults in Portugal. This is a qualitative descriptive study based on a narrative literature review. A total of 71 documents

were analysed through documentary and thematic analysis, including scientific articles, technical reports, strategic and normative documents, legal instruments, and institutional publications. In 2024, 27.9% of older adults living in Portugal self-assessed their health status as poor or very poor, with chronic disease, disability, and multimorbidity predominating. Health inequities among older adults are a reality, linked to socioeconomic needs and limited access to health services. Among the analysed normative and planning instruments that aim to promote healthy ageing, four notable examples, among others, include: 1) the National Health Plan 2030, which sets the promotion of longevity and active, healthy ageing as a strategic goal; 2) the National Health Programme for Older People, focused on autonomy, prevention of dependency, and quality of life, acting through primary and home care, professional training, service integration, combating isolation, and promoting health literacy; 3) the Statute of the Older Person; and 4) the Action Plan for Active and Healthy Ageing. This study includes examples of good practices that can be replicated and proposes intervention strategies to be strengthened or implemented. However, weaknesses, barriers, and obstacles persist in the implementation of public policies in support of older people. Despite progress, continued investment is necessary to fully and more effectively meet the real health needs of elderly persons in Portugal.

**Keywords:** Elderly person, Aging, Healthy Aging, Health Needs and Demand, Public Policy, Health Policy, Health strategies

## 1. INTRODUÇÃO

### Enquadramento

O envelhecimento populacional figura entre as transformações demográficas e sociais, à escala global, mais relevantes do século XXI<sup>1,2</sup>. Caracterizado pelo aumento progressivo do número e proporção de pessoas idosas na população, tipicamente acompanhado pela redução do número e proporção da população jovem (duplo envelhecimento da população), este fenómeno expõe conquistas e desafios para a sociedade, em geral, e para os sistemas de saúde, em particular<sup>1-3</sup>.

Os sucessos da saúde pública, o progresso contínuo das ciências médicas e dos modelos de prestação de cuidados, assim como o fortalecimento gradual dos sistemas de saúde, em paralelo e em inter-relação com a melhoria das condições socioeconômicas, contribuíram para o aumento da longevidade humana, traduzida por uma esperança de vida sucessivamente crescente<sup>1-3</sup>. Também a esperança de vida com saúde tem aumen-



tado, justificando, como apontado por Rodrigues em 2018<sup>2</sup>, que se poderia presumir um futuro favorável, nem sempre evidente à escala global<sup>4</sup>.

Os desafios inerentes ao envelhecimento populacional têm-se tornado cada vez mais complexos e exigentes. Os maiores desafios para o estado de saúde da população idosa decorrem de um padrão caracterizado por elevadas e crescentes prevalências de doenças crônicas, de incapacidade e de multimorbilidade; bem como da ação de determinantes específicos, em que os determinantes socioeconômicos — insegurança financeira e pobreza, isolamento social, suporte e rede social, entre outros — e os relacionados com a prestação de cuidados de saúde — com destaque para a reduzida acessibilidade — desempenham papel particularmente relevante. As iniquidades em saúde, estreitamente relacionadas com as desigualdades sociais e econômicas e com a estigmatização das pessoas idosas, potenciam as exigentes necessidades em saúde e em cuidados de saúde, contribuindo de forma relevante para os difíceis desafios que se impõem aos sistemas de saúde, sociais e econômicos nos tempos atuais e sua continuidade futura<sup>1,2</sup>.

Em resposta à evolução do envelhecimento e às suas implicações na saúde, tem instalado-se um movimento no sentido do envelhecimento saudável, entendido, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>4</sup>, como

[...] o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice, exigindo a intervenção sobre determinantes biológicos, comportamentais, ambientais, sociais e relacionados com a prestação de cuidados de saúde<sup>1</sup>.

O cenário para um envelhecimento saudável baseia-se cientificamente na prosperidade socioeconômica, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento precoces de doenças de base e intercorrentes, na promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida e na adequação da prestação de cuidados de saúde no sentido da mais ampla acessibilidade e preferência por modelos de cuidados integrados e multidisciplinares<sup>1,5</sup>.

Intervir a favor do envelhecimento saudável passa, assim, a ser uma preocupação de âmbito global e a constar nas agendas políticas em níveis internacional e nacional<sup>6</sup>.

Por meio da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, plano de ação global aprovado em 2015 pelos Estados-Membros das Nações Unidas, assume-se o compromisso de empoderamento das pessoas idosas de acordo com as suas vulnerabilidades. Especificamente dedicado à saúde, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) pretende assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as idades, enfatizando a importância de políticas que apoiem o envelhecimento saudável, a prevenção de doenças e o acesso a cuidados de saúde de qualidade ao longo da vida. Por seu lado, o ODS 2 fixa o compromisso específico de satisfação das necessidades nutricionais das pessoas idosas<sup>7</sup>.

Em 2020, a OMS lançou o plano de ação global intitulado *Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030*, centrado na pessoa idosa e com a finalidade de melhorar a vida dessa camada da população, das suas famílias, cuidadores e suas comunidades. Alinhado com os princípios, os valores e o cronograma da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os ODS, esse plano de ação global pretende fundamentar, desenvolver e apoiar a colaboração concertada, estimulante e sustentada das agências internacionais, governos, sociedade civil, profissionais, academia, meios de comunicação social e setor privado<sup>4</sup>.

Em alinhamento com essas recomendações e orientações internacionais, torna-se prioritário desenhar, implementar e avaliar políticas públicas favoráveis e promotoras do envelhecimento saudável, entendidas como o conjunto de decisões e orientações determinadas pelos governos, tendo em vista a resolução de problemas específicos da população idosa e o seu mais amplo bem-estar<sup>6,8</sup>.

### Situação Sociodemográfica das Pessoas Idosas em Portugal

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo. Em 2024, com uma população idosa estimada em 2.615.344 pessoas (cerca de um quarto da população residente total), o índice de envelhecimento atingiu a marca de 192,4 pessoas idosas por cada 100 jovens<sup>\*\*\*</sup>, a idade mediana da população foi de 47,3 anos e a esperança de vida aos 65 anos foi de 20 anos<sup>10,11</sup>. Essa situação resulta de dois fatores tipicamente responsáveis pelo envelhecimento populacional: a reduzida taxa de natalidade (ilustrada por um índice de fecundidade de 1,40 filho por mulher em idade fértil, em 2024, inferior, portanto, ao limite de renovação das populações); e o aumento da longevidade, traduzida pela elevada esperança de vida aos 65 anos<sup>11</sup> e pelo elevado índice de longevidade, segundo o qual, em 2024, cerca de metade da população idosa tinha idade igual ou superior a 75 anos (49,5 por 100)<sup>12</sup>.

A proporção de pessoas idosas residentes em Portugal aumentou de 9,7% em 1970 para 24,3% em 2024, tendo o número de pessoas idosas com idade igual ou superior a 100 anos mais que triplicado, passando de 604 em 1970 para 2.076 em 2024. Desse grupo, 77,5% eram do sexo feminino. Segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) (resultados do cenário central), a proporção de pessoas idosas atingirá 37,3% da população em 2100. Em sintonia, a idade mediana da população nacional tem aumentado, observando-se um acréscimo de cerca de 18 anos entre 1970 e 2024<sup>13</sup>.

---

\*\*\*. Foi consultado o Sistema de Metainformação do Instituto Nacional de Estatística, IP, que define pessoa idosa como a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, e jovem como a pessoa com idade compreendida entre 0 e 14 anos<sup>9</sup>.

O índice de envelhecimento em Portugal tem aumentado continuamente, passando de 109,3 pessoas idosas por cada 100 jovens em 2005 para 192,4 por 100 em 2024. É mais elevado no sexo feminino (o número de mulheres idosas ultrapassa o dobro do das mulheres jovens desde 2020<sup>14</sup>), e em meio rural (347,6 por 100, em áreas predominantemente rurais, *versus* 165,6 por 100, nas predominantemente urbanas, em 2023<sup>15</sup>). Compatível com os dados anteriores, o índice de dependência das pessoas idosas revela, também, uma tendência crescente, sendo de 38,6 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa<sup>\*\*\*\*\*</sup> em 2024<sup>16</sup>.

A expectativa quanto à progressão do envelhecimento demográfico em Portugal pode, ainda, ser apreciada pela elevada esperança de vida à nascença, à data superior a 80 anos (81,5 anos no triénio 2022-2024; 84,0 anos no sexo feminino e 78,7 anos no sexo masculino)<sup>17</sup>.

A esperança de vida saudável, embora também em ascensão, mantém-se substancialmente inferior à esperança de vida, tanto à nascença (59,6 anos em 2024) quanto aos 65 anos (8,4 anos em 2023). Em 2023, aos 65 anos, era, pois, expectável viver, em média, até muito perto dos 85 anos, mas apenas até os 73,4 anos com saúde, traduzindo 11,4 anos, em média, de doença, sofrimento e incapacidade. Em 2023, no sexo feminino, o diferencial entre esperança de vida e esperança de vida com saúde era superior (13,6 anos) à observada no sexo masculino (9,2 anos). Comparativamente com a média europeia (União Europeia dos 27 ou UE27), Portugal situa-se em posição mais desfavorável no sexo feminino, com uma diferença de 1,8 anos, em contraste com o observado no sexo masculino (diferença de 0,2 anos)<sup>18</sup>.

### Compromissos nacionais de referência que visam promover o envelhecimento saudável

Portugal, atento aos desafios gerados pela disparidade entre “mais vida” e “mais vida com saúde”, tem assumido o compromisso de promover a implementação de políticas, planos e estratégias de envelhecimento saudável.

Em nível internacional, destaca-se o compromisso que assumiu com a assinatura da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável enquanto Estado-Membro das Nações Unidas<sup>7</sup>, e o alinhamento de instrumentos normativos e de planeamento nacionais com o plano de ação centrado na pessoa idosa para a década 2020-2030 da OMS<sup>4</sup>.

Em nível nacional, o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030) salienta o aumento da carga bruta de doença causada por doenças associadas à idade e a expectativa da

---

\*\*\*\*. Foi usado o Sistema de Metainformação do Instituto Nacional de Estatística, IP, segundo o qual a população em idade ativa corresponde às pessoas com idades compreendidas entre 15 e 64 anos<sup>9</sup>.

sua continuidade, atendendo às projeções demográficas disponíveis, e prioriza estratégias promotoras da longevidade e envelhecimento ativo e saudável<sup>19</sup>. O Estatuto da Pessoa Idosa<sup>20</sup> e o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Paeas 2023-2026)<sup>21</sup> são dois outros instrumentos de planeamento nacionais relevantes para a melhoria do estado de saúde da população idosa, a sua valorização social e a sua real inclusão em uma sociedade mais equitativa e justa, conforme as orientações, recomendações e os compromissos internacionais assumidos<sup>4,5,7</sup>.

Os anos de vida potencial perdidos por doença e incapacidade são, pelo menos em parte, o resultado de necessidades de saúde não satisfeitas, cujo conhecimento necessita de ser periodicamente atualizado, assim como de estratégias e intervenções mais efetivas para a sua satisfação. Nesse contexto, este estudo tem por objetivo contribuir para o aprofundamento do conhecimento do estado da arte em termos de políticas públicas, existentes ou necessárias, que possam atender às necessidades de saúde das pessoas idosas em Portugal.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo qualitativo de tipo descritivo, com base em uma revisão da literatura.

### Fontes de dados, recolha e análise de dados

Foram utilizados dados secundários recolhidos a partir de fontes documentais selecionadas por revisão da literatura de tipo narrativa e por meio de análise documental<sup>22,23</sup>. Do ponto de vista analítico, recorreu-se às análises documental e temática<sup>23,24</sup>.

A revisão da literatura permitiu a recolha consistente de elementos para a análise e discussão temática baseadas na interpretação e na análise crítica da equipa de investigação<sup>22,25,26</sup>.

Optou-se por uma revisão da literatura de tipo narrativa pelo potencial de oferecer uma perspectiva alargada de um tema, tanto do ponto de vista teórico como contextual, por meio de sínteses narrativas alargadas de informação publicada<sup>22</sup>.

A revisão da literatura permitiu identificar, selecionar e recolher documentos científicos, técnicos e normativos, publicados entre 2015 e 2025, escritos em língua portuguesa e inglesa, disponíveis em suporte digital. Para tal, acedeu-se às bases de dados PubMed e B-on, e aos *sites* institucionais das entidades a seguir indicadas: Direção-Geral da Saú-

de (DGS), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA), OMS, Comissão Europeia (CE), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) e Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO).

Na revisão da literatura, foram usadas as palavras-chave seguintes (em língua inglesa e portuguesa), seleccionadas em função do objetivo do estudo:

- (elderly OR aging) AND (health OR healthy OR determinant) AND Portugal;
- (elderly OR aging) AND public policies AND Portugal;
- (elderly OR aging) AND (health OR healthy OR determinant) AND (sustainable development OR sustainability) AND Portugal;
- (elderly OR aging) AND (health OR healthy OR determinant) AND public policies AND Portugal;
- (elderly OR aging) AND (health OR healthy OR determinant) AND (planning OR plan OR strategy OR strategies OR policy OR policies OR technical report OR republic diary) AND Portugal.

Foram seleccionados 119 documentos, entre artigos científicos, relatórios técnicos, documentos estratégicos e normativos, fichas de programas e de projetos, diplomas legais e publicações institucionais.

Os documentos seleccionados foram posteriormente sujeitos a análise documental<sup>24</sup>, de forma manual, visando detectar, seleccionar e sintetizar os principais conteúdos relativos à área temática<sup>23</sup>. Seguindo o recomendado por Bowen<sup>23</sup>, os documentos à partida seleccionados pela revisão da literatura foram sujeitos a uma primeira leitura e interpretação. Foi apreciada a qualidade de cada documento segundo os quatro critérios de Scott, conforme citado por Robson<sup>24</sup>: a) autenticidade; b) credibilidade; c) representatividade; e d) significado. Em seguida, os conteúdos dos documentos com qualidade adequada foram submetidos a análise temática, por meio de uma nova leitura e interpretação dos dados, para identificação de temas emergentes e reconhecimento de padrões<sup>23,24</sup>. Finalmente, após análise temática, foram incluídos neste estudo 71 documentos.

Atendendo ao objetivo do estudo, foram, à partida, definidos pela equipa de investigação dois temas: I) Necessidades sociais, económicas e de saúde das pessoas idosas em Portugal; e II) Políticas públicas em Portugal.

Foi utilizada uma matriz de medida alinhada aos temas previamente definidos e uma matriz de categorias de análise para organizar, categorizar e analisar os dados recolhidos, ambas especificamente para este estudo.

## Aspectos éticos

Os investigadores declaram a ausência de conflitos de interesses.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Necessidades sociais, econômicas e de saúde das pessoas idosas em Portugal

##### **Necessidades sociais e econômicas**

Os problemas, os determinantes e as necessidades de saúde prioritários em Portugal encontram-se alinhados com o padrão globalmente descrito de morbimortalidade e determinantes de saúde na população idosa<sup>1,19</sup>.

No âmbito dos determinantes de saúde, optou-se por iniciar a análise pelos fatores sociais e econômicos dado o potencial sinérgico com os determinantes de saúde das outras categorias. A literatura científica e os relatórios internacionais confirmam que os determinantes socioeconômicos — como educação, rendimento, habitação — e os relacionados com a prestação de cuidados de saúde — designadamente, o acesso aos serviços e prestação de cuidados de saúde — influenciam diretamente o estado de saúde da população idosa em Portugal, atendendo à fragilidade social de uma elevada proporção de pessoas idosas no país<sup>27</sup>.

O isolamento social é uma realidade da população idosa em Portugal. Em 2023, mais de 550 mil pessoas idosas viviam sozinhas no país, que ocupava, então, o 4º lugar da lista de países da UE27 com maior proporção de pessoas idosas a viver sozinhas no total de pessoas que vivem sós<sup>28</sup>.

Apesar de flutuações nos anos mais recentes, a população idosa em Portugal mantém um elevado nível de pobreza, que parece estar em ascensão. Em 2023, observou-se uma taxa de pobreza após transferências sociais de 21,1% (16,6% na população em geral), que aumentou em relação ao ano anterior (17,1% em 2022), contrariamente ao observado na população total, em que se verificou uma ligeira redução. Essa condição afetava um terço das pessoas idosas que viviam sós<sup>13,29,30</sup>.

Em 2023, mais de 400 mil pessoas idosas viveram com menos de 551€/mês, e 90% dependeram exclusivamente da reforma para custear suas despesas. Sem apoios sociais, 86% das pessoas idosas estariam em situação de pobreza. Salienta-se que, no âmbito das necessidades econômicas, as despesas de saúde são, muitas vezes, regressivas, penalizando os mais vulneráveis<sup>30-32</sup>. Conjugando a pobreza com o acesso aos serviços e cuidados de saúde, estudos de 2021, dirigidos à população total, são consistentes quanto às desigualdades de acesso na população idosa, em geral, e nos mais pobres, em particular, ao evidenciarem que a proporção de necessidades de cuidados médicos não satisfeitas é mais elevada nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo<sup>19</sup>.

Desde 2020, em Portugal, a população idosa é a mais afetada por privação material e social (entendida como a incapacidade em comportar 5 das 13 necessidades sociais e econômicas apontadas em um estudo especificamente dedicado), principalmente o sexo feminino (15,5% do total de mulheres idosas em 2024)<sup>30</sup>.

A habitação inadequada e a discriminação etária afetam, também, a qualidade de vida das pessoas idosas<sup>33</sup>. Em 2024, a incapacidade econômica para manter a habitação adequadamente aquecida era mais elevada em Portugal do que na UE, principalmente nos agregados familiares constituídos por uma pessoa idosa ou por dois adultos, em que pelo menos um é pessoa idosa, e com maior frequência nas situações de pobreza<sup>13</sup>. Em 2022, a proporção da população em risco de pobreza nessa condição (37,3%) representava mais do dobro da observada no restante da população (17,4%), e afetava, em especial, as pessoas idosas (28,5%)<sup>34</sup>.

Ainda a atestar a insuficiência econômica, é de salientar que, em 2023, 46,5% dos pensionistas de velhice que continuaram a trabalhar à data da transição para a reforma o justificaram por motivos financeiros<sup>13</sup>.

A baixa literacia em saúde e em direitos sociais entre as pessoas idosas com menor escolaridade dificulta ainda mais o acesso aos apoios e serviços existentes, reforçando, assim, a sua exclusão<sup>35</sup>.

Em concordância com as necessidades expressas, as pessoas idosas manifestam sentir-se menos felizes do que as de idade inferior a 65 anos. Em 2022, 15,3% das pessoas idosas reportavam que nunca se sentiam felizes ou apenas durante pouco tempo, em comparação com 6,8% das pessoas com idade entre 16 e 64 anos<sup>34</sup>.

A exclusão social e a exclusão digital, evidenciadas e sentidas, fazem parte da realidade de pessoas idosas em Portugal e reforçam ainda mais o isolamento e a dificuldade no acesso a serviços e apoios<sup>35,37</sup>. Envelhecer à margem é, assim uma realidade para muitas pessoas idosas vulneráveis, especialmente em contextos de isolamento, pobreza e ausência de redes de apoio<sup>38</sup>.

Na análise dos determinantes relacionados com a prestação de cuidados, sublinhamos a estreita associação entre as necessidades sociais e as fragilidades do acesso aos serviços de saúde, conforme exemplificado.

## **Necessidades de saúde**

O PNS 2030 reforça o relevo do carácter transversal dos determinantes demográficos, socioeconômicos e relacionados com o sistema e cuidados de saúde pelo potencial em condicionar não só a ocorrência e o prognóstico dos problemas de saúde, mas também a prevalência ou a intensidade das outras categorias de determinantes, sejam ambientais, biológicos ou comportamentais<sup>19</sup>.

A relação entre necessidades econômicas e necessidades de cuidados de saúde é bem ilustrada pelos resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento de 2025. Nesse inquérito, 1,7% das pessoas idosas declararam que não puderam satisfazer pelo menos uma necessidade de consulta ou tratamento médico por falta de disponibilidade financeira no ano anterior (1,1% na população entre 16 e 64 anos); e 8,7% delas não puderam satisfazer pelo menos uma necessidade de consulta ou tratamento dentário (6,7% nas pessoas com idade entre 16 e 64 anos)<sup>13</sup>.

No que se refere aos problemas de saúde prioritários da população idosa em Portugal, apresentam-se, em seguida, os mais bem estudados.

Em 2024, 19,1% da população idosa avaliava o seu estado de saúde como bom ou muito bom, valor muito inferior ao observado na população de 16 a 64 anos (67,1%), e 27,9% como mau ou muito mau (5,8% entre 16 e 64 anos)<sup>13,39</sup>.

Com relação à doença crônica e incapacidade, em 2024, 68,1% das pessoas idosas referiram ter alguma doença crônica ou problema de saúde prolongado, o dobro da proporção observada nas pessoas com idade entre 16 e 64 anos (32,2%), e 55,8% delas manifestaram alguma limitação na realização de atividades consideradas habituais para a idade devido a um problema de saúde prolongado (18,1% entre 16 e 64 anos), situação mais penalizadora nas mulheres idosas (61,1%)<sup>13,39</sup>.

No que diz respeito à multimorbilidade na doença crônica, um estudo com dados recolhidos em 2015 no âmbito do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (Insef) realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge estimou que cerca de 38% das pessoas idosas portuguesas sofriam de duas ou mais doenças crônicas, sendo essa prevalência mais elevada nas mulheres, nas pessoas idosas com baixa escolaridade e nas pessoas idosas residentes em zonas rurais<sup>35,40</sup>.

A saúde mental nas pessoas idosas é, também, motivo de preocupação crescente, especialmente devido à elevada incidência de depressão e ansiedade, doenças que afetam significativamente a qualidade de vida<sup>35</sup>. Embora os dados mais recentes indiquem que as pessoas idosas portuguesas têm menor prevalência de perturbações de humor em comparação com gerações mais novas, a depressão continua a ser a doença psiquiátrica mais comum nessa população, com impacto direto na sua mortalidade e no seu bem-estar<sup>41</sup>. A ansiedade e a depressão nas pessoas idosas estão frequentemente associadas a fatores como o isolamento social, a perda de autonomia, as doenças crônicas e a baixa escolaridade, sendo mais prevalentes entre mulheres e residentes em zonas rurais<sup>41</sup>.

A evidência demonstra que intervenções físicas e cognitivas podem melhorar significativamente os indicadores de saúde mental, incluindo os sintomas depressivos e ansiosos, o que reforça a importância de abordagens integradas e multidimensionais<sup>1</sup>.



Um estudo epidemiológico de base populacional publicado em 2013 estimou, em Portugal, uma prevalência de dor crônica de 36,7%, mais frequente entre pessoas idosas, aposentados, desempregados e com menor nível de escolaridade<sup>42</sup>.

No que se refere às necessidades de saúde, não se identificaram resultados publicados de estudos específicos de base populacional nas pessoas idosas residentes em Portugal, pelo que destacamos as necessidades de saúde priorizadas no PNS 2030 que melhor se adequam à população idosa, com base na evidência relativa ao respectivo estado de saúde: i) redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e incapacidade associadas às doenças crônicas; ii) redução da prevalência dos fatores de risco de elevada prevalência ou em crescimento, sendo os de maior relevância a alimentação inadequada, a inatividade física, a hiperglicemia, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático); iii) manutenção ou melhoria do controlo de fatores de risco à data já controlados, com destaque para o *status* imunitário quanto às doenças evitáveis pela vacinação; e iv) o aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores.

No PNS 2030, recomenda-se uma abordagem sindêmica dos determinantes de saúde, atendendo à sua atuação e interação de modo sinérgico, quer como fatores de risco, quer como fatores protetores. Salienta-se, também, e na mesma linha, a importância do comportamento sindêmico dos problemas de saúde, que deverá ser considerado nas abordagens da relação entre necessidades, estratégias e intervenções em saúde<sup>19</sup>.

Atendendo à reduzida evidência disponível, e a fim de fundamentar com maior precisão a intervenção, cabe salientar as necessidades de investigação em saúde de problemas, determinantes e condições específicas da população idosa e do processo de envelhecimento em Portugal, designadamente, no que se refere à dor e condições relacionadas, polimedicação, saúde oral, saúde sexual e violência sobre as pessoas idosas.

### Desigualdades e iniquidades em saúde

As desigualdades e as iniquidades em saúde, em nível dos problemas e seus determinantes, podem ter na sua gênese e/ou ser agravadas pelas desigualdades sociais e de acesso aos serviços e prestação de cuidados<sup>19</sup>. Por sua vez, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde podem ser determinadas pelas desigualdades sociais, como referido, incluindo as de acesso aos cuidados sociais<sup>19</sup>.

Em Portugal, as desigualdades no acesso aos cuidados sociais às pessoas idosas são multidimensionais e refletem fatores económicos, territoriais, institucionais e culturais. A distribuição desigual dos serviços sociais — como lares, centros de dia e apoio domiciliário — penaliza as pessoas idosas que residem em zonas rurais e no interior, zonas com

menor cobertura e diversidade de respostas sociais, e escassez de profissionais qualificados<sup>43</sup>. A capacidade econômica é, também, um fator crítico: muitas pessoas idosas vivem com rendimentos abaixo do limiar da pobreza, o que limita o acesso a serviços pagos ou coparticipados, como lares privados ou cuidados domiciliários especializados<sup>30</sup>. As pessoas idosas em Portugal enfrentam, assim, desigualdades persistentes no acesso aos cuidados de saúde, bem como no apoio social, com impactos relevantes na sua qualidade de vida, saúde e bem-estar.

A investigação académica revela que as pessoas idosas com menor nível de educação têm maior risco de má saúde, doenças crônicas, limitações funcionais e isolamento social, o que aponta para a necessidade de aumento da sua literacia em saúde e de respostas sociais integradas e adaptadas às respectivas necessidades específicas<sup>44</sup>.

A distribuição geográfica dos serviços é um dos principais fatores de desigualdade: as pessoas idosas residentes em zonas rurais e do interior têm menor acesso a médicos de família, cuidados especializados e serviços sociais em comparação com as que vivem em zonas urbanas e litorais<sup>45</sup>.

A capacidade econômica também influencia fortemente o acesso: muitas pessoas idosas vivem com rendimentos baixos, o que limita a sua possibilidade de recorrer a serviços privados ou de suportar despesas de saúde não coparticipadas, como medicamentos, cuidados dentários, apoio domiciliário e transportes<sup>45</sup>. Em 2019, as despesas de saúde não reembolsadas em Portugal situavam-se nos 30,5% das despesas em saúde (valor médio da UE de 15,4%), representando a segunda maior fonte de receita do sistema de saúde em Portugal<sup>19</sup>, o que sublinha o contexto desfavorável nas situações de pobreza, em que se inclui, como referido, o grande número de pessoas idosas.

Apesar de o Serviço Nacional de Saúde (SNS) prever mecanismos de proteção, como isenção de taxas moderadoras e coparticipações especiais para pensionistas, a oferta insuficiente e demorada de cuidados públicos leva muitas pessoas idosas a adiar ou evitar cuidados essenciais, agravando o seu estado de saúde<sup>45</sup>.

A equidade no acesso continua a ser um objetivo constitucional e político, bem como de desenvolvimento sustentável, mas não tem sido atingida para a maioria dos cuidados, especialmente os especializados. Os estudos disponíveis revelam que, para o mesmo nível de necessidade, as pessoas idosas com maior rendimento utilizam mais cuidados, o que configura uma situação de iniquidade<sup>45</sup>.

Salienta-se, ainda, que as pessoas idosas com menor literacia em saúde enfrentam barreiras adicionais, como dificuldades na navegação do sistema, exclusão digital e falta de informação adequada, o que limita o seu acesso a apoios e serviços disponíveis<sup>46</sup>.

## Políticas públicas

Em uma perspectiva histórica das Políticas Públicas, refira-se que, desde o surgimento do Estado-Providência em Portugal, especialmente após o 25 de Abril de 1974, verificou-se uma evolução significativa nas políticas sociais, com a expansão da Segurança Social e dos direitos sociais, a criação de respostas sociais especializadas (lares, apoio domiciliário etc.), o reconhecimento das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) como parceiras fundamentais e reformas legais para aumentar e garantir a equidade, a solidariedade e a participação<sup>47-49</sup>.

No entanto, o atual contexto demográfico e social exige uma reformulação profunda e estratégica dessas políticas, para que possam responder eficazmente às novas necessidades da terceira idade.

## Políticas Públicas Atuais

A Comissão Europeia tem reforçado a necessidade de promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, conforme evidenciado em documentos estratégicos como o Livro Verde sobre o Envelhecimento de 2021<sup>50</sup>. O seu enfoque centra-se na criação de políticas que incentivem a cooperação entre gerações, assegurem o acesso equitativo a serviços essenciais e proporcionem condições que favoreçam a autonomia das pessoas idosas. Além disso, destaca-se a necessidade de integrar a temática do envelhecimento em todas as áreas de intervenção governamental, de forma a preparar a sociedade para os desafios decorrentes do aumento da população idosa e promover a sua inclusão social.

Portugal tem adotado várias políticas públicas para responder ao envelhecimento, incluindo o PNS 2030, que fixa como um dos seus objetivos estratégicos promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável<sup>19</sup>.

Publicado em 2006 pela DGS, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) promove o envelhecimento ativo e digno em Portugal<sup>51</sup>. Centra-se na autonomia, prevenção da dependência e qualidade de vida, atuando por meio de cuidados primários e domiciliários, formação profissional, integração de serviços, combate ao isolamento e promoção da literacia em saúde.

Dentre as medidas mais recentes, destaca-se o Estatuto da Pessoa Idosa, aprovado em 2024, que visa garantir um envelhecimento ativo, digno e valorizado. Esse estatuto inclui o reforço do apoio domiciliário com serviços integrados (cuidados médicos, enfermagem, fisioterapia, estimulação cognitiva), benefícios na saúde, mobilidade acessível, habitação adequada, voluntariado sênior, turismo e cultura com condições especiais<sup>20</sup>.

Por sua vez, o Paeas 2023-2026, publicado por meio da Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, propõe medidas transversais em áreas como saúde, educação,

mobilidade, inclusão digital e participação cívica; e está estruturado em seis pilares: Saúde e Bem-Estar; Autonomia e Vida Independente; Aprendizagem ao Longo da Vida; Vida Laboral Saudável; Rendimentos e Economia do Envelhecimento; e Participação na Sociedade<sup>21</sup>.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal beneficiar-se-á de uma abordagem integrada que considere as especificidades territoriais e sociais da população idosa. Em particular, as pessoas idosas residentes em áreas rurais enfrentam, como referido, desafios acrescidos, nomeadamente o isolamento social, a escassez de serviços de proximidade e a limitada rede de apoio comunitário. Nesse contexto, o reforço do apoio domiciliário surge como uma estratégia central, permitindo a manutenção da autonomia e da qualidade de vida no meio habitual de residência. Diversos instrumentos de política pública, como os projetos-piloto do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD+) e o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, visam responder a essas necessidades, promovendo a inclusão social, a coordenação com redes locais de cuidados e a participação ativa das pessoas idosas na comunidade<sup>21</sup>. Tais medidas constituem um alicerce estratégico para reduzir o isolamento, potenciar a rede social e assegurar um envelhecimento digno e sustentável, especialmente em territórios mais vulneráveis<sup>52</sup>.

A criação do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, formalizado pela Lei n.º 100/2019, publicada no Diário da República a 6 de setembro de 2019<sup>53,54</sup>, surge como resposta institucional à crescente importância dos cuidados informais prestados por adultos mais velhos, como evidenciado pelos dados demográficos.

O enquadramento da Estratégia da Saúde na Área das Demências em Portugal definiu a constituição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências e orientou a elaboração dos Planos Regionais pelas cinco Administrações Regionais de Saúde<sup>55,56</sup>. Essa estratégia estabelece princípios éticos e operacionais para os cuidados às pessoas com demência, promovendo a deteção precoce, o acesso ao diagnóstico e a articulação entre cuidados primários, hospitalares, continuados e paliativos. Dentre os eixos prioritários, destacam-se a consciencialização pública, a formação dos profissionais de saúde, a criação de redes de referência, o acesso a tecnologias de apoio e o incentivo à investigação aplicada, visando a uma resposta integrada, equitativa e centrada na pessoa.

Em 2020, cerca de 13% da população portuguesa com 50 anos ou mais exercia funções de cuidador informal, refletindo o peso crescente da responsabilidade assistencial entre os adultos em envelhecimento<sup>57</sup>. Dados recentemente publicados indicam que, entre os cuidadores com estatuto ativo reconhecido, a idade média era de 58 anos,

com forte concentração no grupo de 50 a 59 anos, que representava mais de 5 mil indivíduos<sup>54</sup>. Essa realidade demográfica evidencia a sobreposição entre envelhecimento e prestação de cuidados, colocando pressão sobre os sistemas de apoio social e de saúde. A promulgação do Estatuto do Cuidador Informal pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro de 2019, regulamentou os direitos e deveres dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas, bem como estabeleceu medidas de apoio específicas, incluindo subsídios, reconhecimento formal e articulação com os serviços públicos.

Em Portugal, os cuidados paliativos são reconhecidos como um direito, consagrado na Lei n.º 52/2012, que criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), destinada a prestar cuidados integrados a doentes com doenças graves e às suas famílias, em hospitais, na comunidade ou no domicílio<sup>58</sup>. Esse sistema responde às crescentes necessidades de uma população envelhecida, permite respeitar a autonomia dos doentes e facilita a sua permanência no domicílio, uma escolha frequente no final da vida. No entanto, alguns dados parecem indicar que os planos estratégicos bienais em Portugal são insuficientes para desenvolver plenamente os cuidados paliativos. Planos de referência, como os da OMS, evidenciam a necessidade de estratégias de longo prazo, flexíveis, sustentáveis e adaptadas às necessidades da população<sup>59</sup>.

### **Exemplos de boas práticas**

A implementação de políticas públicas para a população idosa em Portugal tem gerado boas práticas em nível nacional, regional e local, com impacto positivo na qualidade de vida, autonomia e inclusão social das pessoas idosas. Tais práticas refletem a eficácia de medidas como o Estatuto da Pessoa Idosa, o Plano de Envelhecimento Ativo e Saudável, e os programas de apoio domiciliário e comunitário<sup>20,21,60</sup>.

Em nível nacional, o Estatuto da Pessoa Idosa introduziu medidas<sup>61</sup> com enfoque em proximidade, personalização dos cuidados, articulação intersetorial e valorização da participação ativa<sup>20</sup>. A replicação e a expansão dessas iniciativas são fundamentais para garantir um envelhecimento digno e sustentável em Portugal.

Outro exemplo de políticas públicas implementadas em nível nacional é a promoção de Habitação Colaborativa e Comunitária. Esse modelo inovador, com 22 projetos aprovados e financiamento europeu por meio do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), oferece habitação individual em contexto comunitário, com espaços partilhados e serviços de apoio. Destina-se a pessoas idosas e a outros grupos vulneráveis, para promover a sua inclusão social e combater o isolamento<sup>62</sup>.

A alteração da estrutura demográfica da população portuguesa, refletida em um crescimento sem precedentes da população idosa, torna a e-inclusão desse grupo uma

prioridade social e política no contexto da sociedade da Informação. Os sistemas de bem-estar e as políticas públicas influenciam significativamente a probabilidade de utilização da internet e evidenciam a necessidade de desenvolver medidas que promovam a e-inclusão dos cidadãos seniores<sup>63</sup>. Nesse sentido, destacam-se plataformas como o SNS 24<sup>64</sup>, que opera como plataforma de telemedicina e disponibiliza serviços digitais que facilitam o acesso aos cuidados de saúde, como a autodeclaração de doença, a renovação de medicação habitual e o acesso a exames, receitas e teleconsultas. Essas funcionalidades permitem ao utente gerir a sua saúde de forma autónoma e segura, sem necessidade de deslocações, promovendo eficiência, comodidade e equidade no sistema de saúde português. Contudo, têm sido identificados problemas associados, incluindo dificuldades de acesso por falta de literacia digital, limitação na resolução de casos complexos e sobrecarga das linhas de atendimento, o que resulta na necessidade de complementar essas ferramentas com apoio presencial e formação digital adaptada às necessidades das pessoas idosas.

A estratégia nacional de vacinação sazonal contra a gripe em Portugal, dirigida a pessoas com 65 ou mais anos e a indivíduos com doenças crônicas, revela-se uma medida eficaz e sustentada na prevenção de complicações graves associadas à infeção pelo vírus influenza. A avaliação do impacto do programa nacional de vacinação, realizada ao longo de três épocas gripais consecutivas (2014/15, 2015/16 e 2016/17), demonstrou que, em média, foram evitadas 1.833 hospitalizações e 383 mortes por temporada entre as populações de maior risco (65 e mais anos e indivíduos com doença crônica)<sup>65,66</sup>. Esses resultados reforçam o papel da vacinação como intervenção essencial de saúde pública que contribui para a proteção dos grupos vulneráveis e para a redução da pressão sobre os serviços de saúde.

Em nível local, diversos municípios portugueses têm desenvolvido programas que promovem a participação das pessoas idosas na vida comunitária e que incluem atividades físicas, culturais e recreativas. Os exemplos abrangem programas de ginástica sênior, dança, jardinagem, leitura e apoio psicológico. Essas iniciativas combatem o isolamento e promovem o envelhecimento saudável.

O Projeto Gulbenkian Home Care decorreu entre 2023 e 2025. Nele, foram testados 15 projetos-piloto de cuidados domiciliários em diversas regiões do país, envolvendo 1.488 pessoas idosas. Os serviços incluíram teleassistência, enfermagem, terapia ocupacional, apoio psicológico e animação social. Os resultados demonstraram melhorias significativas no bem-estar, na saúde física e na redução da solidão<sup>67</sup>.

Em âmbito local, a concepção de uma proposta coparticipativa para um Plano Estratégico Local na área da Demência, desenvolvida no contexto de um estudo envol-

vendo uma autarquia e IPSS de um território da região centro de Portugal, revelou-se uma abordagem inovadora e eficaz. Essa experiência demonstrou o potencial da participação comunitária na definição de estratégias locais de saúde e destacou a importância de, no futuro, ampliar o envolvimento de outros atores da comunidade e estabelecer linhas de ação claras para garantir a coordenação e a monitorização contínua da implementação<sup>68</sup>.

Nesse seguimento, o Plano Local de Oeiras para as Demências<sup>69</sup>, alinhado com a Estratégia Nacional e articulado com os Planos Regionais e o Plano de Recuperação e Resiliência, tem como finalidade implementar medidas coordenadas em nível local para melhorar a resposta às demências. Os seus objetivos centram-se na definição de um percurso de cuidados, ético, acessível e contínuo, na promoção da literacia em saúde e na articulação entre cuidados de saúde e respostas sociais. Desde 2022, esse plano envolve diversos parceiros estratégicos, incluindo entidades públicas, sociais e comunitárias, reforçando o compromisso coletivo com o bem-estar da população.

Essas boas práticas evidenciam a importância de políticas públicas adaptadas às necessidades reais da população idosa, com enfoque na proximidade, na personalização dos cuidados, na articulação intersetorial e na valorização da participação ativa. A replicação e a expansão de iniciativas semelhantes são fundamentais para garantir um envelhecimento digno e sustentável em Portugal.

## **Políticas Públicas Necessárias**

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2023), as políticas centradas na prevenção e na promoção de um envelhecimento saudável têm potencial para mitigar, ainda que de forma parcial, os impactos nas finanças públicas, ao diminuir a procura por equipamentos e de cuidados, reduzir a dependência de serviços de saúde intensivos e reforçar o papel dos cuidados primários e da saúde preventiva<sup>52</sup>.

Alguma investigação sugere que, já em 2020, as Comissões de Proteção e Promoção dos Direitos dos Idosos atuavam, sobretudo, na proteção contra a negligência e os maus-tratos, mas ainda eram frágeis na promoção ativa dos direitos humanos<sup>70</sup>. Embora tenha havido avanços evidentes nessa área, persistem desafios estruturais que exigem novas políticas públicas. Entre esses desafios, podem identificar-se os seguintes: 1) a exclusão digital: muitas pessoas idosas não têm acesso ou competências para utilizar tecnologias digitais, o que limita o seu acesso a serviços e informação; 2) o isolamento social: cerca de 25% das pessoas idosas vivem sozinhas, o que agrava problemas de saúde mental e reduz a qualidade de vida; 3) o sedentarismo e a saúde preventiva: apenas 22% das pessoas idosas entre 65 e 74 anos praticam atividade física regular, o que contribui para



doenças crônicas, e vivem com pensões muito baixas, resultado de carreiras contributivas curtas e desemprego; 5) a falta de articulação intersetorial: as políticas públicas ainda operam de forma fragmentada entre saúde, segurança social, educação e habitação.

Nesse último aspecto, as recomendações para a atualização das políticas públicas incluem a criação de políticas intersetoriais integradas, que articulem saúde, ação social, educação e cultura. Segundo Tavares et al.<sup>71</sup>, é necessário reforçar a coordenação intersetorial entre saúde, segurança social e habitação; expandir a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e os cuidados domiciliários; apoiar efetivamente os cuidadores informais; combater a solidão e a exclusão digital; promover ambientes urbanos acessíveis; e garantir participação cívica e política das pessoas idosas.

Um estudo realizado em Portugal analisou a adaptação dos cuidados de saúde à população idosa, com base nos Princípios Amigos da Idade definidos pela OMS<sup>71,72</sup>. A investigação envolveu entrevistas com decisores-chave do setor da saúde e de entidades com influência direta nas políticas públicas. Os resultados revelaram que, embora a maioria dos entrevistados desconhecesse os princípios da OMS, todos reconheceram a urgência de adaptar o sistema de saúde às necessidades dos mais velhos. Dentre as recomendações finais, destacou-se a criação de ferramentas que facilitem a aplicação e a avaliação dos princípios, bem como o desenvolvimento, pela OMS, de um sistema de acreditação que promova práticas mais inclusivas e eficazes para o envelhecimento saudável.

Outras recomendações incluem: a) investimento em literacia digital sênior, com programas de formação e inclusão tecnológica; b) promoção de envelhecimento ativo por meio de redes comunitárias, academias sênior e voluntariado; c) revisão dos modelos de financiamento das IPSS, garantindo sustentabilidade e qualidade dos serviços; d) desenvolvimento de políticas de habitação adaptada, com incentivos à reabilitação e acessibilidade; e) implementação de estratégias de transição para a reforma, como feiras de empregabilidade sênior e programas de empreendedorismo na terceira idade.

No que diz respeito à concepção e execução de políticas de envelhecimento por autarquias portuguesas, destaca-se a ausência de uma estratégia nacional centralizada — um exemplo é o de quatro municípios que foram analisados por meio de entrevistas semiestruturadas, evidenciando que apenas algumas autarquias possuíam planos estratégicos, muitos deles recentes<sup>73</sup>. Esses resultados apontam para a necessidade de um quadro conceitual flexível e adaptado às especificidades territoriais, capaz de promover um envelhecimento saudável, inclusivo e sustentável.

Nesse sentido, a participação em programas comunitários de intervenção apresenta-se como uma ferramenta prática e efetiva para operacionalizar essas estratégias locais,



com vista à melhoria da qualidade de vida da população idosa, devendo ser integrados como instrumentos de política pública, alinhados às necessidades locais, promovendo um envelhecimento ativo, saudável e socialmente inclusivo<sup>74</sup>.

A monitorização das políticas de saúde para a população idosa em Portugal revela avanços importantes, como o aumento do número de profissionais de saúde e melhorias na longevidade com qualidade, assim como evidencia desafios, nomeadamente no acesso a médicos de família e na continuidade dos cuidados primários. Esse contexto reforça a necessidade de sistemas de monitorização capazes de captar as necessidades específicas das pessoas idosas e de se adaptar às mudanças socioeconômicas e culturais<sup>52</sup>.

Para delinear políticas sociais e de saúde eficazes, é, também, necessário rever as métricas convencionais de envelhecimento baseadas em critérios cronológicos rígidos e no modelo tripartido de vida, que se revelam insuficientes para captar as diferenças reais entre populações e os ganhos qualitativos associados à longevidade<sup>61</sup>. A utilização dos 65 anos como limiar para definir a população idosa é cada vez mais contestada, pois não reflete a heterogeneidade funcional nem o aumento da esperança de vida<sup>75,76</sup>. Assim, torna-se essencial adotar indicadores mais adequados e contextualizados, que sustentem políticas e estratégias para o futuro do envelhecimento em Portugal e no mundo.

A escassa literatura nacional e a falta de sistematização da informação sobre políticas públicas locais de envelhecimento ativo e saudável reforçam a carência de dados estruturados no contexto em análise.

Considerando o exposto, os dados analisados evidenciam a premência de uma abordagem estratégica e integrada nas políticas públicas de envelhecimento. A evidência empírica e os contributos teóricos sustentam essas propostas como orientações estratégicas relevantes, fundamentais para promover a dignidade, a inclusão e a qualidade de vida da população idosa. A adoção de indicadores mais adequados, a articulação intersetorial efetiva e o investimento em programas regionais e comunitários, bem como infraestruturas adaptadas, constituem pilares essenciais para uma resposta pública robusta. Diante dos desafios identificados, impõe-se um compromisso político claro com a transformação estrutural das políticas de envelhecimento, sustentado por evidência científica, envolvimento cívico e uma visão de futuro centrada na equidade geracional.

## 4. CONCLUSÕES

Tratando-se de um país com uma elevada esperança de vida, mas significativamente menor esperança de vida com saúde, Portugal tem priorizado a concepção e implementação de instrumentos normativos e de planeamento de âmbito nacional orientados para a satisfação das necessidades de saúde conhecidas da população idosa.

Necessidades socioeconômicas e de acesso aos serviços e cuidados de saúde contribuem para as desigualdades e iniquidades em saúde em Portugal, potenciando a ação dos determinantes biológicos, comportamentais e ambientais que estão na gênese dos principais problemas de saúde nacionais: as doenças crônicas, a incapacidade e a multimorbilidade.

As inter-relações entre os determinantes de saúde fundamentam a recomendação de uma abordagem sindêmica, pelo que, estrategicamente, o cenário para um envelhecimento saudável deve integrar orientações dirigidas, em parte ou no todo, à prevenção, diagnóstico e tratamento precoces de doenças de base e intercorrentes; à promoção de estilos de vida saudáveis; à adequação da prestação de cuidados de saúde, tornando-os mais acessíveis e dando preferência aos modelos de cuidados integrados e multidisciplinares, sem esquecer a importância do investimento simultâneo na prosperidade socioeconômica.

Portugal tem adotado políticas públicas nacionais para responder ao envelhecimento, priorizando: a autonomia, a prevenção da dependência e a qualidade de vida; os cuidados primários e o reforço dos cuidados domiciliários, incluindo os cuidados paliativos e a integração de serviços; a formação profissional; o combate ao isolamento; a promoção da literacia em saúde e da inclusão digital; o apoio à permanência da pessoa idosa no domicílio, sem esquecer o reconhecimento do papel do cuidador informal; o reforço de benefícios financeiros na saúde, da mobilidade acessível e da habitação adequada; e a promoção do voluntariado sénior, turismo e cultura com condições especiais.

Em nível municipal, identificam-se, também, programas e iniciativas dirigidas ao envelhecimento saudável dos municípios.

Apesar do desenvolvimento das políticas públicas, encontram-se identificadas fragilidades, barreiras e obstáculos ainda a contornar, destacando-se a ausência de uma estratégia nacional centralizada que apoie a concepção e implementação de políticas de envelhecimento por autarquias portuguesas, designadamente pela inexistência de um quadro conceitual flexível e adaptado às especificidades territoriais, capaz de promover um envelhecimento saudável, inclusivo e sustentado em nível local.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados médicos, os maiores desafios prendem-se com a elevada proporção de pessoas sem acesso a médicos de família e a frágil ou inexistente continuidade de cuidados.

Continuar a investir na concepção e no desenvolvimento de políticas públicas para o alcance das necessidades de saúde das pessoas idosas em Portugal contribuirá para a melhoria do estado de saúde dessa população, bem como para a sua valorização social e a sua real inclusão em uma sociedade mais equitativa e justa, conforme as orientações, as recomendações e os compromissos internacionais.

## Referências

1. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. *Aging Clin Exp Res*. 2025;37(1):125. DOI: [10.1007/s40520-025-03021-8](https://doi.org/10.1007/s40520-025-03021-8)
2. Rodrigues T. Envelhecimento e políticas de saúde. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018.
3. Nazareth JM. O envelhecimento demográfico. *Psicologia*. 1988;6(2):135-47. DOI: [10.17575/rpsicol.v6i2.794](https://doi.org/10.17575/rpsicol.v6i2.794)
4. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
5. Cucinotta D. Preparing for the Decade of Healthy Aging (2020-2030): prevention plus therapy? *Acta Biomed*. 2018;89(2):145-7. DOI: [10.23750/abm.v89i2.7402](https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7402)
6. Bárbara A, Ramos M, Gaudêncio N, Almeida R, Abrantes A. Healthy aging: the role of public policies. *Rev Ibero-Am Gerontol*. 2024;6:136-43. DOI: [10.61415/riage.302](https://doi.org/10.61415/riage.302)
7. United Nations. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York City: United Nations; 2015 [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
8. Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas. Glossário do Ciclo de Políticas Públicas [Internet]. Lisboa: PLANAPP; 2025 [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://planapp.gov.pt/glossario-ciclo-politicas-publicas/>
9. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Sistema Integrado de Metainformação. INE [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://smi.ine.pt/>
10. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). População residente aumenta, mas envelhecimento continua a agravar-se. INE [Internet]. 2025 jul 18 [cited 2025 Sep 2]; Destaques. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdestboui=707078398&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=707078398&DESTAQUESmodo=2)
11. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Esperança de vida aos 65 anos. INE [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001723&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001723&contexto=bd&selTab=tab2)

12. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Índice de longevidade. INE [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001273&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001273&contexto=bd&selTab=tab2)
13. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Em 2023, a taxa de pobreza da população idosa era de 21,1%. INE [Internet]. 2025 out 1 [cited 2025 Oct 2]; Destaques. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=753286934&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=753286934&DESTAQUESmodo=2)
14. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Índice de envelhecimento por sexo. INE [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2)
15. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Índice de envelhecimento por tipologia de áreas urbanas. INE [Internet]. 2013 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008851&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008851&contexto=bd&selTab=tab2)
16. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Índice de dependência de idosos. INE [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0004166&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004166&contexto=bd&selTab=tab2)
17. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Esperança de vida à nascença. INE [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0014553&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0014553&contexto=bd&selTab=tab2)
18. Eurostat. Healthy life years by sex. Eurostat [Internet]. 2025 jul 7 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_hlye\\_custom\\_18036443/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye_custom_18036443/default/table?lang=en)
19. Ministério da Saúde (PT), Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
20. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (PT). Estatuto da Pessoa Idosa [Internet]. Lisboa: MTSSS; 2024 [cited 2025 Oct 2]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDE2NgcAK5LRTwUAAA%3d>
21. Presidência de Conselho de Ministros (PT). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro. Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Lisboa: Diário da República n.º 9/2024, Série I; 2024.

22. Pais-Ribeiro J. Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicol Saúde Doenças*. 2014;15(3):671-82. DOI: [10.15309/14psd150309](https://doi.org/10.15309/14psd150309)
23. Bowen G. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J*. 2009;9(2):27-40. DOI: [10.3316/QRJ0902027](https://doi.org/10.3316/QRJ0902027)
24. Robson C. *How to do a Research Project: A Guide for Undergraduate Students*. New York (USA): Wiley-Blackwell; 2007.
25. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):v-i. DOI: [10.1590/S0103-21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)
26. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101-17. DOI: [10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
27. European Social Survey. Social inequalities in health and their determinants [Internet]. London: European Social Survey; 2025 [cited 2025 Sep 4]. Available from: <https://www.europeansocialsurvey.org/>
28. Pordata. Pordata Retrata perfil da população portuguesa [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2024 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024\\_VF.pdf?\\_gl=1\\*162htqg\\*up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MTQzMjc0NzI2LjE3MjA2MjgzMzY.\\*\\_ga\\_N9RLJ8M581\\*MTcyMDYyODMzNS4xLjAuMTcyMDYyODMzNS4wLjAuMA](https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf?_gl=1*162htqg*up*MQ..*_ga*MTQzMjc0NzI2LjE3MjA2MjgzMzY.*_ga_N9RLJ8M581*MTcyMDYyODMzNS4xLjAuMTcyMDYyODMzNS4wLjAuMA)
29. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). O risco de pobreza diminuiu para 16,6% em 2023. INE [Internet]. 2024 dez 3 [cited 2025 Sep 2] ; Destaques. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646322945&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646322945&DESTAQUESmodo=2)
30. Tavares I, Miguel do Carmo R. Tendências recentes da pobreza e da privação em Portugal: O agravamento na população idosa e nas mulheres. Lisboa: Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte; 2025. DOI: [10.15847/CIESODPobrezaPrivacao2024](https://doi.org/10.15847/CIESODPobrezaPrivacao2024)
31. Pordata. Pordata analisa situação da população com 65 e mais anos em Portugal [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2023 [cited 2025 Oct 4]. Available from: [https://ffms.pt/sites/default/files/2023-07/2023%2007%2003%20PR\\_Dia%20Mundial%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20VF.pdf](https://ffms.pt/sites/default/files/2023-07/2023%2007%2003%20PR_Dia%20Mundial%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20VF.pdf)
32. Tavares JC, Santinha G, Rocha NP. Política de saúde num contexto de envelhecimento demográfico. Princípios amigos da pessoa idosa: uma prioridade programática? *Finisterra*. 2023;58(123):61-85. DOI: [10.18055/Finis29037](https://doi.org/10.18055/Finis29037)

33. Capucha L. Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociol Probl Práticas*. 2014;113-31.
34. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Em 2022, a população sentia-se menos satisfeita com a situação financeira do que com a vida em geral. INE [Internet]. 2023 abr 21 [cited 2025 Oct 3]; Destaques. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=590430145&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=590430145&DESTAQUESmodo=2)
35. Santos AJ, Braz P, Gomez V, Folha T, Alves T, Dias CM. Envelhecimento em Saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.; 2022 [cited 2025 Oct 4]. Available from: <https://www.insa.min-saude.pt/instituto-ricardo-jorge-apresenta-relatorio-sobre-caracterizacao-da-saude-da-populacao-idosa-em-portugal/>
36. Rebelo C. Exclusão digital sénior: histórias de vida, gerações e cultura geracional. *Rev Comun*. 2016;5(1):144-58. DOI: [10.58050/comunicando.v5i1.202](https://doi.org/10.58050/comunicando.v5i1.202)
37. Rodrigues AP, Duarte J, Oliveira S, Costa JJ, Matos AP. Solidão, depressão e utilização das TIC em idosos portugueses. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2023;29:63-74. DOI: [10.19131/rpesm.363](https://doi.org/10.19131/rpesm.363)
38. Gonçalves MES. Envelhecer à margem – Idosos vulneráveis em Portugal [dissertação na Internet]. Braga, Portugal: Universidade do Minho; 2025 [cited 2025 Oct 4]. Available from: <https://hdl.handle.net/1822/96474>
39. Instituto Nacional de Estatística, IP (PT). Autoapreciação do estado de saúde. INE [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008043&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008043&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt)
40. Quinaz Romana G, Kislava I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbidade em Portugal: dados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Port*. 2019;32(1):30-7. DOI: [10.20344/amp.11227](https://doi.org/10.20344/amp.11227)
41. The Health Policy Partnership. Relatório de indicadores de depressão: Portugal [Internet]. Londres: The Health Policy Partnership; 2023 [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://www.adeb.pt/relatorio-de-indicadores-de-depressao-portugal>
42. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*. 2012;13(8):773-83. DOI: [10.1016/j.jpain.2012.05.012](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012)
43. Padeiro M, Ferreira R. Geografia das respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal. *Serv Soc Soc*. 2023;146(3):e-6628349. DOI: [10.1590/0101-6628.349](https://doi.org/10.1590/0101-6628.349)

44. Martins JMB. Desigualdades sociais em saúde nos idosos: um retrato para Portugal [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2015 [cited 2025 Oct 4]. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/16307>
45. Fernandes J, Furtado C, Pereira J. Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal: O que Sabemos? Acta Médica Port. 2025;38(2):104-11. DOI: [10.20344/amp.21668](https://doi.org/10.20344/amp.21668)
46. Conceição SLL. Investigação sobre desigualdades sociais de saúde em Portugal: breve panorama a partir de uma revisão da literatura. Sociol Probl Práticas. 2019;89:97-113.
47. Carvalho H. Breve reflexão sobre o envelhecimento, políticas públicas e a intervenção pelo serviço social. Rev Temas Sociais. 2023;4:106-24. DOI: [10.53809/TS\\_ISS\\_2023\\_n.4\\_106-124](https://doi.org/10.53809/TS_ISS_2023_n.4_106-124)
48. Madureira C. A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente. Ler História 2020;76:179-202. DOI: [10.4000/lerhistoria.6408](https://doi.org/10.4000/lerhistoria.6408)
49. Rodrigues MDL, Silva PAE. A Constituição e as políticas públicas em Portugal. Sociol Probl Práticas. 2016;Spe;13-22. DOI: [10.7458/SPP2016NE10347](https://doi.org/10.7458/SPP2016NE10347)
50. European Commission. Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. COM(2021) 50 final. Brussels: European Commission; 2021.
51. Ministério da Saúde (PT), Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Programa de saúde, Lisboa: DGS; 2006.
52. Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas. Envelhecimento na população: perceções, recursos de saúde e respostas sociais. Lisboa: PLANAPP; 2025.
53. Assembleia da República (PT). Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Estatuto do Cuidador Informal. Lisboa: Diário da República n.º 171/2019, Série I; 2019.
54. Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal. Estatuto do Cuidador Informal – Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.; 2025.
55. Ministério da Saúde (PT). Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho. Estratégia da Saúde na Área das Demências. Lisboa: Diário da República, 2.ª série, n.º 116; 2018.
56. Ministério da Saúde (PT). Despacho n.º 12761/2021, de 29 de dezembro. Planos Regionais da Saúde para as Demências. Lisboa: Diário da República, 2.ª série, n.º 251; 2021.
57. Tur-Sinai A, Teti A, Rommel A, Hlebec V, Lamura G. How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European Surveys. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9531. DOI: [10.3390/ijerph17249531](https://doi.org/10.3390/ijerph17249531)

58. Assembleia da República (PT). Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Lisboa: Diário da República, 1.ª série, n.º 172; 2012.
59. Silva MM, Telles AC, Baixinho CL, Sá E, Costa A, Henriques MAP. Analyzing innovative policies and practices for palliative care in Portugal: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):225. DOI: [10.1186/s12904-024-01556-7](https://doi.org/10.1186/s12904-024-01556-7)
60. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (PT). Portaria n.º 324/2025, de 3 de outubro. Criação e implementação dos projetos-piloto de serviço de apoio domiciliário designado por SAD+Saúde. Lisboa: Diário da República, 1.ª série, n.º 191; 2025.
61. Valente Rosa MJ. Demographic ageing: the rigidity of conventional metrics and the need for their revision. *Demogr Ageing*. 2022;63(7):1-7. DOI: [10.23906/wp63/2022](https://doi.org/10.23906/wp63/2022)
62. República Portuguesa. Comissão Nacional de Acompanhamento do PRR. Plano de Recuperação e Resiliência (PRR): Habitação Colaborativa e Comunitária. Relatório de Execução 2024. Relatório de Execução 1/2024, Lisboa: CNA/PPR; 2024.
63. Silva P, Matos AD, Martinez-Pecino R. E-inclusion: Beyond individual socio-demographic characteristics. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184545. DOI: [10.1371/journal.pone.0184545](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184545)
64. Ministério da Saúde (PT). Decreto-Lei n.º 69/2017 de 16 de junho. Transferência de atribuições da Direção-Geral da Saúde (DGS) para a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.). Lisboa: Diário da República, 1.ª série – N.º 115; 2017.
65. Machado A, Kislaya I, Larrauri A, Matias Dias C, Nunes B. Impact of national influenza vaccination strategy in severe influenza outcomes among the high-risk Portuguese population. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1690. DOI: [10.1186/s12889-019-7958-8](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7958-8)
66. Machado A, Mazagatos C, Dijkstra F, Kislaya I, Gherasim A, McDonald SA. Impact of influenza vaccination programmes among the elderly population on primary care, Portugal, Spain and the Netherlands: 2015/16 to 2017/18 influenza seasons. *Euro Surveill*. 2019;24(45):1900268. DOI: [10.2807/1560-7917.ES.2019.24.45.1900268](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.45.1900268)
67. Fundação Calouste Gulbenkian. Gulbenkian Home Care – Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2025.
68. Rosa M, Lopes S, Sabino R. Construção colaborativa de um Plano Local Estratégico para a Demência: Um estudo de caso num território do Centro de Portugal. *Cid Comunidades Territ*. 2024;49:266-78. DOI: [10.15847/cct.36523](https://doi.org/10.15847/cct.36523).
69. Câmara Municipal de Oeiras (PT). Plano Local de Oeiras para as Demências 2021–2023. Oeiras:: Câmara Municipal; 2021.



70. Soto Maior CSP. Longevidade, políticas sociais e proteção de pessoas idosas: um estudo exploratório sobre comissões de proteção e promoção dos direitos dos idosos [dissertação na Internet]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2020 [cited 2025 Sep 4]. Available from: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2428>
71. Tavares J, Santinha G, Rocha NP. Unlocking the WHO's Age-Friendly Healthcare Principles: Portugal's Quest and Recommendations. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(22):7039. DOI: [10.3390/ijerph20227039](https://doi.org/10.3390/ijerph20227039).
72. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas. Washington, D.C.: OPAS; 2023. DOI: [10.37774/9789275727928](https://doi.org/10.37774/9789275727928)
73. Santinha G, Soares C, Forte T. Strategic planning as the core of active and healthy ageing governance: A case study. *Sustainability*. 2023;15(3):1959. DOI: [10.3390/su15031959](https://doi.org/10.3390/su15031959)
74. Bastos MAMSC, Monteiro JMMP, Faria CMGM, Pimentel MH, Silva SLR, Afonso CMF. Participation in community intervention programmes and quality of life: findings from a multicenter study in Portugal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):e190017. DOI: [10.1590/1981-22562020023.190017](https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190017)
75. Sanderson WC, Scherbov S. A new perspective on population aging. *Demogr Res*. 2007;16(2):27-58. DOI: [10.4054/DemRes.2007.16.2](https://doi.org/10.4054/DemRes.2007.16.2)
76. Sanderson WC, Scherbov S. Demography. Remeasuring aging. *Science*. 2010;329(5997):1287-8. DOI: [10.1126/science.1193647](https://doi.org/10.1126/science.1193647)

### **Declaração de Conflitos de Interesse**

Os investigadores declararam a não existência de conflitos de interesses.

---

# O ENVELHECIMENTO EM CABO VERDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO INSULAR

---

*EL ENVEJECIMIENTO EN CABO VERDE: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS EN UN CONTEXTO INSULAR*

*LE VIEILLISSEMENT AU CAP-VERT : DEFIS ET PERSPECTIVES DANS UN CONTEXTE INSULAIRE*

*AGEING IN CABO VERDE: CHALLENGES AND PERSPECTIVES IN AN ISLAND CONTEXT*

**Deisa Cabral Semedo\***

**Gisseila A. F. Garcia\*\***

**Odete Mota\***

---

\*. One Health Research Center (NEST-CV), Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Cabo Verde, Praia/Cabo Verde

\*\*Departamento de Investigação, Ciência, Inovação e Formação em Saúde, Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), Praia/Cabo Verde.

## RESUMO

Um dos maiores feitos da humanidade foi a extensão do tempo de vida, e o que antes era o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. O processo de envelhecimento em Cabo Verde tem ocorrido de forma acelerada, em um contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes. O presente artigo teve como objetivo analisar o envelhecimento em Cabo Verde, tendo em conta os seus desafios nas diferentes perspectivas, considerando as particularidades e o contexto insular do país. A partir de pesquisa documental e análise de dados secundários, o presente capítulo analisa os desafios e as perspectivas do envelhecimento no contexto insular cabo-verdiano, destacando as especificidades socioeconômicas, culturais, nutricionais e ambientais que moldam a experiência de envelhecer no país. Verificou-se que, embora existam progressos no sistema nacional de saúde e da implementação de políticas públicas voltadas ao idoso, persistem fragilidades estruturais, como desigualdades territoriais no acesso a cuidados especializados, elevada carga de multimorbidade, insegurança alimentar e vulnerabilidade agravada pelas mudanças climáticas e pela migração. Conclui-se que garantir um envelhecimento digno, saudável e ativo em Cabo Verde requer o fortalecimento de políticas integradas, de forma a assegurar um acompanhamento integral, contínuo, intersetorial e intergeracional ao longo de todo o ciclo de vida, garantindo que o aumento da longevidade se traduza em qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Cabo Verde; DCNT; Transição Demográfica.

## RESUMEN

Uno de los mayores logros de la humanidad ha sido la extensión de la esperanza de vida y, lo que antes era un privilegio de pocos, llegar a la vejez, hoy se ha convertido en la norma incluso en los países más pobres. El proceso de envejecimiento en Cabo Verde se ha producido de forma acelerada, en un contexto de desigualdades sociales, economía frágil, crecientes niveles de pobreza y aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes. El presente artículo tuvo como objetivo analizar el envejecimiento en Cabo Verde, teniendo en cuenta sus desafíos desde diferentes perspectivas y considerando las particularidades y el contexto insular del país. A partir de una investigación documental y del análisis de datos secundarios, este capítulo analiza los desafíos y las perspectivas del envejecimiento en el contexto insular caboverdiano, destacando las especificidades socioeconómicas, culturales, nutri-

cionales y ambientales que configuran la experiencia de envejecer en el país. Se verificó que, aunque existen avances en el sistema nacional de salud y en la implementación de políticas públicas dirigidas a las personas mayores, persisten fragilidades estructurales, como las desigualdades territoriales en el acceso a la atención especializada, la elevada carga de multimorbilidad, la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad agravada por los cambios climáticos y la migración. Se concluye que garantizar un envejecimiento digno, saludable y activo en Cabo Verde requiere el fortalecimiento de políticas integradas, con el fin de asegurar un acompañamiento integral, continuo, intersectorial e intergeneracional a lo largo de todo el ciclo de vida, garantizando que el aumento de la longevidad se traduzca en calidad de vida.

**Palabras clave:** Envejecimiento; Cabo Verde; DCNT; Transición demográfica.

## RÉSUMÉ

One of humanity's greatest achievements has been the extension of life expectancy, and what was once the privilege of a few – reaching old age – has now become the norm even in the poorest countries. Le processus de vieillissement au Cap-Vert s'est déroulé de manière accélérée, dans un contexte de fortes inégalités sociales, d'une économie fragile, de niveaux croissants de pauvreté et d'une prévalence accrue des maladies chroniques non transmissibles, telles que l'hypertension et le diabète. Le présent article a pour objectif d'analyser le vieillissement au Cap-Vert, en tenant compte de ses défis sous différentes perspectives et en considérant les particularités et le contexte insulaire du pays. À partir d'une recherche documentaire et de l'analyse de données secondaires, ce chapitre examine les défis et les perspectives du vieillissement dans le contexte insulaire capverdien, en mettant en évidence les spécificités socioéconomiques, culturelles, nutritionnelles et environnementales qui façonnent l'expérience de la vieillesse dans le pays. Il a été constaté que, bien qu'il y ait des progrès dans le système national de santé et dans la mise en œuvre de politiques publiques destinées aux personnes âgées, des fragilités structurelles persistent, telles que les inégalités territoriales dans l'accès aux soins spécialisés, la lourde charge de multimorbidité, l'insécurité alimentaire et une vulnérabilité accentuée par les changements climatiques et les migrations. Il en découle que pour garantir un vieillissement digne, sain et actif au Cap-Vert, il est nécessaire de renforcer des politiques intégrées, de manière à assurer un accompagnement global, continu, intersectoriel et intergénérationnel tout au long du cycle de vie, afin que l'augmentation de la longévité se traduise par une meilleure qualité de vie.

**Mots-clés:** Vieillissement ; Cap-Vert ; MNT ; Transition démographique.

## ABSTRACT

One of humanity's greatest achievements has been the extension of life expectancy, and what was once the privilege of a few, reaching old age, has now become the norm even in the poorest countries. The ageing process in Cabo Verde has occurred rapidly, in a context of social inequalities, a fragile economy, rising poverty levels and an increasing prevalence of non-communicable chronic diseases, such as hypertension and diabetes. This article aims to analyse ageing in Cabo Verde, taking into account its challenges from different perspectives and considering the particularities and the insular context of the country. Based on documentary research and the analysis of secondary data, this chapter discusses the challenges and prospects of ageing in the Cabo Verdean island context, highlighting the socioeconomic, cultural, nutritional and environmental specificities that shape the experience of growing old in the country. The study found that, although there has been progress in the national health system and in the implementation of public policies targeting older people, structural weaknesses persist, such as territorial inequalities in access to specialised care, a high burden of multimorbidity, food insecurity and heightened vulnerability driven by climate change and migration. It is concluded that ensuring dignified, healthy and active ageing in Cabo Verde requires the strengthening of integrated policies in order to guarantee comprehensive, continuous, intersectoral and intergenerational care throughout the life course, ensuring that increased longevity translates into quality of life

**Keywords:** Aging; Cape Verde; NCDs; Demographic Transition.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, sempre houve o desejo humano de alcançar a imortalidade<sup>1</sup>. Fontes e Côrte destacam que esse anseio tem levado os indivíduos a procurar formas de prolongar a sua existência, impulsionados pelo desconforto e pela ansiedade gerados pela consciência inevitável da morte<sup>1</sup>.

O aumento da esperança média de vida tem-se verificado em todo o mundo, decorrente das melhorias no saneamento básico, o acesso à água potável e as condições habitacionais. Além disso, os avanços na medicina contribuíram significativamente para a melhoria das condições de vida e de saúde das populações, reduzindo a mortalidade precoce em nível global e Cabo Verde não é exceção.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), prevê-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos duplique, ultrapassando a marca de 1,6 milhão<sup>2</sup>. Por essa razão, a reflexão sobre o envelhecimento deve ser realizada não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, principalmente porque o fenômeno está a acontecer de forma mais acelerada. Em Cabo Verde, o Censo de 2021 contabilizou 49.080 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 10% da população residente<sup>3</sup>. Verificou-se, ainda, um aumento significativo desse grupo etário, passando de 37.540 pessoas idosas em 2010 para 49.080 em 2021<sup>3</sup>.

De acordo com a United Nations Economic Commission for Europe<sup>4</sup>, o envelhecimento populacional é reconhecido como uma das grandes megatendências demográficas mundiais, com impactos contínuos e duradouros no desenvolvimento sustentável, bem como na forma como vivemos e trabalhamos em nossas sociedades. Assim, recomenda-se que cada país desenvolva uma abordagem que permita à sua sociedade compreender o potencial de viver mais tempo, garantindo, ao mesmo tempo, adaptações sustentáveis nos sistemas de educação, nos mercados de trabalho, nos apoios sociais e nos cuidados de saúde, bem como nos sistemas de segurança e proteção social, diante do crescimento da população idosa.

O envelhecimento “é um processo integral e amplo de mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais, ao qual todo o ser humano está sujeito ao longo da sua existência, vivenciado de formas singulares e plurais”<sup>5</sup>. A vivência singular ou individual refere-se ao fato de cada pessoa experienciar os desafios e as transformações do envelhecer de forma única, desenvolvendo as suas potencialidades de maneira distinta. Simultaneamente, trata-se de uma vivência plural ou universal, na medida em que o envelhecimento é um fenômeno comum a todos, cuja manifestação e percepção variam consoante as características individuais e o contexto sociocultural em que cada um está inserido.

Assim, quando se pensa em envelhecimento saudável, é necessário adotar uma abordagem ampla, considerando os diversos fatores que influenciam a vida da pessoa idosa. A urbanização e a globalização têm sido acompanhadas por profundas transformações sociais que ocorrem paralelamente ao envelhecimento da população. Essas mudanças também se refletem em Cabo Verde, levando-nos a compreender que o envelhecimento atual e, ainda mais, o do futuro serão significativamente diferentes do das gerações anteriores. Como já alertava a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>6</sup>, o aumento da migração e a desregulamentação dos mercados de trabalho, embora possam representar oportunidades para alguns, também podem deixar muitas pessoas idosas em áreas rurais mais pobres, sem estruturas familiares e redes de apoio social, enquanto os mais jovens migram em busca de melhores condições de vida.

As próprias questões de gênero também estão em transformação e impactam diretamente esse processo. Anteriormente, as mulheres assumiam predominantemente o papel de cuidadoras de crianças e de pessoas idosas, com uma participação limitada no mercado de trabalho remunerado, o que lhes trouxe consequências negativas. Atualmente, embora estejam cada vez mais presentes em outras funções que lhes garantem maior segurança econômica na terceira idade, isso também limita a sua disponibilidade, e a das famílias em geral, para prestar cuidados às pessoas idosas dependentes. Isso leva à reflexão de que os modelos antigos de cuidados familiares já não são sustentáveis.

A possibilidade de viver mais anos oferece aos indivíduos a oportunidade de repensar não apenas no que significa envelhecer, mas também como queremos estruturar todo o ciclo de vida. No entanto, essa oportunidade depende, em grande parte, de um fator essencial: a saúde. Embora se presuma frequentemente que o aumento da longevidade está acompanhado de mais anos de vida com qualidade, existem poucas evidências de que os adultos mais velhos de hoje apresentam melhor saúde do que os seus pais tinham na mesma idade<sup>6,7</sup>.

A percepção de qualidade de vida está intimamente relacionada com a autoestima e o bem-estar, os quais, por sua vez, estão associados à saúde física e mental, à adoção de hábitos saudáveis, à participação em atividades de lazer, à espiritualidade e, principalmente, à manutenção da capacidade funcional do indivíduo<sup>8</sup>.

Desse modo, em um mundo cada vez mais envelhecido, é fundamental que os governos, as instituições e a sociedade civil se articulem para garantir condições que permitam a todas as pessoas envelhecer com saúde, dignidade e autonomia.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar o envelhecimento em Cabo Verde, tendo em conta os seus desafios nas diferentes perspectivas, considerando as particularidades e o contexto insular do país. Acredita-se que esta análise poderá contribuir para uma reflexão crítica sobre os próximos passos a adotar, com vista à melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas idosas, bem como daquelas que, no futuro, integrarão a população idosa cabo-verdiana.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia adotada fundamenta-se em pesquisa documental e na análise de dados secundários provenientes de relatórios estatísticos nacionais, documentos estratégicos do Governo de Cabo Verde e publicações de organismos internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial. Foram considerados indicadores demográficos, epidemiológicos e sociais relacionados ao processo de envelhecimento, bem como políticas públicas direcionadas à

saúde e à proteção social da população idosa. A análise seguiu uma abordagem descritiva e interpretativa, com o objetivo de compreender os principais desafios e perspectivas do envelhecimento em Cabo Verde considerando as especificidades do seu contexto insular.

### 3. RESULTADOS

#### Perfil demográfico e Epidemiológico do envelhecimento em Cabo Verde

O processo de envelhecimento é atualmente um dos acontecimentos mais importantes da sociedade a nível mundial. É um fenómeno que afeta de diferentes formas praticamente todos os países e também faz parte integrante do desenvolvimento humano a nível individual. Com isso pode-se dizer que toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura<sup>9</sup>.

Recentemente, em novembro de 2022, a ONU declarou que a população mundial atingiu a marca de 8 bilhões de indivíduos. Paralelamente a essa evolução demográfica mundial, o processo de envelhecimento adquire progressiva nitidez “planetária”<sup>10</sup>. Em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassou o de crianças com menos de 5 anos de idade, o que marca um ponto de inflexão na estrutura etária mundial<sup>11</sup>. Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, o que antes era o privilégio de poucos, alcançar à velhice, hoje é norma, mesmo nos países mais pobre<sup>12</sup>.

Essa diversidade de experiências nos convida a distinguir entre os elementos intrínsecos ao processo do envelhecimento e aqueles mais diretamente ligados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes<sup>13</sup>. Nessa perspectiva, particularidades culturais e processos lógicos predominando em cada contexto emergem como elementos essenciais para a elaboração de políticas mais adequadas às características das populações a serem atendidas<sup>14</sup>, uma vez que envelhecer com saúde é essencial para contrariar os impactos nefastos do envelhecimento e minimizar os déficits de autonomia associados à multimorbidade das doenças crônicas<sup>15</sup>. Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento tem ocorrido rapidamente, acompanhado pela transição demográfica e pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes, cancro, obesidade, doenças respiratórias e doença cardiovascular<sup>16</sup>.

O impacto das DCNT, a tal “carga global da doença”, é refletido nos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (Disability-Adjusted Life Year - DALY), métrica que combina Anos de Vida Perdidos (Years of Life Lost -YLL) por morte prematura e Anos Vividos com Incapacidade (Years Lived with Disability -YLD)<sup>17</sup>. O DALY parte do pressuposto de que a



medida mais adequada dos efeitos das doenças crônicas é o tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura<sup>17</sup>. As DCNT representam hoje a maior causa de morte no mundo, sendo que, em 2021, foram 43 milhões de mortes, ou seja, aproximadamente 75% do total global de mortes<sup>18</sup>. Segundo os mesmos dados, desse total, 73% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda, como Cabo Verde. Ademais, de acordo com o Banco Mundial, as doenças crônicas representam atualmente dois terços da carga de doença nesses países e chegará aos três quartos até 2030, alinhando-se às tendências observadas pela OMS e pela Global Burden of Disease<sup>18,19</sup>. Por outro lado, os Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (Quality-Adjusted Life Year - QALY) mostram que, embora a expectativa de vida aumente, muitos desses anos adicionais são vividos com baixa qualidade de vida, devido a incapacidades, fragilidade funcional e barreiras de acesso a cuidados e reabilitação, gerando um grande ônus por morbimortalidade, e nos custos diretos e indiretos de saúde.

De acordo com Mei e colaboradores<sup>20</sup>, a presença de multimorbidade pode constituir um indicador para prever a duração da hospitalização, estimar custos em saúde e prognóstico de sobrevivência dos indivíduos. Também coloca em questão o paradigma de gestão da doença, a investigação e a educação médica tradicional, visto que pessoas com multimorbidade recebam uma menor qualidade de cuidados do que aquelas com única doença<sup>21</sup>. Portanto, o impacto que as doenças crônicas causam na vida das pessoas pode ser percebido de diferentes formas, a depender de fatores diversos, de ordem individual e social, uma vez que a multimorbidade está associada a um risco aumentado de morte, invalidez, *status* funcional pobre, má qualidade de vida, eventos adversos a medicamentos e outros resultados adversos, principalmente para as pessoas idosas<sup>22,23</sup>.

Cabo Verde, país de desenvolvimento médio, encontra-se atualmente em processo de transição epidemiológica, caracterizado por profundas mudanças nos padrões de saúde e doença, resultantes da interação entre os fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais<sup>24</sup>. Esse processo é acompanhado também por um acentuado envelhecimento da população cabo-verdiana, o que impõe novos desafios ao sistema de saúde e às políticas públicas de proteção social.

O processo de envelhecimento ocorre de forma gradual nos países desenvolvidos, com melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação; porém, nos países em desenvolvimento como Cabo Verde, ocorre rapidamente e em um contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente<sup>25,26</sup>. Ademais, esses países enfrentam uma “dupla carga”

de doenças infecciosas e crônicas, simultaneamente em um contexto de desigualdade, fragilidade econômica e acesso limitado à saúde. A transição demográfica pode ocorrer em apenas duas décadas, dependendo de reformas que poucos países conseguiram implementar a tempo.

Assim como outras nações em desenvolvimento, a transição epidemiológica aliada a fatores relacionados ao estilo de vida, como inatividade física, mudanças nos padrões alimentares e o aumento do consumo de tabaco e álcool, tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crônicas em Cabo Verde. Entre essas enfermidades, as doenças cardiovasculares destacam-se como a principal causa da mortalidade no país há mais de duas décadas<sup>27,28</sup>.

Dados do II Inquérito Nacional sobre Doenças Não Transmissíveis (IDNT II)<sup>29</sup>, realizado com o objetivo de determinar a prevalência e as características epidemiológicas da hipertensão arterial, do diabetes e de outros importantes fatores de risco modificáveis (dislipidemia, obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo) na população cabo-verdiana com idade compreendida entre 18 e 69 anos, evidenciam um aumento progressivo das prevalências dessas doenças e fatores de riscos à medida que avançam as faixas etárias, com maiores valores observados no grupo de 60 a 69 anos. Em razão da inexistência de dados atualizados para a população com 70 anos ou mais, serão utilizados, na presente caracterização, os dados referentes ao grupo etário de 60 a 69 anos.

Os mesmos dados mostram que, em relação ao uso do tabaco, apresenta uma prevalência maior entre os homens (22,8%) em comparação às mulheres (20,3%). A prevalência do consumo diário de álcool também é maior para esse grupo (11, %), enquanto o grupo etário de 18 a 29 anos apresenta menor prevalência (1%). Ainda, no que tange à atividade física, esse grupo apresenta menor frequência de indivíduos que cumprem as diretrizes da OMS acerca dessa prática. Ademais, no país, a maior proporção dos adultos diagnosticados com hipertensão arterial é encontrada no grupo de 60 a 69 anos, com 75,2% (70,2% nos homens e 78% nas mulheres), sendo que a prevalência nacional foi de 30,8%. Isso também ocorre com o diagnóstico de diabetes, uma vez que a prevalência de diabetes diagnosticada na população estudada foi de 3,9%, mas no grupo etário de 60 a 69 anos, foi de 16,6%.

Além disso, indicam que a prevalência de obesidade na população adulta é de 14,3%, sendo superior no grupo etário de 45 a 59 anos (23,1%), seguido pelo grupo de 60 a 69, que apresenta prevalência de 19,5%<sup>29</sup>. Com relação aos hábitos alimentares, o cabo-verdiano médio consome apenas 3,4 porções de frutas ou vegetais diariamente, bem abaixo das 5 porções recomendadas<sup>29</sup>. O consumo médio diário de sal é de 9,2 gramas, quase o dobro do limite recomendado de 5 gramas. Além disso, 16,4% da população

admite consumo excessivo de açúcar, e 11,3%, consumo excessivo de gordura<sup>29</sup>. Esses padrões alimentares, influenciados por fatores complexos econômicos, sociais, culturais e ambientais, estão associados a altas taxas de doenças crônicas<sup>29</sup>.

Dessa forma, além do processo de transição epidemiológica, ressalta-se que Cabo Verde também passa por uma rápida transição nutricional, com aumentos acentuados nas taxas de sobrepeso e obesidade<sup>24</sup>. De acordo com o Secretariado Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SNSAN), em 2022, 32,1% dos cabo-verdianos viviam em insegurança alimentar moderada a grave, dos quais 5,6% em condições graves. As disparidades de gênero mostram que 27,6% dos homens e 34,4% das mulheres enfrentavam insegurança alimentar moderada a grave, com a insegurança grave afetando 3,1% dos homens e 6,8% das mulheres, indicando maior vulnerabilidade entre as mulheres.

Em termos de resposta nacional, o sistema de saúde de Cabo Verde apresenta particularidades que o diferenciam dos outros Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), sendo que, em alguns aspectos, o país se destaca positivamente<sup>30</sup>. Por exemplo, Cabo Verde possui alguns dos melhores indicadores de saúde entre os Palop, com expectativa de vida relativamente alta<sup>31</sup> e baixas taxas de mortalidade infantil<sup>32</sup>, o que reflete uma ênfase em atenção primária à saúde, vacinação e controle de doenças transmissíveis<sup>33</sup>. Outrossim, o sistema é predominantemente público e centralizado, com uma rede de centros de saúde e de hospitais que abrange todo o arquipélago.

Em comparação com outros países africanos, como Angola e Moçambique, Cabo Verde Apresenta um sistema de regulação dos serviços de saúde mais consolidado, contando com uma entidade reguladora da saúde independente, que abrange a regulação da prestação de cuidados de saúde, incluindo a área do medicamento<sup>34</sup>. Além disso, o país tem sido reconhecido pela eficácia na implementação do serviço de telemedicina, bem como nos sistemas vigilância e notificação da dengue, e na criação de recursos de apoio integrado à gestão das estruturas de saúde<sup>35</sup>.

A rede pública de saúde está organizada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária é estruturada em Delegacias de Saúde, integrando Centros de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, além de estruturas especializadas, como Centros de Saúde Reprodutiva e Unidades de Terapia Ocupacional. A atenção secundária é prestada em hospitais regionais e centrais, enquanto a atenção terciária está disponível exclusivamente nos hospitais centrais Agostinho Neto (HAN), na Ilha de Santiago, e Baptista de Sousa (HBS), na Ilha de São Vicente<sup>36,37</sup>.

O envelhecimento populacional em Cabo Verde revela, portanto, um cenário de avanços e fragilidades. Apesar de o sistema de saúde de Cabo Verde ser predominantemente público, com uma presença crescente do setor privado, a ausência de cobertura universal

e as desigualdades geográficas, devido à dispersão das ilhas, representam um desafio para a cobertura universal e equitativa dos serviços de saúde. A falta de especialistas e de equipamentos avançados em algumas ilhas obriga os pacientes a deslocarem-se para a capital, Praia, ou para o estrangeiro para tratamentos mais complexos<sup>38,39</sup>. Assim, o envelhecimento, em um contexto insular e socioeconômico vulnerável, exige políticas públicas robustas, estratégias de descentralização, formação de recursos humanos especializados e investimento em infraestrutura, de modo a garantir que os ganhos em longevidade se traduzam em qualidade de vida e bem-estar para a população idosa.

### Evolução da população idosa em Cabo Verde

Com base nos fatores socioeconômicos, a OMS<sup>40</sup> caracteriza a pessoa idosa como todo indivíduo com 65 anos ou mais, caso resida em países desenvolvido, e 60 anos ou mais, caso resida em países em desenvolvimento. Cabo Verde enquadra-se neste último grupo.

Como ressaltado no tópico anterior, a transição demográfica no país tem sido marcada por profundas modificações, com impactos diretos na sua estrutura etária. Cabo Verde é caracterizado como um país jovem, e após um longo período de crescimento populacional contínuo, caracterizado pela taxa de fecundidade elevada e contínua diminuição da taxa de mortalidade, têm-se observado, nos últimos anos, uma redução expressiva das taxas de natalidade e um aumento consistente da expectativa de vida, esses dois componentes juntos intensificam o processo de Envelhecimento Populacional, aumentando a proporção de pessoas idosas na população total do país<sup>41-43</sup>.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística<sup>44</sup>, os indicadores de Natalidade e Fecundidade em 2019, Índice Sintético de Fecundidade (ISF), Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Taxa Bruta de Reprodução (TBR) e Taxa Líquida de Reprodução (TLR), assinalam para uma ligeira diminuição quando comparados com os dados dos últimos quatros anos da série temporal, como pode ser observado na tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Índice Sintético de Fecundidade, Taxa Bruta de Natalidade, Taxa Bruta de Reprodução e Taxa Líquida de Reprodução (2015-2019)<sup>44</sup>

Ano	Índice Sintético de Fecundidade (ISF)	Taxa Bruta de Natalidade (TBN)	Taxa Bruta de Reprodução (TBR)	Taxa Líquida de Reprodução (TLR)
2015	2.32	20.34	1.13	1.11
2016	2.31	20.14	1.13	1.10
2017	2.29	19.89	1.12	1.09
2018	2.28	19.56	1.11	1.09
2019	2.26	19.27	1.10	1.08

De acordo com as projeções do INE<sup>41</sup>, a população com 60 anos ou mais tem apresentado crescimento absoluto e relativo. Os dados revelam um aumento significativo do efetivo global da população cabo-verdiana entre 2000 e 2021, passando de 37.116 pessoas idosas em 2000 para 37.540, e de 37.540 pessoas idosas em 2010 para 49.080 em 2021. Isso significa que, em termos relativos, constata-se que a proporção das pessoas idosas no total da população residente diminuiu de 8,6% em 2000 para 7,6% em 2010; contudo, de 2010 a 2021, essa proporção aumentou 2,4 pontos percentuais passando de 7,6% em 2010 para 10% em 2021<sup>41</sup>.

Os mesmos dados apresentam os indicadores relacionados ao Índice de Envelhecimento (IE) (quociente entre a população com idade compreendida entre 65 anos ou mais e a população com idades entre 0 e 14) e o Índice de Longevidade, que se refere à população com 80 anos ou mais com o total da população idosa com 65 ou mais<sup>45</sup>. A análise do IE mostra um aumento de 8,7 pontos percentuais no número de pessoas idosas entre 2000 e 2021, que passou de 14,9 em 2000 para 20,1 em 2010; e, em 2021, situou-se em 23,6. Ou seja, em 2010, para cada 100 indivíduos de 0 a 14 anos, havia 20,1 indivíduos com 65 anos ou mais, enquanto, em 2021, para cada 100 indivíduos de 0 a 14 anos, existiam 23,6 indivíduos com 65 anos ou mais<sup>45</sup>.

O Índice de Longevidade (2000-2021), por sua vez, apresenta um valor de 24,9% no ano 2000. Em 2010, esse índice subiu para 40,5%, e, em 2021, situou-se em 19,5%, o que significa que, para cada 100 indivíduos com 65 anos ou mais, cerca de 19,5 têm 80 anos ou mais<sup>45</sup>.

### Esperança de vida e indicadores sociodemográficos

Para identificar as tendências demográficas de Cabo Verde e compreender o processo de envelhecimento populacional no país, serão analisados os seguintes indicadores: esperança de vida ao nascer (total e diferença entre homens e mulheres), taxa de fecundidade (número médio filhos por mulher), proporção da população de 0 a 14 anos (%) e proporção da população com 65 anos ou mais (%) (tabela 2).

**Tabela 2.** Evolução da esperança de vida, taxa de fecundidade e estrutura etária em Cabo Verde (2000-2023)<sup>31,41,46</sup>

Ano	Esperança de vida (total)	Esperança de vida (homens)	Esperança de vida (mulheres)	Taxa de fecundidade (filhos/mulher)	População 0-14 anos (%)	População 65+ anos (%)
2000	68,6 anos	64,9 anos	71,7 anos	3,55	34,0	4,2
2010	72,0 anos	69,0 anos	74,5 anos	2,33	30,0	5,5
2020	74,0 anos	70,5 anos	77,0 anos	2,21	28,0	6,2
2023	74,4 anos	71,0 anos	77,9 anos	1,95	26,4	6,8

A esperança de vida ao nascer em Cabo Verde tem apresentado um padrão ascendente ao longo das últimas três décadas. No ano 2000, o país apresentava uma esperança média de vida de 68,6 anos, e em 2025, esse valor situa-se em torno de 76,4 anos, superando a média dos países da África Subsaariana.

Os indicadores do país demonstram ainda uma discrepância significativa da esperança média de vida por sexo, evidenciando que as mulheres vivem, em média, 5 a 6 anos a mais que os homens, padrão consistente com tendências globais<sup>46</sup>. Em 2023, a esperança de vida feminina foi estimada em 77,9 anos, enquanto a masculina atingiu 71 anos<sup>45</sup>.

A redução da taxa de fecundidade, de 3,55 filhos/mulher no ano 2000 para 1,95 filhos/mulher no ano de 2024, atrelado ao aumento progressivo da população idosa, reforça o processo de transição demográfica que tem marcado o país. Como verificado na tabela 2, a proporção da população idosa passou de 4,2 em 2000 para 6,8 em 2023.

### Efeitos das mudanças climáticas, migração e urbanização

As ilhas de Cabo Verde enfrentam pressões ambientais significativas em razão da sua localização geográfica e dos efeitos das mudanças climáticas, tais como a elevação do nível do mar, as secas prolongadas, a erosão do solo, a desertificação, a falta de água potável e a limitação de recursos naturais<sup>47</sup>. Essas condições, decorrentes das alterações climáticas, afetam o abastecimento de alimentar e a disponibilidade hídrica, contribuindo para a insegurança alimentar e para mudanças de padrões alimentares locais. A insegurança alimentar, por sua vez, favorece o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio e gorduras, os quais estão associados à maior prevalência de hipertensão arterial e de outras doenças crônicas<sup>48</sup>. Nesse contexto, as pessoas idosas cabo-verdianas figuram entre os grupos mais vulneráveis à exposição a esses eventos climáticos, em função da maior fragilidade fisiológica, da elevada prevalência de doenças crônicas e às limitações funcionais.

Ainda, as migrações climáticas (internas e externas), uma característica histórica e cultural de Cabo Verde, que se deve principalmente a precárias condições socioeconômicas e baixa capacidade produtiva interna<sup>49</sup>, promove situações de isolamento, principalmente das pessoas idosas que residem nas áreas rurais. As famílias das áreas rurais, devido ao seu distanciamento das principais infraestruturas de bens básicos e à sua dependência das atividades agropecuárias, são as mais afetadas pelos severos choques climáticos, e são as que têm menos rendimento em comparação às famílias nas áreas urbanas. Assim, muitos jovens optam por migrar para áreas urbanas e para outros países, o que acentua problemas como solidão, depressão e vulnerabilidade econômica das pessoas idosas.

Além disso, os estressores ambientais podem exacerbar as condições de saúde existentes e impactar o bem-estar mental e social, gerando estresse crônico, um fator de risco reconhecido para doenças cardiovasculares<sup>50</sup>. A escassez de infraestrutura de saúde especializada em ilhas como Cabo Verde aumenta a vulnerabilidade da população idosa, limitando o diagnóstico e o tratamento precoces de doenças crônicas e sobrecarregando o sistema de saúde<sup>51</sup>.

## 4. DISCUSSÃO

### Desafios e Perspectivas no Envelhecimento populacional

Neste ano de 2025, no dia 5 de julho, Cabo Verde celebrou 50 anos de independência, uma data que suscitou reflexões sobre o percurso histórico, político e socioeconômico do país ao longo dessas cinco décadas. Desde a independência, Cabo Verde tem trilhado uma trajetória orientada para o desenvolvimento, registando avanços significativos em diversas áreas, o que lhe confere, atualmente a classificação de País de Renda Média.

No setor da saúde, os avanços são evidentes. É notório que não estamos onde começamos: em 50 anos, os progressos têm sido substanciais. Um dos indicadores mais reveladores desse progresso é a Esperança Média de Vida (EMV). Em 1980, a EMV situava-se nos 61,3 anos, enquanto, de acordo com os dados do último Censo de 2021, aumentou para 74,81 anos. Atualmente, Cabo Verde está entre os 10 países africanos com maior esperança de vida ao nascer segundo a OMS<sup>52</sup>, um reflexo claro do investimento contínuo na saúde pública e na melhoria das condições de vida da população. Contudo, persistem desafios significativos no setor da saúde que exigem melhorias estruturais.

A população cabo-verdiana tem sofrido transformações significativas nos seus perfis demográfico e epidemiológico. Enquanto as taxas de incidência de doenças infecciosas e parasitárias têm diminuído ao longo dos últimos anos<sup>29</sup>, observa-se, nas últimas duas

décadas, uma ascensão das DCNT, nomeadamente doenças cardiovasculares e diabetes. Estas tornaram-se as principais causas de morbidade e mortalidade no país, resultantes das alterações no estilo de vida da população, incluindo a atual transição nutricional em que nos encontramos. Assim, com o envelhecimento da população, a prevalência dessas doenças tende a aumentar, o que leva ao surgimento de adoecimentos prolongados, incapacidades e mortes prematuras. Esse cenário compromete significativamente a qualidade de vida das pessoas, limitando a sua capacidade de trabalho, bem como a participação em atividades sociais e de lazer.

Antecipar o futuro do envelhecimento populacional é, portanto, é fundamental para a preparação dos sistemas de saúde, seguridade social e serviços de apoio, de modo responder às crescentes demandas de uma sociedade em que o contingente de pessoas idosas tende a aumentar de forma significativa nas próximas décadas. Esse planejamento contribui para a construção de um equilíbrio entre sustentabilidade financeira dos sistemas públicos e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das populações mais velhas.

### Sustentabilidade Financeira

Tendo por base essa necessidade na sua 75.<sup>a</sup> Sessão, realizada em dezembro de 2020, em Nova Iorque, a Assembleia Geral das Nações Unidas, sob o lema “Um mundo onde todas as pessoas possam viver mais tempo e de forma mais saudável”, declarou e reconheceu o envelhecimento como uma das conquistas coletivas mais notáveis, refletindo progressos significativos no desenvolvimento social, econômico e sanitário. O aumento da esperança de vida representa, simultaneamente, um recurso de valor inestimável e um desafio de grande magnitude para as políticas públicas, tendo em conta as acentuadas desigualdades nas condições de envelhecimento entre diferentes estratos sociais e econômicos, tanto dentro dos países como entre eles. O gênero, a cultura e a etnia influenciam igualmente as desvantagens no acesso à saúde, à educação, ao emprego e ao rendimento, as quais tendem a reforçar-se mutuamente e a acumular-se ao longo do ciclo de vida, originando trajetórias de envelhecimento profundamente desiguais<sup>53</sup>.

Nesse contexto, a OMS propôs a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)<sup>7</sup>, iniciativa que visa promover uma colaboração conjunta, catalisadora e sustentada ao longo de 10 anos entre os diversos atores sociais, com o objetivo de melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das suas comunidades. As próprias pessoas idosas devem estar no centro das ações, contando com o envolvimento dos governos, da sociedade civil, de agências internacionais, de profissionais, do meio acadêmico, da comunicação social e do setor privado.



Em Cabo Verde, o envelhecimento começou a ser abordado no plano público de forma mais estruturada a partir de 2017, com a elaboração do primeiro Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso (PENEASI), com vigência até 2021<sup>54</sup>. Esse plano representou um marco, visto que foi criado um documento totalmente dedicado à saúde da pessoa idosa pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Saúde do Idoso<sup>54</sup>. O principal enfoque tem sido a promoção do envelhecimento ativo e saudável, associado à reestruturação da atenção primária voltada para a população idosa, por meio de estratégias e ações orientadas para o fortalecimento da participação social, autonomia, da qualificação dos profissionais e da integração entre os serviços de saúde e de assistência social. O plano também enfatiza a importância de uma abordagem intersetorial e da participação da sociedade civil na formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas voltadas para a garantia de envelhecimento digno em Cabo Verde.

### Políticas públicas de Proteção Social e Legislações Recentes

Cabo Verde dispõe de um conjunto de políticas públicas e mecanismos de proteção social direcionados à população idosa, dentre os quais se destacam o Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde da Pessoa Idosa (2017-2021)<sup>55</sup>, o Programa Nacional de Saúde do Idoso<sup>54</sup>, o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>56</sup> e os regimes de pensão social. Esses instrumentos asseguram o acesso gratuito aos cuidados de saúde, promovem iniciativas de inclusão digital e fomentam o envelhecimento ativo. Contudo, persistem lacunas importantes, nomeadamente a necessidade de políticas mais abrangentes e integradas, dificuldades no acesso a serviços essenciais, cobertura insuficiente de cuidados continuados, bem como desafios na sensibilização da sociedade e na participação cidadã na proteção dos direitos das pessoas idosas. Tais fatores evidenciam a urgência de reforçar e expandir as respostas públicas, de forma a garantir uma velhice digna, ativa e inclusiva no país.

Em Cabo Verde, a importância da proteção social à velhice está refletida na sua Constituição<sup>57</sup>:

Art. 1º. 2. A República de Cabo Verde reconhece a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de origem social ou situação económica, raça, sexo, religião, convicções políticas ou ideológicas e condição social e assegura o pleno exercício por todos os cidadãos das liberdades fundamentais. [...]

O direito à proteção social para pessoas na velhice e a criação de um Sistema Nacional de Segurança Social para este fim estão previstos no art. 69.

#### Artigo 69º (Segurança social)

1. Todos têm direito à segurança social para sua protecção no desemprego, doença, invalidez, velhice, orfandade, viuvez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.
2. Incumbe ao Estado: a) Garantir a existência e o funcionamento eficiente de um sistema nacional de segurança social, com a participação dos contribuintes e das associações representativas dos beneficiários;
- b) Apoiar, incentivar, regular e fiscalizar os sistemas privados de segurança social.

Quanto ao direito à Saúde expresso no art. 70, reconhece:

#### Art. 70º (Saúde)

1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica.
2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações

Em maio de 2023, foi publicado o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n.º 26/X/2023)<sup>56</sup>, instrumento legal que se aplica a todas as pessoas com 65 ou mais anos de idade.

O Estatuto da Pessoa Idosa, nos Capítulos III e IV, estabelece diretrizes fundamentais para a promoção da saúde e proteção social da população idosa. A Secção II do Capítulo III atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde, incluindo direitos como o acompanhamento, o consentimento informado e a isenção de taxas moderadoras mediante comprovação de insuficiência económica. O Estado também se compromete com a implementação de programas de capacitação em saúde geriátrica.

O Capítulo IV define o Sistema de Cuidados para a Pessoa Idosa, promovendo a articulação entre entidades públicas e privadas. A Secção IV enfatiza a educação intergeracional e a inclusão digital, enquanto a Secção V trata da proteção social, emprego, habitação e transporte, com a criação do Sistema de Proteção dos Direitos da Pessoa Idosa (arts. 28.º a 33.º), envolvendo diversas instituições públicas e organizações da sociedade civil. O art. 34.º institui a Comissão Nacional de Proteção e Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa, cuja regulamentação está prevista para, no máximo, 180 dias.

Contudo, ao fazermos uma retrospectiva, podemos identificar outros marcos legais relevantes que abordam questões relacionadas com a proteção social da pessoa idosa em Cabo Verde. Dentre os principais, destacam-se

- Carta de Política Nacional para a Terceira Idade (Resolução n.º 49/2011)<sup>58</sup>;
- Programa do Governo da X Legislatura;
- Decreto-Lei n.º 53/2016, que define a estrutura e funcionamento do Ministério da Saúde, com enfoque na prestação de cuidados de excelência e na promoção de um envelhecimento digno;

- Decreto-Lei n.º 54/2016, que estabelece a organização do Ministério da Família e Inclusão Social e do Ministério da Educação, reconhecendo a necessidade de articulação com o Ministério da Saúde em educação e formação na área da saúde<sup>59</sup>;
- Lei n.º 38/VIII/2013, que regulamenta o Regime Não Contributivo da Proteção Social, previsto na Lei n.º 131/V/2001<sup>60</sup>;
- Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS 2022–2026)<sup>61</sup>;
- Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN 2021–2025)<sup>62</sup>.

Ao longo dos 50 anos de independência, Cabo Verde tem construído, de forma progressiva, um sistema de proteção social relevante para a população idosa, com especial destaque para o papel central do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse organismo assume-se como o principal gestor do regime contributivo de previdência social, garantindo não apenas benefícios financeiros, mas também um conjunto alargado de apoios que contribuem para a dignidade, a segurança econômica e a qualidade de vida das pessoas idosas no arquipélago.

O INPS tem como responsabilidade primordial a gestão das pensões contributivas, assegurando, por meio de uma administração rigorosa, o pagamento das pensões de velhice, invalidez e sobrevivência. Esse mecanismo constitui uma fonte regular de rendimento para os trabalhadores que contribuíram para o sistema ao longo da sua vida ativa, funcionando como um instrumento essencial na prevenção da pobreza e da exclusão social na velhice, além de representar uma garantia de proteção para muitos agregados familiares cabo-verdianos<sup>63</sup>.

Para além do pagamento de pensões, o INPS disponibiliza ainda benefícios complementares de grande importância. Dentre estes, destacam-se o acesso à assistência médica, o apoio na aquisição de medicamentos e as coparticipações em próteses e equipamentos ortopédicos. Esses apoios, de natureza social e assistencial, são fundamentais para assegurar um acompanhamento integral da saúde dos pensionistas, promovendo a longevidade, a autonomia e o bem-estar.

Paralelamente à ação do INPS, importa destacar que o Estado cabo-verdiano tem implementado, ao longo das últimas décadas, um conjunto de políticas públicas e mecanismos de inclusão social centrados na proteção da pessoa idosa. Entre os principais instrumentos, encontra-se um corpo legislativo robusto, alicerçado na Constituição da República, complementado por diversos diplomas legais que asseguram proteção jurídica e prioridade no acesso a serviços essenciais.

Foram igualmente desenvolvidos programas e serviços específicos, como apoios econômicos para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, incentivos ao envelhe-

cimento ativo e cuidados domiciliários. Destacam-se ainda iniciativas de promoção da saúde preventiva, de estímulo à autonomia funcional e de combate ao isolamento social, frequentemente levadas a cabo por meio de ações comunitárias e articulação interinstitucional.

O INPS continua a ser o principal pilar da proteção social contributiva em Cabo Verde, proporcionando benefícios que vão além do apoio financeiro. A sua atuação, articulada às políticas inclusivas do Estado, reforça o compromisso com a justiça social e a solidariedade intergeracional, promovendo uma velhice digna, segura e participativa.

O Ministério da Saúde de Cabo Verde, por sua vez, desempenha um papel fundamental na proteção social e na promoção da saúde da população idosa, por meio da implementação de diversas estratégias que visam assegurar um envelhecimento ativo, saudável e digno. Enquanto principal entidade estatal responsável pela saúde da pessoa idosa, o Ministério promove políticas públicas centradas na prestação de cuidados de qualidade, na inclusão social e na salvaguarda da dignidade ao longo do envelhecimento.

Em 2017, foi criado e implementado o PENEASI 2017–2021. Esse plano teve como objetivo orientar as intervenções no sistema de saúde, garantindo respostas adequadas às necessidades específicas da população idosa, por intermédio da promoção de cuidados integrados, da prevenção de doenças e do incentivo à promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida. Atualmente, já foi elaborado um novo plano estratégico, ainda não divulgado pelo Ministério da Saúde, o qual se espera que inclua a avaliação do plano anterior e defina novas metas para a melhoria da saúde da população idosa cabo-verdiana. Paralelamente, o Ministério tem promovido programas de formação para profissionais de saúde, cuidadores e familiares, bem como a criação de espaços adequados para o atendimento a pessoas idosas nas comunidades. Essas iniciativas seguem uma abordagem de proximidade e inclusão, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável. Todos esses esforços visam garantir o acesso universal e equitativo a serviços de saúde de qualidade, com especial atenção às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, nos diferentes níveis de cuidados de saúde.

O Plano Nacional de Promoção da Saúde 2023–2027 contempla igualmente ações específicas dirigidas a grupos vulneráveis, incluindo a população idosa, com vista à melhoria dos estilos de vida e à redução de fatores de risco associados à saúde, promovendo, assim, a saúde pública e a prevenção de doenças. Essas ações são desenvolvidas com base em uma coordenação intersetorial e multidisciplinar, na qual o Ministério da Saúde articula-se com outras entidades governamentais e parceiros, promovendo a integração das políticas de saúde, a educação e a inclusão social. Tal abordagem reconhece a complexidade do processo de envelhecimento e a necessidade de respostas abrangentes, integradas e concertadas.

## Recursos Humanos e Formação

Cabo Verde enfrenta diversos desafios no que diz respeito à proteção da população idosa, tanto em âmbito do Ministério da Saúde como no do INPS. Esses desafios resultam de transformações demográficas, limitações econômicas e exigências sociais que exigem respostas estruturadas e coordenadas. No que concerne ao Ministério da Saúde, um dos principais desafios é o envelhecimento progressivo da população, que implica uma maior procura por cuidados de saúde especializados, nomeadamente em áreas como a gerontologia, a geriatria e os cuidados paliativos. Contudo, o país enfrenta escassez de profissionais com formação específica nessa área, sendo igualmente necessário capacitar cuidadores informais, como familiares, para responder às necessidades básicas das pessoas idosas.

É necessário integrar as universidades nesse cenário, uma vez que estas desempenham um papel central na promoção de um envelhecimento saudável e ativo em Cabo Verde, tanto na formação de profissionais de saúde quanto na produção de conhecimento científico que sustente políticas públicas eficazes. Nesse sentido, torna-se fundamental criar cursos de especialização e de pós-graduação com enfoque nas áreas do envelhecimento saudável, dos cuidados paliativos e da promoção da autonomia da pessoa idosa. Essas formações permitiriam capacitar profissionais para responder às crescentes necessidades de uma população em processo de envelhecimento, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e orientada à melhoria da qualidade de vida.

Paralelamente, é imprescindível estimular a investigação científica voltada à produção de evidências sobre as condições de saúde da população idosa, os modelos de cuidado mais adequados e a efetividade das políticas públicas existentes. Tais iniciativas devem ser desenvolvidas em articulação com as principais estruturas do sistema nacional de saúde, nomeadamente o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) e o INPS, de modo a assegurar sinergias entre a academia, os serviços de saúde e as políticas sociais voltadas para o envelhecimento.

## Desigualdades Territoriais e Insularidade

A cobertura dos serviços de saúde ainda é desigual, sobretudo nas zonas rurais e nas ilhas com menor densidade populacional, onde muitas vezes faltam estruturas apropriadas para o atendimento a pessoas idosas, como centros de dia ou unidades de cuidados continuados. Outro desafio importante é a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e demência, que afetam grande parte da população idosa. A falta de programas sistemáticos e contínuos de promoção do envelhe-

cimento ativo e saudável compromete a qualidade de vida nessa faixa etária. A articulação entre as políticas de saúde, a educação e a inclusão social também permanece frágil, dificultando a implementação de um sistema de cuidados integrados que garanta um acompanhamento eficaz da pessoa idosa em todas as fases do envelhecimento.

No que se refere ao INPS, os desafios centram-se, em primeiro lugar, na sustentabilidade financeira do sistema contributivo. O equilíbrio entre o número de contribuintes ativos e o número crescente de beneficiários reformados encontra-se ameaçado, sobretudo diante da juventude desempregada e do elevado peso do setor informal. Muitas pessoas idosas permanecem fora do sistema de proteção social por não terem tido uma carreira contributiva contínua, o que limita o alcance e a eficácia do regime. Mesmo entre os beneficiários de pensões, os valores recebidos são frequentemente insuficientes para cobrir as despesas básicas, sobretudo em termos de saúde e alimentação, o que expõe muitas pessoas idosas ao risco de pobreza e exclusão social.

A gestão dos benefícios complementares, como a coparticipação em medicamentos, próteses e consultas médicas, continua a ser um desafio relevante, exigindo maior eficiência e equidade no acesso. A modernização administrativa e tecnológica do INPS também se revela essencial, uma vez que muitas pessoas idosas têm dificuldades em aceder aos serviços e informações, sobretudo por falta de literacia digital e financeira. Nesse sentido, é necessário promover programas de capacitação e apoio que facilitem a compreensão e o uso dos serviços disponíveis<sup>64</sup>.

Por fim, um desafio transversal às duas instituições é o fortalecimento da solidariedade intergeracional e a valorização social das pessoas idosas. Combater o isolamento, promover a participação ativa e garantir o respeito pela dignidade da pessoa idosa são objetivos fundamentais para uma sociedade mais justa, inclusiva e preparada para responder ao envelhecimento da sua população.

## 5. CONCLUSÃO

Em Cabo Verde, embora o país tenha alcançado progressos que lhe conferiram a classificação de nação de desenvolvimento médio, persistem fragilidades estruturais que colocam entre os mais vulneráveis do mundo sob os aspectos económico e social. Essa realidade impacta diretamente a capacidade de resposta diante do processo de envelhecimento populacional, sobretudo considerando a diversidade de trajetórias e formas de envelhecer.

É, portanto, fundamental compreender, que envelhecer em Cabo Verde constitui uma experiência social, cultural e singular, frequentemente marcada por perdas que se tornam ainda mais significativas quando amplificadas por barreiras económicas, físicas

e simbólicas. Diante deste cenário, o desafio que se impõe é assegurar um acompanhamento integral, contínuo, intersetorial e intergeracional ao longo de todo o ciclo de vida.

O objetivo é construir um modelo de cuidado centrado na pessoa, baseado na integração dos serviços, na partilha sistemática de informações e no respeito aos valores culturais das comunidades, iniciando-se desde os primeiros anos de vida. Além disso, o modelo deve compreender o envelhecimento como o resultado de uma interação dinâmica e contínua entre o indivíduo e o ambiente em que vive, interação essa que molda as trajetórias tanto da capacidade intrínseca quanto da capacidade funcional.

## REFERÊNCIAS

1. Fontes A, Côrte B. O que é: conceitos básicos para entender o envelhecimento. São Paulo: Portal do Envelhecimento Comunicação; 2023. p. 1-60.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations Publication; 2020.
3. Instituto Nacional de Estatística (CV). Censo 2021 [Internet]. Santiago: INE; 2021 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ine.cv/censo-2021/>
4. United Nations Economic Commission for Europe – UNECE. Policy Brief on Ageing No. 26: A snapshot of population ageing and intergenerational cohesion in Europe and North America [Internet]. Geneva: United Nations; 2021 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://unece.org/population/policy-briefs>
5. Beauvoir, S. A velhice (S. Cohn, Trad.) [Internet]. Lisboa: Difusão Cultural; 2018. (Trabalho original publicado em 1970). Available from: <https://www.scribd.com/document/779008461/a-velhice-simone-de-beauvoir>
6. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
7. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
8. Silva ET, Spencer HB, Cancer in Santiago Island, Cape Verde: data from the Hospital Agostinho Neto Cancer Registry (2017-2018). Ecan-  
cer.2019.995. DOI: [10.3332/ecancer.2019.995](https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.995)

9. Correia LS. Envelhecimento ativo e qualidade de vida: Um estudo em Cabo Verde [dissertação na Internet]]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2012 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://core.ac.uk/reader/151440450>
10. United Nations. Population. United Nations [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 31]; Global Issue. Available from: [https://www.un.org/en/global-issues/population/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.un.org/en/global-issues/population/?utm_source=chatgpt.com)
11. World Health Organization. Ageing and health. WHO [Internet]. 2025 Oct 1 [cited 2025 Oct 31]; Newsroom. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. World Health Organization. Ageing: Global population. WHO [Internet]. 2025 Feb 25 [cited 2025 Oct 31]; Questions and Answers. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9. DOI: [10.1016/j.arr.2011.03.003](https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003)
14. Huang ZT, Lai ETC, Luo Y, et al. Social determinants of intrinsic capacity: A systematic review of observational studies. *Ageing Res Rev.* 2024;95:102239. DOI: [10.1016/j.arr.2024.102239](https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102239)
15. Skýbová D, Šlachťová H, Tomášková H, Dalecká A, Maďar R. Risk of chronic diseases limiting longevity and healthy aging by lifestyle and socio-economic factors during the life-course – a narrative review. *Med Pr.* 2021;72(5):535-548. DOI: [10.13075/mp.5893.01139](https://doi.org/10.13075/mp.5893.01139)
16. Banerjee A, Modha S, Perel P. Non-communicable diseases: research priorities to mitigate impact of health system shocks. *BMJ.* 2024;387:e078531. DOI: [10.1136/bmj-2023-078531](https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078531)
17. Rocha E. A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Rev Port Cardiol.* 2017;36(4):283-5. DOI: [10.1016/j.repc.2017.02.007](https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.02.007)
18. World Health Organization. Non communicable diseases. WHO [Internet]. 2025 Sep 25 [cited 2025 Oct 31]; Newsroom. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
19. NCD Alliance. The Global Epidemic. NCD Alliance [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ncdalliance.org/the-global-epidemic>
20. Mei H, Xiao H, Shia BC, Qiao G, Li Y. Interconnections of multimorbidity-related clinical outcomes: Analysis of health administrative claims data with a dynamic network approach. *Stat Med.* 2025;44(10-12):e70125. DOI: [10.1002/sim.70125](https://doi.org/10.1002/sim.70125)
21. 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.* 2017;17(1):745. DOI: [10.1186/s12913-017-2724-z](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2724-z)



22. Eriksen CU, Kamstrup-Larsen N, Birke H, Holding SAL, Ghith N, Andersen JS, et al. Models of care for improving health-related quality of life, mental health, or mortality in persons with multimorbidity: A systematic review of randomized controlled trials. *J Multimorb Comorb*. 2022;12:26335565221134017. DOI: [10.1177/26335565221134017](https://doi.org/10.1177/26335565221134017)
23. Tran PB, Kazibwe J, Nikolaidis GF, Linnosmaa I, Rijken M, van Olmen J. Costs of multimorbidity: a systematic review and meta-analyses. *BMC Med*. 2022;20(1):234. DOI: [10.1186/s12916-022-02427-9](https://doi.org/10.1186/s12916-022-02427-9)
24. Ilesanmi OS, Owopetu O, Afolabi AA, Babale SM. Epidemiological transition in the Economic Community of West African States (ECOWAS): Evidence from the Global Burden of Disease 1990-2017. *West Afr J Med*. 2021;38(9):877-84
25. Moeteke NS. Improving healthcare systems and services in the face of population ageing: policy considerations for low- and middle-income countries. *Pan Afr Med J*. 2022;43:190. DOI: [10.11604/pamj.2022.43.190.30562](https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.190.30562)
26. Tran, M. Poorer countries must adapt to meet health needs of elderly, report says. *The Guardian*. 2012 Apr 4; Global development.
27. Institute for Health Metrics and Evaluation. Cape Verde. IHME [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/cape-verde>
28. Rodrigues F, Mascarenhas K, Rodrigues J, Coelho P. Cardiovascular Risk Profile on the Island of Santiago-Cabo Verde ([PrevCardio.CV](#) Study). *Life (Basel)*. 2024;14(8):966. DOI: [10.3390/life14080966](https://doi.org/10.3390/life14080966)
29. Instituto Nacional de Estatística (CV); Ministério da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Segundo Inquérito Nacional sobre os Fatores de Risco das Doenças Não Transmissíveis. Cabo Verde: INE; 2023.
30. Cunha L. Mortalidade materna nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) [dissertação na Internet]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2017 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/146238>
31. Cape Verde – Life expectancy at birth. [countryeconomy.com](#) [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 31]; Life expectancy at birth. Available from: <https://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/cabo-verde>
32. Our World in Data. Child mortality rate PALOP. Our World in Data [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/child-mortality?time=earliest..latest&country=AGO~CPV~GNB~MOZ~STP>

33. Organização Mundial da Saúde. Cabo Verde. OMS [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]; Regional Office for Africa. Available from: <https://www.afro.who.int/pt/countries/cabo-verde>
34. Nunes AB, Simões J. Os desafios da insularidade para os sistemas de saúde. An Inst Hig Med Trop. 2019;18:114-7. DOI: [10.25761/anaisihmt.345](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.345)
35. Beja A, Correia A, Gonçalves BS, Cardoso P, Lapão LV. Tendências e contextos de implementação de tecnologias de informação e comunicação para o reforço dos Sistemas de saúde em países de baixo e médio rendimento da CPLP: os casos de Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau. An Inst Hig Med Trop. 2019;18:52-7. DOI: [10.25761/anaisihmt.338](https://doi.org/10.25761/anaisihmt.338)
36. Ministério da Saúde (CV). Órgãos e Serviços. Ministério da Saúde [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 31]; Órgãos e Serviços. Available from: <https://minsaude.gov.cv/orgaos-e-servicos/>
37. Laice MGO. Situação e capacidades institucionais em gestão do trabalho e emprego no setor saúde: uma análise comparada (Angola, Cabo Verde e Moçambique) [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9WEJPK>
38. Silva ACB. Avaliação da satisfação dos doentes evacuados no âmbito do acordo bilateral no âmbito da saúde: Portugal e Cabo Verde [dissertação]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2019.
39. Silva AS. Transporte inter-hospitalar do doente crítico: vivências dos enfermeiros de uma ilha de Cabo Verde [dissertação]. Bragança: [s. n]; 2023.
40. World Health Organization. Ageing. WHO [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/ageing>
41. Instituto Nacional de Estatística (CV). Cabo Verde: Resultados Definitivos do Censo 2021 – Características Demográficas, Sociais e Económicas [Internet]. Santiago: INE; 2022 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ine.cv/censo-2021/>
42. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022 – Data Booklet. United Nations [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
43. World Bank Group. Cabo Verde: Overview. WBG [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 31]; Were We Work. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/caboverde/overview>
44. Instituto Nacional de Estatística (CV). Anuário Estatístico de Cabo Verde 2021 corrigido [Internet]. Santiago: INE; 2021 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ine.cv/publicacoes/anuario-estatistico-de-cabo-verde-2021/>

45. Instituto Nacional de Estatística (CV). Projeções Demográficas [Internet]. Santiago: INE; 2022 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ine.cv/projeccoes-demograficas/>
46. United Nations. World Population Prospects. Population Division Data Portal [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/132/start/1990/end/2025/table/pivotbylocation?df=3a5b6c99-8246-4a1a-9449-7e87f8ed12f8>
47. Nurse LA, McLean RF, Agard J, Briguglio LP, Duvat-Magnan V, et al. Chapter 29: Small Islands. In: Barros VR, Field CB, Dokken DJ, Mastrandrea MD, Mach KJ, Bilir TE, et al. Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part B: Regional Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, New York: Cambridge University Press; 2014. p. 1613-54.
48. Betzold C, Mohamed I. Seawalls as a response to coastal erosion and flooding: a case study from Grande Comore, Comoros (West Indian Ocean). Reg Environ Change. 2017;17:1077-87. DOI: [10.1007/s10113-016-1044-x](https://doi.org/10.1007/s10113-016-1044-x)
49. Semedo EJC. Cabo Verde no contexto de desenvolvimento sustentável: combate as mudanças climáticas através da geração de energia renováveis [dissertação na Internet]. [local desconhecido]: Universidade da integração internacional da Losofónia afro-Brasileira; 2018 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/959> (2018).
50. Baker E, Barlow CF, Daniel L, Morey C, Bentley R, Taylor MP. Mental health impacts of environmental exposures: A scoping review of evaluative instruments. Sci Total Environ. 2024;912:169063. DOI: [10.1016/j.scitotenv.2023.169063](https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.169063)
51. Hay JE, Mimura N. Vulnerability, Risk and Adaptation Assessment Methods in the Pacific Islands Region: past approaches, and considerations for the future. Sustain Sci. 2013;8:391-405. DOI: [10.1007/s11625-013-0211-y](https://doi.org/10.1007/s11625-013-0211-y)
52. World Health Organization. Cabo Verde: Health data overview for the Republic of Cabo Verde. Who [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 31]; datadot. Available from: <https://data.who.int/countries/132>
53. Pan American Health Organization; World Health Organization [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2020? [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.paho.org/en>
54. World Health Organization. Cape Verde Plano Estrategico Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saude do Idoso 2017-2021. WHO [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 31]; Country planning cycles. Available from: <https://extranet.who.int/countryplanningcycles/planning-cycle-files/cape-verde-plano-estrategico-nacional-para-o-envelhecimento-ativo-e-saude-do>

55. Ministro da Saúde e da Segurança Social (CV). Direção Nacional da Saúde. Programa da Saúde do Idoso: Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso (PE-NEASI) [Internet]. Praia: MSSS; 2017 [cited 2025 Oct 31]. Available from: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cape\\_verde/plano\\_estrategico\\_nacional\\_para\\_o\\_envelhecimento\\_ativo\\_e\\_saude\\_do\\_idoso.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/cape_verde/plano_estrategico_nacional_para_o_envelhecimento_ativo_e_saude_do_idoso.pdf)
56. Cabo Verde. Assembleia Nacional. Lei n.º 26/X/2023. Estabelece o Estatuto da Pessoa Idosa. Boletim Oficial n.º 51, I Série de 08-05-2023 [Internet]. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde; 2023 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/View/59153>
57. Cabo Verde. Assembleia Nacional. Lei Constitucional nº 1/VII/2010. Revê a Constituição da República de Cabo Verde. Boletim Oficial n.º 17, I Série de 03-05-2010 [Internet]. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde; 2010 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/View/7080>
58. Cabo Verde. Conselho de Ministros. Resolução nº 49/2011. Aprova a Carta de Política Nacional para a terceira idade. Boletim Oficial n.º 38, I Série de 28-11-2011 [Internet]. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde; 2011 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/View/14160>
59. Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº 54/2016. Estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Família e Inclusão Social. Boletim Oficial n.º 57, I Série de 10-10-2016 [Internet]. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde; 2016 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/View/30742>
60. Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 3/2025. Procede à primeira alteração à Lei n.º 38/VIII/2013, de 7 de agosto, que desenvolve o regime geral da proteção social ao Nível da rede de segurança, previsto na Lei n.º 131/V/2001, de 22 de janeiro. Boletim Oficial n.º 6, I Série de 03-02-2025 [Internet]. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde; 2011 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://boe.incv.cv/Bulletins/View?id=73659>
61. Santiago S. “O Governo disponibilizou mais recursos para o setor da saúde reforçando a sua capacidade de resposta” – Evandro Monteiro. Governo de Cabo Verde [Internet]. 2021 Dec 16 [cited 2025 Oct 31]; Notícias. Available from: <https://www.governo.cv/o-governo-disponibilizou-mais-recursos-para-o-setor-da-saude-reforcando-a-sua-capacidade-de-resposta-evandro-monteiro/>
62. Ministro da Saúde e da Segurança Social (CV). Direção Nacional da Saúde. Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN 2021–2025) [Internet]. Praia: MSSS; 2020 [cited 2025 Oct 31]. Available from: [https://extranet.who.int/ncdccs/Data/CPV\\_B16\\_s21\\_PNAN\\_2021\\_2025\\_FINAL\\_TIP\\_web.pdf](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/CPV_B16_s21_PNAN_2021_2025_FINAL_TIP_web.pdf)

63. Instituto Nacional de Seguridade Nacional (CV). Sobre nós. INPS [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://inps.cv/sobre-nos/>
64. Instituto Nacional de Estatística (CV). Boletim estatístico sobre a Proteção Social - Cabo Verde 2021 a 2023 [Internet]. Praia: INE; 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://ine.cv/publicacoes/boletim-estatistico-sobre-a-protecao-social-cabo-verde-2021-a-2023/>

---

# EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL: PERFIL DE MORBIDADE, MORTALIDADE E DESIGUALDADES

---

*Epidemiología del envejecimiento en Brasil: Perfil de morbilidad, mortalidad y desigualdades*

*Epidemiology of Aging in Brazil: Profile of Morbidity, Mortality and Inequalities*

*Épidémiologie du vieillissement au Brésil : profil de morbidité, de mortalité et d'inégalités*

**Dalia Elena Romero\***

**Aline Pinto Marques\*\***

**Leo Ramos Maia\*\*\***

**Nathalia Andrade\*\*\*\***

---

\*. Socióloga pela Universidade Católica Andrés Bello, mestre em Demografia pelo Colégio do México e doutora em Saúde Pública pela Fiocruz. É pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Lis/Icict). E-mail: [dalia.fiocruz@gmail.com](mailto:dalia.fiocruz@gmail.com). Endereço para correspondência Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS). Prédio Sede Campus Maré. Av Brasil, 4.036, sala 404. Manguinhos. Rio de Janeiro, Brasil. Telefone: 21 3882.9037

\*\*.. Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

\*\*\*. Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestre em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutorando em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

\*\*\*\*. Cientista Social formada Cum Laude pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com mestrado e doutorado em Informação e Comunicação em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (PPGICS/ICICT/FIOCRUZ).

## Resumo

O envelhecimento populacional impõe desafios significativos à sociedade. A maior prevalência de doenças degenerativas e incapacitantes na população idosa gera uma demanda crescente de despesas com a saúde pública, ao mesmo tempo em que a diminuição da proporção da população economicamente ativa reduz a capacidade de arrecadação do Estado. O Brasil vivencia uma transição caracterizada pela sobreposição de doenças infectoparasitárias e crônico-degenerativas, pelo ressurgimento de enfermidades como malária, cólera e dengue e por um processo prolongado, sem perspectiva clara de resolução, agravado pela ampliação das desigualdades internas. A análise das causas de mortalidade evidencia diferenças marcantes entre a população idosa e não idosa. Entre as pessoas idosas, as doenças não transmissíveis predominam, especialmente as do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias, que somam a maior parte das mortes. A expectativa de vida no Brasil tem mostrado uma tendência constante de crescimento, típica da transição epidemiológica do país. A expectativa de vida e a longevidade no Brasil não são uniformes, variando de forma acentuada não apenas entre homens e mulheres, mas também entre os diferentes grupos raciais, o que evidencia profundas iniquidades sociais. Os dados mostram uma desvantagem marcante para as populações negra (pretos e pardos) e, de forma ainda mais grave, para a população indígena, em comparação aos grupos branco e amarelo. Os avanços em longevidade no Brasil não se distribuem de forma equitativa entre os diferentes grupos raciais, refletindo desigualdades estruturais persistentes. Apesar da redução das taxas de óbitos evitáveis e da queda nas ICSAP, os indicadores mostram que grande parte das mortes e hospitalizações poderia ser evitada por meio de políticas e serviços de saúde mais resolutivos e integrados. O fortalecimento da atenção primária, a ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços são fundamentais para promover um envelhecimento saudável e ativo.

**Palavras chave:** Demografia e epidemiologia do envelhecimento, doenças crônicas não transmissíveis, longevidade, óbitos evitáveis

## Resumen

El envejecimiento poblacional plantea importantes desafíos a la sociedad. La mayor prevalencia de enfermedades degenerativas e incapacitantes en la población anciana genera una creciente demanda de gasto público en salud, mientras que la disminución de la proporción de la población económicamente activa reduce la capacidad del Estado para recaudar fondos. Brasil atraviesa una transición caracterizada por la superposición de enfermedades infecciosas y parasitarias con enfermedades crónico-degenerativas,

el resurgimiento de enfermedades como la malaria, el cólera y el dengue, y un proceso prolongado sin una clara perspectiva de resolución, agravado por la profundización de las desigualdades internas. El análisis de las causas de mortalidad revela marcadas diferencias entre la población anciana y la no anciana. Entre los ancianos, predominan las enfermedades no transmisibles, especialmente las del sistema circulatorio, las neoplasias y las enfermedades respiratorias, que representan la mayoría de las muertes. La esperanza de vida en Brasil ha mostrado una tendencia ascendente constante, característica de la transición epidemiológica del país. La esperanza de vida y la longevidad en Brasil no son uniformes, presentando marcadas variaciones no solo entre hombres y mujeres, sino también entre diferentes grupos raciales, lo que pone de manifiesto profundas desigualdades sociales. Los datos muestran una marcada desventaja para la población negra (negra y mestiza) y, aún más grave, para la población indígena, en comparación con los grupos blancos y asiáticos. Los avances en longevidad en Brasil no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos raciales, lo que refleja la persistencia de desigualdades estructurales. A pesar de la reducción de las tasas de mortalidad evitable y la disminución de las SCA (Infecciones Asociadas a la Atención Ambulatoria), los indicadores muestran que una gran proporción de muertes y hospitalizaciones podría evitarse mediante políticas y servicios de salud más eficaces e integrados. Fortalecer la atención primaria y ampliar la cobertura y la calidad de los servicios son fundamentales para promover un envejecimiento saludable y activo.

**Palabras clave:** Demografía y epidemiología del envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles, longevidad, muertes evitables

## Abstract

Population aging poses significant challenges to society. The higher prevalence of degenerative and disabling diseases in the elderly population generates a growing demand for public health expenditures, while the decrease in the proportion of the economically active population reduces the State's revenue-raising capacity. Brazil is experiencing a transition characterized by the overlap of infectious and parasitic diseases and chronic-degenerative diseases, the resurgence of illnesses such as malaria, cholera, and dengue fever, and a prolonged process without a clear prospect of resolution, aggravated by the widening of internal inequalities. The analysis of the causes of mortality reveals marked differences between the elderly and non-elderly populations. Among the elderly, non-communicable diseases predominate, especially those of the circulatory system, neoplasms, and respiratory diseases, which account for the majority of deaths. Life expectancy in Brazil has shown a constant upward trend, typical of the country's epidemiological transition. Life



expectancy and longevity in Brazil are not uniform, varying sharply not only between men and women, but also between different racial groups, highlighting profound social inequalities. Data show a marked disadvantage for Black (Black and mixed-race) populations and, even more severely, for the Indigenous population, compared to White and Asian groups. Advances in longevity in Brazil are not distributed equitably among different racial groups, reflecting persistent structural inequalities. Despite the reduction in avoidable death rates and the decrease in ACS (Ambulatory Care-Associated Infections), indicators show that a large proportion of deaths and hospitalizations could be avoided through more effective and integrated health policies and services. Strengthening primary care and expanding coverage and quality of services are fundamental to promoting healthy and active aging.

**Keywords:** Demography and epidemiology of aging, non-communicable chronic diseases, longevity, avoidable deaths

## Résumé

Le vieillissement de la population pose des défis majeurs à la société. La prévalence accrue des maladies dégénératives et invalidantes chez les personnes âgées engendre une demande croissante de dépenses de santé publique, tandis que la diminution de la part de la population active réduit la capacité de l'État à collecter des recettes. Le Brésil traverse une transition caractérisée par la superposition des maladies infectieuses et parasitaires et des maladies chroniques dégénératives, la résurgence de maladies telles que le paludisme, le choléra et la dengue, et un processus prolongé sans perspective claire de résolution, aggravé par le creusement des inégalités internes. L'analyse des causes de mortalité révèle des différences marquées entre les personnes âgées et les autres populations. Chez les personnes âgées, les maladies non transmissibles prédominent, notamment celles du système circulatoire, les néoplasies et les maladies respiratoires, qui représentent la majorité des décès. L'espérance de vie au Brésil affiche une tendance à la hausse constante, caractéristique de la transition épidémiologique du pays. L'espérance de vie et la longévité au Brésil sont très inégales et varient considérablement non seulement entre les hommes et les femmes, mais aussi entre les différents groupes raciaux, révélant de profondes inégalités sociales. Les données montrent un net désavantage pour les populations noires (noires et métisses) et, plus encore, pour les populations autochtones, comparativement aux populations blanches et asiatiques. Les progrès en matière de longévité au Brésil ne sont pas répartis équitablement entre les différents groupes raciaux, témoignant de la persistance d'inégalités structurelles. Malgré la réduction des taux de mortalité évitable et la diminution des infections nosocomiales, les indicateurs montrent qu'une grande partie des décès et des hospitalisations pourraient être évités

grâce à des politiques et des services de santé plus efficaces et intégrés. Le renforcement des soins primaires et l'amélioration de la couverture et de la qualité des services sont essentiels pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé.

**Mots-clés:** Démographie et épidémiologie du vieillissement, maladies chroniques non transmissibles, longévité, décès évitables

## 1. INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, a humanidade vivia majoritariamente em extrema pobreza, com conhecimento médico restrito e uma expectativa de vida global de menos 30 anos. Essas condições precárias, que pareciam uma característica permanente das populações após séculos de poucas mudanças significativas, foram profundamente transformadas a partir do século XX. O avanço científico, socioeconômico e tecnológico, aliado a revoluções e reformas sociais, permitiu que a expectativa de vida média mais que dobrasse, alcançando 66 anos ao final do século<sup>1</sup>.

Apesar dos avanços, é fundamental destacar o contexto de profunda desigualdade em que ocorreram e que ainda persiste no primeiro quarto do século XXI. Em 2019, a expectativa de vida ao nascer no continente africano era de 64 anos<sup>\*\*\*\*</sup>, nível 20 anos menor do que o encontrado no Japão. Em 1954, o Japão já registrava expectativa de vida ao nascer superior, de 65 anos<sup>\*\*\*\*\*</sup>. Ou seja, em 2019, a expectativa de vida da África ainda não tinha alcançado o patamar do Japão de 65 anos atrás, mesmo com os incontáveis avanços tecnológicos, médicos e científicos decorridos nesse período.

A epidemiologia, ciência dedicada ao estudo da distribuição de doenças e agravos na população, identifica a queda da mortalidade — especialmente infantil e por causas infectocontagiosas — como um fator central para o aumento da expectativa de vida ao longo do século XX<sup>2</sup>. Entre os determinantes desse fenômeno, estão a redução da pobreza e os avanços médicos, tecnológicos e em saúde pública, que possibilitaram a prevenção, o tratamento e o controle eficaz dessas doenças.

Um dos resultados dessa tendência global é o envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Esse fenômeno é particularmente intenso em contextos que combinam maior expectativa de vida com queda expressiva da fecundidade.

---

\*\*\*\*. Dados obtidos no *Global Health Observatory* (WHO). Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)).

\*\*\*\*\*. Dados obtidos na *Human Mortality Database*. Disponível em: <https://www.mortality.org/>

O envelhecimento populacional impõe desafios significativos à sociedade. A maior prevalência de doenças degenerativas e incapacitantes na população idosa gera uma demanda crescente de despesas com a saúde pública, ao mesmo tempo em que a diminuição da proporção da população economicamente ativa reduz a capacidade de arrecadação do Estado. Esse último fator, inclusive, traz consequências para a segurança social, afetando desde o mundo do trabalho, até a Assistência e Previdência Social.

Para além desses aspectos, o envelhecimento populacional também tem se dado em meio a desafios de ordem cultural e simbólica. Observa-se, nas sociedades contemporâneas, a consolidação de uma perspectiva que desvaloriza, estigmatiza e invisibiliza a população idosa, especialmente em contextos que privilegiam a produtividade econômica como principal critério de valor social. Seu resultado impacta grande parte das relações sociais e institucionais, manifestando-se como o idadismo estrutural<sup>3</sup>.

É errôneo, contudo, que o número e a tendência de crescimento de pessoas idosas sejam o único critério para compreender o envelhecimento. A leitura do envelhecimento como tragédia reforça o idadismo e deve ser evitada. Novos paradigmas vêm sendo promovidos, inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao final da década de 1990, destacou-se o conceito de envelhecimento ativo, definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”<sup>4(p. 7)</sup>. Mais recentemente, em 2020, a OMS lançou o plano “A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030”, visando melhorar a vida de pessoas idosas, suas famílias e comunidades.

Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) destacou a urgência do plano diante do acelerado envelhecimento populacional em contextos socioeconômicos fragilizados. Em grande parte da região, observa-se, entre pessoas idosas, dificuldades de acesso a recursos básicos necessários para uma vida digna<sup>5</sup>.

Nesse contexto regional, o Brasil apresenta um cenário particularmente desafiador. Neste capítulo, discutiremos aspectos-chave das condições de saúde da população idosa brasileira, à luz da epidemiologia do envelhecimento.

## 2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO

Desde a década de 1970, a teoria da transição epidemiológica busca explicar as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade das populações. Omran<sup>2</sup>, que formulou esse conceito, descreve a transição como a passagem gradual de um cenário de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro em que predominam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras enfermidades crônico-degenerativas.

Segundo esse modelo teórico<sup>2</sup>, as mudanças no perfil de morbimortalidade das populações resultam da interação de determinantes:

- ecobiológicos: equilíbrio entre agentes, ambiente e resistência do hospedeiro;
- socioeconômicos, políticos e culturais: melhorias em condições de vida, hábitos, higiene e nutrição;
- médicos e de saúde pública: saneamento, imunização e terapias.

A importância de cada determinante varia conforme o contexto histórico e demográfico. Omran<sup>2</sup> destaca que, no século XIX, a redução da mortalidade por doenças infecciosas nos países ocidentais foi impulsionada, sobretudo, por fatores ecobiológicos e socioeconômicos, enquanto, nos países em desenvolvimento, tecnologias médicas e programas de saúde pública têm exercido papel predominante nesse processo.

No Brasil, a aplicação desse modelo para compreender as mudanças epidemiológicas tem sido feita de forma crítica. Ao analisar o perfil epidemiológico nacional, Luna<sup>6</sup> propôs que o país vivencia uma transição caracterizada pela sobreposição de doenças infectoparasitárias e crônico-degenerativas, pelo ressurgimento de enfermidades como malária, cólera e dengue e por um processo prolongado, sem perspectiva clara de resolução, agravado pela ampliação das desigualdades internas.

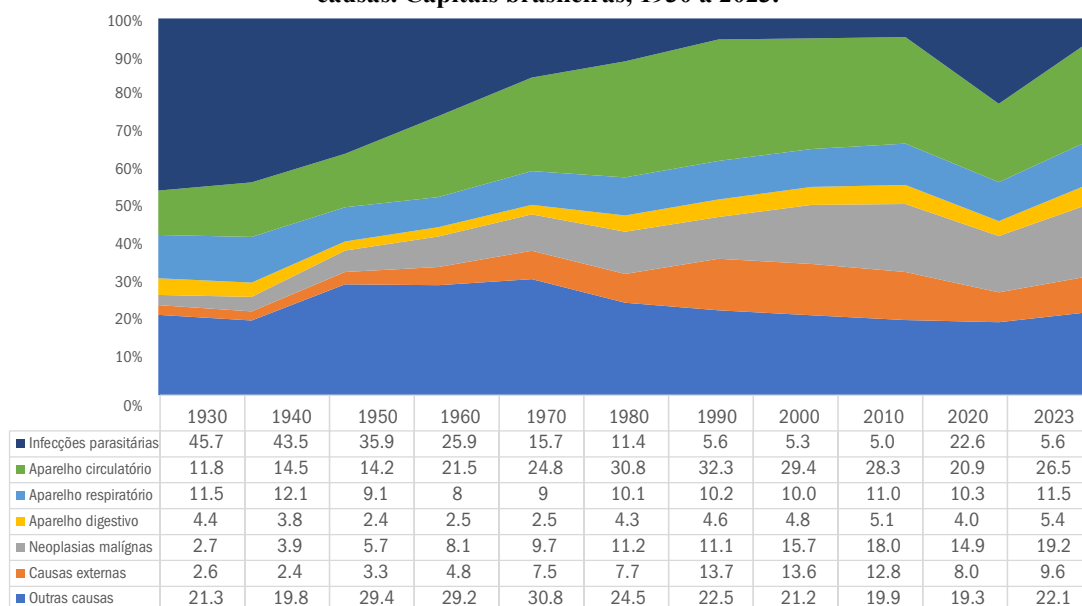
Em consonância com uma crítica central de Luna<sup>6</sup>, a pandemia da covid-19 expôs fragilidades da teoria da transição epidemiológica. Contrariando a expectativa de que o desenvolvimento socioeconômico moderno eliminaria as doenças contagiosas, evidenciou-se que ele pode, ao contrário, favorecer o surgimento de novas enfermidades. A crise ecológica, que amplia o risco de novas pandemias, e a globalização, que coletiviza os riscos e contribui para a disseminação de doenças em velocidades inéditas<sup>7</sup>, ilustram de forma contundente a pertinência da crítica proposta.

Além disso, uma particularidade da pandemia da covid-19 põe em xeque outro pressuposto do paradigma epidemiológico vigente: o envelhecimento populacional. Ao contrário de pandemias anteriores, que afetavam com maior intensidade crianças e adultos, a covid-19 apresentou letalidade mais elevada entre pessoas idosas. Entre 2020 e 2021, mais de 80% das mortes globais atribuídas à doença ocorreram em indivíduos com 60 anos ou mais<sup>8</sup>. Esse padrão de mortalidade provocou, em diversos países (inclusive no Brasil), um rejuvenescimento da pirâmide etária, evidenciando que o envelhecimento populacional não é um processo inevitável e pode ser revertido.

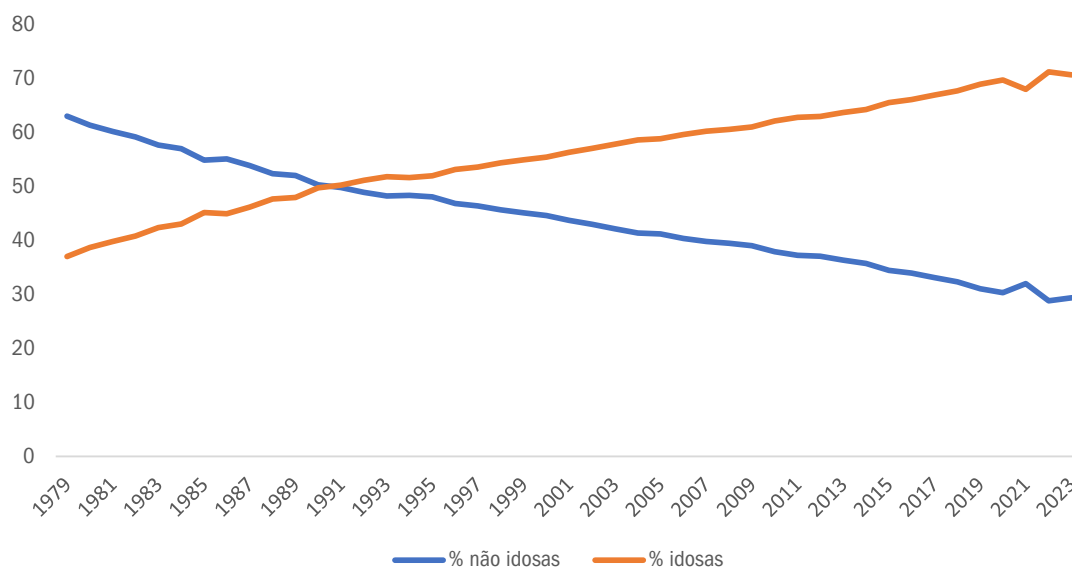
O Gráfico 1 dá luz as questões discutidas e evidencia, simultaneamente, fortalezas e limitações da aplicação da teoria da transição epidemiológica no Brasil. Ao apresentar a distribuição percentual das causas de mortalidade nas capitais brasileiras, verifica-se que, em 1930, quase metade dos óbitos decorria de doenças infecciosas e parasitárias.

A partir do ano 2000, esse percentual caiu para cerca de 5%. Contudo, em 2020, em decorrência da pandemia da covid-19, esse percentual saltou para 22,6%, retornando ao patamar de 5% em 2023. Conforme previsto pela teoria de Omran<sup>2</sup>, a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas foi acompanhada, ao longo das décadas, pelo aumento relativo de mortes por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Assim, embora a transição epidemiológica brasileira siga um percurso particular e distinto<sup>6</sup>, em longo prazo, as proposições centrais da teoria se mostram pertinentes no país, ao menos no que se refere às mudanças no perfil das causas de morte.

**Gráfico 1. Distribuição percentual da mortalidade geral na população brasileira por grupo de causas. Capitais brasileiras, 1930 a 2023.**



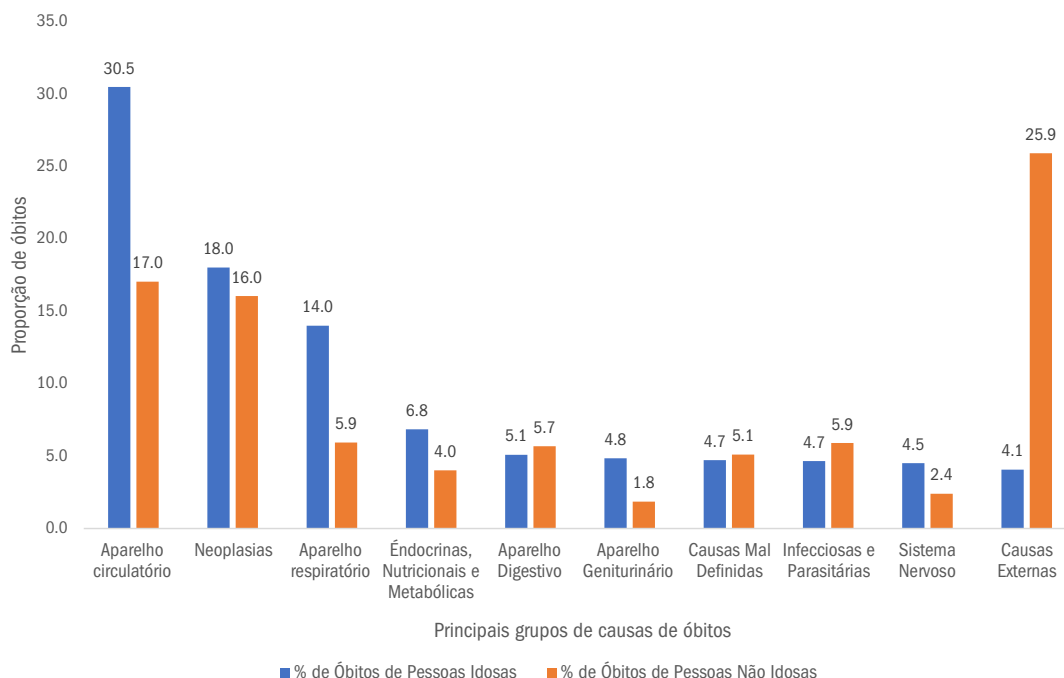
A transformação no perfil das causas de morte vem acompanhada de alterações na estrutura etária dos óbitos, como mostra o Gráfico 2. Em 1979, a maioria das mortes (63%) ocorria entre pessoas com menos de 60 anos. A partir de 1992, essa relação se inverteu, e, em 2023, cerca de 7 de cada 10 óbitos ocorriam em pessoas idosas.

**Gráfico 2. Percentual de óbitos de pessoas idosas e não idosas. Brasil, 1979 a 2023.**

### 3. MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA: CAUSAS DE ÓBITO E INDICADORES DE SOBREVIVÊNCIA

A análise das causas de mortalidade evidencia diferenças marcantes entre a população idosa e não idosa. Entre as pessoas idosas, as doenças não transmissíveis predominam, especialmente as do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias, que somam a maior parte das mortes. As circulatórias respondem por 30,5% dos óbitos, quase o dobro do registrado entre pessoas não idosas (17%), enquanto as respiratórias chegam a 14%, contra 5,9% no grupo de menor idade. Em sentido oposto, as causas externas têm peso muito menor na população idosa (4,1%) do que na não idosa (25,9%). As doenças infecciosas e parasitárias também são menos frequentes entre as pessoas idosas (4,7% contra 5,9%). Outras diferenças incluem maior proporção de mortes por neoplasias (18% contra 16,0%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,8% contra 4%) e doenças do sistema nervoso (4,5% contra 2,4%) na população idosa.

**Gráfico 3. Percentual do grupo de causas mais frequentes de óbitos de pessoas idosas e não idosas. Brasil, 2023.**



Além de identificar as causas de morte, é fundamental analisar a mortalidade sob a ótica da evitabilidade, ou seja, dos óbitos que poderiam ser prevenidos por ações eficazes de saúde pública e por um sistema acessível e de qualidade. Entre a população idosa, essa perspectiva revela tanto lacunas na assistência quanto oportunidades de aprimorar políticas e estratégias de promoção, prevenção e cuidado contínuo.

Entre 2013 e 2023, a categoria “Atenção Médica”, que reúne mortes por condições tratáveis ou controláveis com acesso adequado, manteve-se como a principal entre as evitáveis, passando de 48% para 44,8%. Apesar da queda, o dado indica persistência de barreiras de acesso e qualidade, sobretudo em doenças crônicas que exigem acompanhamento. A categoria “Medidas Mistas” também se destaca, evidenciando que muitas mortes poderiam ser evitadas por ações combinadas de prevenção e tratamento, reforçando a importância de políticas integradas e intersetoriais.

No total, a taxa de óbitos evitáveis por 100 mil pessoas idosas caiu de 1.204,5 para 1.072,4 no período, sinalizando melhora, ainda que modesta, diante do rápido envelhecimento populacional e das desigualdades de acesso. O cenário reforça a necessidade de fortalecer a atenção primária, ampliar a resolutividade da rede e garantir continuidade do cuidado para reduzir mortes preveníveis.

**Tabela 1.** Óbitos evitáveis na população idosa. Brasil, 2013 e 2023

Óbitos Evitáveis por	Proporção		Taxas	
	2013	2023	2013	2023
Saneamento Ambiental	0,8	0,5	15,1	9,3
Prevenção Primária	0,4	0,5	7,6	7,9
Medidas Mistas	15,8	16,8	293	287,7
Atenção Médica	48,0	44,8	888,8	767,5
Total de Óbitos Evitáveis	65,0	62,6	1204,5	1072,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A pandemia da covid-19 teve um impacto importante na longevidade dos brasileiros, provocando uma queda na expectativa de vida ao nascer em 2020. Depois de chegar a 76,2 anos em 2019, esse indicador caiu para 74,8 anos em 2020. Essa redução afetou tanto homens quanto mulheres, e a recuperação gradual, que levou a expectativa para 76,4 anos em 2023, reflete a diminuição do excesso de mortes causado pela pandemia.

Quando olhamos para o longo prazo, a expectativa de vida no Brasil tem mostrado uma tendência constante de crescimento, típica da transição epidemiológica do país. Entre 2000 e 2023, a expectativa ao nascer aumentou mais de 5 anos, passando de 71,1 para 76,4 anos. No entanto, essa longevidade não é igual para homens e mulheres. As mulheres vivem mais, mantendo uma diferença significativa: em 2023, a expectativa de vida ao nascer para elas era de 79,7 anos, enquanto para os homens era de 73,1 anos, uma diferença de 6,6 anos. Embora o ganho, desde 2000, tenha sido maior entre os homens (5,8 anos contra 4,6 anos das mulheres), essa diferença ainda permanece alta.

A expectativa de vida a partir dos 60 anos mostra um padrão diferente. A vantagem feminina nesse grupo se aprofundou: em 2000, mulheres com 60 anos esperavam viver 3,3 anos a mais que homens da mesma idade, e em 2023, essa diferença aumentou para 3,7 anos, com 24,0 anos para mulheres e 20,7 para homens.

**Tabela 2.** Expectativa de vida e expectativa de vida aos 60 anos, segundo sexo e total.

Brasil, 2000 a 2023

Grupo / Indicador	2000	2010	2019	2020	2023
<b>Total</b>					
Expectativa de vida ao nascer	71,1	74,4	76,2	74,8	76,4



**Tabela 2.** Expectativa de vida e expectativa de vida aos 60 anos, segundo sexo e total.  
Brasil, 2000 a 2023

Grupo / Indicador	2000	2010	2019	2020	2023
Expectativa de vida aos 60 anos	20,1	21,4	22,3	21,2	22,5
<b>Mulheres</b>					
Expectativa de vida ao nascer	75,1	78,1	79,6	78,5	79,7
Expectativa de vida aos 60 anos	21,7	23,1	23,9	23,2	24,0
<b>Homens</b>					
Expectativa de vida ao nascer	67,3	70,7	72,8	71,2	73,1
Expectativa de vida aos 60 anos	18,4	19,6	20,4	19,2	20,7

Fonte: Tábuas completas de mortalidade dos anos correspondentes, IBGE. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2023.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2023.pdf). Acesso em: 12 ago 2025.

A expectativa de vida e a longevidade no Brasil não são uniformes, variando de forma acentuada não apenas entre homens e mulheres, mas também entre os diferentes grupos raciais, o que evidencia profundas iniquidades sociais. A Tabela 3 ilustra essa disparidade ao apresentar a idade média à morte por raça/cor em 2023.

Os dados mostram uma desvantagem marcante para as populações negra (pretos e pardos) e, de forma ainda mais grave, para a população indígena, em comparação aos grupos branco e amarelo. Enquanto a população amarela apresenta a maior idade média à morte (75,8 anos) e a branca atinge 71,7 anos, pardos e pretos morrem, em média, com 63,7 e 65,7 anos respectivamente. Isso significa que pessoas pretas vivem, em média, 6 anos a menos que pessoas brancas e mais de 10 anos a menos que pessoas amarelas.

O quadro é ainda mais alarmante para os povos indígenas, cuja idade média à morte é de apenas 55,3 anos, cerca de 20 anos a menos que a de brancos e amarelos, revelando uma exclusão histórica e sistemática do direito de envelhecer.

A análise do Desvio-Padrão (DP) reforça essas desigualdades. Brancos e amarelos apresentam menor DP (17,7 e 16,3 respectivamente), indicando concentração das mortes em idades mais avançadas. Já indígenas (27,9) e pardos (20,6) têm maior dispersão, com significativa ocorrência de óbitos precoces.

Em síntese, os avanços em longevidade no Brasil não se distribuem de forma equitativa entre os diferentes grupos raciais, refletindo desigualdades estruturais persistentes.

**Tabela 3.** Idade Média à Morte e Desvio-Padrão segundo raça/cor Brasil, 2023

<b>Raça/Cor</b>	<b>N</b>	<b>Idade média à morte</b>	<b>DP</b>
Branca	737590	71,7	17,7
Parda	561438	63,7	20,6
Preta	129047	65,7	18,6
Amarela	9053	75,8	16,3
Indígena	5398	55,3	27,9
Ignorada	23084	68,3	19,6

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

#### 4. PERFIL DE MORBIDADE DE PESSOAS IDOSAS

A morbidade refere-se à ocorrência de doenças, agravos à saúde ou condições que comprometem o bem-estar físico e mental de indivíduos ou populações. O perfil de morbidade pode ser descrito, principalmente, a partir de duas medidas amplamente utilizadas: a prevalência de doenças e as internações hospitalar. A análise desse padrão constitui uma estratégia essencial para orientar a organização dos serviços de saúde e subsidiar a formulação de políticas públicas eficazes.

O perfil de morbidades das pessoas idosas brasileiras é marcado por uma alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostram que a prevalência de DCNT entre pessoas idosas no Brasil é elevada, atingindo 78% no grupo de 60 a 74 anos e 84% entre aqueles com 75 anos ou mais (Tabela 4).

**Tabela 4.** Prevalência de autodeclaração de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas segundo faixa etária. Brasil, 2019

	<b>60 a 74 anos</b>	<b>75 anos ou mais</b>
	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Pelo menos uma DCNT	78,0% (77,0-79,1)	84,0% (82,5-85,4)
Hipertensão	49,3 % (47,2-51,3)	55,0% (51,8-58,2)
Problema crônico de coluna	31,3 % (30,1-32,6)	30,3% (28,3-32,4)
Diabetes mellitus	19,9% (18,9-20,9)	21,1% (19,4-22,9)
Artrite ou reumatismo	17,6% (16,6-18,7)	19,7% (18-21,6)
Alguma doença do coração	11,7% (10,9-12,6)	17,4% (15,9-19,0)

Tabela 4. Prevalência de autodeclaração de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas segundo faixa etária. Brasil, 2019

	<b>60 a 74 anos</b>	<b>75 anos ou mais</b>
	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Depressão	10,3% (9,2-11,6)	6,9% (5,5-8,8)
Câncer	6,1% (5,4-6,8)	8,9% (7,8-10,10)
Asma	4,5% (4,0-5,0)	4,7% (3,7-6,0)
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	4,3% (3,8-4,8)	9,5% (8,3-10,9)
Alguma doença do pulmão	2,4% (2,0-3,0)	4,2% (2,5-5,2)
Insuficiência renal	2,4% (2,0-2,8)	3,1% (2,5-3,9)

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde.

As doenças cardiovasculares se destacam, a hipertensão arterial é a DCNT com maior prevalência entre as pessoas idosas, continência de aumento com a idade (49,3% de 60 a 74 anos e 55% de 75 anos ou mais), as doenças do coração apresentam aumento expressivo com a idade (11,7% de 60 a 74 anos, 17,4% de 75 anos ou mais), assim como o AVC mais prevalentes nas faixas etárias mais avançadas (4,3% para 9,5%). Outras condições, como diabetes, artrite/reumatismo, câncer, doença pulmonar crônica e insuficiência renal, também se tornam mais frequentes com o aumento da idade. Por outro lado, a autodeclaração de depressão é menor entre os mais velhos (6,9% contra 10,3%), o que pode estar associado a subdiagnóstico, viés de sobrevivência ou diferenças geracionais na percepção e relato dos sintomas<sup>9,10</sup> (Tabela 4).

Os dados do Censo 2022 mostram que a proporção de pessoas idosas com algum tipo de deficiência cresce progressivamente com a idade, sendo mais elevada entre mulheres em todas as faixas etárias (Tabela 5). Entre 70 anos ou mais, 29,5% das mulheres e 24,9% dos homens relataram alguma deficiência, reforçando a relação entre envelhecimento, desigualdades de gênero e maior vulnerabilidade funcional<sup>11</sup>.

Tabela 5. Proporção de pessoas idosas com alguma deficiência. Brasil, 2022

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
60 a 64 anos	12	14,5	13,3
65 a 69 anos	14,2	17,2	15,8
70 anos ou mais	24,9	29,5	27,5

Fonte: IBGE - Censo Demográfico.

Em 2024, no que se refere à morbidade hospitalar de pessoas idosas, as principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório (19,6%), do aparelho respiratório (12,3%) e as neoplasias (12,1%). Em seguida, destacaram-se as doenças do aparelho digestivo (11,2%), geniturinário (9,2%) e as causas externas (9,0%). As maiores taxas por 100 mil habitantes foram registradas para doenças circulatórias (3.621), respiratórias (2.275) e neoplasias (2.231), com predominância de índices mais elevados entre os homens na maioria das causas (Tabela 6). A participação significativa das causas externas, especialmente quedas, reforça a importância de estratégias preventivas e de reabilitação; assim como as causas de internações por doenças respiratórias muito associada a pneumonias e gripes, eventos possíveis de serem evitáveis com efetiva intervenção dos serviços de saúde<sup>12,13</sup>.

Tabela 6. Proporção e taxa de internações de pessoas idosas segundo grupos de causa.

Brasil, 2024

Capítulo CID-10	%			taxa (\100mil hab.)		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	20,52	18,60	19,57	4361,0	3036,5	3620,7
X. Doenças do aparelho respiratório	11,71	12,90	12,30	2489,3	2105,6	2274,9
II. Neoplasias (tumores)	12,22	11,90	12,06	2596,4	1942,7	2231,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	12,15	10,26	11,22	2581,4	1676,0	2075,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9,40	8,99	9,20	1998,3	1467,1	1701,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8,23	9,87	9,04	1749,5	1611,9	1672,6
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,09	8,17	8,13	1718,3	1333,3	1503,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,82	2,86	2,84	598,2	466,9	524,8

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

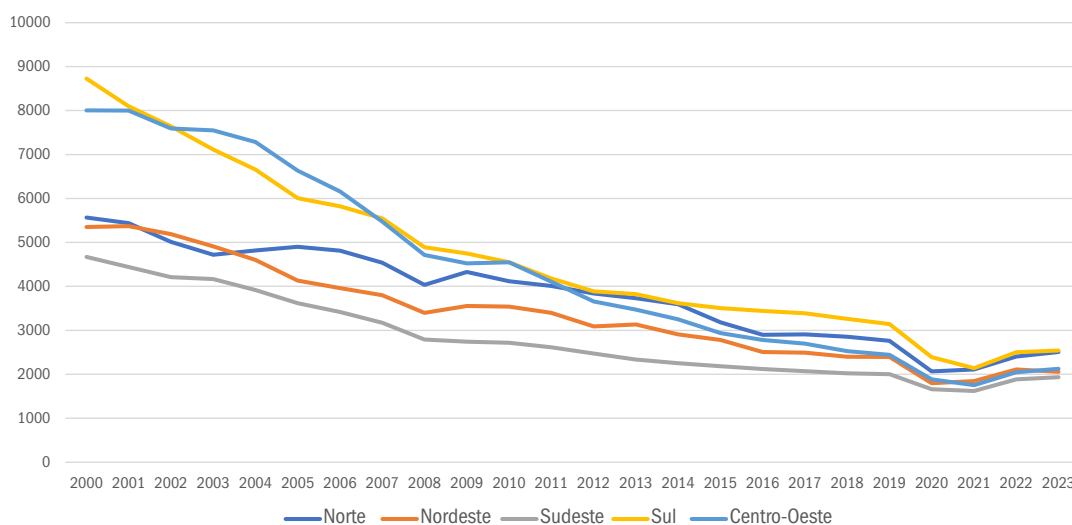
Um aspecto relevante do perfil de morbidade hospitalar entre as pessoas idosas brasileiras é que grande parte das internações decorre de condições sensíveis à atenção primária à saúde – como complicações cardiovasculares, diabetes e agravos respiratórios –, o que indica que muitas dessas ocorrências poderiam ser prevenidas ou controladas por meio de ações efetivas de promoção da saúde, prevenção e manejo clínico adequado.

O Gráfico 4 apresenta a tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) entre 2000 e 2023 nas cinco regiões brasileiras. Observa-se que, no início da série histórica, existiam disparidades significativas

nas taxas de ICSAP entre as regiões, as quais foram se reduzindo ao longo dos anos, atingindo níveis semelhantes a partir de 2020. Isso pode refletir o impacto da expansão da atenção primária em todo o país, especialmente com a implementação da Estratégia Saúde da Família<sup>14</sup>.

Apesar da acentuada redução nas taxas de ICSAP durante o período analisado, os níveis ainda permanecem elevados, representando uma importante oportunidade de intervenção dos serviços de saúde para reduzir o risco de hospitalização entre pessoas idosas. Afinal, a hospitalização dessas pessoas implica um risco elevado de perda capacidade funcional nessa população<sup>15,16</sup>

**Gráfico 4. Taxa de internação de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária. Regiões, 2000 a 2023**



Esses achados convergem com estudos recentes que identificam a multimorbidade, especialmente o acúmulo de DCNT, como uma característica marcante do envelhecimento no Brasil, associada a fatores como o aumento da população em idades mais avançadas, as desigualdades socioeconômicas e os hábitos ao longo de vida<sup>17</sup>. A predominância das doenças cardiovasculares nas internações acompanha a tendência mundial — especialmente em países mais envelhecidos — e mantém-se coerente com perfil de morbimortalidade de pessoas idosas no país<sup>18</sup>. Já a elevada frequência de doenças respiratórias, associada ao impacto de agentes sazonais como o vírus influenza, evidencia a importância de ações efetivas de prevenção e manejo clínico qualificado<sup>19</sup>.

A expressiva participação das condições sensíveis à atenção primária nas hospitalizações reforça o potencial de redução dessas ocorrências por meio do fortalecimento da atenção básica, da coordenação do cuidado de saúde da pessoa idosa e da implementação de estratégias voltadas à prevenção e ao manejo integrado das DCNT<sup>20</sup>. Esse cenário evidencia a urgência de políticas públicas integradas e do fortalecimento da rede de atenção, com enfoque no cuidado longitudinal, no controle das doenças crônicas e na prevenção de incapacidades, visando promover um envelhecimento mais saudável, ativo e com melhor qualidade de vida.

## 5. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional no Brasil reflete um processo marcado por avanços significativos na expectativa de vida, bem como por profundas desigualdades. A análise epidemiológica evidencia a transição no perfil de morbimortalidade, com predominância das DCNT entre pessoas idosas, especialmente as cardiovasculares, neoplasias e respiratórias. Observam-se diferenças marcantes segundo sexo e raça/cor, com desvantagens acentuadas para populações negras, pardas e, de forma mais crítica, indígenas, revelando iniquidades estruturais persistentes.

Apesar da redução das taxas de óbitos evitáveis e da queda nas ICSAP, os indicadores mostram que grande parte das mortes e hospitalizações poderia ser evitada por meio de políticas e serviços de saúde mais resolutivas e integrados. O fortalecimento da atenção primária, a ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços são fundamentais para promover um envelhecimento saudável e ativo. Assim, para que o aumento da longevidade se traduza em melhor qualidade de vida, é imprescindível enfrentar as desigualdades, garantir equidade no acesso aos recursos de saúde e adotar estratégias que valorizem a pessoa idosa, combatendo o idadismo e assegurando dignidade em todas as etapas do envelhecimento.

## Referências

1. Riley JC. Estimates of Regional and Global Life Expectancy, 1800–2001. *Popul Dev Rev.* 2005;31(3):537–43, 2005. DOI: [10.1111/j.1728-4457.2005.00083.x](https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2005.00083.x).
2. Omran AR. The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49:509-38.
3. Romero D, Maia L, Castanheira D. Desigualdade em saúde no século XXI: Conceitos, evidências

e políticas públicas. In: Mattos FAM, Hallak Neto J, Silveira FG, organizadores. Desigualdades: visões do Brasil e do mundo. São Paulo: Hucitec; 2022. p. xx-xx.

4. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [cited 2025 Oct 26]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Início da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) nas Américas [Internet]. YouTube: Web Conferência: Paho TV, 2021 out 4 [cited 2025 Oct 26]. Video: 69 min. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=VwkRk1N2AAg>

6. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(3):229-43. DOI: [10.1590/S1415-790X2002000300003](https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300003)

7. Blum B, Neumärker BKJ. Lessons from Globalization and the COVID-19 Pandemic for Economic, Environmental and Social Policy. World. 2021;2(2):308-33. DOI: [10.3390/world2020020](https://doi.org/10.3390/world2020020)

8. Harris E. Most COVID-19 Deaths Worldwide Were Among Older People. JAMA. 2023;329(9):704. DOI: [10.1001/jama.2023.1554](https://doi.org/10.1001/jama.2023.1554)

9. Melo APS, Bonadiman CSC, Andrade FM, Pinheiro PC, Malta DC. Rastreamento de sintomas depressivos em um estudo de base populacional: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Ciênc Saúde Coletiva. 2023;28(4):1163-74. DOI: [10.1590/1413-81232023284.14912022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14912022)

10. Yang FM, Tommet D, Jones RN. Disparities in self-reported geriatric depressive symptoms due to sociodemographic differences: an extension of the bi-factor item response theory model for use in differential item functioning. J Psychiatr Res. 2009;43(12):1025-35. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2008.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.12.007)

11. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):545-59. DOI: [10.1590/1809-98232016019.150086](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086)

12. Araújo DC, Santos AD, Lima SVMA, Vaez AC. Tendência temporal, aglomerado espacial de risco e vulnerabilidade social da prevalência de quedas entre idosos em uma área do Nordeste do Brasil (2008-2015): um estudo ecológico. Res Soc Dev. 2021;10(4):e51410414423. DOI: [10.33448/rsd-v10i4.14423](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14423)

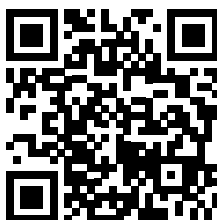
13. Damasceno da Silva RM, Dias MA, Barbosa VFR, Castelhana FJ, James P, Requia WJ. Greenness and Hospitalization for Cardiorespiratory Diseases in Brazil. Environ Health Perspect. 2024;132(6):67006. DOI: [10.1289/EHP13442](https://doi.org/10.1289/EHP13442)

14. Marques AP, Montilla DE, Almeida WS, Andrade CL. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):817-26. DOI: [10.1590/s0034-8910.2014048005133](https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005133)
15. Isaia G, Maero B, Gatti A, Neirotti M, Aimonino Ricauda N, Bo M, et al. Risk factors of functional decline during hospitalization in the oldest old. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21(6):453-7. DOI: [10.1007/BF03327448](https://doi.org/10.1007/BF03327448)
16. Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, Muñoz-Mansilla E, Herreros-Sáez L, Fernández-Pallarés P, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enf Clín*. 2016;26(2):121-8. DOI: [10.1016/j.enfcli.2015.09.010](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.010).
17. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52:10s. DOI: [10.11606/S1518-8787.2018052000637](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637)
18. Fonseca LGA, Lima INDF, Gualdi LP. Characterization of Brazilian hospital admissions due to cardiovascular diseases: a longitudinal study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):311. DOI: [10.1186/s12872-020-01588-w](https://doi.org/10.1186/s12872-020-01588-w)
19. Façanha MC. Impacto da vacinação de maiores de 60 anos para influenza sobre as internações e óbitos por doenças respiratórias e circulatórias em Fortaleza - CE - Brasil. *J Bras Pneumol*. 2005;31(5):415-20. DOI: [10.1590/S1806-37132005000500009](https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000500009)
20. Castro DM, Oliveira VB, Andrade ACS, Cherchiglia ML, Santos AF. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(11):e00209819. DOI: [10.1590/0102-311X00209819](https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819)



Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



---

# SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS IDOSAS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA CPLP

---

*SALUD DE LOS ANCIANOS EN SANTO TOMÉ Y PRÍNCIPE EN EL CONTEXTO  
DE LA CPLP: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS*

*SANTE DES PERSONNES AGEES A SÃO TOME ET PRINCIPE DANS LE  
CONTEXTE DE LA CPLP : DEFIS ET PERSPECTIVES*

*HEALTH OF THE OLDER PEOPLE IN SÃO TOMÉ AND PRÍNCIPE WITHIN THE  
CPLP CONTEXT: CHALLENGES AND PERSPECTIVES*

**Aida Maria da Gama Afonso Beirão\***

**Ruth D'Alva do Rosário Salvaterra\*\***

-

---

\*.Santa Casa da Misericórdia de São Tomé e Príncipe. Telm: +239 9904175. Email: [aidabeirao1971@gmail.com](mailto:aidabeirao1971@gmail.com)

\*\* .Rua Guerra Junqueiro N 11, 10º E, Cidade Nova, Santo António dos Cavaleiros, 20660-265 Loures – Portugal

## Resumo

O envelhecimento da população em São Tomé e Príncipe apresenta desafios sociais, culturais e de saúde, agravados pela escassez de profissionais, desigualdades regionais e vulnerabilidades associadas a estigmas culturais e práticas tradicionais. Este estudo analisou, de forma integrada, a situação da população idosa, considerando fatores sociais, culturais, econômicos e de saúde, políticas públicas, programas comunitários e o papel de gerontólogos sociais, psicólogos e cuidadores informais, com ênfase no envelhecimento ativo e na proteção dos direitos humanos. A metodologia baseou-se na análise de dados secundários, incluindo estatísticas oficiais (INE 2024, MICS6, Anuário de Saúde 2021, OIT), projetos locais de cuidado domiciliário (Santa Casa da Misericórdia e projeto Lembá), experiências internacionais (Holanda e Japão), literatura científica, relatórios de organizações locais e internacionais, observações de programas comunitários (Saúde para Todos) e documentários audiovisuais sobre estigma, feitiçaria e pobreza. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão: inclusão de dados sobre saúde, fatores sociais, culturais e econômicos, políticas públicas e práticas de envelhecimento ativo; exclusão de informações não verificáveis ou não específicas à população idosa. A coleta e a análise seguiram princípios éticos, garantindo confidencialidade e anonimato. As limitações incluem a dependência de dados secundários e a heterogeneidade das fontes. A triangulação de informações permitiu uma visão abrangente das vulnerabilidades, lacunas e oportunidades de intervenção, reforçando a importância da gerontologia social na formulação de políticas inclusivas, promoção de envelhecimento ativo e integração comunitária em contextos insulares e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

**Palavras-chave:** envelhecimento; gerontologia social; políticas públicas; cuidados domiciliários; São Tomé e Príncipe; CPLP; envelhecimento ativo; integração comunitária.

## Resumen

El envejecimiento de la población en Santo Tomé y Príncipe presenta desafíos sociales, culturales y de salud, agravados por la escasez de profesionales, las desigualdades regionales y las vulnerabilidades asociadas a estigmas culturales y prácticas tradicionales. Este estudio analiza de manera integral la situación de la población adulta mayor, considerando factores sociales, culturales, económicos y de salud, políticas públicas, programas comunitarios y el papel de gerontólogos sociales, psicólogos y cuidadores informales, con énfasis en el envejecimiento activo y la protección de los derechos humanos. La metodología se basó en el análisis de datos secundarios, incluyendo estadísticas oficiales (INE 2024, MICS6, Anuario de Salud 2021, OIT), proyectos locales de cuidado

domiciliario (Santa Casa da Misericórdia y proyecto Lembá), experiencias internacionales (Países Bajos y Japón), literatura científica, informes de organizaciones locales e internacionales, observaciones de programas comunitarios (“Salud para Todos”) y documentales audiovisuales sobre estigma, brujería y pobreza. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión: inclusión de datos sobre salud, factores sociales, culturales y económicos, políticas públicas y prácticas de envejecimiento activo; exclusión de información no verificable o no específica de la población adulta mayor. La recolección y análisis siguieron principios éticos, garantizando confidencialidad y anonimato. Las limitaciones incluyen la dependencia de datos secundarios y la heterogeneidad de las fuentes. La triangulación de la información permitió una visión amplia de vulnerabilidades, brechas y oportunidades de intervención, destacando la importancia de la gerontología social en la formulación de políticas inclusivas, la promoción del envejecimiento activo y la integración comunitaria en contextos insulares y en la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa.

**Palabras clave:** envejecimiento; gerontología social; políticas públicas; cuidados domiciliarios; Santo Tomé y Príncipe; CPLP; envejecimiento activo; integración comunitaria.

## Résumé

Le vieillissement de la population à São Tomé-et-Príncipe présente des défis sociaux, culturels et sanitaires, aggravés par la pénurie de professionnels, les inégalités régionales et les vulnérabilités liées aux stigmatisations culturelles et aux pratiques traditionnelles. Cette étude analyse de manière intégrée la situation des personnes âgées, en tenant compte des facteurs sociaux, culturels, économiques et sanitaires, des politiques publiques, des programmes communautaires et du rôle des gérontologues sociaux, des psychologues et des aidants informels, avec un accent sur le vieillissement actif et la protection des droits humains. La méthodologie s’est basée sur l’analyse de données secondaires, y compris les statistiques officielles (INE 2024, MICS6, Annuaire de la Santé 2021, OIT), les projets locaux de soins à domicile (Santa Casa da Misericórdia et projet Lembá), les expériences internationales (Pays-Bas et Japon), la littérature scientifique, les rapports d’organisations locales et internationales, les observations de programmes communautaires (« Santé pour tous ») et des documentaires audiovisuels sur la stigmatisation, la sorcellerie et la pauvreté. Des critères d’inclusion et d’exclusion ont été appliqués : inclusion des données sur la santé, les facteurs sociaux, culturels et économiques, les politiques publiques et les pratiques de vieillissement actif ; exclusion des informations non vérifiables ou non spécifiques aux personnes âgées. La collecte et l’analyse des données ont respecté les principes éthiques, garantissant la confidentialité et l’anonymat. Les limites incluent la

dépendance aux données secondaires et l'hétérogénéité des sources. La triangulation des informations a permis une vision globale des vulnérabilités, des lacunes et des opportunités d'intervention, soulignant l'importance de la gérontologie sociale dans la formulation de politiques inclusives, la promotion du vieillissement actif et l'intégration communautaire dans les contextes insulaires et au sein de la Communauté des pays de langue portugaise.

**Mots-clés:** vieillissement; gérontologie sociale; politiques publiques; soins à domicile; São Tomé-et-Príncipe; CPLP; vieillissement actif; intégration communautaire.

## Abstract

Population aging in São Tomé and Príncipe presents social, cultural, and health challenges, exacerbated by a shortage of professionals, regional inequalities, and vulnerabilities linked to cultural stigma and traditional practices. This study provides an integrated analysis of the elderly population, considering social, cultural, economic, and health factors, public policies, community programs, and the role of social gerontologists, psychologists, and informal caregivers, with an emphasis on active aging and the protection of human rights. The methodology was based on secondary data analysis, including official statistics (INE 2024, MICS6, Health Yearbook 2021, ILO), local home care projects (Santa Casa da Misericórdia and Lembá Project), international experiences (Netherlands and Japan), scientific literature, reports from local and international organizations, observations of community programs ("Health for All"), and audiovisual documentaries on stigma, witchcraft, and poverty. Inclusion and exclusion criteria were applied: inclusion of data on health, social, cultural, and economic factors, public policies, and active aging practices; exclusion of unverifiable or non-elderly-specific information. Data collection and analysis followed ethical principles, ensuring confidentiality and anonymity. Limitations include reliance on secondary data and the heterogeneity of sources. Triangulation of information provided a comprehensive view of vulnerabilities, gaps, and intervention opportunities, highlighting the importance of social gerontology in formulating inclusive policies, promoting active aging, and fostering community integration in insular contexts and across the Community of Portuguese Language Countries.

**Keywords:** aging; social gerontology; public policies; home care; São Tomé and Príncipe; CPLP; active aging; community integration.

# 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno global com implicações sociais, económicas e de saúde<sup>1</sup>. Em África, projeta-se um crescimento acelerado da população idosa até 2050<sup>2</sup>. Apesar de São Tomé e Príncipe apresentar uma estrutura etária predominantemente jovem, o aumento da esperança de vida exige políticas públicas estruturadas e mecanismos adequados de proteção social<sup>3</sup>. O envelhecimento em São Tomé e Príncipe ocorre em um contexto de desigualdades sociais, sistema nacional de saúde frágil e proteção social insuficiente, desafios agravados pelo êxodo de jovens e pela escassez de profissionais capacitados<sup>4</sup>. Dados recentes indicam 209.617 habitantes, sendo 3,8% com 65 anos ou mais, número que deverá chegar a 12 mil em 2030<sup>5</sup>. A Ilha do Príncipe, com apenas 4,7% da população nacional, enfrenta desafios adicionais de isolamento, dupla insularidade e acesso limitado a serviços de saúde especializados<sup>6</sup>.

A população idosa apresenta elevada prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial (35-40%), diabetes mellitus (15-20%), doenças cardiovasculares (20-25%), osteoartrite (25%), demência (5-8%) e distúrbios de saúde mental (10-15%), além de condições genéticas, como traço falciforme e traço Hb C (13,45% e 8% das mulheres respectivamente) e neoplasias, com crescimento de casos de cancro de 6 em 2011 para 72 em 2023, incluindo incidência de cancro da próstata (23% nos homens), mama (16% nas mulheres) e colo do útero (13 casos anuais, com cerca de 10 óbitos por ano)<sup>7</sup>.

No âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), observa-se diversidade no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa. Portugal e Brasil dispõem de leis, infraestruturas e programas estruturados de envelhecimento ativo<sup>8,9</sup>, enquanto outros países africanos da CPLP e Timor-Leste ainda carecem de políticas consolidadas e de capacidades institucionais e infraestruturais<sup>10</sup>. Comparações entre países africanos da CPLP permitem orientar estratégias de cooperação e transferência de boas práticas<sup>10</sup>. Experiências internacionais, como Holanda e Japão, evidenciam oportunidades de adaptação de boas práticas, sobretudo em prevenção, cuidado comunitário e proteção social<sup>11</sup>. Apesar de Cabo Verde e Guiné Equatorial ainda não possuírem políticas consolidadas voltadas ao envelhecimento, essas nações dispõem de estruturas de saúde que permitem a evacuação de doentes, contribuindo para aliviar a pressão sobre Portugal<sup>12</sup>.

As igrejas mantêm forte influência na sociedade santomense, podendo atuar na sensibilização da população, desmistificação de estigmas e apoio social às pessoas idosas<sup>13</sup>. Fatores culturais e comportamentais, como consumo elevado de álcool, influenciam negativamente a saúde física e mental<sup>13</sup>. A iliteracia em saúde e as práticas tradicionais de cura impactam a procura por cuidados formais: a maioria dos curandeiros é composta

por homens, enquanto mulheres idosas, frequentemente acusadas de feitiçaria, enfrentam violência, exclusão e estigmatização social<sup>14</sup>. Esse fenômeno, partilhado por outras nações africanas da CPLP com contextos culturais e religiosos semelhantes, evidencia a urgência de intervenções intersectoriais com enfoque educativo, cultural e jurídico<sup>15</sup>. Esses fatores socioculturais limitam o acesso aos serviços formais de saúde, especialmente diante da escassez de profissionais qualificados, elevados custos de transporte e dificuldades em situações de emergência<sup>15</sup>. A Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030) da Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a importância de políticas que combatam o idadismo, criem ambientes amigos das pessoas idosas, prestem cuidados integrados e forneçam cuidados de longo prazo<sup>16</sup>.

Instituições como a Santa Casa da Misericórdia e o projeto Lembá desempenham papel central no acompanhamento domiciliar e na mitigação das necessidades básicas, integrando projetos de cuidado domiciliário e programas comunitários<sup>17,18</sup>. Além disso, participação de escolas de enfermagem, universidades e profissionais de saúde é essencial para suprir lacunas estatísticas, fortalecer a investigação local e fornecer suporte técnico às políticas públicas<sup>18</sup>. Ademais, a presença de gerontólogos comunitários, psicólogos e cuidadores informais capacitados é determinante para a promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida das pessoas idosas<sup>18,19</sup>. O projeto “Saúde para Todos” (IMVF) integra-se nesse contexto, reforçando a atenção comunitária e a promoção do envelhecimento ativo<sup>20</sup>.

O presente artigo tem como objetivo analisar, de forma integrada, a situação da população idosa em São Tomé e Príncipe e na Região Autónoma do Príncipe, considerando fatores sociais, culturais, econômicos e de saúde, políticas públicas existentes, programas comunitários implementados, bem como a atuação necessária de gerontólogos sociais, psicólogos e outros profissionais de saúde, com ênfase na promoção do envelhecimento ativo, integração comunitária e proteção dos direitos humanos<sup>15-20</sup>.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo baseou-se na análise de dados secundários, obtidos de fontes públicas, relatórios institucionais, artigos científicos e documentos de organizações locais e internacionais que atuam no acompanhamento de pessoas idosas<sup>1-20</sup>. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão: incluíram-se informações sobre a população idosa de São Tomé e Príncipe relativas a saúde, fatores sociais, culturais e econômicos, políticas públicas, programas comunitários e práticas de envelhecimento ativo; excluíram-se documentos que não abordassem especificamente essa população ou que não fornecessem dados verificáveis<sup>20</sup>.

Trata-se de um estudo descritivo e comparativo, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), baseado na análise documental de dados estatísticos oficiais de saúde, demográficos e socioeconômicos<sup>3-7</sup>, revisão da literatura científica sobre envelhecimento ativo e políticas públicas<sup>8-15</sup>, e relatórios institucionais de organizações locais e internacionais<sup>17-20</sup>. Foram também consideradas observações de programas locais, como o projeto “Saúde para Todos” (IMVF)<sup>20</sup>, e documentários audiovisuais, como “Fitxicêlu”<sup>14</sup>. Comparações entre países africanos da CPLP e experiências internacionais, como Holanda e Japão<sup>11,12,15</sup>, permitiram identificar lacunas, oportunidades de cooperação e boas práticas adaptáveis à realidade santomense.

A coleta e a análise de dados seguiram princípios éticos, garantindo confidencialidade e anonimato dos indivíduos referenciados, em conformidade com a legislação nacional e as diretrizes internacionais de pesquisa envolvendo populações vulneráveis<sup>1-20</sup>. Não foram coletados dados primários diretamente de indivíduos, garantindo que nenhuma informação pessoal fosse identificável. A abordagem estatística contemplou a descrição de prevalências, incidências e tendências de doenças crônicas e transmissíveis, assim como a avaliação de indicadores sociais e demográficos relevantes para o envelhecimento ativo<sup>3-7</sup>.

## Ética

A análise dos dados foi realizada com base em informações secundárias provenientes de fontes públicas, relatórios institucionais e literatura científica, garantindo uso responsável e ético das informações disponíveis<sup>3</sup>. O estudo seguiu boas práticas de pesquisa em saúde pública e gerontologia social, priorizando o respeito à população idosa e à integridade dos dados analisados. A abordagem estatística contemplou a descrição de prevalências, incidências e tendências de doenças crônicas e transmissíveis, bem como a avaliação de indicadores sociais e demográficos relevantes para o envelhecimento ativo<sup>1-3</sup>.

## 3. RESULTADOS

A população de São Tomé e Príncipe totaliza 209.617 habitantes, dos quais 3,8% com 65 anos ou mais, estimando-se que esse número alcance cerca de 12 mil em 2030<sup>5</sup>. A Ilha do Príncipe, que representa 4,7% da população nacional, enfrenta desafios adicionais devido ao isolamento geográfico, dupla insularidade e acesso limitado a serviços de saúde especializados<sup>6</sup>.

Entre a população idosa, observa-se elevada prevalência de doenças crônicas e transmissíveis. As doenças crônicas mais frequentes incluem hipertensão arterial (35-40%), diabetes mellitus (15-20%), doenças cardiovasculares (20-25%), osteoartrite (25%), demência (5-8%) e distúrbios de saúde mental, como depressão



e ansiedade (10-15%)<sup>7</sup>. Doenças transmissíveis, como tuberculose, malária e HIV/sida, continuam relevantes para esta faixa etária<sup>8</sup>, enquanto condições genéticas, como traço falciforme e traço Hb C, afetam 13,45% e 8% das mulheres respectivamente<sup>9</sup>. O cancro apresenta crescimento preocupante, com 6 casos registados em 2011 e 72 casos em 2023. Dentre os tipos mais incidentes, destacam-se o cancro da próstata (23% nos homens), mama (16% nas mulheres) e colo do útero (13 casos anuais, resultando em cerca de 10 óbitos por ano)<sup>10</sup>.

Fatores comportamentais e culturais, como consumo elevado de álcool, iliteracia em saúde e práticas tradicionais de cura, influenciam negativamente a saúde física e mental, contribuindo para o agravamento de doenças cardiovasculares, metabólicas e neurocognitivas<sup>13-15</sup>. A prevalência de vulnerabilidades sociais é intensificada por estigmas culturais relacionados com práticas de feitiçaria e desigualdade de gênero, que afetam principalmente mulheres idosas, aumentando a exclusão social e limitando o acesso a cuidados formais de saúde<sup>14</sup>.

O contexto comunitário e institucional mostra-se determinante para mitigar essas vulnerabilidades. Instituições como a Santa Casa da Misericórdia oferecem acompanhamento domiciliário e apoio social, enquanto programas comunitários e políticas públicas, como o projeto “Saúde para Todos” (IMVF), contribuem para melhorar a integração social, o envelhecimento ativo e a qualidade de vida das pessoas idosas<sup>17,20</sup>. Casos humanizados, como o de Dona Rosa (86 anos), residente na Roça Sundry e acompanhada pelo programa de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia, demonstram os efeitos positivos do cuidado comunitário e da integração social, enquanto situações de exclusão ilustram o impacto negativo do estigma sobre saúde mental e emocional<sup>14</sup>.

## 4. DISCUSSÃO

O panorama epidemiológico e social da população idosa em São Tomé e Príncipe evidencia múltiplas vulnerabilidades decorrentes de fatores demográficos, culturais, sociais e de saúde. A elevada prevalência de doenças crônicas, transmissíveis e genéticas, combinada com limitações no acesso a serviços de saúde especializados, escassez de profissionais qualificados e custos logísticos elevados, reforça a necessidade de políticas públicas estruturadas e de programas comunitários adaptados às especificidades locais<sup>3-10</sup>. No contexto da CPLP, observa-se diversidade significativa na implementação de políticas voltadas à população idosa. Portugal e Brasil apresentam leis, infraestruturas e programas de envelhecimento ativo consolidados<sup>11,12</sup>, enquanto a maioria dos países africanos da CPLP e Timor-Leste ainda enfrenta lacunas institucionais, financeiras e infraestruturais<sup>13-15</sup>. Comparações entre países africanos da CPLP permitem identificar

oportunidades de cooperação, transferência de boas práticas e implementação de estratégias de prevenção, cuidado comunitário e proteção social<sup>16</sup>. Experiências internacionais, como as de Japão e Holanda, demonstram que políticas integradas de envelhecimento ativo, cuidados comunitários, suporte social e financiamento adequado contribuem significativamente para a qualidade de vida das pessoas idosas<sup>11,12,16</sup>.

Fatores socioculturais e comportamentais influenciam diretamente a vulnerabilidade da população idosa. O consumo elevado de álcool, a iliteracia em saúde e as práticas tradicionais de cura, associadas ao estigma de feitiçaria, impactam a procura por serviços formais, especialmente entre mulheres idosas, aumentando a exclusão social, o isolamento e o risco psicossocial<sup>13-15</sup>. Esses elementos reforçam a necessidade de intervenções intersetoriais que contemplem educação, sensibilização comunitária, apoio social e proteção legal, incluindo legislação que salvguarde os direitos das pessoas idosas e puna firmemente os agressores<sup>21</sup>.

A participação de instituições locais, como a Santa Casa da Misericórdia, escolas de enfermagem, universidades e programas comunitários, como o projeto “Saúde para Todos” (IMVF), é fundamental para mitigar vulnerabilidades, promover integração comunitária e fortalecer a implementação de políticas públicas<sup>17,20</sup>. Casos humanizados, como o de Dona Rosa (86 anos), ilustram os benefícios do acompanhamento domiciliário, enquanto situações de exclusão evidenciam os impactos negativos do estigma sobre saúde mental e emocional<sup>14</sup>.

A análise comparativa com boas práticas internacionais sugere que a implementação de programas integrados de envelhecimento ativo, a formação de gerontólogos comunitários, psicólogos e cuidadores informais capacitados, bem como o fortalecimento das redes sociais e comunitárias, são estratégias essenciais para promover envelhecimento saudável e reduzir desigualdades sociais<sup>11,12,16</sup>.

## Limitações

O presente estudo baseou-se em dados secundários obtidos de relatórios institucionais, estatísticas oficiais e literatura científica, sem aplicação de inquéritos primários à população idosa. Essa limitação pode restringir a compreensão de percepções subjetivas e experiências individuais, incluindo aspectos psicológicos e sociais mais profundos. Adicionalmente, a heterogeneidade e a disponibilidade desigual de dados entre regiões e instituições podem influenciar a exatidão das estimativas epidemiológicas e sociais. Apesar disso, a triangulação de diferentes fontes permitiu uma análise abrangente das vulnerabilidades, lacunas e oportunidades de intervenção para a população idosa<sup>3-7,17,20</sup>.

## Recomendações

Com base nos resultados e análises apresentadas, recomenda-se o fortalecimento das políticas públicas de envelhecimento ativo em São Tomé e Príncipe, por meio da criação de um Plano Nacional para a Pessoa Idosa, com metas claras, indicadores mensuráveis e financiamento sustentável<sup>1-3</sup>. A integração de gerontólogos, assistentes sociais, psicólogos e profissionais de saúde nas equipas comunitárias é essencial para o acompanhamento biopsicossocial e a promoção da autonomia e bem-estar das pessoas idosas<sup>4,5</sup>. Além disso, devido à pobreza e às limitações económicas, muitas pessoas não conseguem aceder a tratamentos formais. Nesse sentido, recomenda-se a criação de serviços de transporte acessíveis e regulares para a população idosa, sobretudo nas zonas mais remotas e insulares, garantindo que possam usufruir de cuidados de saúde e programas comunitários<sup>4,5</sup>.

Sugere-se também a implementação de programas de educação em saúde direcionados a famílias e cuidadores, com vista à redução do estigma, da discriminação e da violência contra pessoas idosas, bem como o incentivo à formação continuada de profissionais na área da gerontologia comunitária<sup>6-8</sup>. A cooperação entre Estado, instituições religiosas e organizações da sociedade civil deve ser reforçada para apoiar o envelhecimento ativo, prevenir o isolamento social e promover redes de solidariedade intergeracional<sup>9,10</sup>. Recomenda-se o fortalecimento da legislação de proteção à pessoa idosa, com aplicação rigorosa das normas existentes e criação de leis específicas que sancionem, de forma mais firme, os casos de negligência, abuso e violência, garantindo a salvaguarda dos direitos e da dignidade da pessoa idosa<sup>11,12</sup>.

Além disso, recomenda-se o estabelecimento de parcerias internacionais para transferência de boas práticas, aproveitando experiências de países como Japão, Portugal, Brasil, Holanda, e cooperação CPLP (Cabo Verde, Guiné Equatorial), de modo a canalizar recursos, tecnologias assistivas, bem como melhorar os cuidados de saúde<sup>15-17</sup>. Para precaver atrasos no tratamento, é indicada a criação de mecanismos de evacuação de doentes para países da CPLP com melhor infraestrutura, como Cabo Verde e Guiné Equatorial, aliviando a pressão sobre Portugal<sup>12</sup>. Por fim, sugere-se o monitoramento contínuo das políticas públicas e a avaliação do impacto comunitário<sup>13,14</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional em São Tomé e Príncipe representa um desafio emergente para as políticas públicas, exigindo respostas integradas nos domínios da saúde, proteção social e educação comunitária<sup>1-3</sup>. A análise demonstrou que, embora

existam iniciativas governamentais e comunitárias relevantes, persistem lacunas na cobertura dos serviços, na formação de profissionais e na recolha sistemática de dados sobre a população idosa<sup>4-6</sup>.

A vulnerabilidade das mulheres idosas, frequentemente associada a estigmas culturais, pobreza e isolamento social, reforça a necessidade de políticas intersectoriais com enfoque em direitos humanos, igualdade de gênero e inclusão social<sup>7-9</sup>. A integração de práticas tradicionais e religiosas com intervenções baseadas em evidências pode fortalecer a confiança comunitária e ampliar o alcance dos cuidados de saúde<sup>10,11</sup>.

O fortalecimento da gerontologia comunitária, aliado à cooperação técnica entre países da CPLP e à adoção de boas práticas internacionais (como as implementadas na Holanda e no Japão), constitui um caminho estratégico para promover o envelhecimento ativo e sustentável em São Tomé e Príncipe<sup>12-15</sup>. Conclui-se, portanto, que o envelhecimento ativo deve ser entendido como prioridade nacional e responsabilidade coletiva, dependente do compromisso político, da mobilização social e do reconhecimento da pessoa idosa como agente essencial do desenvolvimento humano e comunitário<sup>16</sup>.

## Agradecimentos

As autoras expressam o seu profundo agradecimento aos Professores Paulo Ferriño e Fernando Cupertino pelo convite e pelo incentivo à realização deste trabalho. Reconhecem igualmente o contributo das instituições de saúde e parceiras em São Tomé e Príncipe, cujas informações e relatórios, direta ou indiretamente, estiveram disponíveis e subsidiaram a análise.

Agradecem também às organizações internacionais e nacionais, cujas publicações, assim como projetos e experiências, forneceram referências essenciais para a avaliação de políticas públicas, programas comunitários e práticas de envelhecimento ativo<sup>11-17,20</sup>.

Por fim, manifestam gratidão à OMS e demais entidades que promovem políticas de envelhecimento saudável e inclusão social, pelo contínuo contributo à melhoria das condições de vida da população idosa.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030. Genebra: OMS; 2020.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). World Population Prospects 2022. New York: UN; 2022.
3. Instituto Nacional de Estatística (STP). Recenseamento Geral da População e Habitação de São Tomé e Príncipe – Resultados Definitivos 2022. São Tomé: INE; 2023.
4. Ministério da Saúde (STP). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2023–2027. São Tomé: Ministério da Saúde; 2023.
5. Organização Mundial da Saúde. Perfil de Saúde de São Tomé e Príncipe 2022. Genebra: OMS; 2023.
6. Governo Regional do Príncipe. Relatório Anual de Atividades e Estatísticas Sociais e de Saúde 2023. Santo António: GRP; 2024.
7. Ministério da Saúde (STP). Boletim Epidemiológico Nacional 2023. São Tomé: Ministério da Saúde; 2024.
8. Deus Lima M. Relações sociais entre a mulher idosa e a família em São Tomé e Príncipe: política e cultura em debate. São Tomé: Universidade de São Tomé e Príncipe; 2021.
9. Governo de Portugal. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025. Lisboa: República Portuguesa; 2017.
10. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (BR). Estatuto do Idoso. Brasília, DF: MDHC; 2023.
11. Netherlands Ministry of Health. National Policy on Healthy Ageing. The Hague: Ministry of Health; 2021.
12. Ministry of Health, Labour and Welfare (JPN). Long-Term Care and Elderly Policies. Tokyo: Government of Japan; 2022.
13. Fu R, Iizuka T, Noguchi H. Long-Term Care in Japan. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2023. (Working Paper 31829).
14. Silva FNS, Castro RS, Silva ACS, Moura VRO. Incidence and repercussions on health and the economic context of Lusophone Countries due to Neglected Tropical Diseases: A narrative review. In: Ferreira JESM, Leite AKRM, Leite ACRM, Rodrigues VHV, organizadores. Multiplicidade das ciências da saúde. v. 6. Fortaleza: Editora. Vivo; 2024. p. 188-201. Título do capítulo/seção. In:

Sobrenome Inicial do nome, editora (editores) ou organizadora(es). Título. Cidade: editora; ano. Intervalo da página. DOI: [10.47242/978-65-87959-44-3-14](https://doi.org/10.47242/978-65-87959-44-3-14)

15. Fundo Africano de Desenvolvimento. Japão reforça o Fundo Africano de Desenvolvimento com empréstimo concessional de 516,7 mil milhões de ienes [Internet]. Abidjan: AfDB; 2024 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.afdb.org/pt>
16. Instituto Marquês de Valle Flôr. Saúde para Todos: Especialidades [Internet]. Lisboa: IMVF; 2023 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.imvf.org/projects>
17. Santa Casa da Misericórdia (STP). Relatório Anual de Atividades 2023. São Tomé: SCMSP; 2024.
18. Projeto Lembá. Relatório de Acompanhamento Comunitário 2023. São Tomé: Associação Lembá; 2024.
19. Organização Mundial da Saúde. Global Report on Ageism. Genebra: OMS; 2021.
20. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO; 2015.
21. Comissão Nacional de Direitos Humanos de São Tomé e Príncipe. Relatório sobre Violência e Discriminação contra Idosos. São Tomé: CNDH; 2021.
22. Almeida MIF. Estudo sobre a violência contra as idosas em São Tomé e Príncipe no período 2018-2020 [monografia]. São Tomé: Instituto de Humanidades e Letras dos Malês, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira; 2022.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



---

# A VIDA NA VELHICE NA GUINÉ EQUATORIAL: DESVANTAGEM CUMULATIVA, ATRASOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

---

*LA VIDA EN LA VEJEZ EN GUINEA ECUATORIAL: DESVENTAJA  
ACUMULATIVA, DEMORAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y  
PREOCUPACIONES EN TORNO A LA SALUD*

*LA VIE DES PERSONNES AGEES EN GUINEE ÉQUATORIALE: DESAVANTAGE  
CUMULATIF, RETARDS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES ET PROBLEMES  
DE SANTE*

*LIFE AT OLD AGE IN EQUATORIAL GUINEA: CUMULATIVE DISADVANTAGE,  
LAGS IN PUBLIC POLICY, AND HEALTH CONCERNS*

**Adelaida Caballero\***

---

\*.Departamento de Antropologia Cultural e Etnologia, Universidade de Uppsala. Box 631, 75126 Uppsala, Sweden. [elaida.caballero@antro.uu.se](mailto:elaida.caballero@antro.uu.se) | +46 18 471 00 00



## Resumo

Este capítulo descreve as condições socioculturais, sanitárias, de morbidade e políticas que moldam a experiência de vida na velhice na Guiné Equatorial. Nas seções de introdução e de antecedentes, forneço uma visão geral do estado atual do saneamento e das taxas de morbidade no país. Na seção etnográfica, apresento uma série de narrativas generalizadas sobre gênero e velhice — faço isso em um esforço para mostrar as formas de desvantagem que essas narrativas promovem ao longo da vida. Em seguida, realizo uma avaliação geral dos instrumentos políticos atualmente em vigor, bem como das disposições limitadas que tais instrumentos fazem para as pessoas idosas. Na minha discussão, sugiro que as desvantagens relacionadas com o gênero, ao longo da vida, dão origem a situações de risco e vulnerabilidade que afetam não só a saúde das pessoas idosas, mas também as suas possibilidades de acesso a cuidados médicos adequados. Também na minha discussão, explico como a atual falta de políticas públicas dedicada à proteção social das pessoas idosas na Guiné Equatorial é provavelmente o resultado de uma certa disposição ideológica enraizada em discursos nacionalistas inspirados no Pan-africanismo. A minha conclusão consiste em um resumo dos conhecimentos mais importantes obtidos ao longo do artigo, bem como em um breve comentário sobre algumas das questões que devem ser abordadas antes que o atual impasse na legislação nacional relativa à saúde e ao bem-estar das pessoas idosas possa ser ultrapassado.

**Palavras-chave:** envelhecimento, saneamento, morbidade, cuidados de saúde, identidade de gênero, eventos de mudança de vida, lares de pessoas idosas, políticas públicas.

## Resumen

El capítulo describe las condiciones socioculturales, sanitarias, políticas y de morbilidad que dan forma a la experiencia de la vida en la vejez en Guinea Ecuatorial. En las secciones de introducción y antecedentes, ofrezco un panorama general del estado actual de la sanidad y las tasas de morbilidad en el país. En la sección etnográfica, describo una serie de narrativas populares sobre el género y la edad avanzada en un intento por mostrar las formas de desventaja que dichas narrativas fomentan a lo largo de la vida. Después, realizo una evaluación general de las políticas públicas en vigor, así como de las disposiciones limitadas que éstas incluyen para los adultos mayores. En mi discusión, sugiero que las desventajas relacionadas con el género dan origen, a lo largo de la vida, a situaciones de riesgo y vulnerabilidad que afectan no sólo la salud de las personas mayores, sino también sus posibilidades de acceso a atención médica adecuada. También en

mi discusión, explico cómo la falta de políticas públicas dedicadas a la protección social de los adultos mayores en Guinea Ecuatorial es probablemente el resultado de una cierta disposición ideológica enraizada en discursos nacionalistas inspirados en el Panafricanismo. Mi conclusión consiste en un resumen de los puntos más importantes expuestos a lo largo del artículo, así como en un breve comentario sobre algunas de las cuestiones que deben ser abordadas antes de que el actual estancamiento en la legislación nacional en lo relacionado a la salud y el bienestar de los adultos mayores pueda ser superado.

**Palabras clave:** envejecimiento, sanidad, morbilidad, salud, identidad de género, eventos de cambio en la vida, asilos de ancianos, políticas públicas.

## Abstrait

Cet chapitre décrit les conditions socioculturelles, sanitaires, liées à la morbidité et aux politiques qui façonnent l'expérience de la vie des personnes âgées en Guinée Équatoriale. Dans les sections d'introduction et de contexte, je donne un aperçu de l'état actuel de l'assainissement et des taux de morbidité dans le pays. Dans la section ethnographique, je rends compte d'une série de récits répandus sur le genre et la vieillesse — je le fais dans le but de montrer les formes de désavantage que ces récits favorisent tout au long de la vie. Ensuite, j'effectue une évaluation générale des instruments politiques en vigueur, ainsi que des dispositions limitées que ces instruments prévoient pour les personnes âgées. Dans mon exposé, je suggère que les désavantages liés au genre tout au long de la vie donnent lieu à des situations de risque et de vulnérabilité qui affectent non seulement la santé des personnes âgées, mais également leurs possibilités d'accéder à des soins médicaux adéquats. Également dans mon exposé, j'explique comment l'absence actuelle de politique dédiée à la protection sociale des personnes âgées en Guinée Équatoriale est probablement le résultat d'une certaine disposition idéologique enracinée dans des discours nationalistes inspirés du panafricanisme. Ma conclusion consiste en un résumé des idées les plus importantes acquises tout au long de l'article, ainsi qu'en un bref commentaire sur certaines des questions qui doivent être abordées avant de pouvoir surmonter l'impasse actuelle dans la législation nationale concernant la santé et le bien-être des personnes âgées.

**Mots clés:** vieillissement, assainissement, morbidité, soins de santé, identité de genre, événements de changement de vie, maisons de retraite, politiques publiques.

## Abstract

This chapter describes the sociocultural, sanitary, morbidity-, and policy-related conditions that shape the experience of life at old age in Equatorial Guinea. In the introduction and background sections, I provide an overview of the current state of sanitation and morbidity rates in the country. In the ethnographic section, I account for a series of widespread narratives about gender and old age — I do this to show the forms of disadvantage that these narratives foster throughout the life course. Next, I perform a general assessment of policy instruments currently in force, as well as of the limited provisions that such instruments make for older adults. In my discussion, I suggest that life-long, gender-related disadvantage gives rise to situations of risk and vulnerability that affect not only the health of older persons, but also their possibilities for accessing adequate medical care. Also in my discussion, I explain how Equatorial Guinea's current lack of dedicated policy on social protection for older adults is likely the result of a certain ideological disposition rooted in Pan-Africanism-inspired nationalistic discourses. My conclusion consists of a summary of the most important insights gained throughout the article, as well as of a brief commentary on some of the issues that must be addressed before the current impasse in national legislation regarding the health and welfare of old people can be overcome.

**Key words:** aging, sanitation, morbidity, healthcare, gender identity, life change events, nursing homes, public policy.

## 1. INTRODUÇÃO

A nação da África Ocidental/Central, Guiné Equatorial, é membro da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) desde 2014. Como parte dos esforços para aderir aos princípios dessa comunidade, o governo chefiado pelo presidente Teodoro Obiang Nguema Mbasogo (1979 – presente) tem participado de programas voltados ao estabelecimento de cooperação em áreas como telecomunicações<sup>1</sup>, defesa<sup>2</sup>, comércio<sup>3</sup>, formação de capacidades<sup>4</sup> e iniciativas de gênero<sup>5</sup>. Outros campos, contudo, ainda carecem de atenção. As reformas políticas voltadas para o fortalecimento de uma democracia plural, a reorganização do sistema de proteção social e o desenvolvimento do setor de saúde por meio da cooperação com outros Estados-Membros são algumas das áreas que parecem ter perdido prioridade nas ações do governo no contexto da participação da Guiné Equatorial como membro pleno da organização lusófona.

Um setor populacional particularmente afetado por essa defasagem é o das pessoas idosas. Homens e mulheres equato-guineenses mais velhos não apenas enfrentam problemas de saúde relacionados à idade, mas também lutam para obter cuidados médicos adequados. Variações no estilo de vida e na dinâmica familiar, resultantes de narrativas culturais sobre gênero e velhice, ampliam essas dificuldades.

Baseado principalmente em trabalho etnográfico de campo realizado, entre 2017 e 2018, com vendedoras ambulantes idosas em Malabo, capital da Guiné Equatorial, e em revisão de comunicados oficiais, conteúdo de mídia nacional e relatórios estatísticos recentes, este artigo apresenta uma visão geral das condições socioculturais, sanitárias, de morbidade e políticas que moldam a experiência de vida na velhice no país.

Primeiro, descrevem-se etnograficamente as narrativas culturais sobre gênero e envelhecimento e as formas de desvantagem cumulativa que delas emergem. Para contextualizar essas desigualdades, realiza-se uma análise crítica dos instrumentos de política pública em vigor e das limitadas disposições que oferecem às pessoas idosas. Essa análise é complementada por dados sobre o sistema de saúde e o acesso restrito a serviços específicos voltados às necessidades desse grupo etário.

A discussão aborda também as razões pelas quais a Guiné Equatorial se encontra atrasada, em termos globais, na formulação de políticas de saúde e proteção social para pessoas idosas, encerrando com comentários sobre medidas possíveis para superar o atual impasse legislativo em torno do bem-estar dessas pessoas.

## 2. CONTEXTO POLÍTICO E SANITÁRIO

Antiga colônia espanhola de exploração econômica, a Guiné Equatorial tornou-se independente em 1968. Seu primeiro presidente constitucional, Francisco Macías Nguema, adotou uma postura fortemente antiocidental. A exaltação das chamadas “tradições africanas” evoluiu para um discurso nacionalista radical que lhe permitiu consolidar o poder mediante centralização administrativa, desmonte institucional e uso do terror de Estado<sup>6</sup>.

Macías foi deposto em 1979 por um golpe militar liderado por seu sobrinho, Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, que permanece no poder até hoje. Tal como o antecessor, Obiang recorre a discursos nacionalistas que, com base em uma suposta singularidade cultural, legitimam formas de governo não democráticas<sup>7</sup>. Quarenta e seis anos após sua ascensão, ele é, em 2025, o chefe de Estado com mais tempo no cargo no mundo, conhecido por violações sistemáticas de direitos humanos<sup>8</sup> e corrupção endêmica<sup>9</sup>.

A corrupção intensificou-se durante o *boom* do petróleo, iniciado com a descoberta de grandes reservas no mar territorial em meados da década de 1990. Entre

1995 e 2020, as descobertas de petróleo e gás teriam gerado um aumento de mais de cem vezes no capital produzido<sup>10</sup>. O período 2008-2017 foi descrito como “uma era transformadora”, marcada por vastos projetos de infraestrutura — estradas, portos e prédios públicos — realizados sob o Plano Nacional de Desenvolvimento Horizonte 2020<sup>10</sup>.

Essa “era transformadora”, contudo, pouco melhorou as condições de vida da maioria da população. Em 2024, apenas 9,8% dos domicílios tinham água encanada<sup>11</sup>; a maioria obtinha água de torneiras públicas (46,8%), nascentes ou rios (21,6%) ou poços particulares (20,8%). Como 85,7% das casas dependem de fossas sépticas para descarte de resíduos humanos, o risco de contaminação dos lençóis freáticos é alto<sup>11</sup>. Essa contaminação provavelmente impacta a saúde pública — o que parece passar despercebido, já que 87,9% das famílias não tratam a água antes do consumo<sup>11</sup>. Desse modo, a falta de saneamento e de água tratada contribui para altas taxas de morbidade.

Em 2024, estimava-se que 24% da população (1.847.549 habitantes em 2023<sup>12</sup>) apresentava problemas de saúde, e 7,3% dela vivia com doenças crônicas — sem contar infecções por HIV<sup>11</sup>. Entre os problemas mais comuns, estão: malária (37,9%), febre tifoide (23,6%), infecções respiratórias agudas (13%) e doenças gastrointestinais (9%); outras incluem doenças dentárias (6,5%), dores corporais (6,3%), fraturas (6,2%), anemia (3,6%), enxaquecas (3%) e infecções cutâneas (2,9%)<sup>11</sup>. As principais doenças crônicas são: hipertensão (55,5%), doenças reumáticas (26,8%), diabetes (9,8%), problemas respiratórios (8,7%), transtornos mentais ou demência (5,9%) e tuberculose (5,4%)<sup>11</sup>.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente o HIV, estão igualmente disseminadas de forma generalizada: cerca de 72 mil pessoas viviam com o vírus em 2022, e a aids foi a principal causa de morte em 2024 (19,8% dos óbitos)<sup>13</sup>. Após o HIV/aids, a causa mais comum de morte foi a malária (15,5%), seguida da anemia (11,9%) e da tuberculose (7,2%)<sup>14</sup>.

### 3. NARRATIVAS CULTURAIS E DESVANTAGEM CUMULATIVA

A Guiné Equatorial possui uma população majoritariamente jovem, como ocorre na maioria dos países do Sul Global. Aproximadamente 37,4% dos habitantes têm entre 0 e 14 anos, 56,5% estão na faixa etária de 15 a 59 anos, e cerca de 5,96% possuem 60 anos ou mais<sup>12</sup>. A expectativa de vida continua baixa — em 2024, era de 61,6 anos para homens e de 66,2 anos para mulheres<sup>15</sup>. Essa diferença de gênero acompanha a

tendência mundial, mas, no contexto equato-guineense, também reflete a cultura local e as narrativas dominantes sobre gênero e velhice.

## Velhice

Como em outras partes da África, da América Latina e da Ásia, as representações normativas da velhice na Guiné Equatorial retratam as pessoas idosas (*ancianos*) de forma invariavelmente nostálgica e evocativa — geralmente como figuras atemporais e descontextualizadas, com autoridade moral ou como repositórios coletivamente valorizados de sabedoria<sup>16-18</sup>.

Tais representações estão inseridas em *la tradición*, uma narrativa identitária que, apoiando-se em certo nativismo étnico Fang, foi estrategicamente evocada pelo presidente Macías durante o período inicial pós-independência. Atualmente, o presidente Obiang Nguema continua a invocar o tropo de *la tradición* como um meio de construir uma forma de nacionalismo em que a identidade africana negra aparece, em sua moralidade, tanto como oposta quanto superior às identidades ocidentais brancas. Nesse contexto ideológico e discursivo, *la tradición* emerge como “uma noção impregnada de nostalgia a respeito de um certo modo de vida afro-banto primordial que se perdeu no tempo e que constitui a essência da africanidade dos guineenses equatoriais”<sup>16</sup>.

Inspirado pelo pensamento pan-africanista, o discurso guineense sobre *la tradición* retrata as relações entre pessoas idosas e seus parentes mais jovens como harmoniosas e sinérgicas. Nesse sentido, as representações da velhice e das pessoas idosas geradas por *la tradición* alinham-se ao “mito” da família extensa na África — uma conceitualização ampla da organização familiar africana pré-colonial que exalta suas estruturas de apoio e seus padrões de solidariedade<sup>19,20</sup>. O mito supõe que quaisquer condições difíceis de dependência que as pessoas idosas africanas possam encarnar são compensadas pelo capital simbólico — conhecimento ritual, autoridade dentro da comunidade — que conferem às suas famílias. Uma consequência desse mito é a suposição normativa de que é um “santo privilégio oferecer cuidados e apoio à geração idosa”<sup>21</sup>.

O grau em que essa suposição normativa se materializa na prática cotidiana varia amplamente em toda a África. Em Cabo Verde, por exemplo, os jovens são educados a ver o cuidado familiar como uma responsabilidade pessoal, o que gera solidariedade intergeracional<sup>22</sup>. Na Guiné Equatorial, as coisas se desenrolam de maneira diferente. Existem discursos que consideram o cuidado com as pessoas idosas como uma responsabilidade da família, mas os mecanismos pelos quais essa responsabilidade é atribuída aos indivíduos tendem a apresentar um forte viés de gênero e, por isso, são rotineiramente contestados<sup>16</sup>. Além disso, há o fato de que as dificuldades impostas pela pobreza resultaram em uma

redução das obrigações da família extensa, bem como em uma diminuição do potencial de apoio econômico intergeracional. Entre 2020 e 2021, a taxa de dependência juvenil no país aumentou de 60,5 para 66,7; a taxa de dependência de pessoas idosas passou de 3,9 para 5,4; e a taxa total de dependência estimada subiu de 64,4 para 72,2<sup>\*\*15</sup>.

Embora as taxas de dependência e o menor potencial de apoio pareçam indicar que as famílias estão enfrentando dificuldades crescentes para sustentar seus membros mais jovens e mais velhos, o aumento da taxa de dependência juvenil sugere que as obrigações familiares estão funcionando de maneira diferente do que antes. Cada vez mais, não são as gerações mais jovens que sustentam as mais velhas, e sim o contrário. Essa situação não é nova, nem exclusiva da Guiné Equatorial. Em Moçambique, por exemplo, as contribuições das pessoas idosas no cuidado e sustento de órfãos no contexto do HIV/aids foram amplamente reconhecidas<sup>23,24</sup>.

O desempenho das pessoas idosas nos papéis de cuidadoras e provedoras desvia a atenção das necessidades de cuidado que essas próprias pessoas têm enquanto adultas mais velhas. Em contextos nos quais a responsabilidade de cuidar e prover recai, respectivamente, sobre mulheres e homens, os desafios enfrentados pelas pessoas idosas no cumprimento de seu papel como cuidadoras também variam conforme o gênero. Apesar disso, a percepção acadêmica dominante é a de que os estudos sobre envelhecimento na África raramente consideram as “características específicas de homens e mulheres”<sup>22</sup>. No entanto, os estudos que levam o gênero em consideração como variável produziram resultados bastante consistentes.

Enquanto evidências de Angola sugerem que o gênero não afeta as previsões de satisfação com a vida na velhice quando estas são determinadas por modelos estruturais baseados, por exemplo, no paradigma do envelhecimento bem-sucedido<sup>25</sup>, estudos qualitativos de Cabo Verde mostram que as mulheres “vivenciam uma pior qualidade de vida em comparação aos homens”<sup>22</sup>. Isso ocorre porque a desvantagem na velhice é cumulativa — ou seja, resulta de uma série de desvantagens cujos efeitos se acumulam ao longo do curso da vida<sup>26</sup>. No contexto cabo-verdiano, “as mulheres continuam a acumular desvantagens ao longo da vida, como violência, discriminação, salários mais baixos que os dos homens, jornada dupla, baixa escolaridade, solidão decorrente da viuvez, maior risco de pobreza e maior dependência de recursos externos”<sup>22</sup>.

A desvantagem cumulativa baseada em gênero também está associada a um risco aumentado de exposição à violência na velhice. Na Guiné-Bissau, 76% dos casos de violência familiar contra pessoas idosas registrados por centros de emergência em 2011

---

**\*\*.** Taxa de dependência juvenil = (população de 0 a 14 anos ÷ população de 15 a 64 anos) × 100; Taxa de dependência de pessoas idosas = (população de 65 anos ou mais ÷ população de 15 a 64 anos) × 100; Taxa total de dependência = [(população de 0 a 14 anos + população de 65 anos ou mais) ÷ população de 15 a 64 anos] × 100.

“corresponderam a eventos nos quais as mulheres foram as mais afetadas”<sup>27</sup>. Casos de violência contra mulheres idosas também foram documentados em Moçambique, onde elas são “muitas vezes acusadas de feitiçaria e assassinadas”<sup>23</sup>.

Na literatura sobre envelhecimento na África que leva o gênero em consideração, as mulheres idosas aparecem de forma desproporcional em relação ao risco, à vulnerabilidade e à exposição à violência. No entanto, como mostrarei na próxima seção, os homens idosos são, em muitos aspectos, igualmente — se não mais — vulneráveis do que as mulheres idosas, embora por razões distintas. Dado que o gênero molda as trajetórias de vida das pessoas e determina seu acesso a recursos e oportunidades na velhice, compreender os desafios de saúde e sociais enfrentados pelas pessoas idosas da Guiné Equatorial requer uma compreensão geral do que significa envelhecer como homem e como mulher.

### *Homens*

Na Guiné Equatorial, a masculinidade é entendida em termos de recursos econômicos<sup>16</sup>. O acesso ao dinheiro está ligado à política por meio de empregos na administração pública; assim, como a hierarquia política é gerontocrática<sup>28</sup>, quanto mais velho o homem, maior a influência e os recursos que se espera que detenha. Esse ideal, que associa virilidade a poder econômico, impõe pressão crescente sobre os homens à medida que envelhecem.

Além do capital econômico, há o capital moral. Virtudes como sabedoria e conhecimento são tradicionalmente atribuídas aos homens, enquanto as mulheres são vistas como moral e intelectualmente “fracas”<sup>16</sup>. A autoridade moral de um homem idoso supostamente compensa sua perda de vigor físico, substituída pelo conhecimento oculto — um poder místico que lhe permitiria manter domínio sobre os outros.

Outra narrativa cultural amplamente difundida é a da suposta e indiscutível superioridade sexual dos homens — cuja “prova” seria a crença de que, ao contrário das mulheres, eles nunca deixam de ser férteis. Essa crença é reforçada pela poligínia, prática tradicional entre o grupo étnico majoritário, os Fang. A poligínia é entendida como o meio pelo qual os guineenses equatoriais, enquanto homens “bantos”, exercem seu “direito natural” de se casar com várias mulheres, cada uma mais jovem que a anterior. Considerando que a poligínia é associada a estilos de vida “tradicionais” vinculados a discursos identitários sobre o “bantuísmo” e a “africanidade”, acredita-se também que os homens polígínicos mais velhos, em virtude de seu orgulhoso pertencimento étnico e racial, sejam perpetuamente potentes sexualmente. As amantes ou esposas que um homem consegue manter economicamente



ao seu lado são vistas como recursos que ele acumula ao longo da vida — e que, na velhice, aumentam seu capital de gênero, isto é, sua masculinidade.

A ideia de que quanto mais velho é um homem, mais autoridade ele supostamente inspira — e maior acesso se espera que ele tenha a todos os tipos de capital — contrasta fortemente com realidades de fragilidade, problemas de saúde, despossessão material e marginalização social que caracterizam a vida de muitos homens idosos da Guiné Equatorial. Muitos deles estão permanentemente desempregados ou inativos — não possuem emprego no setor formal nem no informal, mas também não estão procurando ativamente por um<sup>13</sup>.

Como a masculinidade é concebida em termos de recursos econômicos, os homens que não têm meios de subsistência são comumente vistos como “inúteis” (*inútiles*)<sup>16</sup>. A inutilidade dos homens economicamente impotentes é agravada por sua inutilidade dentro de casa. Homens guineenses equatoriais, independentemente da idade, raramente deixam de se sentir no direito de ter suas necessidades mais básicas atendidas por mulheres — sejam elas mães, esposas, irmãs, filhas, tias, primas, sobrinhas, netas ou noras.

A imagem do velho sábio e venerado — superior a todos em suas virtudes, bem como em suas capacidades intelectuais, morais e ocultas — também é profundamente ambígua. Nos relatos das mulheres idosas com as quais trabalhei, os homens mais velhos aparecem, na verdade, como o próprio símbolo da imoralidade. Isso é especialmente verdadeiro em relação àqueles a quem as pessoas se referem como \*viejos okukut\*: homens “inúteis” cujos defeitos morais masculinos — inveja, ganância, luxúria, frustração, miséria, arrogância, ignorância e um senso desmedido de direito — só se agravaram com a idade. Os capitais ocultos que se supõe que os homens idosos possuam tornam esse retrato ainda mais sombrio. Os velhos são constantemente acusados de serem pessoas gananciosas, sugadoras de vida, que “se alimentam” da força de seus descendentes. Quando uma criança adoece, o principal suspeito tende a ser o avô, que é então acusado de feitiçaria. Superstições etaristas desse tipo permitem que as pessoas justifiquem o abandono de pessoas idosas aos quais não querem — ou não podem — oferecer cuidados. No momento, não há estatísticas sobre esse tema. A experiência de campo, entretanto, sugere que a maioria das pessoas idosas em situação de abandono são homens.

Também por causa da poliginia, os homens mais velhos são rotineiramente alvo de estereótipos negativos. A possibilidade de se casarem com novas esposas torna socialmente aceitável que homens idosos se envolvam em sexo transacional com mulheres mais jovens.

O sexo transacional difere da prostituição no sentido de que, ao contrário desta, ele é socialmente sancionado — muitas vezes, está inserido em costumes ou instituições

sociais, ocorre em paralelo a outros tipos de redes clientelistas e/ou constitui um componente estruturante das relações de gênero dentro da cultura sexual-afetiva dominante. Devido à frequência com que se relatam casos de homens idosos envolvidos em sexo transacional com mulheres jovens, essas relações fazem com que eles sejam vistos como altamente promíscuos. Como as mulheres que esses homens procuram são, com frequência, adolescentes de origem social desfavorecida, eles passam a ser acusados de pedofilia.

Os homens mais velhos também são percebidos como vetores de IST, transmitindo-as de forma irresponsável tanto às esposas que têm em casa quanto às adolescentes com quem mantêm relações — jovens que, por sua vez, as transmitem a rapazes de sua própria idade.

Com relação ao sexo transacional e à transmissão das IST, os jovens do sexo masculino tendem a demonstrar atitude de completo desprezo pelos homens mais velhos. Essa atitude contrasta fortemente com a imagem romantizada do ancião africano como figura de autoridade moral e sabedoria — uma imagem que muitos jovens guineenses equatoriais ainda defendem verbalmente, especialmente em contextos ou interações nos quais discursos sobre sua “africanidade” ou orgulho africano se tornam mais evidentes.

### *Mulheres*

Na Guiné Equatorial, ser mulher é definido pela sexualidade reprodutiva<sup>16</sup>. Isso tem duas consequências principais, que passamos a detalhar. Por um lado, a menarca marca a disponibilidade sexual. A menina que menstrua é vista como mulher pronta para ser conquistada por um homem com recursos. Esse entendimento legitima o assédio e a exploração sexual de adolescentes por homens mais velhos, frequentemente com consentimento familiar. Embora um número crescente de pessoas tenha começado a denunciar abertamente esse tipo de comportamento como pedofilia, a prática continua amplamente difundida e é vista como normal.

A conceituação da feminilidade em termos de sexualidade reprodutiva resulta, por outro lado, na neutralização discursiva e social das mulheres pós-menopáusicas. Como a menopausa é biologia — e a biologia é natureza —, as pessoas consideram a suposta neutralização sexual das mulheres mais velhas como indicativa da “inferioridade natural” destas em relação aos homens. Privadas de sua feminilidade, as mulheres pós-menopáusicas são vistas como parceiras sexuais inadequadas — e os maridos ou companheiros dessas mulheres voltam então sua atenção para meninas adolescentes. Cansadas de se sentirem desrespeitadas, muitas mulheres mais velhas tendem a se afastar de seus companheiros. Essa situação deixa muitas delas sem apoio econômico, forçando-as a

ingressar na economia informal. Durante o trabalho de campo realizado em 2018, em Malabo, ser uma mulher mais velha solteira ou divorciada era praticamente sinônimo de ser vendedora ambulante ou de mercado. Contudo, na era do “desenvolvimento sem precedentes” (*desarrollo sin precedentes*) da Guiné Equatorial, as vendedoras idosas são associadas a estereótipos negativos, como sujeira, ignorância e atraso. Consequentemente, essas mulheres mais velhas são rotineiramente submetidas a humilhação, assédio, invisibilização e despersonalização nas ruas.

Como a feminilidade é sinônimo de reprodução, ela também está intrinsecamente ligada à maternidade. O discurso nacional sobre gênero romantiza a maternidade como um ato perpétuo de autossacrifício. Os equato-guineense, assim como outros povos em países predominantemente católicos, consideram que o dever principal de todas as mães é sacrificar-se pelo bem-estar de seus filhos. Ao considerar as mulheres como dotadas do “dom” (*el don*) da maternidade eterna, tanto a população quanto o Estado esperam que as mulheres equato-guineense em geral — e as mulheres mais velhas em particular — sejam fontes inesgotáveis de cuidado e sustento para os outros.

“Cuidar dos outros” significa principalmente duas coisas: cuidar e prover. Assim como em outros países que também carecem de sistemas formais de bem-estar social, na Guiné Equatorial, os desafios relacionados à oferta de cuidados de longo prazo para outras pessoas idosas, entes queridos com deficiência e familiares dependentes tendem a recair sobre as mulheres mais velhas<sup>31,32</sup>. Cumprir aquilo que os familiares apresentam a essas mulheres como seu “dever” (*deber*) costumeiro de se tornarem cuidadoras, no entanto, é uma tarefa difícil. Um número significativo de mulheres idosas não pode se dedicar integralmente ao cuidado em tempo integral em casa, pois muitas vezes são também as únicas provedoras da família e precisam priorizar a geração de renda<sup>16</sup>.

Certamente, as expectativas tradicionais de cuidado não isentam as mulheres idosas equato-guineense da expectativa de que também devem ser provedoras bem-sucedidas. Essa expectativa está enraizada no discurso nacional sobre gênero, pois se alimenta de três fontes principais: 1) compreensões “tradicionais” da Mulher (*la Mujer*) como força de trabalho pertencente, primeiro, à sua família e, depois, ao clã de seu marido; 2) concepções nacional-católicas franquistas que associam a diligência e a competência econômica feminina a um bem para o marido, a família e a nação; e 3) interpretações masculinas locais de discursos mais modernos sobre igualdade de gênero, segundo as quais, se uma mulher deseja reivindicar direitos iguais aos dos homens, ela precisa primeiro desempenhar não apenas os papéis específicos de seu gênero, mas também os papéis de seu marido em casa — sendo o principal deles o de provedora responsável<sup>16</sup>.

Embora trabalhar fora de casa não altere as expectativas das outras pessoas em relação aos papéis tradicionais de cuidado atribuídos às mulheres, o dinheiro oferece às mulheres idosas alguma margem de negociação. Mulheres idosas economicamente independentes conseguem optar por oferecer apoio financeiro em vez de exercer o cuidado direto. No entanto, ao passar do cuidado prático para a ajuda econômica, a natureza da dependência em que as mulheres idosas da Guiné Equatorial normalmente se encontram envolvidas apenas se transforma. Durante o trabalho de campo realizado em 2018, todas as mulheres idosas com quem trabalhei estavam, em diferentes graus, sustentando economicamente familiares que não conseguiam se autossustentar — filhos adultos desempregados, netos, crianças sob tutela, parentes com deficiência e outras pessoas idosas.

Ao contrário das suposições há muito sustentadas sobre o empoderamento das mulheres por meio de sua independência econômica, o acesso ao dinheiro tornou as mulheres idosas da Guiné Equatorial mais vulneráveis, pois intensificou as exigências de suas famílias para que assumissem ainda mais responsabilidades. Embora essas exigências pudessem ser legítimas, elas colidiam com as vulnerabilidades — pobreza, condições de vida precárias e a própria deterioração da saúde — que essas mulheres enfrentavam na velhice. As mulheres com quem trabalhei faziam o possível para encontrar um equilíbrio, mas isso era difícil. Também era moral e emocionalmente desgastante, pois as famílias raramente reconheciam seus esforços. A narrativa cultural da maternidade abnegada influenciava a percepção que as pessoas — especialmente homens e jovens — tinham sobre as mulheres idosas e o trabalho que elas realizavam. Ver esse trabalho apenas como o cumprimento de “deveres” maternos e/ou de avó impactava negativamente a quantidade e a qualidade do apoio que os familiares estavam dispostos a oferecer a essas mulheres idosas<sup>33</sup>.

Condenadas a encarnar um *ethos* perpétuo de autossacrifício, as mulheres idosas da Guiné Equatorial tendem a perceber as pessoas ao seu redor como pouco dispostas a retribuir e frequentemente sentem que seus familiares se aproveitam delas. Para preservar o senso de autoestima e respeito próprio, muitas dessas mulheres tentam se afastar de relações familiares que consideram injustas ou opressivas. No entanto, ao fazê-lo, acabam apenas agravando os conflitos<sup>23</sup>. Recusar ativamente cumprir as expectativas de seus familiares resulta em um aumento dos sentimentos de isolamento e solidão entre as mulheres, além de provocar tensões intergeracionais perturbadoras<sup>33</sup>. Muitas dessas tensões têm, em última instância, sua origem no fato de que os mais jovens ressentem-se da autoridade das mulheres idosas — especialmente quando elas são as únicas provedoras da família. Essa autoridade, por um lado, entra em conflito com a po-

sição amplamente percebida de vulnerabilidade dessas mulheres, vistas como “fracas” devido à idade avançada e à baixa condição socioeconômica; por outro lado, contradiz a ordem de gênero “tradicional”, que atribui a autoridade do lar a um homem — seja ele marido ou filho.

#### 4. (DES)ASSISTÊNCIA ATUAL

Apesar de, nos últimos anos, o governo ter mostrado certo empenho na defesa dos direitos das mulheres<sup>34</sup>, a Guiné Equatorial ainda não possui uma legislação específica voltada ao bem-estar das pessoas idosas. Em 2025, o país permanece entre os poucos no mundo sem um programa nacional de assistência social. Com apenas 0,1% do PIB destinado à área, o gasto público em assistência é um dos mais baixos do planeta<sup>35</sup>, o que torna o país uma exceção em um contexto de aumento global desses investimentos.

Desde 2014, organizações internacionais — especialmente o Unicef — vêm pressionando o governo a desenvolver políticas de proteção social<sup>36</sup>. Um projeto de Lei de Proteção Social, incluindo benefícios não contributivos para famílias sem renda, pessoas com deficiência e pessoas idosas<sup>38</sup>, foi aprovado em abril de 2023 por uma comissão parlamentar, aguardando votação final no plenário. Contudo, até outubro de 2025, a lei ainda não havia sido aprovada, sem previsão de implementação.

Com o projeto de Lei de Proteção Social em um limbo legislativo, as políticas relacionadas ao bem-estar e à proteção das pessoas idosas continuam limitadas à Lei de Segurança Social de 1984 (Ley de Seguridad Social, Decreto nº 104/1984, de 10 de março; alterada em 1990). Conforme estabelecido por essa lei, a segurança social é contributiva, baseada nos rendimentos mensais, e cobre apenas os trabalhadores do setor formal e suas famílias. O número de pessoas que se beneficiam desse sistema, portanto, é bastante limitado. A cobertura da seguridade social é baixa (17,2%)<sup>35</sup>, uma vez que a maior parte da força de trabalho na Guiné Equatorial permanece no setor informal — estima-se que 83% da população economicamente ativa exerça atividades informais<sup>13</sup>.

A maioria das pessoas idosas não recebe pensão, mas também não possui uma fonte de renda estável. Um número significativo de mulheres idosas sobrevive por meio de atividades como trabalhos agrícolas independentes, pequenos empreendimentos comerciais e venda ambulante. Não há dados disponíveis sobre as atividades comerciais ou outras possíveis fontes de renda entre os homens idosos.

Dada a ausência de políticas de proteção social, as pessoas idosas são obrigadas a depender de suas famílias e comunidades para obter ajuda e apoio econômico. Essa dependência forçada, como mostrado em seções anteriores, é pouco sustentável. A pressão adicional sobre relações familiares já fragilizadas é agravada pelos tipos de problemas de

saúde que afetam as pessoas idosas equato-guineenses, bem como pelas necessidades médicas que esses problemas acarretam. Embora doenças como malária e febre tifoide sejam prevalentes em todo o espectro demográfico, a hipertensão arterial e as doenças reumáticas apresentam maior incidência com o avanço da idade, sendo o grupo mais afetado o da população com 65 anos ou mais (7,7% e 4,1% da população com problemas de saúde respectivamente)<sup>41</sup>. Representantes de organizações internacionais acreditam que as pessoas idosas também podem ser particularmente vulneráveis à tuberculose, pois, muitas vezes, não recebem diagnóstico<sup>39</sup>. Não há dados recentes sobre as causas mais comuns de morte nesse grupo etário. Dados mais antigos, contudo, indicam que, entre pessoas com 60 anos ou mais, as causas de morte mais frequentes eram não especificadas (21%), sepse generalizada (17%), doenças cerebrovasculares (14%) e HIV/aids (10%)<sup>40</sup>. A ausência de autópsias na Guiné Equatorial dificulta determinar com precisão as causas de morte.

Não há dados disponíveis sobre o número de equato-guineenses que procuram atendimento médico. Há, contudo, informações sobre os motivos pelos quais eles optam por não o fazer. De um total de 207.699 chefes de família entrevistados entre 2019 e 2024 — durante a pandemia da covid-19 —, 35,2% afirmaram que normalmente não buscavam ajuda médica porque se automedicavam; 29,6% disseram que não o faziam por falta de dinheiro; 18,2% consideraram que a atenção médica era desnecessária; e 14,2% mencionaram que já estavam realizando algum tipo de tratamento. Embora a opção pela automedicação e a ideia de que recorrer a profissionais de saúde é desnecessário revelem atitudes amplamente difundidas em relação à saúde e ao sistema nacional de saúde, o fato de muitas pessoas deixarem de buscar atendimento médico por falta de recursos merece atenção especial. Procurar atendimento médico pode ser, para muitos, uma experiência financeiramente devastadora. Com um consumo médio de US\$ 8,2 por pessoa por dia (PPP 2017), estima-se que 55,3% de todos os equato-guineenses vivam em situação de pobreza<sup>41</sup>.

Apesar de decretos presidenciais em vigor há décadas garantirem o direito de todos os equato-guineenses a receber atendimento médico sempre que necessário (Decreto nº 97/1987, de 18 de agosto, que regula a Assistência Médico-Farmacêutica e Hospitalar em todos os Hospitais e Centros de Saúde Oficiais do Território Nacional), são numerosos os casos de hospitais públicos que se recusam a tratar pacientes em situação de emergência que não podem pagar antecipadamente<sup>41</sup>. Também são frequentes os casos de hospitais supostamente públicos que se negam a liberar os corpos de pessoas falecidas a seus familiares antes que estes quitem integralmente as contas hospitalares, que chegam a valores de milhões de francos CFA<sup>42</sup>. Casos como esses provocam indignação

pública e têm um impacto profundo nas atitudes da população em relação ao sistema de saúde, além de afetarem a forma como as pessoas se relacionam com a própria doença. Economicamente vulneráveis e cronicamente afetados por malária e febre tifoide, muitos equato-guineenses normalizaram o fato de estarem doentes e tendem a minimizar os efeitos dessas enfermidades. Um exemplo revelador desse fenômeno é o modo como as pessoas se referem à combinação de malária e febre tifoide como “a gripe nacional” — uma condição “autóctone” imaginada, que os moradores, cansados ou incapazes de arcar com o tratamento médico, preferem aliviar por meios tradicionais, como o contrití, em Pichi (do inglês *country tea*; em Fang, *osang*; em Bubi, *bokoó*), uma infusão de capim-limão (*Cymbopogon citratus*) usada tradicionalmente para reduzir febres e prevenir a malária.

Ainda que a falta de dinheiro seja uma razão importante pela qual as pessoas não procuram atendimento médico, um sistema de saúde pouco desenvolvido também dificulta o acesso dos equato-guineenses a serviços médicos adequados. Fontes nacionais indicam que, em 2023, de um total de 140 estabelecimentos de saúde pertencentes e administrados pelo Ministério da Saúde em todo o país (28 hospitais, 94 clínicas e 18 laboratórios, depósitos de vacinas e/ou centros de transfusão de sangue), apenas 75 estavam plenamente operacionais (21 hospitais, 48 clínicas e 6 laboratórios, depósitos de vacinas e/ou centros de transfusão de sangue)<sup>13</sup>. Estimava-se que 2.431 profissionais de saúde trabalhavam nesses estabelecimentos, sendo um número não divulgado de estrangeiros<sup>43</sup>. A experiência de campo sugere que o setor da saúde é altamente dependente de mão de obra cubana e israelita. Médicos cubanos chegam ao país por meio de acordos de cooperação firmados há décadas para trabalhar em hospitais públicos e clínicas locais<sup>44,45</sup>, enquanto administradores e profissionais de saúde israelitas têm atuado nas filiais de Malabo e Bata do Centro Médico La Paz, o maior e presumivelmente mais moderno hospital do país<sup>46</sup>.

Os serviços de saúde voltados às necessidades da população idosa continuam inexistentes. Há dados sobre a situação de vulnerabilidade em que um número crescente de pessoas idosas se encontra, disponíveis em inquéritos aos quais as autoridades governamentais tiveram acesso pelo menos desde 2010<sup>47</sup>. No entanto, apenas no início de 2018, as autoridades reconheceram publicamente as pessoas idosas, em conjunto com as mulheres, as crianças e as pessoas com deficiência, como um “grupo especialmente vulnerável” no contexto da saúde mental e quanto à sua aparente necessidade de serviços nessa área<sup>48</sup>. Embora esse reconhecimento tenha sido problemático, foi também oportuno. Até 2018, existia apenas um lar de pessoas idosas em funcionamento em todo o país. O lar, Asilo de Ancianos Hermanos Misioneros, localizado em Ngolo, na cidade de Bata, era uma iniciativa de beneficência pública iniciada em 1998 pelo padre católico



Luis Nguema Ela Oyana. O lar dispunha de um total de 11 camas, das quais apenas 7 estavam ocupadas devido à falta de financiamento<sup>16</sup>.

Incapaz de obter financiamento dos setores público ou privado, o lar de pessoas idosas do Padre Luis foi forçado a encerrar as suas atividades em 2020. Em outubro de 2025, pelo menos três novos lares haviam sido criados no país — um em Malabo e dois em Bata. Dois desses lares pertencem ou são administrados por destacadas mulheres membros do partido governante, o Partido Democrático da Guiné Equatorial (PDGE). Pelo menos um desses lares é descrito como um “negócio humanitário” — obtém lucros a partir das mensalidades pagas pelas famílias, mas os custos tendem a ser reduzidos graças às doações em dinheiro e em bens recebidas das seções de juventude e de mulheres do PDGE, de repartições governamentais e do Senado<sup>49</sup>.

## 5. DESAFIOS INTRANSPONÍVEIS

Com uma projeção de aumento populacional de 70% até 2050, estima-se que a proporção de equato-guineenses com mais de 60 anos cresça de 5,9% para 9,7%<sup>12</sup>. Essa tendência acompanha o envelhecimento global e impõe ao país desafios semelhantes aos enfrentados por outras nações em desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à formulação de políticas e à oferta de cuidados às pessoas idosas<sup>50,51</sup>.

No contexto africano, o Protocolo de 2016 da União Africana sobre os Direitos das Pessoas Idosas é o instrumento mais recente voltado à promoção de políticas públicas nessa área. Em vigor desde novembro de 2024, o Protocolo obriga os governos a garantir direitos fundamentais às pessoas idosas: vida digna, não discriminação, acesso ao trabalho, pensões e cuidados de longo prazo. Até setembro de 2025, quinze Estados-Membros o haviam ratificado, incluindo três Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop): Angola, Benim, Burundi, Camarões, Etiópia, Quênia, Lesoto, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, República Saaraui, São Tomé e Príncipe e Togo.

O Protocolo contém disposições inovadoras sobre gênero e práticas tradicionais nocivas<sup>52</sup>. As múltiplas formas de violência que emergem de narrativas aparentemente benevolentes são mais difíceis de avaliar. Narrativas supostamente benevolentes sobre a velhice, os homens idosos e as mulheres idosas são difíceis de examinar de forma crítica, pois estão frequentemente incorporadas em discursos identitários mais amplos. No entanto, uma análise crítica dos efeitos que essas narrativas benevolentes exercem sobre a vida das pessoas idosas é um passo fundamental para compreender as causas subjacentes dos desafios enfrentados por essa população, tanto na Guiné Equatorial como em todo o Sul Global, marcado pela presença de sociedades ditas “tradicionais”.



Na Guiné Equatorial, as ideias normativas sobre o que significa ser homem ou mulher, bem como as condições que essas ideias geram ao longo do curso da vida, produzem diferenças importantes nos tipos de desafios que homens e mulheres idosos enfrentam ao tentar obter, em suas famílias e comunidades, alguma forma de proteção social. As representações locais de gênero e os estilos de vida a elas associados determinam, em última instância, as possibilidades que homens e mulheres idosos têm de acessar os recursos de que necessitam para garantir o próprio bem-estar, como indivíduos, diante da ausência de políticas específicas voltadas à saúde e à proteção das pessoas idosas no país.

Os diferentes tipos de vulnerabilidade que afetam atualmente homens e mulheres idosos equato-guineenses indicam que a futura legislação destinada a assegurar o bem-estar dessa população precisa levar em conta a variável de gênero. Uma abordagem produtiva deve concentrar-se em criar mecanismos capazes de reduzir as desigualdades e as formas de desvantagem que se acumulam ao longo da vida. As perspectivas sensíveis ao gênero e de desvantagem cumulativa estão entre as disposições previstas no Protocolo de 2016 da União Africana à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Pessoas Idosas. A Guiné Equatorial, no entanto, ainda não ratificou esse instrumento jurídico.

No passado, os marcos políticos regionais voltados a promover o bem-estar das pessoas idosas falharam, presumivelmente, devido à ênfase desproporcional que deram às redes informais de apoio. Ao enfocarem a “família africana”, tais marcos políticos transferiram a responsabilidade do Estado para o âmbito doméstico. Na Guiné Equatorial, a disposição das pessoas em acreditar na solidariedade pressuposta por esse tropo identitário é alimentada por sentimentos nacionalistas. As narrativas sobre a vida familiar, baseadas em ideais afro-tradicionistas que sustentam a noção vaga de *la tradición*, continuam a inspirar a imaginação nacional ao reforçarem a autoimagem positiva da sociedade<sup>16</sup>. No entanto, ao fazerem isso, essas narrativas positivas também continuam a mascarar as realidades materiais e econômicas que tornam difícil — e, em muitos casos, francamente impossível — que as famílias ofereçam os tipos de cuidado e apoio que delas se espera em relação às pessoas idosas.

Mesmo que as atitudes dos funcionários do governo em relação ao bem-estar das pessoas idosas tenham mudado desde 2018, ainda há muito por fazer. Dois anos e meio após a sua revisão bem-sucedida pelo comitê parlamentar competente, o projeto de Lei de Proteção Social ainda não foi aprovado. Em março de 2023, as autoridades anunciaram o planejamento de um Seguro Médico Universal, cujo objetivo seria “garantir que todos os cidadãos equato-guineenses possam acessar serviços médicos sem qualquer tipo de

discriminação, assegurando cobertura para contingências como doenças, maternidade, paternidade, riscos ocupacionais, desemprego, velhice, deficiência e morte”<sup>55</sup>. Esse instrumento estava previsto para ser implementado até o final de 2025. No entanto, até o fim de outubro, é provável que esse prazo não seja cumprido<sup>56</sup>.

Enquanto isso, à mercê de uma lei de segurança social desatualizada, as pessoas idosas equato-guineenses continuam sem proteção social e sem acesso equitativo a serviços de saúde. Mesmo para aqueles que podem pagar, é inviável obter o tipo de atenção médica de que necessitam. Serviços comumente disponíveis para pessoas idosas, como geriatria, neurologia, ortopedia, reabilitação e cuidados paliativos, continuam inexistentes.

## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Condições sanitárias deficientes e altas taxas de morbidade, combinadas com um sistema de saúde subdesenvolvido, criam um ambiente no qual os equato-guineenses têm grande dificuldade em prosperar. As pessoas idosas também enfrentam esses problemas, mas suas possibilidades de lidar com eles são ainda mais comprometidas por desafios de natureza diferente. Ideias normativas sobre o que significa ser homem ou mulher geram formas de desvantagem específicas de gênero que se acumulam ao longo da vida. Enquanto as mulheres idosas enfrentam sobrecarga de funções e certas formas de exploração do trabalho doméstico, os homens idosos são frequentemente vistos como “inúteis” e se encontram perpetuamente em risco de negligência e abandono.

A situação precária determinada pelo gênero em que homens e mulheres idosas equato-guineenses se encontram em casa determina, em última análise, suas possibilidades de obter os recursos de que necessitam para garantir o próprio bem-estar, como indivíduos, diante da ausência de políticas dedicadas à saúde e à proteção social das pessoas idosas no país. Nesse sentido, suas perspectivas são sombrias. As pessoas equato-guineenses idosas sofrem perda de *status* e marginalização, não devido à “modernização” ou a uma muito lamentada “perda dos valores tradicionais da família africana”, mas devido a narrativas identitárias e discursos nacionalistas que, ao exaltar a suposta posição privilegiada das pessoas idosas nas culturas africanas, tornam invisíveis as formas rotineiras de violência a que estão sujeitos. Preconceitos etários baseados tanto em crenças “tradicionais” quanto em normas de gênero são frequentemente invocados para justificar a injustiça social. Em casa, homens e mulheres idosos sofrem com solidão, conflitos intergeracionais e violência moral. Nas ruas, estão sujeitos a estereótipos negativos, humilhação e despersonalização.

Aliviar essa situação exigiria que os formuladores de políticas e a sociedade adquirissem uma compreensão realista da violência familiar. Essa compreensão deveria

ser informada por experiências provenientes de outros contextos africanos<sup>23</sup>. Dados da Guiné-Bissau, por exemplo, mostram que um gatilho importante da violência doméstica dirigida a pessoas idosas são as relações de dependência inevitáveis dessas sobre familiares economicamente sobrecarregados<sup>27</sup>. Para prevenir a violência familiar contra pessoas idosas, é necessário reduzir a dependência forçada dessas pessoas em relação às suas famílias — suas necessidades devem ser atendidas por meio de mecanismos formais de proteção social.

A implementação efetiva de mecanismos de proteção social apresenta seus próprios desafios. Embora infraestruturas padrão, como um registro nacional, com seu *website* e aplicativo, tenham sido desenvolvidas e utilizadas na Guiné Equatorial durante a pandemia da covid-19, essas ferramentas não foram ampliadas e ainda não estão interconectadas com qualquer outro sistema governamental<sup>35</sup>. Para melhorar suas políticas de proteção social e expandir a rede nacional de saúde, a Guiné Equatorial se beneficiaria de parcerias com outros Estados-Membros da CPLP que enfrentam desafios semelhantes, mas que já deram passos significativos para superá-los. Cabo Verde, com seus abrangentes marcos de políticas sobre os direitos das pessoas idosas na interseção entre proteção social e saúde, poderia ser um parceiro adequado. Assim como na Guiné Equatorial, hospitais regionais e centrais em Cabo Verde ainda carecem de unidades de geriatria e cuidados paliativos<sup>22</sup>, mas suas clínicas e centros de saúde atendem parte das necessidades da população idosa. Fazem isso ao melhorar as condições de acesso aos serviços nacionais de saúde, adequar espaços específicos para cuidados, acompanhar casos individuais e implementar atividades destinadas a promover e/ou melhorar a independência das pessoas idosas<sup>22</sup>.

Certamente, parcerias produtivas entre a Guiné Equatorial e Cabo Verde — ou qualquer outro Estado-Membro da CPLP — exigiriam que as autoridades equato-guineenses tivessem a convicção de que a proteção social é uma prioridade. Infelizmente, como em outros países de baixa e média-baixa renda<sup>52</sup>, a Guiné Equatorial ainda não priorizou gastos em proteção social em relação a outras políticas, notadamente militares. No entanto, como Estado-Membro que subscreveu a Agenda 2063 da União Africana, a Guiné Equatorial é chamada a elevar seus gastos em proteção social dos atuais 0,1% para 5% do PIB até 2063<sup>58</sup>. A origem dos fundos para esse aumento significativo ainda é discutível.

Um dos argumentos mais comuns dos legisladores equato-guineenses ao discutir a ideia de formas não contributivas de proteção social é o fato de que o país apenas começou a reforçar suas políticas de tributação<sup>59</sup>, assim como os mecanismos de fiscalização dessas políticas<sup>60</sup>. Ainda que sistemas de arrecadação e níveis de impostos aprimorados promovam gastos em proteção social, uma opção dentro do orçamento seria

redirecionar fundos atualmente destinados a subsídios de energia e agricultura. Dados recentes indicam que os governos de países em desenvolvimento tendem a gastar mais em subsídios de energia e agrícolas do que em proteção social<sup>61</sup>. No entanto, os gastos com subsídios são muito mais regressivos e geradores de desigualdade do que os gastos em proteção social<sup>57</sup>.

Como os gastos com subsídios são frequentemente percebidos como uma estratégia para atender a grupos de interesse local<sup>61</sup>, redirecionar recursos de subsídios para a proteção social não apenas garantiria financiamento para formas não contributivas de proteção social dentro do orçamento como também promoveria uma reconfiguração positiva do “contrato social” entre o povo e o Estado. A percepção atual dos equato-guineenses sobre o Estado é a de um patrono do qual eles têm o direito de “comer” — isto é, roubar, tirar vantagem — o máximo que puderem, porque, na visão deles, o Estado também extorque do povo o que precisa, nomeadamente conformidade ideológica, colaboração ativa e manifestações públicas de apoio político. Na prática cotidiana, esse “contrato social” se realiza por meio de relações clientelistas conduzidas pelos partidos. Promover o tipo de responsabilidade civil necessário para uma arrecadação fiscal efetiva exigiria a redução dos tipos de dependência econômica e sentimento de direito moral que essas relações clientelistas fomentam. Só depois que esse tipo de dependência for reduzido, será viável e sustentável, em longo prazo, a implementação de formas não contributivas de proteção social financiadas por impostos.

Enquanto isso, existem medidas mais imediatas que as autoridades podem adotar para iniciar esse processo. Reduzir a dependência das relações clientelistas no setor de saúde, assim como o peso econômico que leva as famílias a recorrer a essas relações, exigiria o fortalecimento dos direitos e da independência econômica das pessoas idosas. Nesse sentido, as recomendações são simples: aprovar o projeto de Lei de Proteção Social e expandir a infraestrutura padrão para sua efetiva implementação são dois passos urgentes para garantir a saúde e o bem-estar das pessoas idosas equato-guineenses.

## Referências

1. Guinea Ecuatorial. Guinea Ecuatorial asiste a la Reunión Técnica de Puntos Focales de la CPLP. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2019 maio 23 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea\\_ecuatorial\\_asiste\\_a\\_la\\_reunion\\_tecnica\\_de\\_puntos\\_focales\\_de\\_la\\_cplp](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea_ecuatorial_asiste_a_la_reunion_tecnica_de_puntos_focales_de_la_cplp)
2. Guinea Ecuatorial. Audiencia del Embajador en Mozambique con el Director del Centro de Análisis Estratégico CAE/CPLP. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2020 set 24 [cited 2025 Sep 26]; Noticias África. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/audiencia\\_del\\_embajador\\_en\\_mozambique\\_con\\_el\\_director\\_del\\_centro\\_de\\_analisis\\_estrategico\\_caecplp](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/audiencia_del_embajador_en_mozambique_con_el_director_del_centro_de_analisis_estrategico_caecplp)
3. Guinea Ecuatorial. El sector privado nacional alcanza intercambios comerciales en la Conferencia Empresarial de CPLP. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2021 maio 7 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/el\\_sector\\_privado\\_nacional\\_alcanza\\_intercambios\\_comerciales\\_en\\_la\\_conferencia\\_empresarial\\_de\\_cplp](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/el_sector_privado_nacional_alcanza_intercambios_comerciales_en_la_conferencia_empresarial_de_cplp)
4. Guinea Ecuatorial. Guinea Ecuatorial en el Evento Global sobre los Informes de los Tratados de Derechos Humanos. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2023 jul 7 [cited 2025 Sep 26]; Noticias África. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea\\_ecuatorial\\_en\\_el\\_evento\\_global\\_sobre\\_los\\_informes\\_de\\_los\\_tratados\\_de\\_derechos\\_humanos](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea_ecuatorial_en_el_evento_global_sobre_los_informes_de_los_tratados_de_derechos_humanos)
5. Guinea Ecuatorial. Informes de las delegaciones asistentes a la reunión de la Red de Mujeres Parlamentarias de la CPLP. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2025 maio 6 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/informes\\_de\\_las\\_delegaciones\\_asistentes\\_a\\_la\\_reunion\\_de\\_la\\_red\\_de\\_mujeres\\_parlamentarias\\_de\\_la\\_cplp](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/informes_de_las_delegaciones_asistentes_a_la_reunion_de_la_red_de_mujeres_parlamentarias_de_la_cplp)
6. Sundiata I. The Structure of Terror in a Small State. In: Cohen R, editor. African Islands and Enclaves. Beverly Hills: Sage Publications; 1983. p. 93-113.
7. Ocha'a Mve C. Guinea Ecuatorial, Polémica y realidad. [unknown place]: Ediciones Guinea; 1985. p. 38-40.
8. Amnesty International. Equatorial Guinea: 'Cleaning Operation' tramples on human rights, not crime. Amnesty International [Internet]. 2022 ago 18 [cited 2025 Sep 26]; News. Available from: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2022/08/equatorial-guinea-cleaning-operation-tramples-on-human-rights-not-crime/>

9. Human Rights Watch. How Equatorial Guinea Turned Corruption into an Art Form. Human Rights Watch [Internet]. 2017 jun 15 [cited 2025 Sep 26]; Interview. Available from: <https://www.hrw.org/news/2017/06/15/how-equatorial-guinea-turned-corruption-art-form>
10. Doumbia D, Utz RJ, Katindi CBM, Rafaty RM, Srivastav S. Equatorial Guinea Economic Update 2025: Managing Equatorial Guinea's Wealth for Sustainable Growth and Development [Internet]. Washington, D.C.: World Bank Group; 2025 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099071725101024529>
11. Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial; Grupo del Banco Mundial. II Encuesta Nacional de Hogares de Guinea Ecuatorial; Informe de Resultados Definitivos [Internet]. Malabo: Inege; 2024 dez 18 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://inege.org/wp-content/uploads/2024/12/Informe-Definitivo-de-la-ENH2.pdf>
12. World Health Organization. Equatorial Guinea: Health data overview for the Republic of Equatorial Guinea [Internet]. WHO Data. 2025 [cited 2025 Sep 26]; All Countries. Available from: <https://data.who.int/countries/226>
13. Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial. Anuario Estadístico de Guinea Ecuatorial 2024 [Internet]. Malabo: Inege; 2024 nov 8 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://inege.org/wp-content/uploads/2024/11/ANUARIO-ESTADISTICO-DE-GUINEA-ECUATORIAL-2024.pdf>
14. Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial. Informe de Hechos Vitales 2024 [Internet]. 2ª ed. Malabo: Inege; 2025 set [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://inege.org/wp-content/uploads/2025/09/HECHOS-VITALES-2024.pdf>
15. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Equatorial Guinea. CIA [Internet]. 2025 set 17 [cited 2025 Sep 26]; Explore All Countries. Available from : <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/equatorial-guinea/>
16. Caballero A. Shortchanged; Elderly Women Street Vendors in Malabo, Equatorial Guinea [thesis on the Internet]. Uppsala: Uppsala University; 2023 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1733278/FULLTEXT01.pdf>
17. Nsé Angüe A. La familia fang: Ventajas e inconvenientes para el desarrollo y la construcción de una sociedad democrática. In: Aranzadi J, Moreno P, editores. Perspectivas Antropológicas sobre Guinea Ecuatorial. Madrid: UNED; 2010. p. 217-242
18. Eteo Soriso J. F. Los ritos de paso entre los bubi [thesis]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.

19. Apt NA. Care of the elderly in Ghana: An emerging issue. *J Cross Cult Gerontol.* 1993;8(4):301-39. DOI: [10.1007/bf00972559](https://doi.org/10.1007/bf00972559).
20. Cattell M. Ubuntu, African elderly and the African family crisis. *S Afr J Gerontol.* 1997;6(2):37-39. DOI: [10.21504/sajg.v6i2.119](https://doi.org/10.21504/sajg.v6i2.119)
21. Fonchingong CC. *Growing Old in Cameroon: Gender, vulnerability, and social capital.* Lanham [MD]: University Press of America; 2013.
22. Regateiro FJ, Correia e Silva A, Brehm AM, Reis DD, Semedo DS, Pereira E, et al. Aging in Africa, challenges and opportunities – the particular case of Cabo Verde. In: Oliveira PJ, Malva JO, editores. *Aging; From Fundamental Biology to Societal Impact.* [unknown place]: Academic Press; 2022. p. 49-65. DOI: [10.1016/B978-0-12-823761-8.00011-2](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823761-8.00011-2)
23. Silva T. Violência contra a pessoa idosa: do invisível ao visível. *Kairós-Gerontologia.* 2011;14(1):65-78. DOI: [10.23925/2176-901X.2011v14i1p65-78](https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14i1p65-78)
24. HelpAge International. *The frontline: Supporting older carers of people living with HIV/ AIDS and orphaned children in Mozambique, South Africa and Sudan,* London: HelpAge International; 2005.
25. Gutiérrez M, Galiana L, Tomás JM, Sancho P, Sanchís E. La predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores de Angola: el efecto moderador del género. *Psychosocial Intervention.* 2014;(23):17-23. DOI: [10.5093/in2014a2](https://doi.org/10.5093/in2014a2)
26. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003;58(6):S327-37. DOI: [10.1093/geronb/58.6.s327](https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.s327)
27. Enamorado Pina GV, Pérez Rodríguez J, Domínguez Cancino A, Rodríguez Enamorado AJ. Violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad de Guinea Bissau. *MEDISAN.* 2013;17(7):1053-9.
28. Partido Democrático de Guinea Ecuatorial. Editorial del PDGE: 36 Años de Democracia, Desarrollo y Libertad responden a Barack Obama. PDGE [Internet]. 2015 ago 6 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://www.pdge-guineaecuatorial.com/editorial-del-pdge-36-anos-de-democracia-desarrollo-y-libertad-responden-a-barack-obama/>
29. van der Geest S. Resilience and the whims of reciprocity in old age: An example from Ghana. *Med Antropol.* 2008;20(2):297-311.
30. Aboderin I. Advancing evidence generation on older persons in sub-Saharan Africa. 7th World Ageing and Generations Congress. St. Gallen, Switzerland; 2011.

31. Aboderin I, Hoffman J. Families, Intergenerational Bonds, and Aging in Sub-Saharan Africa. *Can J Aging*. 2015;34(3):282-9. DOI: [10.1017/s0714980815000239](https://doi.org/10.1017/s0714980815000239)
32. Aboderin I, Hoffman J. Research Debate on ‘Older Carers and Work’ in Sub-Saharan Africa? Current Gaps and Future Frames. *J Cross Cult Gerontol*. 2017;32(3):387-93. DOI: [10.1007/s10823-017-9331-7](https://doi.org/10.1007/s10823-017-9331-7)
33. Caballero A. ‘The African family’ in policy and practice: Older women heads of household and the question of intergenerational support in Equatorial Guinea. *Kritisk Etnografi*. 2024;(7)2:41-56. DOI: [10.33063/diva-550885](https://doi.org/10.33063/diva-550885)
34. Guinea Ecuatorial. Guinea Ecuatorial reafirma su compromiso con el empoderamiento de la mujer. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2025 mar 18 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea\\_ecuatorial\\_reafirma\\_su\\_compromiso\\_con\\_el\\_empoderamiento\\_de\\_la\\_mujer](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea_ecuatorial_reafirma_su_compromiso_con_el_empoderamiento_de_la_mujer)
35. World Bank. Equatorial Guinea Country Economic Memorandum: Building the Foundations for Renewed, More Diversified and Inclusive Growth [Internet]. Washington, D.C.: World Bank; 2024 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099022425125016157/pdf/P179634151ac02033181ed159d5a9ec7a1e.pdf>
36. Guinea Ecuatorial. UNICEF prepara un seminario sobre protección social. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2014 out 23 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/unicef\\_prepara\\_un\\_seminario\\_sobre\\_proteccion\\_social](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/unicef_prepara_un_seminario_sobre_proteccion_social)
37. Guinea Ecuatorial. Estudio en segunda lectura del Proyecto de Ley del Sistema de Protección Social. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2023 mar 7 [cited 2025 Sep 26]; ; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/estudio\\_en\\_segunda\\_lectura\\_del\\_proyecto\\_de\\_ley\\_del\\_sistema\\_de\\_proteccion\\_social](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/estudio_en_segunda_lectura_del_proyecto_de_ley_del_sistema_de_proteccion_social)
38. Guinea Ecuatorial. Aprobación del acta y dictamen del Proyecto de Ley del Sistema de Protección Social. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2023 abr 5 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/aprobacion\\_del\\_acta\\_y\\_dictamen\\_del\\_proyecto\\_de\\_ley\\_del\\_sistema\\_de\\_proteccion\\_social](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/aprobacion_del_acta_y_dictamen_del_proyecto_de_ley_del_sistema_de_proteccion_social)
39. Guinea Ecuatorial. Mensaje de Chikwe Ihekweazu, director regional interino de la OMS para África. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2025 mar 24 [cited 2025 Sep 26]; Noticias África. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/mensaje\\_de\\_chikwe\\_ihekweazu\\_director\\_regional\\_interino\\_de\\_la\\_oms\\_para\\_africa](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/mensaje_de_chikwe_ihekweazu_director_regional_interino_de_la_oms_para_africa)



40. Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial. Anuario Estadístico de Guinea Ecuatorial 2018 [Internet]. Grupo del Banco Mundial. Malabo: Inege; 2019 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://inege.org/wp-content/uploads/2019/02/ANUARIO-ESTADISTICO-DE-GUINEA-ECUATORIAL-2018-1.pdf>
41. Oluy Nka JR. Drásticas decisiones de Sanidad por la muerte del pequeño Patricio en el hospital de Sampaka. Revista Real Equatorial Guinea [Internet]. 2025 mar 23 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://realequatorialguinea.com/sociedad/drasticas-decisiones-de-sanidad-por-la-muerte-del-pequeno-patricio-en-el-hospital-de-sampaka/>
42. Ondo J. Una viuda solicita ayuda para recuperar el cuerpo de su esposo fallecido en el Hospital La Paz de Bata. Guinea24 [Internet]. 2025 jul 20 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://guinea24.com/lectura.php?id=542&i=>
43. Guinea Ecuatorial. Comparecencia del director de los centros médicos La Paz. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2025 abr 7 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/comparecencia\\_del\\_director\\_de\\_los\\_centros\\_medicos\\_la\\_paz](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/comparecencia_del_director_de_los_centros_medicos_la_paz)
44. Guinea Ecuatorial. La Viceministra de Salud Pública de Cuba recibe en audiencia al embajador ecuatoguineano. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2019 nov 30 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/la\\_vice-ministra\\_de\\_salud\\_publica\\_de\\_cuba\\_recibe\\_en\\_audiencia\\_al\\_embajador\\_ecuatoguineano](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/la_vice-ministra_de_salud_publica_de_cuba_recibe_en_audiencia_al_embajador_ecuatoguineano)
45. Guinea Ecuatorial. La Brigada Médica Cubana ha celebrado su 40 Jornada Científica. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2019 dez 19 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/la\\_brigada\\_medica\\_cubana\\_ha\\_celebrado\\_su\\_40\\_jornada\\_cientifica](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/la_brigada_medica_cubana_ha_celebrado_su_40_jornada_cientifica)
46. Salaou Adebayo O. Los centros médicos La Paz en Guinea Ecuatorial: el precio de la incompetencia y la corrupción. Espacios Europeos [Internet]. 2019 set 8 [cited 2025 Sep 26]. Available from: <https://espacioseuropeos.com/2019/09/los-centros-medicos-la-paz-en-guinea-ecuatorial-el-precio-de-la-incompetencia-y-la-corrupcion/>
47. Guinea Ecuatorial. Comienza la campaña de encuestas sobre la situación de la mujer. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2010 fev 4 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/comienza\\_la\\_campa%C3%B1a\\_de\\_encuestas\\_sobre\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_mujer](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/comienza_la_campa%C3%B1a_de_encuestas_sobre_la_situacion_de_la_mujer)
48. Guinea Ecuatorial. Discurso del Ministro de Sanidad en la apertura del Congreso de Salud Mental. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2018 mar 23 [cited 2025 Sep 26]; Noticias

Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/discurso\\_del\\_ministro\\_de\\_sanidad\\_en\\_la\\_apertura\\_del\\_congreso\\_de\\_salud\\_mental](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/discurso_del_ministro_de_sanidad_en_la_apertura_del_congreso_de_salud_mental)

49. Guinea Ecuatorial. Donación del Senado con motivo del 8 de Marzo. Guinea Ecuatorial Press [Internet]. 2020 mar 3 [cited 2025 Sep 26]; Noticias Gobierno. Available from: [https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/donacion\\_del\\_senado\\_con\\_motivo\\_del\\_8\\_de\\_marzo](https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/donacion_del_senado_con_motivo_del_8_de_marzo)

50. World Health Organization. Ageing and health. WHO [Internet]. 2024 Oct 1 [cited 2025 Sep 26]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=By%202030%2C%201%20in%206,will%20double%20\(2.1%20billion\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=By%202030%2C%201%20in%206,will%20double%20(2.1%20billion))

51. Aboderin I. Ageing in sub-Saharan Africa. Age International [Internet]. 2025 May 23 [cited 2025 Sep 26]; Expert Voices. Available from: <https://www.ageinternational.org.uk/policy-research/expert-voices/ageing-in-sub-saharan-africa/>

52. African Union. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons. Abada: African Union; 2016 jan 31 [cited 2025 Sep 26]. Available from: [https://au.int/sites/default/files/treaties/36438-treaty-0051\\_-\\_protocol\\_on\\_the\\_rights\\_of\\_older\\_persons\\_e.pdf](https://au.int/sites/default/files/treaties/36438-treaty-0051_-_protocol_on_the_rights_of_older_persons_e.pdf)

53. African Union, HelpAge International. Policy framework and plan of action on ageing. Nairobi: HelpAge International Africa Regional Development Centre; 2003.

54. African Union. Plan of action on the family in Africa. Addis Ababa: African Union; 2004.

55. Mba Nchama COM. Guinea Ecuatorial avanza en el lanzamiento del seguro médico universal para 2025. Revista Real Equatorial Guinea [Internet]. 2024 dez 3 [cited 2025 Sep 26]; Política. Available from: <https://realequatorialguinea.com/destacado/politica/guinea-ecuatorial-avanza-en-el-lanzamiento-del-seguro-medico-universal-para-2025/#:~:text=Adem%C3%A1s%2C%20se%20contempla%20la%20capacitaci%C3%B3n,el%20desarrollo%20del%20sector%20salud>.

56. Obiang Abumeyem M. Guinea Ecuatorial avanza con pasos firmes hacia la implementación del Seguro Médico Nacional. AhoraEG [Internet]. 2025 out 23 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://ahoraeg.com/ciencia-y-salud/bienestar/2025/10/2023/guinea-ecuatorial-avanza-con-pasos-firmes-hacia-la-implementacion-del-seguro-medico-nacional/>

57. Bhorat H. Expanding Social Protection in Africa: A Menu of Early Policy Ideas. AJSD. 2024;14(1):89-107.

58. Organisation for Economic Co-operation and Development. Social Protection in East Africa: Harnessing the Future. Paris: OECD Publishing; 2017. DOI: [10.1787/9789264274228-en](https://doi.org/10.1787/9789264274228-en).

59. Buiyabán Bicha A. Ministro de Hacienda: «La filosofía de esta Ley es pocos impuestos, pero que todo el mundo los pague». AhoraEG [Internet]. 2025 jan 14 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://ahoraeg.com/economia/2025/01/13/ministro-de-hacienda-la-filosofia-de-esta-ley-es-pocos-impuestos-pero-que-todo-el-mundo-los-pague/>
60. AhoraEG. Se prohíbe en el país el cobro en efectivo de impuestos, tasas fiscales, para-fiscales y otros ingresos de la administración pública. AhoraEG [Internet]. 2025 set 10. [cited 2025 Oct 26]; Economía. Available from: <https://ahoraeg.com/economia/2025/09/10/se-prohibe-en-el-pais-el-cobro-en-efectivo-de-impuestos-tasas-fiscales-parafiscales-y-otros-ingresos-de-la-administracion-publica/>
61. World Bank. Poverty and Shared Prosperity: Correct course [Internet]. Washington, D.C. World Bank: 2022 [cited 2025 Oct 14] Available from: <http://hdl.handle.net/10986/33748>
62. Beegle K, Coudouel A, Monsalve E, editores. Realizing the Full Potential of Social Safety Nets in Africa. Africa Development Forum Series. Washington, D.C.: World Bank; 2018.

---

# DESAFIOS DA MULTIMORBIDADE

---

*Desafíos de la multimorbilidad*

*Challenges of Multimorbidity*

*Les défis de la multimorbidité*

**Edgar Nunes de Moraes\***

**Flávia Lanna de Moraes\*\***

---

\*.Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Consultor do CONASS na área de saúde da pessoa idosa. E-mail: edgar@medicina.ufmg.br. Endereço para correspondência: Instituto Jenny de Andrade Faria. Alameda Álvaro Celso, 117. Santa Efigênia. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. Telefone: 31 9 9115-7141.

\*\*..Preceptora em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG. Médica da Prefeitura de Belo Horizonte/Minas Gerais.

## Resumo

A multimorbidade é a co-ocorrência de duas ou mais condições crônicas de saúde no mesmo indivíduo. Representa o maior desafio em saúde pública no mundo e comumente está presente na pessoa idosa, particularmente no “idoso frágil”. O manejo clínico da multimorbidade é complexo e exige uma mudança profunda nos parâmetros utilizados para a avaliação da efetividade do cuidado e, consequentemente, na definição dos parâmetros clínicos e funcionais que devem ser priorizados.

**Palavras chave:** multimorbidade, comorbidade, fragilidade,

## Resumen

La multimorbilidad es la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona. Representa el mayor desafío para la salud pública a nivel mundial y se presenta con frecuencia en las personas mayores, en particular en las personas frágiles. El manejo clínico de la multimorbilidad es complejo y requiere un cambio profundo en los parámetros utilizados para evaluar la efectividad de la atención y, en consecuencia, en la definición de los parámetros clínicos y funcionales que deben priorizarse.

**Palabras clave:** multimorbilidad, comorbilidad, fragilidad

## Abstract

Multimorbidity is the co-occurrence of two or more chronic health conditions in the same individual. It represents the greatest public health challenge in the world and is commonly present in the elderly, particularly in the “frail elderly”. The clinical management of multimorbidity is complex and requires a profound change in the parameters used to assess the effectiveness of care and, consequently, in the definition of the clinical and functional parameters that should be prioritized.

**Keywords:** multimorbidity, comorbidity, frailty

## Résumé

La multimorbidité est la présence simultanée de deux ou plusieurs affections chroniques chez un même individu. Elle représente le plus grand défi de santé publique au monde et est fréquente chez les personnes âgées, en particulier les personnes âgées fragiles. La prise en charge clinique de la multimorbidité est complexe et nécessite une profonde évolution des paramètres d'évaluation de l'efficacité des soins et, par conséquent, de la définition des paramètres cliniques et fonctionnels prioritaires.

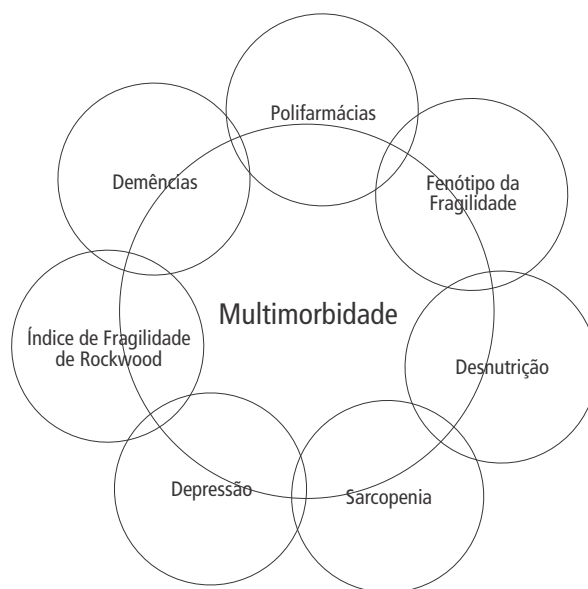
**Mots-clés :** multimorbidité, comorbidité, fragilité

O envelhecimento populacional está associado a novos desafios e oportunidades, entre os quais podemos incluir a multimorbidade. Com o avanço da idade, os indivíduos tendem a acumular múltiplas condições crônicas de saúde simultaneamente, aumentando, consequentemente, a complexidade do manejo clínico<sup>1</sup>.

O termo morbidade tem origem na palavra *morbus*, que significa doença física, enfermidade, sofrimento etc., e está muito associado ao modelo biomédico centrado na doença. A doença é usualmente definida pela presença de alterações da estrutura e/ou função do corpo. Sugerimos a utilização do termo condição de saúde, que representa toda circunstância na saúde das pessoas, que se apresenta de forma mais ou menos persistente e que exige respostas reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias<sup>2</sup>.

Multimorbidade, por sua vez, é a coexistência de duas ou mais condições crônicas em uma mesma pessoa ou a coocorrência de múltiplas condições crônicas simultaneamente no mesmo indivíduo, incluindo os transtornos mentais e as doenças transmissíveis de longa duração (HIV, hepatite C etc.). Ela representa o maior problema de saúde pública no mundo e está diretamente relacionada com o envelhecimento e com as más condições socioeconômicas<sup>3</sup>. Está, portanto, estritamente associada ao conceito de fragilidade, do qual é indissociável, como vimos no capítulo anterior (Figura 1).

**Figura 13. Multimorbidade**



Fonte: elaboração própria.

Assim, o termo multimorbidade é bem mais abrangente e complexo que o termo doença. Sabe-se que grande parte das demandas na APS não são doenças, mas sim enfermidades, definidas como qualquer sofrimento relatado pelo paciente (*illnesses*). Usualmente, as doenças são classificadas segundo padrões bem definidos, que são consolidados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD), criada em 1948 com a finalidade de estabelecer “classificação e codificação das doenças e uma ampla variedade de sinais, sintomas, achados anormais, denúncias, circunstâncias sociais e causas externas de danos e/ou doença”. A APS, por sua vez, utiliza um sistema de classificação próprio, denominado Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap), que está na sua segunda edição (Ciap 2), cujo objetivo é complementar a CID, na medida em que permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde, mas principalmente os motivos da consulta e as intervenções acordadas, seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano). A CIAP é mais ampla, valorizando mais as demandas biopsicossociais da pessoa do que o diagnóstico etiológico da condição de saúde.

O envelhecimento é o principal fator de risco para a fragilidade e para a multimorbidade, que pode estar presente em todos os outros fenótipos da fragilidade. Usualmente, a definição da multimorbidade depende da presença de determinadas doenças específicas, listadas em tabelas, como mostra o Quadro 1. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a prevalência de multimorbidade na população adulta foi de 29,5% e está associada a envelhecimento, baixa instrução e sexo feminino<sup>4</sup>. No Uruguai e na Colômbia, a prevalência foi de 8,44% e 19,5% respectivamente<sup>5,6</sup>. Entre as pessoas idosas, a prevalência de multimorbidade é bem mais elevada, acometendo cerca de 50%<sup>7</sup>.

**Quadro 1.** Lista de doenças utilizadas para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Desordens cardiovascular	Hipertensão arterial
	Fibrilação atrial
	Doenças arterial coronariana: angina, infarto agudo do miocárdio
	Acidente Vascular Cerebral/Ataque Isquêmico Transitório (AVC/AIT), incluindo hemorragias intracranianas
	Doença Renal Crônica
	Doença arterial periférica
	Insuficiência cardíaca
Desordens Respiratórias	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
	Asma
	Bronquiectasia
	Sinusite crônica

**Quadro 1.** Lista de doenças utilizadas para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Desordens mentais	Depressão
	Ansiedade: ansiedade generalizada, síndrome do pânico, transtorno pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, insônia, stress e outros transtornos psiquiátricos.
	Esquizofrenia/transtorno bipolar
	Alcoolismo
	Abuso de outras substâncias psicoativas
	Anorexia ou bulimia
Desordens neurológicas	Demência
	Doença de Parkinson e equivalentes
	Esclerose múltipla
	Epilepsia
	Enxaqueca
Desordens musculoesqueléticas	Dor crônica: osteoartrite, cefaleia não enxaqueca, fasciite plantar, artrites, fibromialgia, discopatias, espondilite, lombalgia crônica, gota, neuralgia do trigêmeo, síndrome do túnel do carpo, dor ciática etc.
	Osteoporose
	Desordens do tecido conjuntivo: LES, artrite reumatoide, síndrome e doença de Sjögren, dermatopolimiosite, esclerodermia, artrite psoriática, dermatomiosite, polimiosite, polimialgia reumática e doença celíaca/malabsorção.
	Síndrome da fadiga crônica
Desordens gastrointestinais	Dispepsia crônica: DRGE, esôfago de Barret, úlcera gástrica ou duodenal, dispepsia funcional, hérnia de hiato, infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> .
	Síndrome do Intestino Irritável
	Constipação intestinal
	Doença diverticular
	Doença intestinal inflamatória
	Hepatite viral
	Hepatopatia crônica
Desordens endócrinas	Diabetes mellitus
	Tireoidopatias: hiper ou hipotireoidismo, doença de Graves, bócio, tireoidite e nódulo tireoidiano não neoplásico.
Desordens dos órgãos dos sentidos	Glaucoma
	Doença de Meniere's
	Perda auditiva ou visual
Desordens ginecológicas	Ovário policístico
	Desordens da próstata
	Endometriose
Outras	Anemia perniciosa e similares
	Psoríase/Eczema
	Câncer (últimos 5 anos)

Fonte: elaboração própria com base em Jani et al.<sup>8</sup> e Barnett et al.<sup>9</sup>

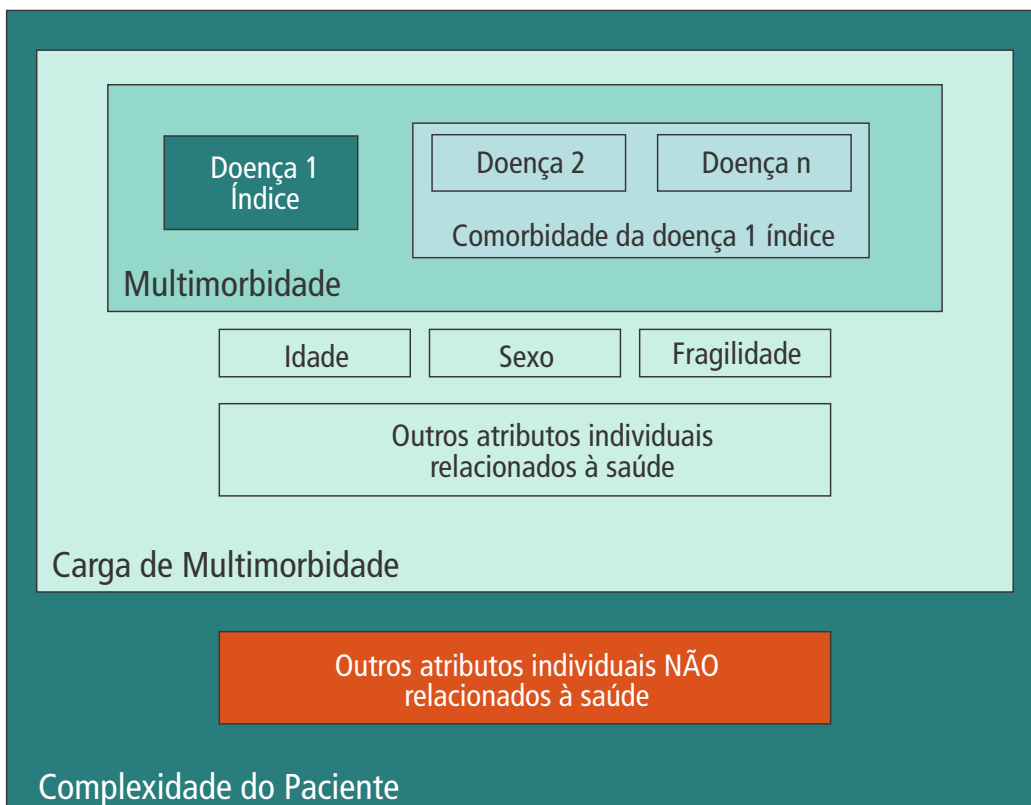


Percebe-se que nem todas as condições crônicas de saúde frequentes nas pessoas idosas são descritas nessas listas, como o fenótipo de Linda Fried, alto índice de fragilidade de Rockwood, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve, instabilidade postural, quedas, incontinência esfincteriana, imobilidade, transtornos do sono ou vigília, tabagismo, dislipidemia e obesidade. Tais condições crônicas devem ser consideradas na avaliação da multimorbidade, pois afetam significativamente a qualidade de vida e devem ser levadas em conta no manejo clínico. O impacto negativo da multimorbidade é significativo e está fortemente relacionado com maior morbimortalidade e perda de anos vividos sem incapacidade, redução do bem-estar e qualidade de vida e maior risco de declínio funcional. A maior carga do tratamento, definida como o impacto negativo no tempo e na energia do paciente no acesso a cuidados de múltiplos prestadores e na implementação das orientações, também é outra complicação descrita. Outra consequência relevante é a sobrecarga dos cuidadores e familiares e o maior custo para o sistema de saúde, ameaçando sua sustentabilidade<sup>3</sup>.

Os conceitos de multimorbidade e comorbidade são distintos, mas complementares, pois fornecem duas perspectivas distintas nos pacientes que possuem mais de uma condição de saúde ao mesmo tempo. Comorbidade é a coexistência de outras condições simultâneas à condição índice, que é o enfoque específico da atenção. É qualquer entidade clínica adicional distinta, que tenha existido ou que possa ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tenha a “condição índice” em estudo. Multimorbidade, por sua vez, significa a coexistência de várias condições, independentemente da “condição índice”. É, portanto, um conceito mais amplo e que pode ser usado para descrever uma enorme gama de pacientes que experimentam uma infinidade de diferentes combinações de condições.

Pode-se afirmar que o termo comorbidade está mais relacionado com o cuidado centrado na doença, enquanto multimorbidade é um conceito mais genérico e centrado na pessoa, pois reconhece que o impacto de uma condição é influenciado não apenas por características relacionadas à saúde, mas também por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, bem como pelo comportamento do paciente<sup>3</sup>. A carga de multimorbidade é o somatório do impacto global das diferentes doenças do indivíduo, em conjunto com os fatores relacionados com idade, sexo, fragilidade e outros atributos da saúde. Por sua vez, a complexidade do paciente é o impacto da carga da multimorbidade associada a outros atributos individuais não relacionados diretamente com a saúde, mas que interferem significativamente na abordagem integral do indivíduo (Figura 2).

**Figura 2. Multimorbidade, comorbidade, carga de multimorbidade e complexidade do paciente**

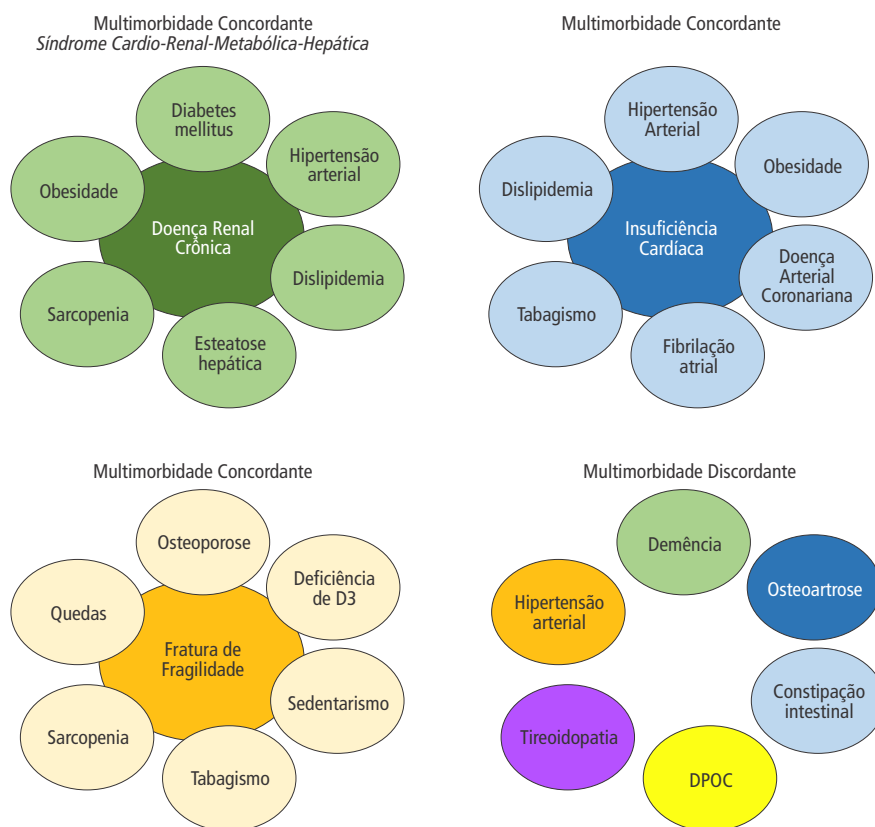


Fonte: Academy of Medical Sciences<sup>3</sup>.

A multimorbidade pode ser concordante, quando há uma relação fisiopatológica entre elas, ou discordante, quando não há relação aparente entre as diversas condições crônicas apresentadas pelo paciente<sup>10</sup> (Figura 3). A clássica multimorbidade concordante é a Síndrome Cardio-Renal-Metabólica-Hepática. Tradicionalmente, condições como obesidade, diabetes mellitus tipo 2, doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca, Doença Renal Crônica (DRC) e Doença Hepática Esteatótica Metabólica (DHEM) eram tratadas isoladamente. No entanto, evidências emergentes revelam que essas doenças compartilham mecanismos fisiopatológicos e estratégias de tratamento sobrepostos. Em 2023, a American Heart Association propôs a síndrome Cardiovascular-Renal-Metabólica (DCM), reconhecendo os papéis interconectados do coração, dos rins e do sistema metabólico. No entanto, esse modelo omitia o fígado — um órgão crítico afetado pela disfunção metabólica. A DHEM está intimamente ligada à resistência à insulina e à obesidade, contribuindo diretamente para o comprometimento cardiovascular e renal,

e que pode progredir para esteato-hepatite e cirrose hepática. Notavelmente, a DHEM está bidirecionalmente associada ao desenvolvimento e à progressão da síndrome da DRC. Como resultado, foi adicionado o “componente hepático” para a antiga síndrome metabólica, mostrando seu caráter mais abrangente.

**Figura 3. Tipos de multimorbidade**



A multimorbidade é uma entidade em si, e sua abordagem não pode ser fragmentada, pois não pode ser considerada um simples somatório de doenças, mas sim o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do que aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas. A multimorbidade é uma entidade em si, não apenas o somatório das doenças específicas. Por conseguinte, as doenças não devem ser tratadas seguindo diretrizes específicas (*guidelines*) de cada doença, muitas vezes envolvendo vários especialistas, cada um focalizado em uma doença específica<sup>11</sup>.

A prevalência da multimorbidade aumenta consideravelmente com o envelhecimento, variando de 55% a 98%, dependendo da região e do critério utilizado. As condições mais frequentes são aquelas agrupadas em condições cardiometabólicas (hipertensão arterial, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, AVC ou AIT, diabetes mellitus, fibrilação atrial e doença arterial periférica), depressão, demência de Alzheimer, doença de Parkinson, doenças respiratórias (DPOC, asma etc.), osteoartrose, osteoporose, doença renal crônica, neoplasias, além de queixas mais frequentes, como insônia, constipação intestinal, tontura, noctúria, dispepsia, dor crônica, entre outras.

É frequente a presença de várias condições crônicas simultâneas, que dificultam ainda mais a gestão clínica da pessoa idosa. Deve-se, portanto, evitar a fragmentação do cuidado, pois a inter-relação entre as doenças é mais importante do que as doenças em si, e sua abordagem deve estar ancorada em uma perspectiva sistêmica, que implica a “capacidade de ver a floresta e não somente cada árvore e de transitar de relações lineares de causa e efeito para interrelações entre diversos subsistemas” (Figura 4). O pensamento sistêmico nas organizações de saúde consiste nas interconexões que existem entre diferentes unidades e processos dos sistemas de atenção à saúde. As intervenções propostas para as pessoas idosas frágeis devem ser, portanto, holísticas e interdisciplinares, e a APS é o ponto da rede mais apropriado para tal abordagem<sup>2,12</sup>.

**Figura 4. Pensamento sistêmico aplicado à multimorbidade**



Fonte: Moraes<sup>12</sup>.

A multimorbidade está estritamente relacionada à polifarmácia, definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos por dia, descrita em cerca de 30% a 40% das pessoas idosas. A polifarmácia representa o principal sinal de alerta para a prescrição inapropriada, que pode agravar ainda mais o declínio funcional, além de causar quedas, fraqueza muscular, confusão mental e parkinsonismo, bem como aumentar o risco de internação hospitalar e óbito. Deve ser, portanto, considerada uma condição crônica de saúde por si só, pois exige uma abordagem específica, com o objetivo de reconhecer precocemente as reações adversas associadas ou não a interações fármaco-fármaco, fármaco-doença, fármaco-incapacidade e fármaco-alimento. A prescrição inapropriada consiste na utilização de medicamentos que apresentam uma relação risco-benefício desfavorável, e está presente em 20% a 79% das pessoas idosas, sendo, portanto, bastante frequente nessas pessoas<sup>13</sup>.

A probabilidade de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados é diretamente proporcional à prevalência de polifarmácia. As alterações da farmacocinética e da farmacodinâmica devem ser avaliadas rigorosamente. O prescritor deve ter, portanto, amplo conhecimento dos critérios explícitos e implícitos de medicamentos inapropriados para pessoas idosas. Algumas pessoas idosas apresentam benefícios clínicos com a suspensão ou a redução da dose de fármacos, que podem estar causando danos atuais ou futuros ou que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis). Nesse contexto, são descritas várias estratégias de desprescrição, dependendo do fármaco e da definição clara das metas terapêuticas compartilhadas com a pessoa idosa e sua família. A **assistência farmacêutica** deve ser oferecida às pessoas idosas com polifarmácia, uso de medicamentos potencialmente perigosos (opioides, anticoagulantes, insulina e sulfonilureias, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valpróico, lamotrigina, gabapentina ou pregabalina, antiparkinsonianos, imunossupressores e antineoplásicos, digoxina e sacubitril-valsartana) e uso de dispositivos especiais para a administração de medicamentos (inaladores pressurizados, sistema transdérmico, vias alternativas para a administração de medicamentos como por sondas ou hipodermóclise)<sup>14,15</sup>.

## Referências

1. Umegaki H. Frailty, multimorbidity, and polypharmacy: Proposal of the new concept of the geriatric triangle. *Geriatr Gerontol Int*. 2025;25(5):657-662. DOI: 10.1111/ggi.70046
2. Mendes, 2019.
3. Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research [Internet]. London: Academy of Medical Sciences; 2018 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>. Accessed 18 Mar 2019.
4. Schiesari L, Andrade FB, Ferreira MS, Duarte YA, Guerra AAJ, Silva LVD, Lunes R. Multimorbidade: panorama do Brasil. Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países da América Latina – Brasil, Colômbia e Uruguai. Brasília, DF: Banco Mundial; 2023.
5. Romero D, Gosis J, Arbeloa P, Pérez L, Perazzo A, López O, et al. Propuesta de Modelo de Gestión y Atención Integral de la Salud de las personas con Multimorbilidad y sus Cuidadores-Colômbia. Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países da América Latina – Brasil, Colômbia e Uruguai. Brasília, DF: Banco Mundial; 2023.
6. Vargas MCB, Zambrano SMH, Ramírez AP, Cárdenas GEH, Carabali ADA, Torres JB, et al. Propuesta de optimización del modelo de atención para personas con enfermedades crônicas y multimorbilidad em Uruguay. Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países da América Latina – Brasil, Colômbia e Uruguai. Brasília, DF: Banco Mundial; 2023.
7. Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, et al. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. *Lancet Healthy Longev*. 2024;5 e287-96.
8. Jani BD, Hanlon P, Nicholl BI, McQueenie R, Gallacher KI, Lee D, et al. Relationship between multimorbidity, demographic factors and mortality: findings from the UK Biobank cohort. *BMC Med*. 2019;17(1):74. DOI: 10.1186/s12916-019-1305-x
9. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2
10. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):48. DOI: 10.1038/s41572-022-00376-4
11. Boulton C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic condi-

tions: “Nobody rushes you through”. JAMA. 2010;304(17):1936-43. DOI: 10.1001/jama.2010.1623

12. Moraes EN, Lopes PRR. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2023.

13. Moraes EN. A Arte da (Des)prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica. Rio de Janeiro: Ed. Folium; 2018.

14. Moraes EN, Reis AMM, Lanna FM. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Rio de Janeiro: Ed. Folium; 2019.

15. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0324

---

# PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ENFOQUE NA PESSOA IDOSA

---

*Propuesta de Organización de Redes de Atención Sanitaria con Enfoque en la Persona  
Adulta Mayor*

*Proposal for Organizing Healthcare Networks with a Focus on the Elderly*

*Proposition pour l'organisation de réseaux de soins de santé axés sur les personnes âgées*

**Edgar Nunes de Moraes\***  
**Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto\*\***

---

\*.Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Consultor do CONASS na área de saúde da pessoa idosa. E-mail: edgar@medicina.ufmg.br Endereço para correspondência: Instituto Jenny de Andrade Faria, Alameda Álvaro Celso, 117. Santa Efigênia. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. Telefone: 31 9 9115-7141.

\*\*Coordenadora de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (gestão de 2023 a 2025). Especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Geriatria.



## Resumo

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam a melhor solução para a melhoria das condições de saúde da população idosa. O tripé constituído pela estrutura, modelo de atenção e população são os componentes da RAS que devem ser organizados de forma adequada para responder às demandas da população. O cuidado integral e integrado deve ser implementado na sua plenitude, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como facilitador e organizador do acesso às tecnologias de melhoria das condições de vida. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (MACC) deve ser valorizado e fortalecido. O conhecimento profundo da população e de suas demandas é, portanto, essencial para que as respostas sociais permitam que as pessoas vivam mais e melhor. A população idosa apresenta demandas específicas, muitas vezes desconhecidas pelos profissionais de saúde, que ainda atuam com foco na doença e não na pessoa. Não faltam guidelines focados nas doenças, incapazes de abarcar toda a integralidade da pessoa, limitando, portanto, a efetividade das RAS. O remodelamento das RAS é, portanto, indispensável para atender às novas demandas da pessoa idosa, como foco na capacidade funcional e não somente nas doenças. A estratificação de risco e o cuidado longitudinal devem ser orientados para a melhoria da autonomia e independência dos usuários, além do fortalecimento das famílias para que possam prover os cuidados necessários para todos os tipos de pessoas idosas, desde os robustos até os mais frágeis. A integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é, portanto, indispensável, além da articulação com todos os setores governamentais e não governamentais que fazem parte dos determinantes sociais da saúde.

**Palavras chave:** Redes de Atenção à Saúde, fragilidade, condição de saúde, atenção integral

## Resumen

Las Redes de Atención Sanitaria (RAS) representan la mejor solución para mejorar las condiciones de salud de la población adulta mayor. Los tres pilares de las RAS —estructura, modelo de atención y población— deben organizarse adecuadamente para satisfacer las necesidades de la población. Es necesario implementar plenamente una atención integral e integrada, con la Atención Primaria de Salud (APS) como facilitadora y organizadora del acceso a tecnologías que mejoran las condiciones de vida. El Modelo de Atención a las Enfermedades Crónicas debe valorarse y fortalecerse. Por lo tanto, un conocimiento profundo de la población y sus necesidades es esencial para que las respuestas sociales permitan a las personas vivir más y mejor. La población adulta mayor presenta necesidades específicas,

a menudo desconocidas para los profesionales de la salud, quienes aún se centran en la enfermedad más que en la persona. Abundan las directrices centradas en la enfermedad, incapaces de abarcar la integridad integral de la persona, lo que limita la eficacia de las RAS. Por lo tanto, la remodelación de las RAS es indispensable para satisfacer las nuevas demandas de las personas mayores, centrándose en la capacidad funcional y no solo en las enfermedades. La estratificación del riesgo y la atención longitudinal deben orientarse a mejorar la autonomía e independencia de los usuarios, así como a fortalecer a las familias para que puedan brindar la atención necesaria a todo tipo de personas mayores, desde las más robustas hasta las más frágiles. Por lo tanto, la integración entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) es indispensable, además de la articulación con todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales que participan en los determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** Redes de Atención de Salud, Enfermedades Crónicas, Fragilidad, Atención Integral

## Abstract

Health Care Networks (HCNs) represent the best solution for improving the health conditions of the elderly population. The three pillars of the HCN—structure, care model, and population—must be adequately organized to meet the population’s needs. Comprehensive and integrated care should be fully implemented, with Primary Health Care (PHC) acting as a facilitator and organizer of access to technologies that improve living conditions. The Model of Care for Chronic Health Conditions (MCHC) should be valued and strengthened. A deep understanding of the population and its needs is therefore essential for social responses to allow people to live longer and better lives. The elderly population presents specific needs, often unknown to health professionals, who still focus on the disease rather than the person. There is no shortage of disease-focused guidelines, incapable of encompassing the full integrity of the person, thus limiting the effectiveness of HCNs. The remodeling of healthcare networks is therefore indispensable to meet the new demands of older adults, focusing on functional capacity and not only on diseases. Risk stratification and longitudinal care should be geared towards improving the autonomy and independence of users, as well as strengthening families so that they can provide the necessary care for all types of older adults, from the robust to the most frail. Integration between the Unified Health System and the Unified Social Assistance System is therefore essential, as is coordination with all governmental and non-governmental sectors that are part of the social determinants of health.

**Keywords:** Healthcare Networks, frailty, health condition, comprehensive care

## Résumé

Les réseaux de soins de santé (RSS) représentent la meilleure solution pour améliorer la santé des personnes âgées. Les trois piliers du RSS – structure, modèle de soins et population – doivent être organisés de manière adéquate pour répondre aux besoins de la population. Une prise en charge globale et intégrée doit être pleinement mise en œuvre, les soins de santé primaires (SSP) facilitant et organisant l'accès aux technologies qui améliorent les conditions de vie. Le modèle de soins pour les maladies chroniques (MSMC) doit être valorisé et renforcé. Une compréhension approfondie de la population et de ses besoins est donc essentielle pour que les réponses sociales permettent aux personnes âgées de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les personnes âgées présentent des besoins spécifiques, souvent méconnus des professionnels de santé, qui privilégient encore la maladie à la personne. Les recommandations axées sur la maladie ne manquent pas, mais elles ne prennent pas en compte la personne dans sa globalité, ce qui limite l'efficacité des RSS. La refonte des réseaux de soins est donc indispensable pour répondre aux nouvelles exigences des personnes âgées, en mettant l'accent sur les capacités fonctionnelles et non uniquement sur les maladies. La stratification des risques et la prise en charge longitudinale doivent viser à améliorer l'autonomie et l'indépendance des usagers, ainsi qu'à renforcer les familles afin qu'elles puissent assurer les soins nécessaires à tous les types de personnes âgées, des plus robustes aux plus fragiles. L'intégration entre le Système unifié de santé (SUS) et le Système unifié d'assistance sociale (SUAS) est donc essentielle, de même que la coordination avec tous les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux qui interviennent dans les déterminants sociaux de la santé.

**Mots-clés :** Réseaux de soins, fragilité, état de santé, prise en charge globale

## 1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam a melhor resposta ao rápido envelhecimento populacional<sup>1</sup>. Podem ser compreendidas como um arranjo integrado de ações e serviços, com diferentes densidades tecnológicas, articulados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, de modo a garantir a integralidade do cuidado. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o marco normativo foi instituído com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010<sup>2</sup>, que estabelece diretrizes para a organização da RAS. O documento define ações centradas na indução de responsabilidade e qualidade assistencial e visa

promover ações integradas que garantam a efetividade dos serviços e a satisfação das necessidades da população. Para tanto, algumas articulações são necessárias, como a análise da situação de saúde, que permite o planejamento de ações mais adequadas; a interoperabilidade entre os variados sistemas de informação, facilitando o fluxo de dados e a continuidade do cuidado; e a existência de complexos reguladores, que organizam o acesso aos serviços e otimizam o uso dos recursos disponíveis.

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre em um contexto de desigualdades regionais marcantes, com acesso variável a políticas públicas, estruturadas em territórios com capacidade instalada heterogênea<sup>6,9</sup>. Com isso, a transição demográfica e epidemiológica tem ocorrido com elevada prevalência de condições crônicas e dependência funcional, especialmente entre as populações vulnerabilizadas, para as quais o direito a envelhecer com saúde ainda não está garantido. À luz do marco do Envelhecimento Saudável da Organização Mundial de Saúde (OMS), a meta dos sistemas de saúde deve ir além de controlar ou evitar doenças e passa a priorizar a recuperação e a manutenção da funcionalidade, a partir de um cuidado centrado no bem-estar da pessoa idosa que lhe permite ser e fazer aquilo que valoriza<sup>11</sup>.

No Brasil, o cuidado à saúde dessa população é orientado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade principal é promover, recuperar e manter a autonomia e a independência das pessoas idosas, a partir de medidas coletivas e individuais para esse fim<sup>9,21</sup>. A PNSPI reconhece a diversidade de características e necessidades das pessoas no contexto do envelhecimento e endossa a valorização da capacidade funcional, que, conforme definida pela OMS, representa o resultado da interação entre a capacidade intrínseca (soma das reservas físicas e mentais) e o ambiente em que a pessoa está inserida.

**Nesse cenário, diante do envelhecimento populacional, um dos principais desafios para a saúde pública consiste em ofertar um cuidado integral resolutivo, ao longo do curso de vida, em territórios muito distintos entre si, para demandas heterogêneas e algumas vezes complexas.** Assim, torna-se evidente o papel das RAS, com base em um centro articulador do cuidado ofertado por diferentes políticas públicas, como saúde, proteção social e de direitos humanos.

Para a atenção à saúde da pessoa idosa na RAS, o sistema se organiza a partir de ações que devem contemplar as necessidades individuais, familiares e sociais, o que traduz o desafio de integrar e articular ações que atravessam os três níveis de atenção à saúde, os cuidados de longo prazo, a proteção social e os direitos humanos. Essa integração deve assegurar continuidade, coordenação e responsabilização compartilhada entre o Estado, as famílias e a sociedade, com enfoque em resultados sanitários

relevantes e no uso racional dos recursos disponíveis. Em sua configuração, as RAS são constituídas por três componentes básicos: estrutura operacional, modelo de atenção à saúde e população (Figura 1).

A estrutura operacional é coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), que representa o centro de comunicação entre todos os pontos de atenção, os sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde), os sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários) e o sistema de governança. Outras duas funções essenciais da APS na RAS, além da comunicação, são a resolubilidade e a responsabilização sanitária em relação à população adscrita. Nesse contexto, entendemos que, para promover populações que envelhecem com saúde e bem-estar sob a perspectiva ampliada de proteção de direitos, a APS exerce papel central, conferindo sustentabilidade aos sistemas universais de saúde pública como o SUS<sup>17</sup>.

O modelo de atenção à saúde deve responder adequadamente às condições de saúde, definidas como as

[...] circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias<sup>1</sup>.

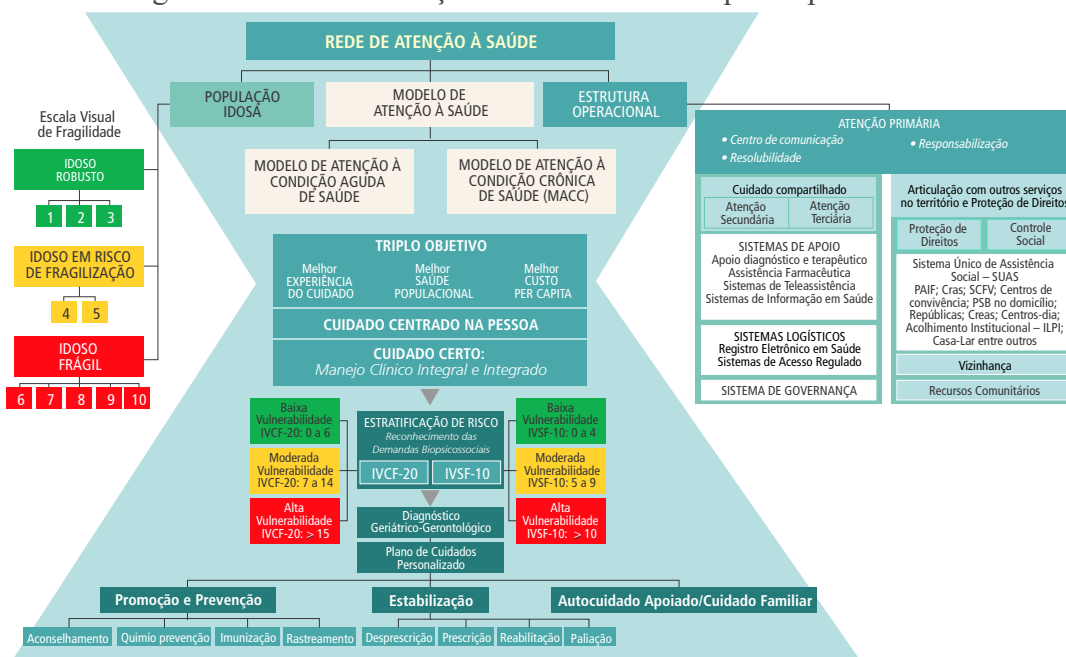
Assim, as respostas às condições agudas de saúde — geralmente com duração inferior a três meses — podem ser reativas e episódicas, tendo como variável-chave o tempo de resposta, condicionado por critérios de gravidade e pela classificação de risco. Já as condições crônicas — com duração superior a três meses, incluindo doenças crônico-degenerativas (como hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou demência), infecções de longa evolução (como hanseníase, tuberculose e HIV/aids) e o acompanhamento do curso de vida — da infância à velhice — exigem a coordenação do cuidado, a partir de um acompanhamento longitudinal, proativo, integrado, responsivo às necessidades ampliadas de saúde da população acompanhada no nível comunitário e orientado à prevenção de agravos e a estabilização das condições crônicas de saúde. De modo geral, o vínculo prolongado entre as equipes e profissionais da APS com a população adscrita em seu território de abrangência é um dos fatores determinantes na adaptação do modelo de atenção para as necessidades demográficas e epidemiológicas atuais.

O terceiro componente da RAS — a população — deve ser conhecido em suas particularidades (perfil demográfico, epidemiológico e social) para que as respostas socios-

sanitárias sejam efetivas, oportunas e centradas nas necessidades reais das pessoas. Como mencionado, no cuidado à pessoa idosa, a APS combina capacidade de resolução, organização e responsabilização. Ao resolver a maioria das demandas de saúde prevalentes no território, a longitudinalidade da APS reduz a utilização desnecessária de serviços especializados ou de alto custo, amplia o reconhecimento dos problemas comuns a uma população específica e permite a utilização oportuna e adequada dos recursos, da atenção hospitalar, das urgências e dos serviços de acolhimento institucional<sup>9</sup>.

No cuidado comunitário à pessoa idosa, importantes resultados têm sido descritos em estudos conduzidos sobre uma experiência exitosa no município de Belo Horizonte, denominada Programa Maior Cuidado (PMC)<sup>8</sup>. Nesse sentido, considerando a tendência “*Aging in Place*”, e seus benefícios, que levam às pessoas idosas a preferirem viver nas próprias residências e comunidades, com o máximo de autonomia e independência possível, as políticas públicas devem priorizar os serviços de atenção primária e de cuidado comunitário, articulando e integrando os sistemas de saúde e de assistência social.

Figura 1. Redes de Atenção à Saúde com enfoque na pessoa idosa



## Aplicando o Modelo de Atenção à Condição Crônica de Saúde

O cuidado oferecido às pessoas idosas portadoras de múltiplas condições crônicas de saúde, poli-incapacidades ou necessidades complexas é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, capaz de agravar ainda mais a sua condição de saúde<sup>3,6,7,9</sup>. Além disso, o enfoque da formação dos médicos da atenção primária é direcionado a condições agudas, traumas e gerenciamento de doenças crônicas, mas de forma isolada (unimorbidade). Evidências atuais mostram que a atenção à saúde das pessoas idosas mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro condições essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais:

- Avaliação multidimensional ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado;
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada;
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados (linha do cuidado ou macrogestão da clínica), com ênfase no cuidado transicional;
- Promoção do engajamento ativo do paciente e sua família no cuidado com sua saúde.

Mendes<sup>1</sup> desenvolveu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), para utilização no SUS. Esse modelo estrutura-se em cinco níveis de atenção à saúde, conforme a população estratificada por riscos e, conseqüentemente, o tipo de intervenção proposto. O MACC foi adaptado para a população idosa por Moraes<sup>6,9,20,21</sup> (Figura 2), inserindo as particularidades dessa população, particularmente os principais grupos de risco baseados na classificação clínico-funcional proposta (MACC adaptado para pessoa idosa).

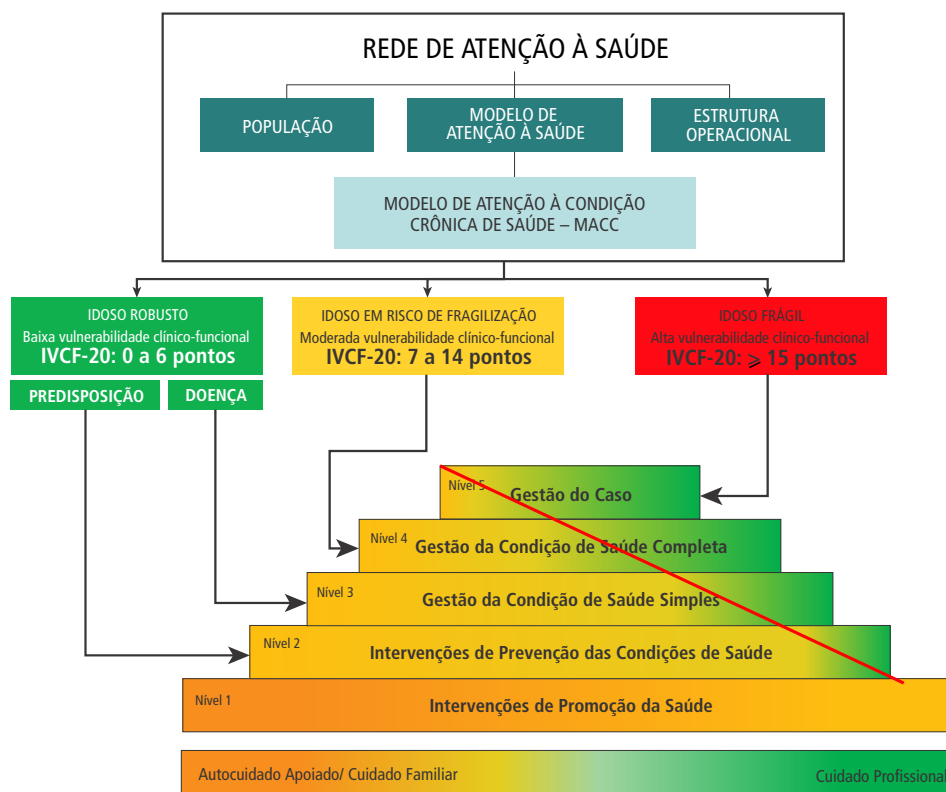
- **Nível 1:** engloba a população global, com enfoque nos determinantes sociais da saúde, representados pelas condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, ambientes saudáveis, acesso aos serviços essenciais de saúde, educação, saneamento e habitação e às redes sociais e comunitárias. As intervenções focalizam as estratégias de promoção da saúde e são aplicadas a toda a população.
- **Nível 2:** engloba um estrato da população global que apresenta fatores predisponentes para as condições de saúde ou fatores de risco. As intervenções são direcionadas para as estratégias de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool etc.). Até o segundo nível, não há condição de saúde estabelecida. Envolve as pessoas idosas robustas

estratos 1 e 2, que apresentam condições crônicas simples e de fácil manejo pela atenção primária.

- **Níveis 3, 4 e 5** operam em indivíduos com condições crônicas de saúde ou problemas de saúde estabelecidos, variando de condições crônicas simples (**nível 3**) e complexas (**nível 4**) de baixo ou médio risco, em geral, prevalente entre 70% e 80% dos portadores de condições de saúde, a condições de saúde altamente complexas (**nível 5**), presentes de 1% a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. As intervenções de gestão da clínica englobam a gestão de condição crônica e a gestão de caso, nos indivíduos portadores de condições crônicas de saúde altamente complexas. O nível 3 inclui as pessoas idosas robustas portadoras de doenças de baixa complexidade, mas independentes para todas as Atividades de Vida Diária – AVD (estratos 3). O nível 4 envolve as pessoas idosas em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e as pessoas idosas frágeis (6, 7, 8, 9 e 10). As pessoas idosas frágeis com alto potencial de melhora clínico-funcional e aquelas em fase final de vida estão incluídas no nível 5, nos quais é fundamental a realização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que inclui a Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) e a elaboração de um Plano de Cuidados Personalizado (PCP)

A linha transversa que corta o desenho, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha, hegemonicamente, o autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado na pessoa idosa apresenta também algumas particularidades. A perda da autonomia e da independência é a principal característica da pessoa idosa frágil, de tal forma que ela se torna dependente para a realização das atividades do cotidiano. Pessoas idosas frágeis no estrato 10 não apresentam grau máximo de dependência funcional, pois não conseguem nem se alimentar sem ajuda de terceiros. A família ou o cuidador tornam-se atores fundamentais na preservação dos cuidados básicos com a vida. Assim, o termo autocuidado apoiado inclui o cuidador da pessoa idosa, que, na maioria das vezes, é um familiar. O ato de cuidar do outro exige o conhecimento da tecnologia do cuidado, além de dedicação e carinho<sup>9</sup>. O programa deve garantir o treinamento dos cuidadores de pessoas idosas frágeis, familiares e profissionais, bem como enfatizar a importância do envolvimento deles na equipe interdisciplinar de saúde responsável pelo acompanhamento da pessoa idosa.



Figura 2. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Moraes<sup>10</sup>

### Gestão clínica do cuidado comunitário à pessoa idosa na APS

Como coordenadora do cuidado, a APS deve organizar fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção, priorizando o vínculo e a longitudinalidade, promovendo a referência e a contrarreferência efetivas, reduzindo a fragmentação do cuidado, o que, por sua vez, promove boas práticas de segurança para as pessoas usuárias, uso racional de recursos e melhora a qualidade da atenção ofertada<sup>2-6,9,12,21</sup>. Em cenários em que há significativa prevalência de condições crônicas e multimorbidades, torna-se central fortalecer a APS e ampliar sua capacidade de coordenar o cuidado longitudinalmente, implementando estratégias que favoreçam sua resolubilidade.

Uma importante ação implementada pelo Ministério da Saúde do Brasil, em janeiro de 2025, foi a incorporação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) na Estratégia eSUS APS, que implementa soluções tecnológicas em sistemas da APS (Figura 3). A inovação tecnológica busca qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas

nos territórios ao incluir um método acessível para apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família no reconhecimento dos diferentes perfis de envelhecimento e de funcionalidade, qualificando a implementação da Avaliação Multidimensional e a gestão clínica do cuidado nos territórios.

Figura 3. Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC eSUS APS no acompanhamento da pessoa idosa



Na APS, o registro do IVCF-20 se tornou um indicador de acompanhamento de saúde da pessoa idosa monitorado pelo Ministério da Saúde, quando campos de registro específicos passaram a integrar nacionalmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC eSUS APS). O IVCF-20 constitui um método rápido de identificação da pessoa idosa frágil, com base em características multidimensionais, da capacidade intrínseca e da capacidade funcional da pessoa idosa. Sua utilização vem sendo descrita desde 2016, em variados pontos de atenção — desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), a atenção domiciliar e os serviços de referência em Geriatria e Gerontologia — em diversos municípios e estados do país, aplicada por profissionais de toda a equipe, incluindo agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e equipes multiprofissionais.

A partir dessa inovação, os profissionais de saúde da atenção primária passam a extrair relatórios de acompanhamento territorial da população-alvo com objetivos direcionados, contemplando componentes avaliados a partir do IVCF-20. Ou seja, as equipes de saúde da APS podem realizar busca ativa e conduzir ações coletivas ou individuais conforme sentinelas de risco e características-chave identificadas ao longo do acompanhamento clínico. Com isso, o MACC das pessoas idosas é fortalecido, e a gestão clínica do cuidado nos territórios passa a considerar indicadores de funcionalidade e da capacidade intrínseca das pessoas idosas.

Por fim, a ação deve oportunizar a qualificação do cuidado às pessoas idosas nas RAS, além de permitir o melhor direcionamento de ações preventivas, de promoção da saúde e de vigilância e acompanhamento longitudinal, considerando a diversidade de perfis de envelhecimento. Um exemplo desse uso é a programação de agenda para

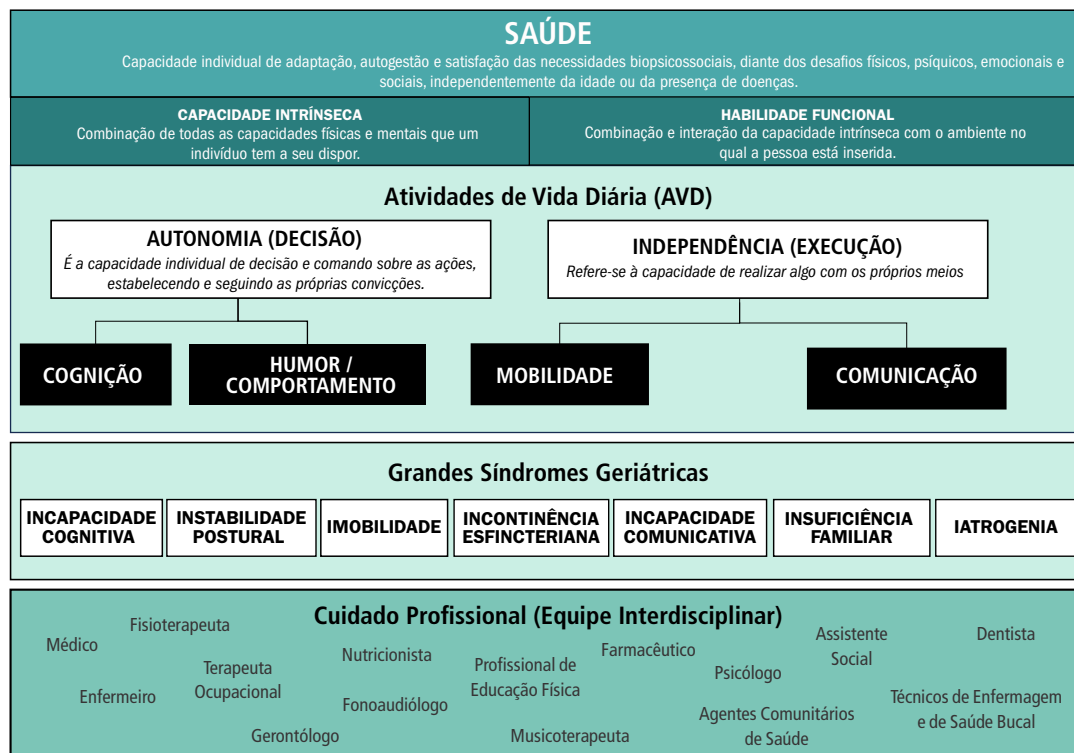
atendimentos domiciliares programados de pessoas idosas que apresentam limitação para AVD básicas identificadas a partir da aplicação do IVCF-20. Outra possibilidade é utilizar esse recurso para busca ativa de pessoas usuárias candidatas para participar de atividades coletivas, de promoção da saúde ou de prevenção de quedas, por exemplo.

### Cuidado interprofissional

Considerando as necessidades de saúde pública de territórios em processo de envelhecimento populacional, é importante formar e qualificar profissionais generalistas para atuarem longitudinalmente, no seguimento do cuidado à pessoa idosa, coordenando seu itinerário terapêutico na RAS. Portanto, após a estratificação de risco e o reconhecimento das principais necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias, os profissionais da Atenção Primária, e, quando necessário, com o apoio de outros especialistas focais, devem elaborar Planos de Cuidados Personalizados (PCP) e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) como estratégia de coordenar os fluxos de cuidados entre os diferentes níveis de atenção da Rede. No nível comunitário, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma importante ferramenta de indução à elaboração de planos de cuidados e fortalecimento do vínculo da pessoa idosa, sua família e seus cuidadores, preenchida com o apoio da equipe de Saúde da Família. O acompanhamento longitudinal e comunitário dessas famílias gera melhores resultados em saúde ao promover o autocuidado apoiado e estabelecer pilares de segurança, adesão e efetividade.

Nesse sentido, a gestão do trabalho e da educação deve ser estratégica, seguindo a lógica de Redes de Atenção, e integrando equipes multiprofissionais e especializadas que ofertam apoio matricial e educação permanente às equipes de APS no nível comunitário, valorizando a comunicação, a coordenação do cuidado e a corresponsabilização. O cuidado interdisciplinar, centrado na pessoa idosa, exige integração entre profissionais e serviços e o fortalecimento de estratégias de comunicação. Um dos aspectos relevantes é valorizar as ações coletivas e as reuniões de equipe que incluem discussão de casos e elaboração de planos de cuidados interprofissionais (Figura 4).

Figura 4. Cuidado Interdisciplinar



### Indução de boas práticas e cofinanciamento federal da APS

Para que a RAS se articule de maneira eficaz, são necessários mecanismos formais de contratualização entre gestores e prestadores, com responsabilidades, metas e indicadores pactuados são necessários. Com o enfoque na promoção do Envelhecimento Saudável, tais contratos devem privilegiar indicadores que reforcem os princípios da APS – como longitudinalidade, acesso e promoção da saúde –, com destaque para ações que beneficiam a qualidade de vida, a participação e a funcionalidade.

Como forma de induzir boas práticas no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária, a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, alterou a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de APS no âmbito do SUS<sup>10</sup>. A mudança foi determinada para aperfeiçoar, promover maior eficiência e equidade na distribuição de recursos federais. Além disso, prevê novos indicadores indutores de boas práticas sobre os padrões esperados no cuidado de pessoas ao longo do curso de vida, na atenção a doenças crônicas (como diabetes

e hipertensão), no cuidado multiprofissional e na saúde bucal. Entre os 15 indicadores associados ao novo modelo de cofinanciamento federal, o Ministério da Saúde incorporou, pela primeira vez, o componente de Cuidado Integral à Saúde da Pessoa Idosa (C6)<sup>9</sup>.

São consideradas boas práticas avaliadas no indicador de Cuidado Integral à Saúde da Pessoa Idosa (C6) (Quadro 1):

Quadro 1. Cofinanciamento federal da APS – Indicadores de Boas práticas no Cuidado Integral à Pessoa Idosa (C6)

Indicadores	Boas práticas induzidas
(A) Ter realizado pelo menos 01 (uma) consulta por profissional médica(o) ou enfermeira(o) presencial ou remota nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;	Promover o acesso e a longitudinalidade da atenção às pessoas idosas em cada território acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família.
(B) Ter realizado pelo menos 01 (um) registro simultâneo de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos 12 meses;	O acesso deve produzir atendimentos completos, constituídos por exame clínico e avaliação física completa, adequada às necessidades da pessoa idosa acompanhada.
(C) Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise;	Manter a longitudinalidade no cuidado comunitário, a vigilância epidemiológica, favorecer orientações de prevenção de quedas, proteção de direitos humanos, identificação de violência, insegurança alimentar e outras vulnerabilidades.
(D) Ter um registro de uma dose da vacina influenza, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.	Fortalecer a implementação de ações preventivas e de promoção da saúde no nível comunitário; promover acesso e atualização oportuna do calendário vacinal.

Esse componente destaca a importância da promoção da saúde, do acesso e da longitudinalidade no cuidado à pessoa idosa na APS. Ele complementa outros indicadores, como de saúde bucal e de controle de doenças crônicas (componente hipertensão e diabetes). Além disso, serve de referência para o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes nos territórios, incorporando incentivo financeiro destinado à qualificação contínua do cuidado à população idosa no nível comunitário. Detalhes sobre os indicadores instituídos no novo modelo de cofinanciamento federal podem ser consultados nas notas metodológicas disponíveis no [site da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde](#).

No cuidado à pessoa idosa, outros indicadores relevantes na indução de boas práticas na RAS podem monitorar a oferta e a disponibilidade de serviços ou ações que geram valor no acompanhamento dessa população. Outros indicadores sugeridos (Quadro 2), por exemplo, são:

Quadro 2. Indicadores de Boas Práticas

Indicador	Descrição
Proporção de pessoas idosas atendidas na Unidade Básica de Saúde que apresentam registro do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional nos últimos 12 meses.	Mede a proporção de pessoas idosas atendidas a cada quadrimestre que apresentam ao menos 01 registro do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) nos últimos 12 meses.
Proporção de pessoas idosas cadastradas com registro de participação em atividades coletivas e/ou práticas corporais e/ou educação popular em saúde na APS.	Mede a proporção de pessoas idosas cadastradas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde que participaram de atividades coletivas com enfoque na promoção da saúde na APS.
Proporção de pessoas idosas cadastradas que passaram por atendimento e/ou cuidado compartilhado por nutricionista e/ou psicólogo e/ou profissional de educação física e/ou fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional e/ou assistente social.	Mede a proporção de pessoas idosas cadastradas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde que passaram por atendimento com profissional de equipe multiprofissional na APS.
Proporção de equipes na Atenção Primária à Saúde que ofertam Testes Rápidos para rastreio para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a pessoas atendidas com 60 anos ou mais.	Mede a proporção de equipes na APS que realizam a oferta de Testes Rápidos para rastreio de IST em pessoas idosas cadastradas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, a partir do registro de Teste Rápido para Sífilis e/ou HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C.
Taxa de mortalidade precoce (60 a 69 anos de idade) por DCNT	Mede a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Proporção de pessoas idosas cadastradas com registro de atendimento por profissional de equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária nos últimos 12 meses.	Mede a proporção de pessoas com 60 anos ou mais que passaram por atendimento em saúde bucal na Atenção Primária nos últimos 12 meses.
Proporção de Internações de pessoas idosas por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Mede a Proporção de Internações de pessoas idosas por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) referem-se a condições de saúde para as quais o manejo, o tratamento e as intervenções adequadas realizadas no nível da atenção primária à saúde poderiam potencialmente prevenir a internação hospitalar.

## Estratificação de risco e seguimento longitudinal da saúde das pessoas idosas na RAS

Com base no modelo de atenção integral e integrado à pessoa idosa no nível comunitário proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde<sup>9,11</sup>, equipes na Atenção Primária, em especial, as equipes da Estratégia Saúde da Família, exercem papel central no cuidado às pessoas idosas, especialmente ao promover o envelhecimento saudável, o vínculo longitudinalmente e a participação social. Para isso, é fundamental identificar a capacidade funcional da pessoa idosa e o nível de suporte necessário, além de ofere-

cer acesso à RAS e à Proteção Social, conforme planos de cuidados personalizados. O objetivo é efetivar a coordenação do cuidado na APS, garantir a integralidade da atenção e proporcionar um cuidado centrado na pessoa. Também é importante identificar e promover fatores de proteção e recuperação da saúde por meio de ações intersetoriais, assim como estimular a adesão ao plano de cuidados, envolvendo a pessoa idosa, seus familiares e a comunidade (Figura 5).

Figura 5. Cuidado integral e integrado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS)



\* A Capacidade Funcional é compreendida como a interação entre a capacidade intrínseca (a soma das capacidades físicas e mentais do indivíduo) e o ambiente em que ele está inserido

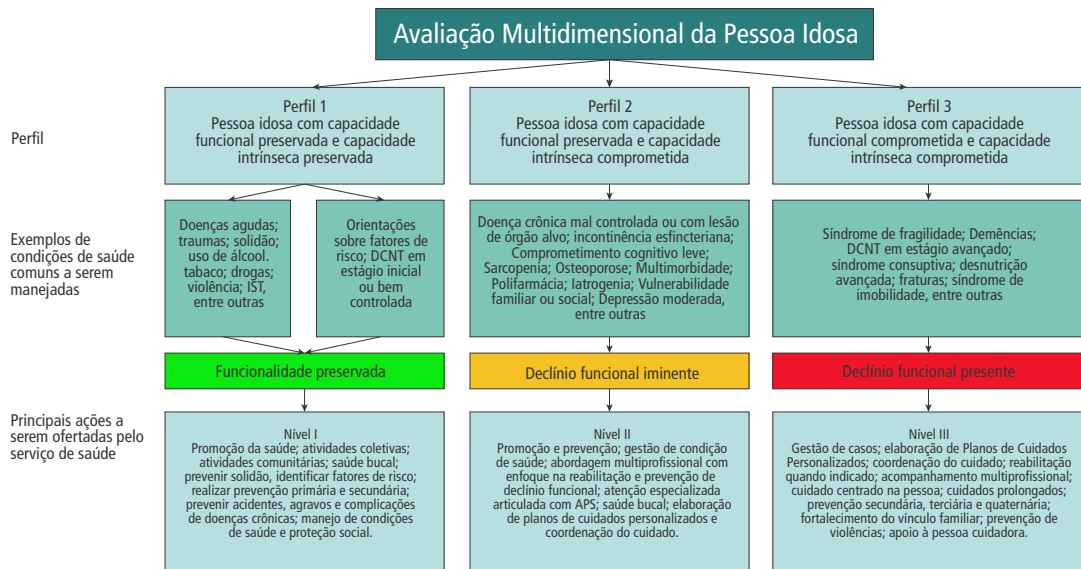
A legislação brasileira define pessoa idosa como todo indivíduo com 60 anos ou mais. Como descrito, essa população apresenta alto grau de heterogeneidade, que é tanto maior quanto maior for a idade, dentro do seu território, no seu contexto familiar, ambiental e comunitário<sup>9,21</sup>. Essa diversidade deve ser reconhecida e é fundamental para adequação da RAS às necessidades dessa população. O conhecimento da população usuária de uma RAS é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde de populações definidas<sup>8,9,21</sup>.

A organização da linha de cuidado na RAS, com enfoque na pessoa idosa, parte do reconhecimento dos diferentes perfis de envelhecimento para ofertar o cuidado certo no momento oportuno. Na Atenção Primária, a aplicação do IVCF-20, seguida de outros métodos que detalham e aprofundam a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa ao longo do acompanhamento longitudinal, permite, ao longo do tempo, a organização do cuidado interprofissional e a elaboração de PCP ou PTS. A partir desse encadeamento, a rede estrutura respostas proporcionais às necessidades das pessoas idosas, reconhecendo sua heterogeneidade e classificando perfis que combinam a preservação ou o comprometimento da capacidade funcional e da capacidade intrínseca. Em termos operacionais, a partir das diversas ferramentas geriátricas e escalas gerontológicas disponíveis utilizadas, podem ser identificados três perfis que induzem respostas diferenciadas do sistema (Figura 6):

- **Perfil 1:** é constituído por pessoas idosas com capacidade funcional e intrínseca preservadas, para as quais prevalecem ações de prevenção, promoção da saúde, vigilância de riscos e manejo de condições de saúde específicas bem como de DCNT como hipertensão ou diabetes sem lesão de órgão-alvo.
- **Perfil 2:** é composto por pessoas idosas com capacidade funcional preservada e capacidade intrínseca comprometida, o que exige intervenções direcionadas ao manejo das condições de saúde identificadas, com enfoque em reabilitação precoce, oferta de suporte e otimização terapêutica, associadas à elaboração de PCP para evitar o declínio funcional.
- **Perfil 3:** é constituído por pessoas idosas com comprometimento na capacidade intrínseca e na capacidade funcional, grupo que demanda ações intersetoriais e articuladas, com enfoque na gestão de casos, na reabilitação quando indicada, no apoio familiar e comunitário para os cuidados prolongados, na prevenção quaternária e na proteção social (Figura 6).



**Figura 6. Organização da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa a partir da Avaliação Multidimensional (AMD)**

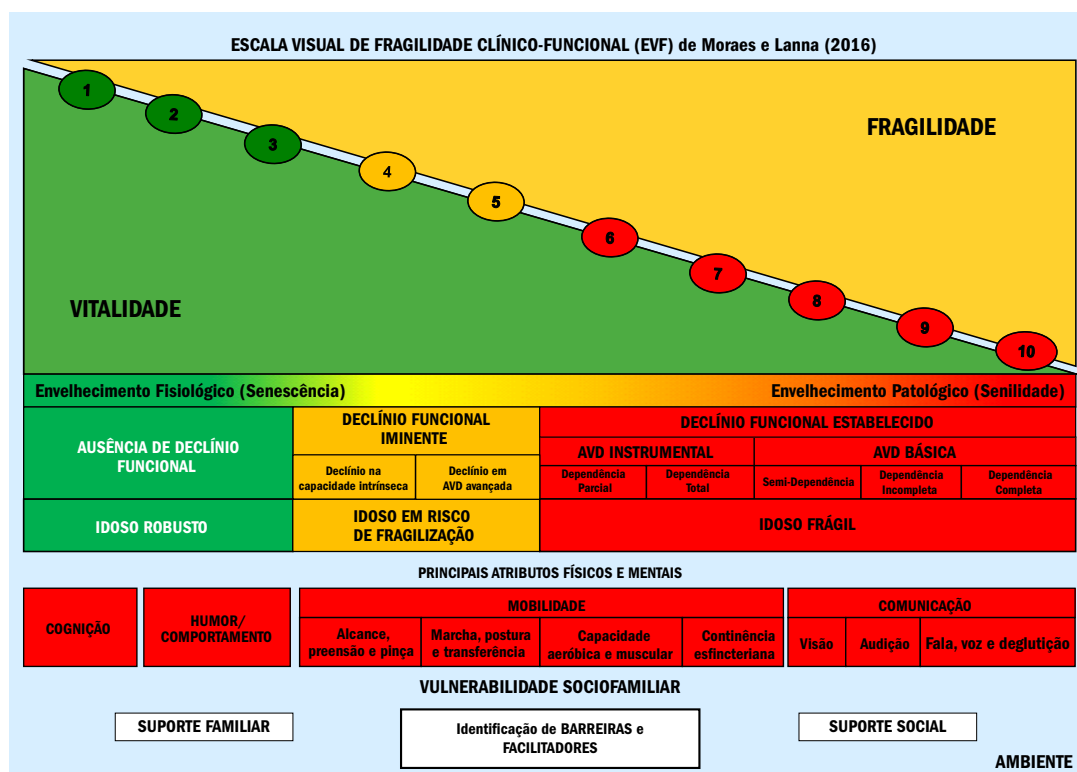


A integração prática desse arranjo depende de três pilares. Primeiro, da estratificação de risco contínua para captar mudanças na trajetória funcional e redirecionar o plano de cuidados e o seguimento. Segundo, da coordenação do cuidado pela APS, que mantém a responsabilização sanitária, aciona referências conforme necessidade e estrutura a contrarreferência para promover adesão aos planos de cuidado, longitudinalidade e integralidade. Terceiro, da contratualização de metas e indicadores entre gestores e equipes de saúde, favorecendo espaços para o cuidado interprofissional e a discussão de caso interdisciplinar, reuniões de equipe, atividades coletivas, cuidado comunitário e abordagem familiar. Dessa forma, o percurso assistencial passa a ser proativo e favorecer a recuperação e a promoção da funcionalidade, articulando ações de saúde, assistência social e direitos humanos, o que qualifica a resposta da RAS à transição demográfica, especialmente diante das vulnerabilidades e desigualdades nos diversos territórios.

Acompanhando essa mesma lógica, uma importante ferramenta que vem sendo adotada em serviços de atenção primária e de referência em geriatria e gerontologia no Brasil é a Escala Visual de Fragilidade (EVF), proposta por Moraes e Lanna<sup>6,9,14,20,21</sup>. A escala estabelece dez diferentes estratos clínico-funcionais, permitindo uma visualização objetiva sobre os diferentes perfis e necessidades ao longo do curso de vida no envelhecimento. Os perfis variam entre indivíduos idosos “Robustos” (estrato 1, 2 e 3), que apresentam características de um envelhecimento fisiológico, com capacidade intrínseca e funcionalidade preservadas. O perfil intermediário identifica indivíduos “Em

risco de fragilização” (estrato 4 e 5), que exibem sinais de comprometimento em suas reservas físicas ou mentais (comprometimento da capacidade intrínseca), mas que ainda não impactam em sua funcionalidade global ou na participação em atos da vida civil. Por fim, um terceiro perfil, denominado “Frágil”, é composto por indivíduos idosos que já apresentam comprometimento funcional, estratificados segundo o comprometimento progressivo em AVD instrumental (comprometimento parcial ou completo – estrato 6 e 7), e AVD básica (semidependente, dependente incompleto, dependente completo – estrato 8, 9 e 10) (Figura 7). Com isso, a resposta da RAS aos diferentes perfis identificados pode ser individualizada, o que permite uma análise objetiva para aspectos relacionados à proporcionalidade terapêutica, bem como a definição de metas diferenciadas no controle de condições crônicas como hipertensão e diabetes na população idosa e a elaboração de planos de cuidados.

Figura 7. Escala Visual Fragilidade Clínico-Funcional de Moraes e Lanna<sup>6,13</sup>



## Proporcionalidade terapêutica na Rede de Atenção à Saúde

Ao considerarmos a diversidade de perfis de envelhecimento e as necessidades de saúde na população idosa, os componentes da RAS devem estar alinhados aos princípios do **Triplo Objetivo (Triple Aim), do Cuidado Centrado na Pessoa e do Cuidado Certo**<sup>9,20</sup>. O Triplo Objetivo consiste em oferecer a melhor experiência do cuidado, a melhor saúde populacional e, consequentemente, o melhor custo per capita.

O Cuidado Centrado na Pessoa fundamenta-se na promoção de resultados que geram impacto na melhoria da qualidade de vida do indivíduo e sua família. Consiste na utilização de todos os recursos disponíveis para melhorar a vida do paciente e de sua família, e não simplesmente tratar doenças ou prescrever intervenções ou medicamentos. Outro aspecto relevante é a avaliação das possibilidades do paciente em relação às intervenções propostas, não sendo raro a suspensão de intervenções potencialmente indicadas, em virtude das limitações socioeconômicas e de letramento em saúde percebidas no paciente ou no seu contexto familiar. Da mesma forma, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, com a criação de vínculos de confiança e respeito, são indispensáveis, assim como o engajamento ativo de todos os profissionais envolvidos no cuidado e do paciente e da família, para que desenvolvam aptidões e competências necessárias ao autocuidado apoiado. Nesse contexto, Stewart et al.<sup>16</sup> descrevem o “Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)”, favorecendo a aplicação prática dessa abordagem. O reconhecimento de expectativas, valores, desejos, preferências e recursos familiares e sociais do indivíduo acompanhado é imprescindível na qualificação de planos de cuidados. Métodos que promovem estratégias de decisão compartilhada, com diálogo franco sobre riscos, benefícios e incertezas envolvidas em cada intervenção de saúde ou proposta terapêutica, são maneiras de valorizar a autonomia, a participação e a compreensão ativa da pessoa idosa e sua família sobre o que mais importa em sua trajetória de cuidado.

Um aspecto relevante é sempre verificar a compreensão e os recursos disponíveis para a pessoa idosa e sua família implementarem as intervenções propostas. A não adesão aos planos de cuidados frequentemente decorre de limitações relacionadas ao contexto social ou familiar, tornando imprescindível uma avaliação contextualizada das barreiras e potencialidades. Nesse sentido, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, alicerçadas na criação de vínculos de confiança e respeito, constituem-se como elementos indispensáveis. Igualmente fundamental é o engajamento ativo de todos os profissionais envolvidos no cuidado, bem como do paciente e da família, para que desenvolvam as aptidões e competências necessárias ao autocuidado apoiado, promovendo autonomia e corresponsabilidade no processo terapêutico.

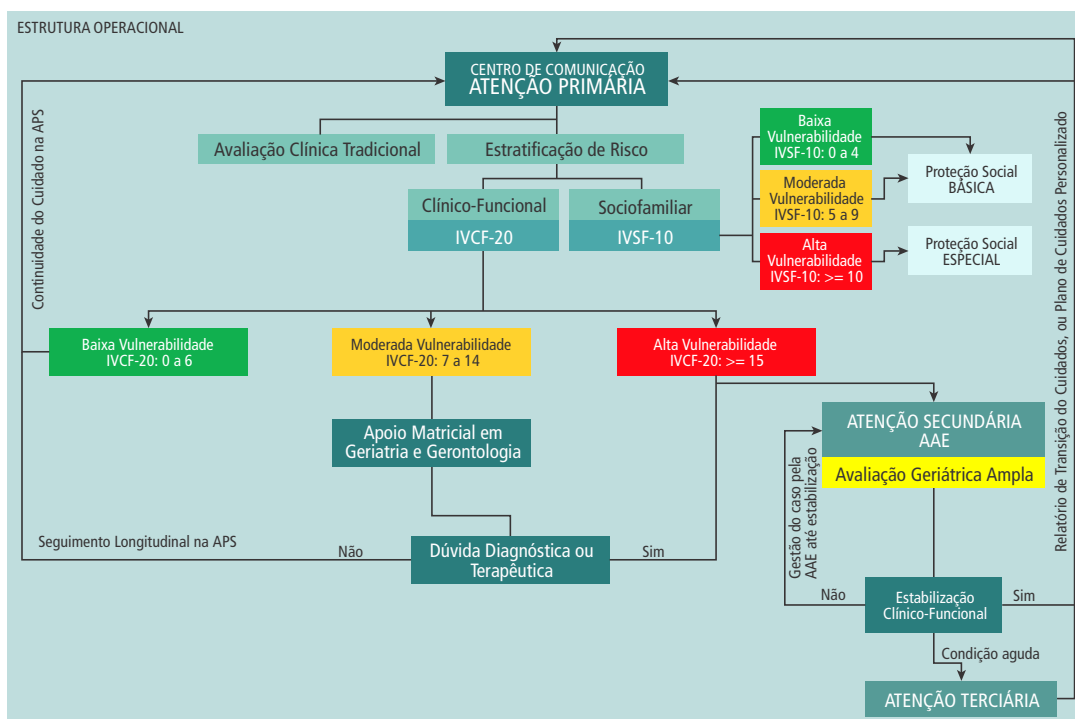
O Cuidado Certo, por sua vez, é aquele ofertado para otimizar a saúde e o bem-estar, por meio da prestação da atenção que é necessária, desejada, clinicamente efetiva, acessível, equitativa e responsável no uso dos recursos. Por sua vez, o Cuidado Pobre é aquele que se caracteriza pela sobreutilização e/ou subutilização dos serviços de saúde<sup>9,19</sup>. Na pessoa idosa frágil, a iatrogenia é a maior consequência do cuidado pobre, especialmente pela sobreutilização de tecnologias diagnósticas e terapêuticas associadas a metas inapropriadas, que podem agravar mais ainda a condição de saúde da pessoa idosa. O conceito está intimamente relacionado à prevenção quaternária, que, portanto, deve sempre ser considerado. Vale ressaltar a importância do aforisma “*Primum non nocere*”, atribuído à Hipócrates, há mais de 2.000 anos, que continua sendo atual (Princípio da Não Maleficência). No cuidado à saúde da pessoa idosa, as intervenções inadequadas ou fúteis representam uma ameaça à saúde, particularmente na pessoa idosa frágil, em que há redução da resiliência homeostática e, consequentemente, maior risco de desfechos adversos como hospitalizações e óbitos.

### Proposta de linha de cuidado em Rede de Atenção à pessoa idosa nos territórios

Como citado, a estrutura operacional da RAS tem a APS como centro de comunicação e coordenação do cuidado. O primeiro passo executado nesse nível de atenção é a identificação e o cadastro da população idosa adscrita ao seu território de abrangência. Essa vinculação permite a responsabilização entre a equipe de saúde e as famílias acompanhadas, promovendo vigilância epidemiológica, acesso à RAS e a continuidade do cuidado. As equipes de Estratégia Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) assumem a coordenação do cuidado, ou seja, a gestão territorial de populações específicas, acionando os diversos pontos da RAS, conforme a necessidade.

A estratificação de risco, a partir da aplicação do IVCF-20 e do Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar (IVSF-10), permite o reconhecimento das principais demandas ampliadas de saúde da população idosa e favorece a equidade na definição dos fluxos e contrafluxos na RAS. Pessoas idosas com elevada pontuação no IVCF-20 e no IVSF-10 devem ser atendidas prioritariamente por serviços especializados (ambulatórios, domiciliares ou de referência em Geriatria e Gerontologia) para elaboração de Planos de cuidados e gestão de casos complexos no SUS. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) também deve ser acionado, a partir dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) ou dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), nos casos de alta complexidade (Figura 8).

Figura 8. Proposta de Linha de cuidado à pessoa idosa nos territórios



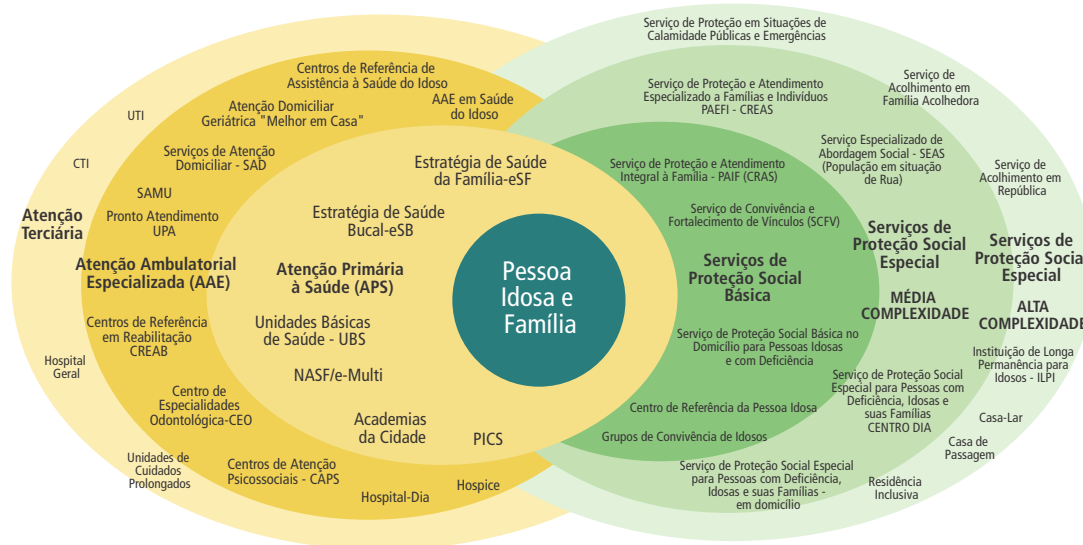
A suspeita de fragilidade clínico-funcional indica a aplicação de outros instrumentos e escalas específicas, que podem demandar compartilhamento do cuidado com equipes geriátrico-gerontológicas especializadas da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Estima-se que 10% a 20% das pessoas idosas apresentem critérios de encaminhamento para a AAE em Geriatria, serviço que ainda é pouco disponível em nosso contexto.

Considerando as dificuldades de acesso e acessibilidade à Rede de Atenção, o desenvolvimento de ferramentas e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Saúde Digital constitui-se como estratégia fundamental para aproximar distâncias, reduzir custos e qualificar o cuidado geriátrico e gerontológico no nível comunitário. Essa abordagem deve ser apoiada por equipes interdisciplinares e por especialistas focais atuando como matriciadores. Nesses casos, os profissionais da APS e da equipe multiprofissional devem programar atendimentos mais frequentes e com duração apropriada, viabilizando a definição precisa do diagnóstico geriátrico-gerontológico e a elaboração de PCP.

O cuidado integral e integrado à pessoa idosa deve incluir também ações da assistência social e outras áreas intersetoriais, como pode ser visto na figura abaixo. O Suas deve atuar de forma articulada com o SUS (Figura 9). O Suas organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social: Proteção Social Básica e Especial.

A **Proteção Social Básica** é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A **Proteção Social Especial** é destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros. É igualmente responsável pela oferta de Benefícios Assistenciais prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. O Suas também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social (CNEAS) e concedendo certificação a entidades beneficentes, como ocorre com as Instituições de Longas Permanência para Idosos (ILPI), públicas e filantrópicas.

Figura 9. Rede SUS e Suas



Conforme as normativas vigentes do Suas, o **Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas** é destinado a pessoas idosas (60 anos ou mais) de ambos os sexos, independentes ou com algum grau de dependência. O acolhimento deverá ser adotado como medida excepcional, quando não há possibilidade de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para as pessoas idosas que não têm condições para permanecer com a família, pois passaram por situações de violência e negligência, estão em situação de rua ou de abandono. O serviço pode ser ofertado nas seguintes unidades:

- **Abrigo Institucional (ILPI):** atendimento em unidade institucional de caráter domiciliar que acolhe pessoas idosas com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve garantir a convivência com familiares e amigos de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade.
- **Casa-Lar:** atendimento em unidade residencial. Deve contar com profissionais habilitados, treinados e supervisionados por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária.
- **República:** destinada a pessoas idosas que tenham condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda. O serviço objetiva a autonomia de seus residentes, incentivando sua independência ao funcionar em um sistema que permite que seus moradores tomem as decisões com relação ao funcionamento da unidade de maneira conjunta.

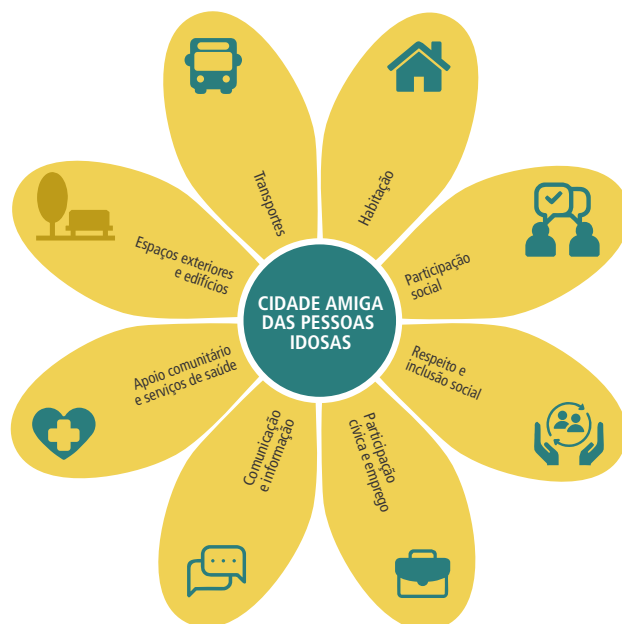
O **Centro-Dia** é outro equipamento destinado a indivíduos que não têm autonomia e dependem de outras pessoas, mas que residem em seus domicílios. As famílias dessas pessoas devem ser atendidas no Centro-Dia, garantindo a oportunidade de lazer, convivência com outros familiares e cuidadores, qualificação cuidado e profissional, assistência à saúde e liberação de tempo para o cuidador. São realizadas diversas ações individuais ou em grupo, durante o dia, servindo de apoio às famílias e cuidadores para a redução do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família. As atividades ofertadas são interdisciplinares e variam conforme o tipo de doença e a gravidade da dependência funcional do indivíduo, respeitando a disponibilidade das famílias. É um espaço multifuncional, capaz de atender a diferentes necessidades físicas, cognitivas, psicológicas e sociais da pessoa idosa e de seus familiares, ofertando cuidados complementares, prevenindo o isolamento, fortalecendo os vínculos familiares, sociais e comunitários e prevenindo a violência, negligência, abandono e a institucionalização.

Para gestão adequada do cuidado no nível comunitário, o registro apropriado das atividades e ações realizadas no âmbito do Suas também devem ser registradas no PCP, bem como na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Da mesma forma, é indispensável o remodelamento das ações de outros setores, nas vizinhanças e cidades, que favoreçam o “Envelhecimento Saudável”. Melhorias nos espaços exteriores e edifícios, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informações também são medidas que devem ser implementadas pelas cidades onde as pessoas idosas vivem, como sugerido no Programa Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa (Figura

10). Uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas deve manter a independência das pessoas pelo maior tempo possível, prover assistência, apoio e proteção, quando necessário, e respeitar a autonomia e a dignidade da pessoa idosa. É, portanto, um bom lugar para envelhecer, pois promove o envelhecimento saudável e, assim, cuida do bem-estar ao longo de todo o curso da vida<sup>11</sup>.

Figura 10. Setores prioritários no Programa Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa



### Monitorando a Implementação do Plano de Cuidados Personalizado

O monitoramento longitudinal ou navegação é o conjunto de tecnologias utilizadas para facilitar o percurso assistencial do indivíduo, com o objetivo de minimizar as barreiras de acesso nas RAS e garantir o acesso ao “Cuidado Certo”. A navegação contribui significativamente para otimizar as estratégias de melhoria contínua da qualidade, vinculação, continuidade do cuidado, organização, acesso ampliado e coordenação do cuidado; e, na Rede de Atenção, sugere-se que seja realizada principalmente para apoiar o acompanhamento longitudinal de pessoas idosas com alta vulnerabilidade clínico-funcional e sociofamiliar. Pode ser considerada uma estratégia de gestão de casos, que é um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa com condições de saúde complexa, com o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as opções



de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com suas necessidades e possibilidades, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de maximizar a autonomia e independência da pessoa idosa e reduzir a sobrecarga familiar e os custos assistenciais. O navegador ou gestor de caso tem como função primordial a advocacia do paciente, que consiste em alinhar suas expectativas, desejos e preferências, facilitar a comunicação entre os vários prestadores de serviços envolvidos no trabalho interdisciplinar, empoderar o paciente para o autocuidado e cuidado familiar e coordenar o cuidado em toda a rede. Pode ser implementado por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente qualificado para essa função. Esse profissional pode estar diretamente envolvido na assistência profissional à saúde do indivíduo (*hands-on*) ou não (*hands-off*)<sup>17</sup>.

O PCP deve ser complementado pelo Plano de Navegação, que consiste nas estratégias necessárias para obter a estabilização do paciente. Deve conter as ações a serem implementadas pelo profissional navegador, nos seguintes aspectos:

- **Monitoramento de Medicamentos:** ações indicadas para a desprescrição de medicamentos inapropriados e/ou fúteis com o objetivo de aumentar a adesão e a segurança do paciente. De igual importância, os medicamentos prescritos devem ser monitorados, com ênfase no acesso, na adesão e no monitoramento dos benefícios percebidos pelo paciente e pela família, bem como no acompanhamento das Reações Adversas a Medicamentos (RAM).
- **Monitoramento da Propedêutica Complementar:** consiste em monitorar a realização dos exames e a disponibilização dos resultados durante o acompanhamento clínico do paciente.
- **Monitoramento da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA):** cerca de 70% a 80% das pessoas idosas atendidas no serviço são hipertensas e/ou fazem uso de fármacos anti-hipertensivos, com alto risco de hipotensão ortostática e suas repercussões. A MRPA é, portanto, indispensável para avaliarmos a pressão arterial do paciente fora do consultório, seguindo a padronização feita pelo serviço. A MRPA realizada durante cinco dias, com duas medidas pela manhã e à noite, possibilita ajustes oportunos na prescrição, com objetivo de alcançar o cuidado certo.
- **Monitoramento da Reabilitação:** consiste em eliminar as barreiras para o acesso ao programa de reabilitação definido no PCP, garantindo a adesão e o acompanhamento dos resultados.
- **Autocuidado Apoiado/Cuidado Familiar:** estimular o autocuidado apoiado é uma das principais funções do profissional navegador. É uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar

a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciar suas condições de saúde. Tem por objetivo preparar e empoderar cada pessoa para autogerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada, transformando a pessoa usuária em protagonista do gerenciamento do seu cuidado, e, assim, contribuir para mudança de comportamento, tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida<sup>8</sup>. O Plano de Navegação deve oferecer condições e dar apoio material para o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a implementação das decisões compartilhadas. As mudanças do estilo de vida e o engajamento no processo terapêutico exigem grande esforço do paciente e de sua família. Em pessoas idosas frágeis ou dependentes para as AVD, o “autocuidado” é direcionado para o cuidador e familiares (Cuidado Familiar), que devem aprender as tecnologias indicadas para o manejo das Grandes Síndromes Geriátricas<sup>6,9</sup>.

- **Educação em Saúde:** consiste em empoderar o paciente e a família quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, esclarecendo dúvidas e facilitando o seu engajamento na aliança terapêutica.
- **Comunicação:** consiste em facilitar a integração e a comunicação efetiva entre o paciente, a família e todos os profissionais envolvidos no cuidado.
- **Função burocrática:** consiste em eliminar barreiras de acesso a relatórios, prescrições, pedido de exames, marcação de consultas subsequentes, organização e disponibilização do PCP a todos os profissionais envolvidos no cuidado.

### Avaliando os Indicadores de Saúde

O método mais utilizado para avaliação de intervenções em serviços e sistemas de saúde foi proposto no trabalho clássico de Donabedian<sup>18</sup>. Esse autor propõe os seguintes enfoques para avaliação de serviços de saúde:

- **Avaliação de estrutura:** compreendem as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais dos serviços e intervenções disponíveis. Essa avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, leitos de UTI etc.), da incorporação das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). Tais informações permitem relacionar a estrutura às atividades realizadas
- **Avaliação de processo:** refere-se à análise da quantidade e do tipo de atividade realizada que possibilita observar possíveis modificações no modelo de assistência à saúde. É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada,

quando possível, pela análise qualitativa das intervenções executadas.

- **Avaliação de resultado/impacto:** compreende o que é finalizado para os pacientes e seus efeitos na saúde e no funcionamento do sistema de saúde. Consequentemente, devem retratar as modificações nas condições de saúde dos pacientes sob intervenção e na Unidade de Saúde.

Assim, considera-se indicador uma informação quantitativa ou qualitativa que, por si só, tenha capacidade de retratar a parcela da intervenção que se deseja analisar. Nesse sentido, o indicador é uma variável de estrutura, processo, ou resultado/impacto que mostra o alcance da modificação analisada. O acompanhamento dos indicadores de processo e resultados são, portanto, fundamentais para a avaliação da efetividade da RAS, com enfoque na população idosa.

Os indicadores de processo<sup>9</sup> sugeridos são:

Quadro 3. Indicadores de Saúde

INDICADORES DE PROCESSO	DEFINIÇÃO
Proporção de Pessoas Idosas com Estratificação de Risco Clínico-Funcional	Proporção de pessoas idosas com avaliação pelo IVCF-20 e definição do grau de vulnerabilidade clínico-funcional. Esta classificação de risco é fundamental para a indicação de avaliação geriátrico-gerontológica especializada e para elaboração de plano de orientações para o paciente e sua família.
Proporção de Pessoas Idosas com Estratificação de Risco Sociofamiliar	Proporção de pessoas idosas com avaliação pelo IVSF-10 e definição do grau de vulnerabilidade sociofamiliar. Esta classificação é fundamental para a APS acionar os pontos da rede Suas com o objetivo de melhorar o suporte social e familiar.
Proporção de Pessoas Idosas com Plano de Cuidados Personalizado (PCP)	O PCP está indicado em todas as pessoas idosas com IVCF-20 $\geq 15$ pontos e deverá ser feito para AAE e deverá conter lista de condições de saúde e as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras indicadas para a pessoa idosa e sua família, além de estabelecer as prioridades e as justificativas para as mudanças, bem como o local de atendimento e a equipe interdisciplinar necessária para o seu seguimento.
Número de pacientes com polifarmácia	A polifarmácia é definida como o uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes e representa um marcador de maior risco para reações adversas.
Frequência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas	Os medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas são medicamentos que devem ser sempre evitados em pessoas idosas por existirem similares mais seguros. Os critérios utilizados serão aqueles especificados pelas principais listas de MPI para pessoas idosas: Beers, STOPP/START, FORTA, Australian Prescribing Indicators Tool, Screening Tool for Older Person's Appropriated Prescriptions for Japanese, Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, McLeod/IPET, PRISCUS, EU(7)-PIM List, Lista de Taiwan e NORGE <sup>19,22,23</sup>

### Quadro 3. Indicadores de Saúde

INDICADORES DE PROCESSO	DEFINIÇÃO
Taxa de encaminhamento para consulta na atenção especializada	Mede a percentagem de encaminhamento de pessoas idosas pela atenção primária para as especialidades médicas diversas, excluindo o atendimento geriátrico-gerontológico realizado pelo Centro de Especialidades.
Implantação de atendimento interdisciplinar específico para pessoas idosas, conforme estratificação de risco	A disponibilidade de equipe interdisciplinar específica para a pessoa idosa, constituída por médico geriatra e equipe multiprofissional com formação na área de saúde da pessoa idosa, é fundamental para o atendimento qualificado da pessoa idosa, em especial, aquela considerado frágil.
Proporção de internações de pessoas idosas com acompanhante	Distribuição percentual das internações hospitalares financiadas pelo SUS de pessoas idosas de 60 anos ou mais com pelo menos uma diária de acompanhante paga. Estima a percentual de pessoas idosas que tiveram acompanhantes em pelo menos um dia da internação hospitalar.

Os indicadores de resultados sugeridos são:

### Quadro 4. Indicadores de resultados

Indicadores de Resultados	Definição
Grau de satisfação das pessoas idosas e família	Mede a satisfação da pessoa idosa e de sua família em relação ao atendimento realizado na unidade básica de saúde e no centro de especialidades. Deve incluir aspectos como acesso, tempo de espera, acolhimento, comunicação com a equipe de saúde e resolutividade dos serviços prestados.
Número de atendimentos em UPA/ Pronto atendimento por pessoas idosas nos últimos 6 meses	Mede o número de atendimentos em unidades de pronto atendimento do município nos últimos 6 meses.
Taxa de Readmissão Hospitalar (todas as causas) dentro de 30 dias após a alta	Mede a frequência de reinternação hospitalar no período de 30 dias após a alta. O indicador é importante para avaliar a qualidade da preparação para a alta hospitalar e o atendimento pós-hospitalar, podendo ser considerado um parâmetro de avaliação da continuidade do cuidado na RAS.
Tempo médio de internação hospitalar	Cálculo da duração total da internação. É um indicador da qualidade do atendimento ofertado pelo hospital e é diretamente afetado pelo grau de fragilidade do paciente.
Taxa de óbito domiciliar	Proporção de pacientes que vieram a óbito no domicílio. Pode ser considerado um indicador da capacidade da rede em ofertar assistência domiciliar para pessoas idosas em cuidados paliativos.
Proporção de óbitos de pessoas idosas	Distribuição percentual dos óbitos de pessoas idosas de 60 anos ou mais residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a magnitude dos óbitos entre as pessoas idosas de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos ocorridos na população de mesma faixa etária.

## Quadro 4. Indicadores de resultados

<b>Indicadores de Resultados</b>	<b>Definição</b>
Taxa de mortalidade de pessoas idosas	Número de óbitos, na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte das pessoas idosas de 60 ou mais de uma determinada população.
Taxa de internação de pessoas idosas	Percentual de internações de pessoas idosas de 60 anos ou mais na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Taxa de internações de pessoas idosas por causas evitáveis (internações por ICSAP)	Número de internações de pessoas idosas por causas evitáveis, causas definidas como condições sensíveis à atenção primária, na população idosa de 60 a 74 anos, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador de condições sensíveis à atenção primária (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP), desenvolvido por Billings e colaboradores, representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da Saúde através da Portaria 221 da SAS/MS, 17/04/2008.
Mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNTs	Indica a proporção dos óbitos de pessoas idosas de 60 a 69 anos do total de óbitos de pessoas de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas/ CID-10 - I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação dos óbitos prematuros de pessoas idosas de 60 a 69 anos, em relação ao total de óbitos prematuros de pessoas de 30 até 69 anos. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.
Taxa de internação de pessoas idosas por fratura de fêmur	Número de internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por fratura de fêmur (CID-10 S72), na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por fratura de fêmur (CID-10 S72) na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes idosos com fratura no quadril	Número médio de dias de internação de pessoas idosas de 60 anos ou mais por fratura no quadril (CID-10 S72.0; S72.1; S72.2). Estima o tempo médio de permanência hospitalar de pacientes idosos com fratura no quadril. Um tempo de permanência muito longo aponta para uma inadequação do cuidado hospitalar. O tempo de permanência adequado é de 12 a 18 dias*. O valor 0 indica que não houve internações por fratura de quadril no período.

Quadro 4. Indicadores de resultados

Indicadores de Resultados	Definição
Taxa de internação de pessoas idosas por queda em pelo menos uma das causas	Número de internações hospitalares financiadas pelo SUS por queda em pelo menos uma das causas (CID-10 W00-W19) na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por quedas na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
Proporção de óbitos de pessoas idosas com causa básica mal definida	Proporção de declarações de óbito de pessoas idosas de 60 anos ou mais, por causa mal definida (CID-10 R00-R99), na população de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As causas de morte mal definidas incluem aquelas codificadas como causa indeterminada, assim como, por exemplo: parada cardíaca, choque, caquexia, morte súbita e sinais e sintomas não relacionados a nenhuma doença específica. Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. As dificuldades estão geralmente associadas ao uso de expressões ou termos imprecisos. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para o preenchimento das declarações de óbito.

## Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 dez 31; Edição 251; Seção I:88-93.
3. Boulton C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody rushes you through”. JAMA. 2010;304(17):1936-43. DOI: [10.1001/jama.2010.1623](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1623)
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775-9. DOI: [10.1001/jama.288.14.1775](https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775)
5. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1(1):2-4.
6. Moraes, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.98 p.: il.

7. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil. Rio de Janeiro: Folium; 2016.
8. Castro CPF, Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: uma análise qualitativa. *Rev Saude Publica*, 2023, 57:70.
9. Mendes EV, Evangelista MJO, Silva JF. SUS em rede: a planificação da atenção à saúde como estratégia de organização. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, DF. 2025.
10. Ministério da Saúde (BR). Gabinete da Ministra. Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2024 abr 11; Edição 70; Seção I:100.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2023 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275727928>
12. Hébert R. A revolução do envelhecimento. *Ciênc saúde coletiva*. 201520(12):3618. DOI: [10.1590/1413-812320152012.225420151](https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.225420151)
13. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:81. DOI: [10.1590/S1518-8787.2016050006963](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963)
14. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero D. A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice*. 2016;5(1):24-30.
15. Bisognano M, Kenney C. Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2013.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017.
17. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.
18. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
19. Moraes EN. A Arte da (DES)Prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica. Rio de Janeiro: Ed Folium; 2018.
20. Cintra MTG, Bento BMA, Branco BVC, Sousa AD de M, Moraes EN de, Bicalho MAC. Pre-ditores clínicos de fragilidade em usuários de serviço de Atenção Secundária em Geriatria e

Gerontologia. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2022;25(2):e220150. DOI: [10.1590/1981-22562022025.220150.pt](https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220150.pt)

21. Brasil. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa Idosa (2019). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019. 56 p.:il.

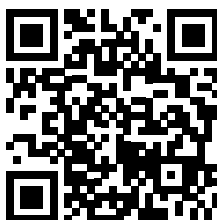
22. Tian F, Chen Z, Zeng Y, Feng Q, Chen X. Prevalence of Use of Potentially Inappropriate Medications Among Older Adults Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(8):e2326910. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2023.26910](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.26910)

23. Zhou Y, Pan Y, Xiao Y, Sun Y, Dai Y, Yu Y. Association between Potentially Inappropriate Medication and Mortality Risk in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2025;26(2):105394. DOI: [10.1016/j.jamda.2024.105394](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105394)



Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



---

# IDADISMO, O ÚLTIMO GRANDE TABU

---

*El edadismo, el último gran tabú*

*Ageism, the last great taboo*

*Lâgisme, le dernier grand tabou*

**Alexandre Kalache\***

---

\*.Médico e especialista em saúde pública, referência global em envelhecimento. De 1995 a 2008, dirigiu o Programa de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), criando o conceito de Envelhecimento Ativo e o projeto Cidades Amigas da Pessoa Idosa. E-mail: [alex.kalache@gmail.com](mailto:alex.kalache@gmail.com) Endereço para correspondência: Grupo Autêntica: av Paulista 2073. Bela Vista. Conjunto Nacional. Horsa I, salas 404-406. Telefone: 11 3034-4468

## Resumo

O capítulo discute a importância do idadismo, que, como o autor reforça, é uma palavra que incomoda, que dói no ouvido porque dói na pele de quem a sofre. E é justamente esse incômodo que o autor provoca, para que o preconceito não siga escondido atrás de eufemismos. Todo preconceito nasce de estereótipos, e todo estereótipo nasce de uma suposição preguiçosa de achar que “todo mundo é igual”. Entretanto pessoas idosas estão longe de serem iguais. Quanto mais envelhecemos, mais diferentes nos tornamos. Todos nós, cedo ou tarde, enfrentaremos o idadismo. Para alguns, ele chega como surpresa. Para muitos outros, soma-se a um histórico de desigualdades relacionadas a questões de raça, gênero, classe e orientação sexual, aprofundando vulnerabilidades. O preconceito etário nunca anda sozinho; ele se cruza com outras exclusões e injustiças. Por isso mesmo, combatê-lo é urgente: porque não há sociedade saudável na qual se discrimine justamente aqueles que, com sorte, todos seremos um dia. Finalmente, o autor apresenta as facetas do idadismo e como combatê-las.

**Palavras chave:** idadismo, etarismo, preconceito, injustiça

## Resumen

Este capítulo aborda la importancia del edadismo, que, como enfatiza el autor, es una palabra incómoda, que hiere los oídos porque hiere la piel de quienes la padecen. Y es precisamente esta incomodidad la que el autor provoca, para que el prejuicio no quede oculto tras eufemismos. Todo prejuicio nace de estereotipos, y todos los estereotipos nacen de la suposición ingenua de que “todos somos iguales”. Sin embargo, las personas mayores están lejos de ser iguales. Cuanto más envejecemos, más diferentes nos volvemos. Tarde o temprano, todos nos enfrentaremos al edadismo. Para algunos, es una sorpresa. Para muchos otros, se suma a una historia de desigualdades relacionadas con cuestiones de raza, género, clase y orientación sexual, profundizando las vulnerabilidades. El edadismo nunca es aislado; se entrecruza con otras exclusiones e injusticias. Por esta misma razón, combatirlo es urgente: porque no existe una sociedad sana en la que quienes, ojalá, seamos todos algún día suframos discriminación. Finalmente, el autor presenta las facetas del edadismo y cómo combatirlas.

**Palabras clave:** edadismo, prejuicio, injusticia

## Abstract

This chapter discusses the importance of ageism, which, as the author emphasizes, is a word that is uncomfortable, that hurts the ears because it hurts the skin of those who suffer from it. And it is precisely this discomfort that the author provokes, so that prejudice

does not remain hidden behind euphemisms. All prejudice is born from stereotypes, and all stereotypes are born from a lazy assumption that “everyone is the same.” However, older people are far from being the same. The older we get, the more different we become. Sooner or later, we will all face ageism. For some, it comes as a surprise. For many others, it adds to a history of inequalities related to issues of race, gender, class, and sexual orientation, deepening vulnerabilities. Ageism never stands alone; it intersects with other exclusions and injustices. For this very reason, combating it is urgent: because there is no healthy society in which those who, hopefully, we will all be one day are discriminated against. Finally, the author presents the facets of ageism and how to combat them.

**Keywords:** ageism, prejudice, Injustice

## Résumé

Ce chapitre aborde l'importance de l'âgisme, un terme qui, comme le souligne l'auteur, est dérangeant et blessant pour ceux qui en souffrent. C'est précisément ce malaise que l'auteur cherche à provoquer, afin que les préjugés ne se dissimulent plus derrière des euphémismes. Tout préjugé naît de stéréotypes, et tout stéréotype repose sur l'idée simpliste que « nous sommes tous pareils ». Or, les personnes âgées sont loin d'être identiques. Plus on vieillit, plus on est différent. Tôt ou tard, nous serons tous confrontés à l'âgisme. Pour certains, c'est une surprise. Pour beaucoup d'autres, il s'ajoute à un passé d'inégalités liées à la race, au genre, à la classe sociale et à l'orientation sexuelle, accentuant ainsi leur vulnérabilité. L'âgisme n'est jamais isolé ; il s'entremêle à d'autres exclusions et injustices. C'est pourquoi il est urgent de le combattre : car il ne peut y avoir de société saine où celles et ceux que nous deviendrons un jour, espérons-le, sommes victimes de discrimination. Enfin, l'auteur présente les différentes facettes de l'âgisme et les moyens de le combattre.

**Mots-clés:** âgisme, préjugés, injustice

*Um esforço público-privado focado em acabar com a discriminação etária para trabalhadores com mais de 50 anos acrescentaria US\$ 3,9 trilhões de dólares à economia dos Estados Unidos em 2050*

*Ashton Applewhite, escritora e ativista estadunidense*

Não deveríamos ser julgados pela simples contagem dos anos que ainda nos faltam para morrer. No entanto, é exatamente isso que acontece, e com grande frequência. Na maioria das sociedades modernas, predomina a percepção de que perdemos valor à medida que envelhecemos. Talvez seja, entre todas as formas de discriminação,

a menos questionada. Consequentemente, não surpreende que tantas pessoas tentem se dissociar da velhice e tenham dificuldade em nela se reconhecer. “Velho, eu?” Velho é sempre o outro. Essa negação também é uma forma de estar fora de sintonia com o tempo. Para muitos, a tal da “velhice” chega como a coisa mais súbita da vida, seja pelo reflexo inesperado no espelho ou pelo assento oferecido no transporte público, seja por uma doença imprevista — como se esquecessem que todos nós estamos, felizmente, um dia mais velhos a cada dia.

Nos últimos anos, tornou-se comum, em nome da inclusão, que, ao iniciarmos uma palestra ou *live*, descrevêssemos nossa aparência física: “Sou um homem pardo”, “Uso óculos de armação preta”, “Estou vestindo um paletó cinza”. Cada vez mais, tenho acrescentado: “Sou um velho, careca, com rugas que contam os sabores e dissabores de uma longa vida, de barba branca e aparada”. É meu modo de desconstruir a palavra “velho”, resgatando-a de imagens estereotipadas de fragilidade ou obsolescência. Não há mal algum em precisar de ajuda, em usar um andador, em já não ter o vigor de 50 anos antes. O problema é impor invisibilidade ao grupo populacional que mais cresce no mundo. Cabe a nós, pessoas mais velhas, assumir frontalmente essa condição, e cabe também aos jovens entender que a melhor coisa que lhes pode acontecer é envelhecer. Caso contrário, alguém terá de perguntar: “Você prefere a única alternativa?”. Estamos todos no mesmo barco, uns na proa, outros na popa, mas todos envelhecendo, no gerúndio, nesse processo inexorável.

## Idadismo

O termo “idadismo” foi cunhado em 1969 por meu grande amigo e mentor Robert Butler (1927-2010), médico gerontólogo considerado o mais influente do século XX. Butler fundou o International Longevity Centre em 1995, instituição que presidi após seu falecimento. Foi também o criador e o primeiro diretor do Instituto Nacional de Envelhecimento (NIA, na sigla em inglês), em Washington, nos Estados Unidos. Homem à frente de seu tempo, escreveu com a esposa, Myrna Lewis, o livro *Sexo e amor na terceira idade e Why Survive?: Being Old In America* (Por que sobre-viver?: Ser velho nos Estados Unidos), sendo este último vencedor de um dos mais prestigiosos prêmios literários dos Estados Unidos, o Pulitzer de Não Ficção Geral, em 1976. Ainda hoje, mais de meio século depois, continua sendo um tema tabu em muitas sociedades. Inspirando-se em termos como *racism* (racismo) e *sexism* (sexismo), Butler escolheu a raiz *age* (idade) para criar *ageism*: “estereotipagem sistemática e discriminação contra pessoas simplesmente por serem velhas”. Foi um passo decisivo para dar nome a uma injustiça universal, mas até então invisível. Afinal, enquanto outros preconceitos já vinham sendo denunciados e combatidos, a discriminação por idade permanecia naturalizada, quase aceita como parte da ordem das coisas.

No Brasil, porém, há quem tenha optado por traduzir *ageism* como “etarismo”. Confesso que nunca me convenceu. A palavra soa excessivamente técnica e, em vez de esclarecer, muitas vezes confunde. Há alguns anos, uma vizinha de 87 anos me disse, entre irônica e indignada: “Quando ouço essa palavra, penso que estão me chamando de otária”. Ela tinha razão em desconfiar. O termo não comunica o peso real da experiência; suaviza algo que é, na prática, doloroso e injusto. “Idadismo” é mais direto, traduz de forma simples e contundente o que significa ser discriminado pela idade.

Costumo dizer que o etarismo é uma jabuticaba: só dá aqui no Brasil. Não conheço outro país em que o termo tenha sido adotado dessa forma. Pode até parecer sofisticado em alguns contextos acadêmicos, mas corre o risco de mascarar a violência real da prática. Idadismo, ao contrário, é palavra que incomoda, que dói no ouvido porque dói na pele de quem a sofre. E é justamente esse incômodo que precisamos provocar, para que o preconceito não siga escondido atrás de eufemismos.

Assim, o idadismo é qualquer julgamento baseado na idade e pode atingir tanto os mais velhos quanto os mais jovens. Um jovem pode ser visto como “verde demais” para assumir liderança ou receber treinamento. No entanto, há uma diferença fundamental: a juventude passa; a velhice permanece. Se alguém é considerado inexperiente aos 25 anos, aos 35 ou 40, esse rótulo se dissipa. Para as pessoas idosas, o estigma se intensifica com o tempo. Quem sofre idadismo aos 65 anos provavelmente enfrentará mais preconceito aos 75, 85 e 95 anos. Em sociedades obcecadas pela juventude, o peso recai com mais força sobre os mais velhos. E é um preconceito universal: atinge até mesmo o CEO de uma multinacional ou o político mais poderoso. Ninguém está imune.

Sempre digo aos mais jovens que lutamos contra o idadismo não apenas por nós, mas também por eles. Quero que os mais jovens trabalhem conosco para que envelheçam em um mundo mais justo e menos intolerante. Minha briga não é mais simplesmente em causa própria; é muito mais pelas próximas gerações, que almejam envelhecer em um mundo que as acolha e as respeite mais.

Todo preconceito nasce de estereótipos, e todo estereótipo nasce de uma suposição preguiçosa de achar que “todo mundo é igual”. Entretanto pessoas idosas estão longe de serem iguais. Quanto mais envelhecemos, mais diferentes nos tornamos. Tivemos mais tempo para acumular histórias, percursos e escolhas. Se começamos a vida de maneira parecida, chegamos à velhice em pontos muito distintos. Essa diversidade leva tempo para florescer. Por isso, as pessoas idosas formam hoje o grupo mais heterogêneo da sociedade. Cada pessoa traz sua história, sua trajetória, sua marca única. Ignorar essa riqueza e diversidade cultural por preconceito é desperdiçar um patrimônio social incalculável.

Nem sequer há consenso sobre quando começa a velhice. Sociedades estabelecem pontos arbitrários – 60, 65, 70 anos – por conveniência, mas tudo depende do contexto.

Um atleta olímpico pode ser “velho” aos 30 anos. Já para ser presidente do Brasil, essa mesma idade é considerada jovem demais. A verdade é simples: envelhecemos desde o nascimento. O que nos torna “velhos” não é a quantidade de anos vividos, mas as experiências acumuladas e nossa forma de encararmos a passagem do tempo.

Todos nós, cedo ou tarde, enfrentaremos o idadismo. Para alguns, ele chega como surpresa. Para muitos outros, soma-se a um histórico de desigualdades relacionadas a questões de raça, gênero, classe e orientação sexual, aprofundando vulnerabilidades. O preconceito etário nunca anda sozinho; ele se cruza com outras exclusões e injustiças. Por isso mesmo, combatê-lo é urgente: porque não há sociedade saudável na qual se discrimine justamente aqueles que, com sorte, todos seremos um dia.

## As muitas facetas do idadismo

Vivemos em uma sociedade que, em geral, valoriza a juventude e tende a desprezar a velhice. As propagandas exaltam rostos sem rugas, corpos sempre ativos e a ideia de que envelhecer é algo a ser evitado. Nessa lógica, a idade deixa de ser apenas um marcador do tempo vivido e se transforma em critério para julgar o valor das pessoas. Esse preconceito, muitas vezes invisível, opera silenciosamente em nossas instituições e em nossas relações cotidianas. É por isso que precisamos nomeá-lo, compreendê-lo e enfrentá-lo com clareza.

Considero que o idadismo é escrito com muitos Is. Como outros “ismos”, o idadismo se apoia em uma *ideologia* de supremacia. Esse é o primeiro “I”. Parte da crença de que um grupo de pessoas vale mais que outro, quase sempre sustentada por quem detém o poder. Essa lógica infiltra-se facilmente nas instituições, já que são justamente os poderosos que moldam e controlam os sistemas. Assim, instala-se a percepção de que determinados grupos “merecem menos”. Barreiras são erguidas, exclusões são aplicadas, muitas vezes de modo explícito, outras de forma sutil ou até inconsciente. Aos poucos, o preconceito se sistematiza, se *institucionaliza*, o segundo “I”, ganhando força nas normas e práticas sociais que moldam nosso cotidiano.

Logo, ele se manifesta também nas relações *interpessoais*, o terceiro “I”. Falas e gestos cotidianos reforçam a ideia de que certos grupos não têm valor; suas vozes são abafadas, relegadas ao silêncio e ao desdém. A piada que diminui, o olhar que desqualifica, a palavra “velho” usada como insulto: tudo isso alimenta estereótipos. As desigualdades se somam, se cruzam e se acumulam em um processo de interseccionalidade que amplia o impacto da exclusão.

Por fim, talvez o ponto mais perigoso e o objetivo último dos ideólogos do preconceito: ele é *internalizado*, o quarto “I”. As próprias pessoas marginalizadas passam a

acreditar que valem menos do que as outras. Quase sem perceber, aceitamos expectativas rebaixadas, autodesprezo e até a negação da própria velhice. Nossos direitos humanos não diminuem com a idade, mas criamos estruturas sociais que insinuam o contrário.

No Brasil, o problema é agravado por mais um “I”: o da *inequidade*, um terreno fértil onde todos os preconceitos florescem. A interseccionalidade evidencia isso de forma brutal: pensemos em uma mulher com baixa escolaridade, pobre, vítima de violência doméstica, negra, talvez com deficiência, baixa autoestima e que, ainda por cima, ousa envelhecer. Se for uma pessoa LGBTQ+, o peso se multiplica. Quanto mais marcadores de exclusão, maior o fardo. O resultado é um ciclo de vulnerabilidade que não nasce apenas do número de anos vividos, mas de como a sociedade escolhe valorizar — ou desvalorizar — essas vidas.

## **Quem deve combater o idadismo?**

O idadismo é uma questão de poder. É um ataque à humanidade; ele limita, exclui e até mata. Apenas ter consciência disso não basta. Precisamos reagir a essa forma de agressão. Como tão bem articulou Angela Davis, uma expoente maior do ativismo contra o racismo nos Estados Unidos, em diversas ocasiões: não basta não ser racista, é preciso assumir uma postura antirracista. O mesmo raciocínio se aplica a todos os outros “ismos”. Não basta simplesmente declarar “não sou idadista”, e sim assumir-se anti-idadista. Dizer que “não é idadista” é apenas negação. Ser anti-idadista é investir-se no compromisso com profundas mudanças, começando em nós próprios. Isso requer autoeducação, discernimento e empatia. Exige reflexão constante e ação intencional. Seja qual for a nossa idade, ser anti-idadista significa buscar conhecimento, questionar os próprios preconceitos, denunciar discriminações onde quer que surjam e lutar, sem concessões, pela plena dignidade e cidadania em todas as fases da vida.

Apesar de alguns avanços recentes, o idadismo, tanto explícito quanto implícito, ainda é comum em todos os contextos. Muitas vezes sequer é questionado, pois se esconde sob a capa da “brincadeira” ou da “normalidade”. Seja internalizado ou externo, visível ou oculto, o idadismo tem efeitos negativos comprovados na saúde. Pode ser, inclusive, o maior obstáculo para um envelhecimento saudável e ativo. Pesquisas mostram que a forma como encaramos a velhice impacta nosso corpo até o nível celular: crenças negativas aumentam a vulnerabilidade a doenças, enquanto atitudes positivas ampliam longevidade e bem-estar. Em momentos de crise, como a pandemia da covid-19, as consequências do idadismo se tornam ainda mais evidentes, seja nas prioridades de atendimento médico, seja no discurso público que naturalizou a perda de vidas idosas.



Em escala global, o idadismo também se reflete na ausência de uma legislação internacional sólida e vinculativa para proteger os direitos das pessoas idosas, o grupo populacional que, repito, mais cresce no mundo. Minha esperança é que nossa contínua luta pela criação de uma Convenção Internacional em Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas, no âmbito das Nações Unidas, seja finalmente exitosa. Após anos de resistência dos países mais desenvolvidos, o Alto Comissariado de Direitos Humanos em Genebra aprovou, em abril de 2025, por unanimidade, uma resolução dando sinal verde para o início dos trabalhos de redação. Será um marco histórico, comparável à Convenção dos Direitos da Criança ou da Pessoa com Deficiência, e um passo essencial para que o envelhecimento seja reconhecido como parte digna da condição humana.

Esse material foi publicado originalmente no livro *A revolução da longevidade*, de Alexandre Kalache, publicado pela Editora Vestígio.

---

# MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

---

*Multidimensional Model of Health for Older Adults and Healthy Aging*

*Modelo multidimensional de salud para adultos mayores y envejecimiento saludable*

*Modèle multidimensionnel de la santé des personnes âgées et du vieillissement en  
bonne santé*

**Edgar Nunes de Moraes\***  
**Rodrigo Ribeiro dos Santos\*\***  
**Flávia Lanna de Moraes\*\*\***

---

\*.Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Consultor do CONASS na área de saúde da pessoa idosa. E-mail: [edgar@medicina.ufmg.br](mailto:edgar@medicina.ufmg.br). Endereço para correspondência: Instituto Jenny de Andrade Faria, Alameda Álvaro Celso, 117, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Telefone: 31 9 9115-7141.

\*\* Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG.

\*\*\*.Preceptora em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG. Médica da Prefeitura de Belo Horizonte/Minas Gerais.

## Resumo

O envelhecimento populacional brasileiro é uma realidade inquestionável. Apesar de ser a maior conquista da humanidade, o envelhecimento exige mudanças expressivas no sistema de saúde para atender as novas demandas dessa população. O paradigma da saúde da pessoa idosa deve ser compreendido na sua plenitude e deve transversalizar todas as ações direcionadas para esse grupo populacional. O Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta as principais dimensões da saúde que devem ser rotineiramente avaliadas e utilizadas como eixos no cuidado com a saúde. A compreensão da heterogeneidade característica da população idosa é essencial para que possamos definir as prioridades e metas terapêuticas, de forma compartilhada, tendo como eixo o Cuidado Centrado na Pessoa.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Saúde, Fragilidade, Modelo Multidimensional e Cuidado Centrado na Pessoa.

## Abstract

The aging of the Brazilian population is an undeniable reality. Despite being humanity's greatest achievement, aging demands significant changes in the healthcare system to meet the new needs of this population. The paradigm of elderly health must be fully understood and should permeate all actions directed towards this population group. The Multidimensional Model of Elderly Health presents the main dimensions of health that should be routinely assessed and used as axes in healthcare. Understanding the heterogeneity characteristic of the elderly population is essential so that we can define therapeutic priorities and goals in a shared way, with Person-Centered Care as the central axis.

**Keywords:** Aging, Health, Frailty, Multidimensional Model, Person-Centered Care.

## Resumen

El envejecimiento de la población brasileña es una realidad innegable. A pesar de ser el mayor logro de la humanidad, exige cambios significativos en el sistema de salud para satisfacer las nuevas necesidades de esta población. El paradigma de la salud de las personas mayores debe comprenderse plenamente y debe permear todas las acciones dirigidas a este grupo poblacional. El Modelo Multidimensional de Salud de las Personas Mayores presenta las principales dimensiones de la salud que deben evaluarse rutinariamente y utilizarse como ejes en la atención médica. Comprender la heterogeneidad característica de la población mayor es esencial para definir prioridades y objetivos terapéuticos de forma compartida, con la Atención Centrada en la Persona como eje central.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Salud, Fragilidad, Modelo Multidimensional, Atención Centrada en la Persona.

## Résumé

Le vieillissement de la population brésilienne est une réalité indéniable. Bien qu'il représente l'une des plus grandes réussites de l'humanité, il exige des changements importants dans le système de santé afin de répondre aux nouveaux besoins de cette population. Le paradigme de la santé des personnes âgées doit être pleinement appréhendé et imprégner toutes les actions qui leur sont destinées. Le Modèle Multidimensionnel de la Santé des Personnes Âgées présente les principales dimensions de la santé qui devraient être systématiquement évaluées et utilisées comme axes de soins. Comprendre l'hétérogénéité caractéristique de la population âgée est essentiel pour définir de manière partagée les priorités et les objectifs thérapeutiques, en plaçant les soins centrés sur la personne au cœur de la démarche.

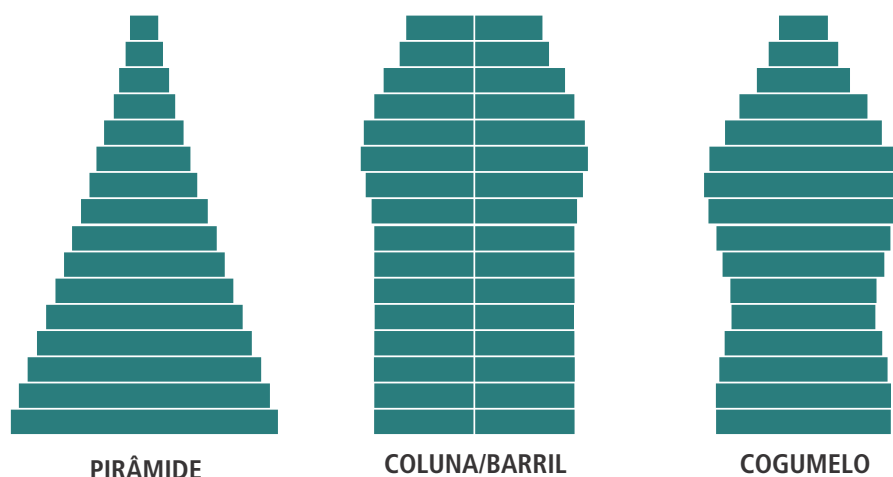
**Mots-clés:** Vieillissement, Santé, Fragilité, Modèle Multidimensionnel, Soins Centrés sur la Personne

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade concreta nos países desenvolvidos e, mais recentemente, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, nos quais essa transição demográfica é bem mais acelerada. Nos últimos 50 anos, a expectativa de vida aumentou cerca de 30 anos, dependendo do país, e tende a aumentar progressivamente até certo limite, que não sabemos ainda, mas estima-se que se estenda até 150 anos.

No Brasil, supõe-se que 1 milhão de pessoas completem 60 anos, anualmente, alargando ainda mais o ápice da pirâmide populacional, que está sendo remodelada rapidamente, com estreitamento da base e alargamento do topo, transformando-a em barril, e que, em breve, terá o formato de cogumelo (Figura 1).

Figura 1. Transição demográfica



Fonte: elaboração própria.

A população brasileira é de 203 milhões de pessoas, com 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que representam 15,81% da população, com cerca de 30.000 centenários (Censo de 2022). A maioria dos brasileiros completará 60 anos, que é a definição de velhice, segundo o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>1</sup>. A longevidade cronológica é um fenômeno atual que deve ser considerada a maior conquista da humanidade, apesar de impor novos desafios para a saúde pública. Enfrentamos hoje uma dupla carga de doenças dada a heterogeneidade dessa transição no Brasil. Todavia, o aumento da mortalidade por doenças não transmissíveis vai aumentar assim como a prevalência e os anos vividos com condições crônicas de saúde e incapacidades. Dessa forma, um profundo remodelamento dos sistemas de saúde será imperativo para se adequar à transição epidemiológica.

Torna-se, portanto, fundamental revisar o conceito de saúde da pessoa idosa e adaptá-lo à nova realidade demográfica e epidemiológica.

O modelo de saúde da pessoa idosa evoluiu significativamente ao longo das últimas décadas, incorporando as particularidades da pessoa que se encontra nesse ciclo de vida, bem como os avanços da medicina. Simultaneamente, ocorreu o desenvolvimento do conceito de envelhecimento saudável, atingindo seu ápice com a promulgação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da *Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)*<sup>2</sup>. Assim, o modelo de saúde da pessoa idosa atual integra a evolução desses conceitos, acrescidos da necessidade clara de ter sua operacionalização factível para abordagem da pessoa idosa e do sistema de saúde. Dessa forma, iniciaremos pela recapitulação da evolução histórica desses conceitos, seguida da descrição da operacionalização do modelo

de avaliação. Espera-se, assim, que os profissionais compreendem as diversas dimensões que compõem o conceito de envelhecimento saudável, o modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa bem como a interação entre essas dimensões.

Inicialmente, predominava a visão biomédica, definida pela ausência de doenças, uma abordagem restritiva e simplificada do envelhecimento saudável<sup>3</sup>, perspectiva esta amplamente fortalecida nas primeiras décadas do século XX pelo influente Relatório Flexner (1910). Esse relatório estabeleceu padrões rigorosos para a educação médica e reforçou uma abordagem centrada na doença, com ênfase no diagnóstico, tratamento clínico específico e na especialização médica. Embora eficaz para tratar patologias específicas, essa abordagem negligenciava aspectos fundamentais, como prevenção, promoção da saúde e fatores psicossociais essenciais ao bem-estar geral, especialmente na velhice.

Apesar de o sonho da imortalidade estar presente ao longo de toda a humanidade, o processo de envelhecimento é universal, inexorável, e ocasiona declínio das funções. Sendo impossível evitar o envelhecimento, há de se refletir, portanto, sobre como envelhecer. Esse questionamento foi motivo de reflexão pelo filósofo romano Marco Túlio Cícero. Em sua obra “De Senectute” (“Saber Envelhecer”), escrita em 44 a.C., ele expõe que envelhecer não implica necessariamente declínio e limitação, mas sim oportunidades para a sabedoria, reflexão e crescimento interior. Ele valorizava a experiência acumulada com o tempo, a importância da atividade intelectual contínua e a manutenção de relacionamentos sociais sólidos. Cícero sugeria ainda que a velhice poderia ser plenamente aproveitada com dignidade e aceitação das mudanças naturais, indicando que o envelhecimento bem-sucedido depende mais das atitudes individuais e sociais do que meramente das limitações físicas impostas pelo tempo.

Já em 1914, o geriatra Ignatz Leo Nascher trouxe contribuições fundamentais ao campo da geriatria. Introduziu a ideia de que as pessoas idosas não deveriam ser vistas simplesmente como adultos em idade avançada, mas como indivíduos com características fisiológicas e necessidades clínicas específicas. Ele defendeu a importância de uma abordagem especializada no tratamento e cuidado das pessoas idosas, destacando a necessidade de entender as particularidades das doenças relacionadas à idade avançada. Ademais, ele antecipou a visão moderna de que a avaliação clínica dessas pessoas deve considerar não apenas fatores biomédicos, mas também funcionais. A importância da funcionalidade na avaliação da pessoa idosa fica mais marcante com os trabalhos da médica britânica Marjory Warren ao conseguir reabilitar e dar alta para pacientes internados considerados como “incuráveis” e “inválidos” após avaliação funcional sistemática e reabilitação. Marjory Warren, assim como Nascher, foi fundamental para consolidação dos pilares da avaliação da pessoa idosa, estabelecendo que esta fosse abrangente, integrada e com destaque para funcionalidade.

Apesar de a OMS, em 1947, definir saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, entre as décadas de 1950 e 1970, a visão biomédica tradicional tornou-se ainda mais dominante, priorizando o controle e o tratamento das doenças por meio de abordagens tecnológicas e medicamentosas. Essa visão, em que o envelhecimento saudável era visto como ausência de doenças além de reducionista, ignorava dimensões sociais, psicológicas e funcionais.

Como o modelo dominante de doença era o biomédico, e ele não prevê em sua estrutura as dimensões social, psicológica e comportamental da enfermidade, era evidente a necessidade de modelos integrativos, como o Modelo Biopsicossocial descrito por George Engel em 1977, que visava ser um referencial para o ensino e um projeto de ação no contexto real dos cuidados de saúde.

Alinhado com esse modelo mais abrangente, na década de 1980, o termo “Successful Aging” (envelhecimento bem-sucedido) emergiu fortemente nos Estados Unidos da América, impulsionado pelos estudos de Rowe e Kahn. Os estudos começam a distinguir entre envelhecimento “usual” (marcado pela morbidade) e envelhecimento “bem-sucedido” (com autonomia funcional, envolvimento social, ausência ou mínima presença de doenças e alto funcionamento cognitivo). Para esses autores, envelhecimento bem-sucedido tem três dimensões fundamentais:

- Baixa probabilidade de doenças e incapacidades.
- Alta capacidade funcional física e cognitiva.
- Envolvimento ativo com a vida.

A prevenção de doenças e incapacidades seria a forma de melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos de saúde. Admitindo que há um limite para vida e que medidas de promoção de saúde são capazes de adiar o início de doenças crônicas, James Fries<sup>4</sup> hipotetiza o conceito de compreensão da morbidade com essa finalidade. Apesar da inquestionável importância das medidas de promoção e prevenção da saúde, adiar o aparecimento das doenças e reduzir o tempo de incapacidade para um curto período, apenas para próximo da morte, ainda carece de evidência robusta sobre sua possibilidade. Contudo, acreditamos que essa deve ser uma das metas explícitas de saúde pública e individual.

A manutenção da capacidade cognitiva e o reconhecimento da importância das questões psicológicas no conceito de envelhecimento saudável são observados na literatura há décadas, mesmo que presentes de forma segregada entre a medicina e a psicologia.

No campo da psicologia, na década 1960, a Teoria da Desvinculação, formulada por Elaine Cumming e William Henry em 1961, propõe que o envelhecimento natural envolve um afastamento inevitável, gradual e mútuo, entre o indivíduo e a sociedade, como elemento importante para envelhecimento saudável. Como contraponto, Havighurst

postula que o envelhecimento bem-sucedido ocorre quando as pessoas idosas mantêm níveis elevados de atividade física, mental e social. Essa teoria enfatiza a importância de as pessoas idosas continuarem engajadas em atividades significativas e papéis sociais, buscando adaptar-se a novos papéis, pois, quanto mais ativo for uma pessoa idosa, maior será sua satisfação com a vida. Na sequência, surge uma ênfase no Bem-Estar Subjetivo (BES) desenvolvido por Ed Diener<sup>5</sup>, que enfatiza a interpretação do indivíduo acerca da satisfação e da felicidade com a própria vida. Essa avaliação seria modulada pela frequência e intensidade de experiências afetivas positivas e negativas. O BES dependeria da integração de componentes afetivos e cognitivos, sendo uma experiência individual e subjetiva.

Com enfoque no florescimento humano, surge a psicologia positiva com Martin Seligman, visando entender e promover uma vida plena e feliz. Seligman e Csikszentmihalyi<sup>6</sup> criticam as décadas enfocadas em distúrbios e disfunções e argumentam que o objetivo deveria ser nos fatores que tornam a vida digna de ser vivida e que promovem bem-estar e realização pessoal. Segundo os autores<sup>5</sup>, para ter bem-estar, são necessários cinco pilares: **emoção positiva, engajamento, relacionamento, significado e realização**. Essa nova perspectiva não apenas enfatiza a felicidade subjetiva, mas também os traços individuais positivos e os contextos sociais e institucionais que sustentam e ampliam o bem-estar. Na dimensão psicológica, Seligman e Csikszentmihalyi<sup>6</sup> fortalecem traços individuais positivos, como resiliência, otimismo, esperança e propósito existencial. Eles sugerem ainda que organizações e comunidades promovam virtudes, cidadania, responsabilidade e cooperação, contribuindo para a criação de ambientes propícios ao desenvolvimento humano e bem-estar social. Outro conceito importante oriundo da psicologia, e que retoma a importância de uma trajetória de vida, é o conceito de sabedoria de Baltes e Smith<sup>7</sup>. Para eles, a sabedoria transcende o mero acúmulo de informações ou habilidades específicas, incluindo também profundidade emocional, empatia e preocupação ética pelas consequências das decisões<sup>6</sup>.

Embora não seja inevitavelmente ligada ao envelhecimento, a sabedoria frequentemente se desenvolve e é refinada por meio das experiências acumuladas ao longo da vida. Destacam, contudo, que a aquisição da sabedoria depende não apenas do envelhecimento cronológico, mas também da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e contextuais<sup>7</sup>.

No que tange ao ensino médico, pode-se afirmar que a medicina centrada na pessoa surge também dessa necessidade de ensinar os profissionais a abordar os pacientes com um olhar abrangente, abandonar o reducionismo do modelo biomédico tradicional e incorporar as novas visões e valorizar a autonomia do paciente.



Retomando o modelo multidimensional da pessoa idosa, desde Nascher e Marjory Warren, ele tem seu pilar na funcionalidade do indivíduo. Ao longo do tempo, outras dimensões foram se mostrando imprescindíveis. Esse modelo é uma abordagem amplamente adotada pela geriatria e gerontologia, que considera o envelhecimento como um fenômeno complexo e integrado, composto por várias dimensões interdependentes: biológica, psicológica, social, ambiental, espiritual/existencial. Esse modelo reconhece a heterogeneidade e a complexidade do envelhecimento, destacando que as intervenções devem ser amplas e integradas.

Assim, o conceito de envelhecimento saudável, bem como a avaliação das pessoas idosas, evoluiu aglutinando essas perspectivas médicas, gerontológicas e psicológicas. Uma primeira sistematização do conceito e de uma política nessa direção vem da OMS (Figura 2).

Em 2002, o OMS publicou o documento *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*<sup>8</sup>. O **Envelhecimento Ativo** pode ser tanto individual quanto coletivo e é definido como **“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”**. Já a palavra ativo refere-se à “participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”. A importância da funcionalidade e a interação do indivíduo com o ambiente na determinação de suas habilidades e participação social ficam evidentes também em outro documento da OMS – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, conhecida como CIF. Em 2015, houve aprofundamento dessa abordagem ao apresentar o *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*<sup>9</sup>. Para compreensão do conceito de envelhecimento saudável pelo relatório, é fundamental retomar o conceito de capacidade intrínseca, “que se refere ao composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo”<sup>9</sup>. A interação desses fatores do ambiente determina a capacidade funcional, “atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que com motivo valorizam”<sup>9</sup>. Assim, o relatório define **“Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”**<sup>9</sup>. Como depende da capacidade em um dado momento e não apresenta um nível ou limiar específico, ele é dinâmico e pode se alterar ao longo da trajetória do indivíduo.

Figura 2. Conceitos de Envelhecimento Bem-Sucedido, Ativo e Saudável

Envelhecimento Bem-Sucedido <i>Successful Aging</i>		
Baixa probabilidade de doenças e incapacidades	Alta capacidade funcional física e cognitiva	Envolvimento ativo com a vida
Envelhecimento Ativo		
Processo de otimização das oportunidades de <b>SAÚDE, PARTICIPAÇÃO e SEGURANÇA</b> , com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas <sup>1</sup>		
Envelhecimento Saudável		
Processo de desenvolvimento e manutenção da <b>CAPACIDADE FUNCIONAL</b> que permite o <b>BEM-ESTAR</b> em idade avançada (ser e fazer o que valoriza ao longo da vida).		

Em seguida, a OMS prioriza estratégias integrativas e inclusivas, combatendo o idadismo e promovendo ambientes adaptados e acessíveis, decretando a *Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)*<sup>2</sup>. É notório que, desde o conceito de saúde em 1948, a OMS recomenda abandonar o modelo reducionista (ausência de doenças) para uma definição multidimensional mais ampla; estimula capacidade adaptativa contínua, envolvendo recursos pessoais e sociais para enfrentar desafios diversos; reconhece que, para a maioria dos adultos mais velhos, a manutenção da habilidade funcional é mais importante, além de incorporar a questão individual e subjetiva presente no bem-estar. Observa-se que, nesse cenário, há um encapsulamento de vários aspectos abordados na recapitulação histórica anterior, mas que facilita sua operacionalização e elaboração de indicadores mais específicos de envelhecimento saudável.

O relatório da OMS salienta também a necessidade premente de maximizar a capacidade funcional da população e o desenvolvimento de ambientes favoráveis como estratégia de saúde pública. Ao reconhecer que a capacidade intrínseca e a capacidade funcional modificam-se ao longo da vida, essa nova abordagem reforça a importância da continuidade e da integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida, que deve ser realizada pela Atenção Primária à Saúde.

No entanto, para operacionalização desse conceito na atenção primária e na assistência individual, é preciso também ter parâmetros objetivos e norteadores da assistência e educação em saúde. Nesse intuito, detalharemos agora o Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa que deve ser utilizado em saúde pública.

## 2. MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa visa operacionalizar, de forma prática e racional, os elementos essenciais na abordagem da pessoa idosa, sem menosprezar a evolução histórica dos conceitos de saúde, envelhecimento saudável mencionados, com ênfase no cuidado integral e integrado.

Recapitulando, ser velho não é sinônimo de “perda da saúde”, mas sim a fase da vida na qual vamos usufruir de tudo o que foi fomos acumulando ao longo da infância (0 a 12 anos), adolescência (12 a 18 anos), adultez (18 a 59 anos) e velhice (60 anos ou mais). O limite biológico da vida humana é desconhecido, mas encontra-se por volta dos 120 anos. Portanto, a velhice é o ciclo de vida mais duradouro, no qual temos a chance de compreender o “sentido da vida” e, dessa forma, contribuir para o bem comum e para o desenvolvimento da humanidade.

A longevidade com saúde ainda representa um enorme desafio, pois depende de uma série de variáveis, como proposto por Dahlgren e Whitehead em 1992<sup>10</sup> (Figura 3), como:

Figura 3. Modelo de Dahlgren e Whitehead



- **Determinantes Proximais** (Comportamento e Estilo de Vida): dieta inadequada, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, sexo não protegido etc.
- **Redes Sociais e Comunitárias** (Capital Social): cooperação entre familiares, vizinhos e comunidade, associações comunitárias, redes sociais, relações informais de confiança e solidariedade, sistema de seguridade social, participação em mo-

vimentos sociais etc.

- **Determinantes Intermediários** (Condições de Vida e Trabalho): disponibilidade de alimentos, emprego, trabalho e renda, educação, transporte e mobilidade urbana, moradia, água, saneamento básico, segurança, acesso à saúde e assistência social etc.
- **Determinantes Distais** (Macrodeterminantes): condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

Percebe-se que a idade cronológica é um dos determinantes da saúde, mas, claramente, não é seu principal determinante. Todavia, a heterogeneidade de tais determinantes de saúde é tanto maior quanto maior é a idade, aliado ao fato de a maioria dos indivíduos não se prepararem adequadamente para a velhice. Daí resulta a confusão entre velhice e perda da saúde.

Outro fator complicador é o conceito de saúde, que, muitas vezes, é confundido com a “ausência de doenças”. Envelhecer sem nenhuma condição crônica de saúde é mais uma exceção do que a regra. A prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus aumenta com o envelhecimento, além de outras condições crônico-degenerativas. Todavia, ter doenças não significa perda da qualidade de vida. Assim, o conceito de saúde está estritamente relacionado à qualidade de vida, o que levou a OMS a estabelecer que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Houve, portanto, a ampliação do conceito ao incluir a importância do bem-estar, que, em seu sentido mais global, inclui domínios como a felicidade, a satisfação e a plenitude. Tais domínios são abstratos e absolutamente individuais, sendo, portanto, de difícil operacionalização. Como definir se determinado indivíduo é saudável ou não, particularmente se for uma pessoa idosa? Em 2015, a OMS sugeriu o conceito de **envelhecimento saudável**, sendo a **capacidade individual de ser e fazer o que valoriza ao longo da vida**, como:

- Atender suas necessidades básicas para garantir um padrão de vida adequado;
- Aprender, desenvolver e tomar decisões;
- Ter mobilidade;
- Construir e manter relacionamentos;
- Contribuir para a sociedade.

Esse novo conceito valoriza a **capacidade ou habilidade funcional**, que permite o bem-estar mesmo em idades avançadas e na presença de doenças. Assim, saúde não depende diretamente da idade nem da presença de doenças. A idade e as doenças não são, portanto, os principais preditores de perda da habilidade funcional e das incapacidades.

dades funcionais. Assim, o conceito de saúde pode ser compreendido como a **capacidade individual de adaptação (resiliência), autogestão (autonomia) e satisfação das necessidades biopsicossociais (independência), diante dos desafios físicos, psíquicos, emocionais e sociais (plenitude e felicidade).**

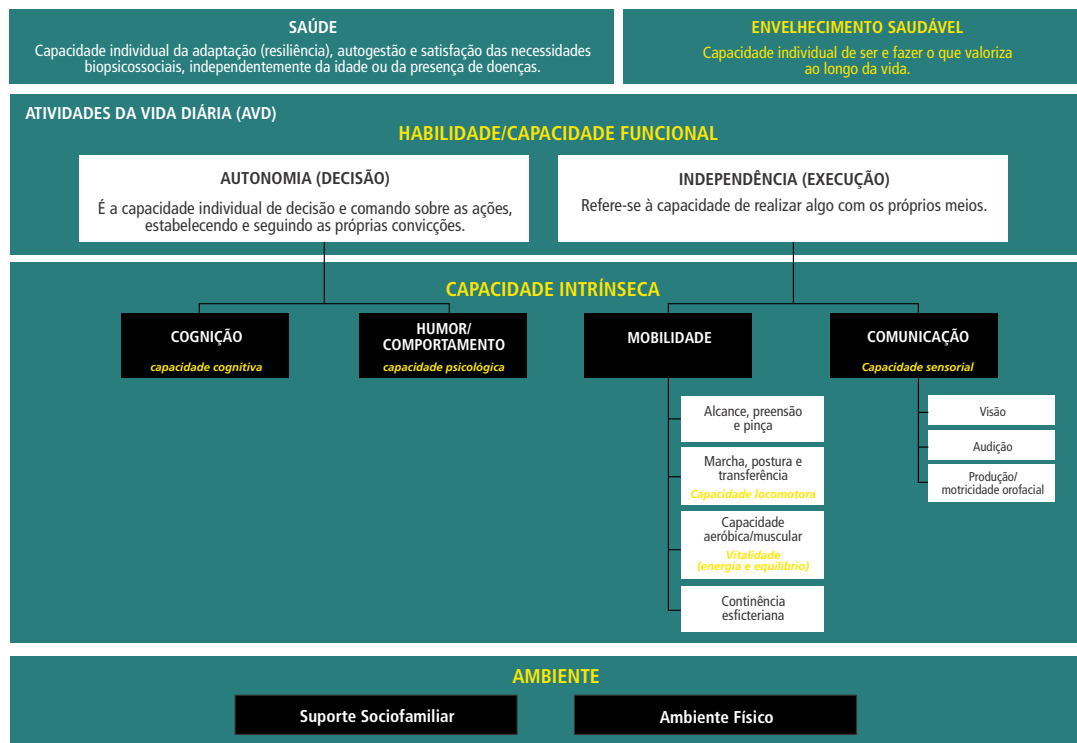
Saúde é, dessa forma, estritamente relacionada à habilidade funcional, que depende da presença de atributos relativos à saúde (**capacidade intrínseca**) e da sua relação com o **ambiente** no qual o indivíduo está inserido. A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais de uma pessoa que estão a seu dispor e inclui a capacidade cognitiva, a capacidade psicológica, a capacidade locomotora, a vitalidade e capacidade visual (visão e audição). A interação da capacidade intrínseca com o ambiente permite que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam.

Em 2012, propusemos o Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa, baseado na funcionalidade global do indivíduo e nos conceitos de autonomia e independência funcional nas Atividades de Vida Diária (AVD). A capacidade de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções, é denominada **autonomia**. **Independência**, por sua vez, refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. São, portanto, conceitos diferentes, mas absolutamente interdependentes, sendo indispensáveis para a satisfação das necessidades biopsicossociais do indivíduo. A **autonomia** depende diretamente da cognição e do humor/comportamento. **Cognição** é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano e depende do funcionamento harmonioso das funções cognitivas (memória/aprendizado, atenção complexa, linguagem, função executivas, habilidades visuoespaciais e cognição social). O **humor** é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo, que é afetado pelas outras funções mentais, como o pensamento, a sensopercepção e o nível de consciência. A **independência**, por sua vez, depende diretamente da mobilidade e da comunicação. A **mobilidade** é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Esse domínio funcional depende de quatro subsistemas: alcance/preensão/pinça (membros superiores), capacidade aeróbica e muscular (função muscular e nutrição), marcha (capacidade de deslocamento no meio) e continência esfincteriana, a qual fundamental para permitir a participação social do indivíduo. A **comunicação** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esse último é representado pela voz, fala e mastigação/deglutição.

Ambos os modelos propostos valorizam a capacidade funcional e os seus determinantes,

representados pela capacidade intrínseca e sua interação com o ambiente (Figura 4).

Figura 4. Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa



Branco: modelo proposto por Moraes, 2012

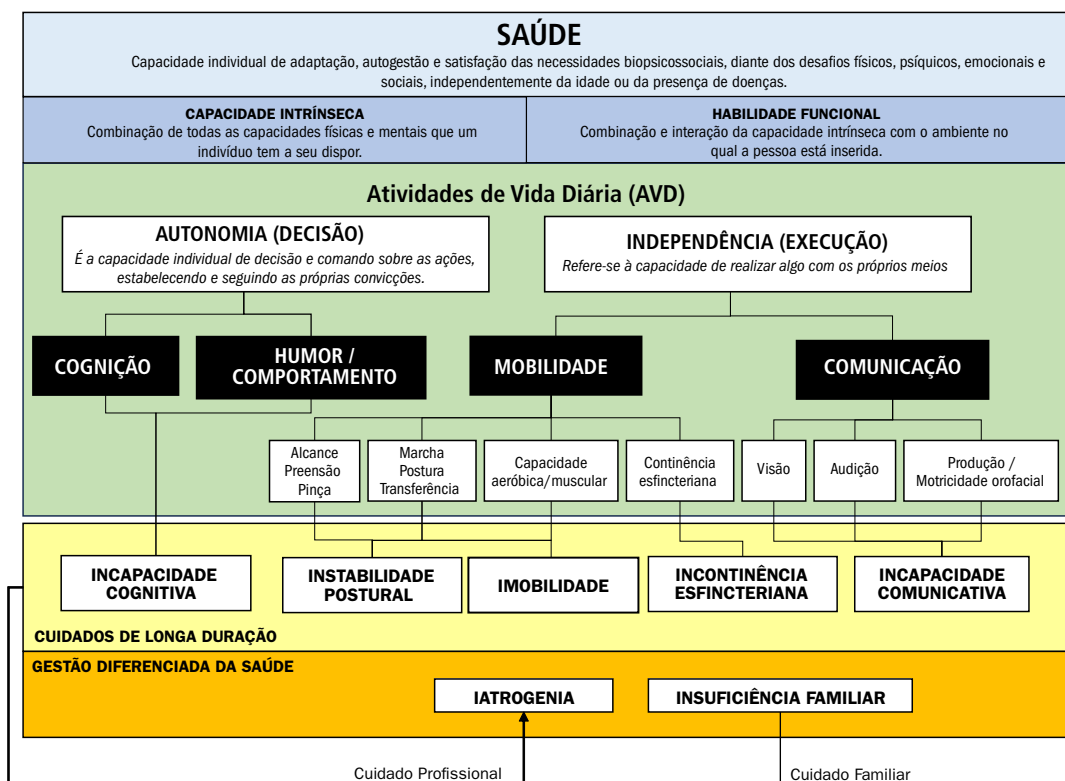
Amarelo: modelo proposto pela OPAS/OMS, 2015

Fonte: elaboração própria com base em OMS<sup>9</sup> e Moraes<sup>11</sup>.

O comprometimento dos sistemas funcionais impede o indivíduo de gerir a sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida com incapacidade funcional<sup>12</sup>. As principais incapacidades na pessoa idosa são a **incapacidade cognitiva** (demência, depressão, *delirium* e doença mental), a **instabilidade postural** (quedas), a **imobilidade**, a **incontinência esfinteriana** e a **incapacidade comunicativa** (cegueira e surdez). Tais condições crônicas de saúde estão associadas à necessidade de cuidados de longa duração, que exigem uma gestão diferenciada da saúde, realizada tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos familiares da pessoa idosa. O manejo clínico inadequado resulta em maior risco de iatrogenia. A família, frequentemente, não se encontra preparada para prover os cuidados necessários, condição conhecida como insuficiência sociofamiliar. Essas incapacidades são agrupadas com o nome de “Gigantes da Geriatria”, “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “7 Is da Geriatria”. O envelhecimento normal, por si só, não compromete significativamente a capacidade intrínseca e é incapaz

de causar dependência funcional, que, na sua maioria, é consequência de uma ou mais doenças agravadas pelas barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais. Esse modelo multidimensional de saúde é o ponto de partida para a compreensão do conceito de saúde da pessoa idosa (Figura 5).

Figura 5. Grandes Síndromes Geriátricas

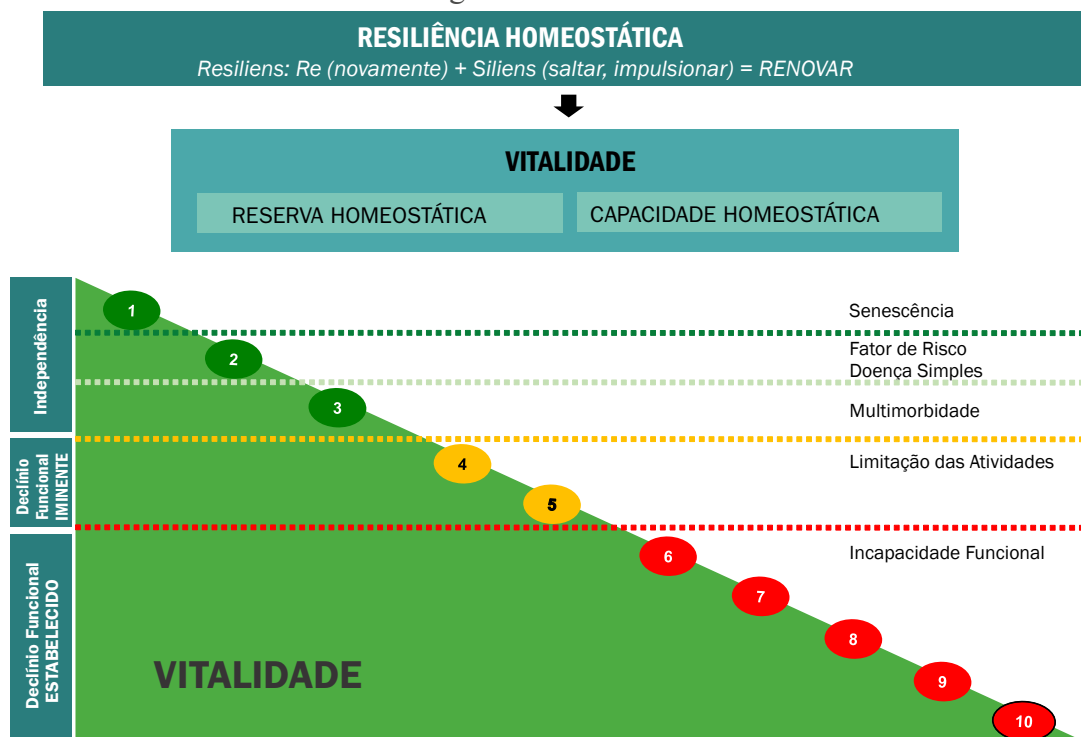


### 3. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL

A heterogeneidade entre as pessoas idosas é marcante, mesmo em indivíduos da mesma idade, e está diretamente relacionada à sua trajetória de saúde ao longo dos ciclos de vida. O envelhecimento, por si só, está associado à redução da capacidade de adaptação às mudanças fisiológicas (senescência) e patológicas (senilidade), que ocorrem com a passagem do tempo, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo a desfechos adversos. Os termos vitalidade e fragilidade são utilizados para expressar essa medida da resiliência global do indivíduo, permitindo sua adaptação aos desequilíbrios físicos,

psíquicos, emocionais e sociais, garantindo a manutenção de todas as capacidades físicas e mentais necessárias para a continuidade da autonomia e independência nas AVD<sup>13</sup>. O declínio da vitalidade compromete a independência e a autonomia do indivíduo, podendo causar limitação na execução de algumas atividades (declínio funcional iminente), que, por sua vez, pode evoluir para incapacidades funcionais (declínio funcional estabelecido) caso não haja intervenção terapêutica adequada. A prevalência e a gravidade de doenças crônico-degenerativas e multimorbidade são diretamente proporcionais ao declínio da vitalidade (Figura 6).

Figura 6. Vitalidade

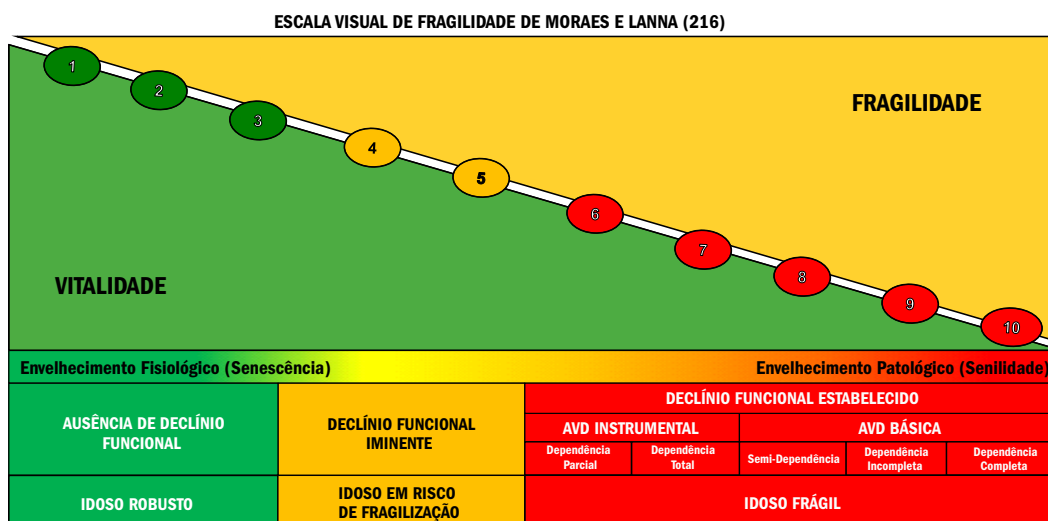


Os fatores que comprometem a vitalidade são os mesmos que aumentam a fragilidade, o que mostra que são conceitos interdependentes e indissociáveis. A Classificação Clínico-Funcional proposta por Moraes e Lanna<sup>14,15</sup> define dez estratos de pessoas idosas, conforme o grau vitalidade ou fragilidade. Os estratos 1, 2 e 3 são pessoas idosas independentes, cuja única diferença é a presença de condições crônicas de saúde (Idosos Robustos). Os estratos 4 e 5 são pessoas idosas que continuam independentes nas AVD instrumentais e básicas, mas que apresentam maior grau de fragilidade e, con-



sequentemente, declínio funcional iminente (Idosos em Risco de Fragilização). Por sua vez, as pessoas idosas nos estratos de 6 e 7 são dependentes em AVD instrumentais, mas independentes nas AVD básicas. A dependência em AVD básicas está presente nas pessoas idosas nos estratos 8, 9 e 10. As pessoas idosas frágeis são, portanto, aqueles indivíduos que perderam sua independência e autonomia nas AVD (**Quadro 1**). Essa classificação é visual e analógica, facilitando a compreensão da heterogeneidade entre as pessoas idosas (Figura 7).

Figura 7. Escala Visual e Analógica da pessoa idosa



Quadro 1 Classificação Clínico-Funcional segundo Moraes e Lanna<sup>14,15</sup>

IDOSOS ROBUSTOS	
<b>Estrato 1</b>	São pessoas idosas que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.
<b>Estrato 2</b>	São pessoas idosas independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.

Quadro 1 Classificação Clínico-Funcional segundo Moraes e Lanna<sup>14,15</sup>

<b>Estrato 3</b>	São pessoas idosas independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson ou anemia.
<b>IDOSOS EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO</b>	
<b>Estrato 4</b>	São pessoas idosas independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam uma das três condições abaixo:  Evidência de sarcopenia, fenótipo pré-frágil de Fried (2001) ou desnutrição (critérios de Glim).  Comprometimento Cognitivo Leve e/ou depressão moderada a grave.  Comorbidade múltipla, definida como duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas (multimorbidade) ou cinco ou mais condições crônicas de saúde (fatores de risco, sinais e sintomas limitantes, enfermidades etc.); polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes) ou internação recente, nos últimos 6 meses.
<b>Estrato 5</b>	São pessoas idosas independentes para AIVD e ABVD, portadores das condições crônicas definidas no estrato 4, mas que já apresentam limitações nas AVD avançadas, como atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais, ou evidências clínicas de redução significativa no desempenho muscular ( $VM \leq 0,8$ m/s ou $TUG \geq 20s$ ) ou presença do fenótipo de Fried (2001) (3 ou mais critérios).
<b>IDOSOS FRÁGEIS</b>	
<b>Estrato 6</b>	São as pessoas idosas que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
<b>Estrato 7</b>	São as pessoas idosas que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para todas as atividades básicas de vida diária.
<b>Estrato 8</b>	São as pessoas idosas que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
<b>Estrato 9</b>	São as pessoas idosas que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função fisiológica e não uma atividade.
<b>Estrato 10</b>	São as pessoas idosas que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho.

## Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2003 out 3; Edição 192; Seção I:1.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Geneva: WHO; 2021.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36. DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
4. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med. 1980;303(3):130-5. DOI: [10.1056/NEJM198007173030304](https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304)
5. Diener E. Subjective well-being. Psychol Bull. 1984;95(3):542-75.
6. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. Am Psychol. 2000;55(1):5-14. DOI: [10.1037//0003-066x.55.1.5](https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5)
7. Baltes PB, Smith J. The fascination of wisdom: Its nature, ontogeny, and function. Perspect Psychol Sci. 2008;3(1):56-64. DOI: [10.1111/j.1745-6916.2008.00062.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2008.00062.x)
8. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [cited 2025 Oct 26]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
9. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO; 2015.
10. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.
11. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2012. 98 p.
12. Moraes EN. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: ed. Folium, 2009.
13. Boers M, Cruz Jentoft AJ. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. Calcif Tissue Int. 2015;97(5):429-31. DOI: [10.1007/s00223-015-0038-x](https://doi.org/10.1007/s00223-015-0038-x)
14. Moraes EN, Lana FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). J Aging Res Clin Pract. 2016;5(1):24-30. DOI: [10.14283/jarcp.2016.84](https://doi.org/10.14283/jarcp.2016.84)
15. Moraes EM, Lanna FM. Avaliação multidimensional do idoso. 5ª ed. Belo Horizonte: Editora Folium; 2016.

---

# DESAFIOS DO CONCEITO DE FRAGILIDADE APLICADOS AO SISTEMA DE SAÚDE

---

*Desafíos del concepto de fragilidad aplicado al sistema de salud*

*Challenges of the Frailty Concept Applied to the Healthcare System*

*Défis liés à l'application du concept de fragilité au système de santé*

**Edgar Nunes de Moraes\***

**Marco Túlio Gualberto Pinto\*\***

**Rodrigo Ribeiro dos Santos\*\*\***

**Flávia Lanna de Moraes\*\*\*\***

**Bernardo Mattos Viana\*\*\*\*\***

---

\*. Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Consultor do CONASS na área de saúde da pessoa idosa. E-mail: edgar@medicina.ufmg.br. Endereço para correspondência: Instituto Jenny de Andrade Faria. Alameda Álvaro Celso, 117. Santa Efigênia. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. Telefone: 31 9 9115-7141.

\*\*..Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG. Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2022 a 2025)

\*\*\*.Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG.

\*\*\*\*.Preceptora em Geriatria do Serviço de Geriatria da UFMG. Médica da Prefeitura de Belo Horizonte/Minas Gerais.

\*\*\*\*\*.Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Serviço de Psicogeriatria do Hospital das Clínicas da UFMG.

## Resumo

A saúde da pessoa idosa tem como parâmetro estruturante a valorização da capacidade funcional e sua interface com o conceito de fragilidade. O reconhecimento do “idoso frágil” é essencial para que possamos implementar o cuidado integral e integrado, com foco na melhoria da autonomia e independência, proporcionando uma vida mais longa e mais ativa. A utilização de instrumentos simples e de rápida aplicação, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) e o Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar 10 (IVSF-10), são estratégias potentes de estratificação de risco da pessoa idosa e, por conseguinte, na definição de prioridades na atenção à saúde. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) faz parte do *continuum* do cuidado com a pessoa idosa e tem como objetivo a elaboração de um Plano de Cuidados Personalizado, que contém as metas terapêuticas e a definição da proporcionalidade do cuidado, definindo as intervenções relacionadas ao cuidado profissional e ao autocuidado apoiado.

**Palavras chave:** fragilidade, idoso frágil, IVCF-20, IVCF-20, AGA

## Resumen

La salud de las personas mayores se estructura en torno a la evaluación de la capacidad funcional y su relación con el concepto de fragilidad. Reconocer a las personas mayores frágiles es esencial para implementar una atención integral, centrada en mejorar la autonomía y la independencia, y así proporcionar una vida más larga y activa. El uso de instrumentos sencillos y de rápida aplicación, como el Índice de Vulnerabilidad Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) y el Índice de Vulnerabilidad Sociofamiliar 10 (IVSF-10), son estrategias eficaces para la estratificación del riesgo de las personas mayores y, en consecuencia, para definir las prioridades en la atención sanitaria. La Evaluación Geriátrica Integral (EGI) forma parte del continuo de atención a las personas mayores y tiene como objetivo desarrollar un Plan de Atención Personalizado que incluya objetivos terapéuticos y defina la proporcionalidad de la atención, describiendo intervenciones relacionadas con la atención profesional y el autocuidado con apoyo.

**Palabras clave:** fragilidad, personas mayores frágiles, IVCF-20, IVCF-20, AGA

## Abstract

The health of older adults is structured around the assessment of functional capacity and its interface with the concept of frailty. Recognizing the “frail elderly” is essential for implementing comprehensive and integrated care, focusing on improving autonomy and independence, thus providing a longer and more active life. The use of simple and quick-to-apply instruments, such as the Clinical-Functional Vulnerability Index 20 (CFVI-

20) and the Socio-Family Vulnerability Index 10 (SFVI-10), are powerful strategies for risk stratification of older adults and, consequently, for defining priorities in healthcare. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is part of the continuum of care for older adults and aims to develop a Personalized Care Plan, which includes therapeutic goals and defines the proportionality of care, outlining interventions related to professional care and supported self-care.

**Keywords:** frailty, frail elderly, CFVI-20, SFVI-10, CGA

## Résumé

Les réseaux de soins de santé (RSS) représentent la meilleure solution pour améliorer la santé des personnes âgées. Les trois piliers du RSS – structure, modèle de soins et population – doivent être organisés de manière adéquate pour répondre aux besoins de la population. Une prise en charge globale et intégrée doit être pleinement mise en œuvre, les soins de santé primaires (SSP) facilitant et organisant l'accès aux technologies qui améliorent les conditions de vie. Le modèle de soins pour les maladies chroniques (MSMC) doit être valorisé et renforcé. Une compréhension approfondie de la population et de ses besoins est donc essentielle pour que les réponses sociales permettent aux personnes âgées de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les personnes âgées présentent des besoins spécifiques, souvent méconnus des professionnels de santé, qui privilégient encore la maladie à la personne. Les recommandations axées sur la maladie ne manquent pas, mais elles ne prennent pas en compte la personne dans sa globalité, ce qui limite l'efficacité des RSS. La refonte des réseaux de soins est donc indispensable pour répondre aux nouvelles exigences des personnes âgées, en mettant l'accent sur les capacités fonctionnelles et non uniquement sur les maladies. La stratification des risques et la prise en charge longitudinale doivent viser à améliorer l'autonomie et l'indépendance des usagers, ainsi qu'à renforcer les familles afin qu'elles puissent assurer les soins nécessaires à tous les types de personnes âgées, des plus robustes aux plus fragiles. L'intégration entre le Système unifié de santé (SUS) et le Système unifié d'assistance sociale (SUAS) est donc essentielle, de même que la coordination avec tous les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux qui interviennent dans les déterminants sociaux de la santé.

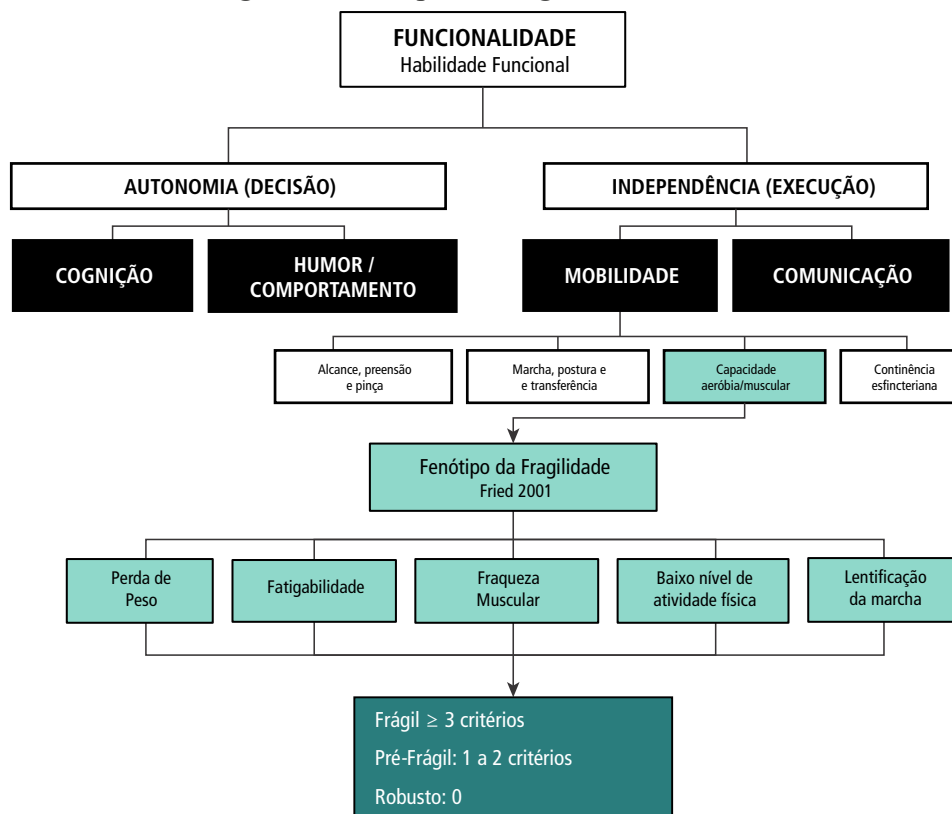
**Mots-clés:** Réseaux de soins, fragilité, état de santé, prise en charge globale

## 1. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE FRAGILIDADE (“PENTÁGONO DA FRAGILIDADE”)

O termo fragilidade é de origem latina, *Fragilitas*, utilizado para caracterizar a qualidade de ser frágil, de se quebrar, romper ou deteriorar facilmente. Em geriatria e gerontologia, o conceito é amplo e pouco consensual. Usualmente, refere-se à redução da reserva homeostática de múltiplos sistemas fisiológicos associada ao envelhecimento, e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade a uma série de desfechos adversos, como declínio funcional, hospitalização, institucionalização e óbito<sup>1-3</sup>. É, portanto, um conceito multidimensional e em constante evolução na Medicina Geriátrica<sup>4-13</sup>, dificultando sua operacionalização na prática clínica.

Os inúmeros critérios de fragilidade podem ser classificados em dois grupos, de acordo com a explicação para a ocorrência da fragilidade: existência de um fenótipo específico; ou acúmulo de déficits. Assim, os dois modelos principais de fragilidade que ilustram essa classificação são: **o Modelo do Fenótipo da Fragilidade e o Modelo de Acúmulo de Défis**<sup>13</sup>.

Em 2001, Fried e colegas<sup>5</sup> definiram fragilidade (frailty) como sendo uma síndrome geriátrica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Nesse modelo, o **“Fenótipo da Fragilidade”** é caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. A presença de três ou mais parâmetros definiu o “idoso frágil”, e a presença de um ou dois parâmetros caracterizou o “idoso pré-frágil”. As pessoas idosas que não apresentaram nenhum desses parâmetros são consideradas robustas. Esse fenótipo da fragilidade ou “*frailty*” está associado ao aumento da idade, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, presença de comorbidades, particularmente o diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, respiratórias e osteoarticulares. O fenótipo da fragilidade foi um preditor independente para o risco de quedas, piora da mobilidade, dependência funcional, hospitalização e morte (OR: 1,86 a 4.46)<sup>14</sup>. A demonstração desses desfechos trouxe grande popularidade para esse modelo na literatura. Apesar de sua importância para identificar pessoas vulneráveis, mesmo que independentes funcionais, trata-se de um modelo encapsulado, restrito ao domínio da mobilidade (capacidade aeróbica/muscular) (Figura 1).

Figura 1. Fenótipo da Fragilidade de Fried<sup>5</sup>

Na compreensão de fragilidade como resultante de acúmulos de agressões/déficits ao longo da trajetória, Mitnitski and Rockwood<sup>15</sup>, em 2001, propuseram o **Modelo de Acúmulo de Déficits**. Entretanto, sua operacionalização nada mais é do que um modelo matemático de fragilidade caracterizado pela presença de déficits cumulativos, de caráter multidimensional e expressados por meio do Índice de Fragilidade (IF). O IF é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, que incluem doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer etc.), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope etc.), perdas funcionais (dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária etc.). Cada item recebe um “peso”, que varia de 0 a 1, representando a sua frequência e/ou gravidade. O índice é calculado dividindo-se o número de índices presentes pelo total de índices considerados. A presença de IF maior ou igual a 0,25 define a pessoa idosa frágil; entre 0,09 e 0,24, a pessoa idosa pré-frágil, e IF menores ou iguais a 0,08, a pessoa idosa robusta.



A prevalência pessoas idosas frágeis foi de 22,7%. O principal fator limitante da utilização desse modelo é a necessidade da aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que exige treinamento específico<sup>16</sup>, dificultando sua aplicação na Atenção Primária à Saúde (APS).

Percebe-se claramente que ambos os modelos de fragilidade apresentam limitações importantes, pois são incapazes de abarcar todas as condições crônicas de saúde associadas a maior risco de declínio funcional, hospitalização e óbito. Os modelos fenotípico e acúmulo de déficits captam trajetórias distintas de fragilidade em pessoas idosas; e, sem surpresa, estudos baseados nas duas definições produziram resultados bastante distintos<sup>17</sup>. Por esse motivo, sugere-se que, apesar das evidências de que essas ferramentas forneçam informações importantes sobre a resposta aos tratamentos e o risco de desfechos adversos à saúde, a transposição dessas evidências para a prática clínica ainda é limitada<sup>18</sup>.

Como vimos, o modelo proposto por Fried é encapsulado, pois valoriza somente a mobilidade, especificamente a capacidade aeróbica/muscular, subestimando a importância dos outros sistemas funcionais. Além disso, sua aplicação exige o uso de tecnologias e/ou instrumentos diagnósticos pouco disponíveis na atenção primária, como o dinamômetro. O modelo de acúmulo de déficits, proposto por Mitnitski e Rockwood<sup>15</sup>, utiliza um modelo matemático, baseado no acúmulo de déficits, que não são claramente definidos ou padronizados e exigem a aplicação da AGA, limitando sua utilização na APS. Além disso, a AGA não está estruturada de forma consensual e varia muito entre os diversos serviços. Desse modo, o desafio atual é a operacionalização do conceito de fragilidade, permitindo seu reconhecimento e a implementação de intervenções capazes de maximizar a independência e a autonomia do indivíduo e impedir desfechos adversos, tornando esse termo de utilidade àqueles que se detêm sobre a prevenção da incapacidade funcional da pessoa idosa.

Recentemente, surgiu um novo modelo conceitual geral de fragilidade baseado em uma organização hierárquica de três níveis diferentes de complexidade, organizados como as camadas sobrepostas de uma cebola<sup>19</sup>. A dimensão interna refere-se aos mecanismos biológicos envolvidos na fragilidade no nível subcelular (por exemplo, disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, danos ao DNA, encurtamento do comprimento dos telômeros e metilação maladaptativa do DNA). A camada intermediária refere-se aos potenciais mecanismos fisiopatológicos que levam à condição de fragilidade, incluindo inflamação crônica de baixo grau, desequilíbrio energético, deficiência anabólica e neurodegeneração. A dimensão externa abrange as consequências clínicas e as manifestações da fragilidade: déficits funcionais, mobilidade reduzida, comprometimento cognitivo, perda

de independência nas AVD, múltiplas doenças crônicas, polifarmácia e síndromes geriátricas. A fragilidade é conceituada como a perda de interação harmônica entre domínios (também chamados de dimensões), incluindo os domínios genético, biológico, funcional, cognitivo, psicológico e socioeconômico. Nesse modelo, a multimorbidade e a polifarmácia, tipicamente encontradas em pacientes idosos, são consideradas causas e efeitos<sup>18</sup>.

Nesse contexto, existem três modelos distintos de avaliação de fragilidade, além de aproximadamente 70 instrumentos descritos na literatura científica. Muitos desses instrumentos foram criados a partir do referencial teórico de outros já existentes, como um fenômeno de “bola de neve”, sem a análise completa das propriedades psicométricas e sem presença de análise de validação externa e/ou análise de validação ecológica, resultando na falta de um instrumento ideal para ser considerado padrão-ouro<sup>13</sup>.

A prevalência de fragilidade em pessoas idosas residentes na comunidade é de 10,7%, variando de 4% a 59,1% conforme o critério utilizado. O fenótipo de fragilidade de Fried é o critério mais utilizado, e, nesses casos, a prevalência foi menor, variando de 4% a 17%. A utilização de modelos multidimensionais aumenta a prevalência da fragilidade (4,2% a 59,1%). Outros achados relevantes são: aumento da prevalência com o passar dos anos e maior ocorrência entre as mulheres. Assim, Collard e colaboradores<sup>17</sup> propõem que o modelo fenotípico seria mais útil para pesquisas clínicas, enquanto o modelo multidimensional seria mais adequado para a organização e o planejamento de sistemas de saúde.

Como vimos, é crescente a ideia de que a fragilidade apresenta caráter multidimensional e que sua operacionalização deve considerar componentes sociodemográficos, médicos, funcionais, afetivos, cognitivos, físicos e sociofamiliares<sup>20</sup>. A inclusão de incapacidades e comorbidades também é recomendada, pois tais componentes contribuem para o maior risco de desfechos adversos. Nessa perspectiva, Ravaglia e colaboradores, em 2008, sugeriram nove preditores independentes da fragilidade: idade maior ou igual a 80 anos; sexo masculino; baixa atividade física; comorbidades; déficits sensoriais; circunferência da panturrilha menor que 31 cm; dependência nas AVD instrumentais; desordens da marcha e equilíbrio; e pessimismo quanto à própria saúde. A presença desses indicadores relacionou-se com maior risco de internação hospitalar, fraturas e piora funcional. Em 2012, Theo e colegas<sup>22</sup> mostraram uma estreita correlação entre dependência funcional e comorbidades com a presença de maiores níveis de fragilidade. Menos de 10% das pessoas idosas frágeis não apresentavam dependência funcional ou comorbidades, diferentemente do que foi observado no *Cardiovascular Health Study*<sup>14</sup>. A proposta de exclusão da dependên-

cia funcional dos critérios propostos para avaliar a síndrome de fragilidade é mais semântica do que real. É difícil encontrar pessoas idosas frágeis que não tenham comorbidades e dependência funcional, da mesma forma que é raro a presença de dependência e comorbidades, sem a síndrome da fragilidade.

Gobbens<sup>12</sup> destaca a importância de considerar outros determinantes da saúde, como sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, pessoa idosa cuidadora, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral. Portanto, percebe-se claramente a importância da avaliação do suporte familiar e social na avaliação multidimensional da pessoa idosa, que também pode ser considerado um marcador de risco para declínio funcional, institucionalização, hospitalização e óbito. A família tem a missão de educar, acolher, amparar e cuidar dos seus membros que se encontram incapazes de o fazer de forma independente. A perda da independência e da autonomia exige que a família assuma integralmente essa função desafiadora do cuidado integral, levando a um remodelamento da dinâmica familiar. A rápida transição demográfica brasileira agrava mais ainda a situação, na medida em que famílias menores apresentam maiores limitações de prover os cuidados, dar apoio e suporte à pessoa idosa frágil. Essa situação, também conhecida como insuficiência familiar, não pode ser confundida com negligência ou abandono, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar da pessoa idosa dependente, mas não reúne as condições necessárias para fazê-lo. A insuficiência familiar traduz, portanto, a perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte à pessoa idosa, por ausência de família ou por falta de condições. A violência contra a pessoa idosa é, usualmente, resultante da presença de fragilidade clínico-funcional e fragilidade sociofamiliar<sup>23</sup>. Mais recentemente, o conceito de fragilidade social e/ou familiar tem sido sugeridos por diversos autores<sup>24</sup>. Outro aspecto relevante na fragilidade social é a importância da participação social, como lazer, *hobbies*, viagens, envolvimento em redes sociais, grupos políticos etc., assim como a frequência de visitas, isolamento social, morar sozinho, sentimento de solidão e de inutilidade, como importantes marcadores de desfechos adversos.

É interessante diferenciar o conceito de isolamento social e solidão. A solidão é um sentimento de angústia subjetiva diante da falta de relações familiares ou sociais, enquanto o isolamento social é um estado objetivo de falta de contatos ou de engajamento social. A fragilidade social pode estar presente em até 47% das pessoas idosas e representa um desafio substancial para o sistema de saúde, com aumento significativo da mortalidade e do risco de declínio funcional grave<sup>25</sup>.

Nos últimos anos, a pesquisa sobre fragilidade deixou de examinar fatores de risco isolados e passou a investigar a complexa interação entre múltiplos determinantes.

Cada vez mais, a fragilidade é reconhecida não como o resultado de um único processo patológico, mas como o resultado dinâmico da interação de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e de estilo de vida. Embora os modelos lineares tradicionais sejam úteis na identificação de preditores estatisticamente significativos, eles frequentemente falham em capturar relações sinérgicas ou antagônicas entre as variáveis.

Usualmente, a fragilidade é compreendida como uma entidade física, mas deve-se considerar outros fatores biopsicossociais na sua identificação, pois todos eles podem se associar e aumentar a vulnerabilidade do paciente. O apoio social, a condição de vida e o bem-estar emocional podem influenciar significativamente a gravidade e os resultados da fragilidade, mas são frequentemente negligenciados nas ferramentas atuais. A incorporação desses fatores nas avaliações da fragilidade permitiria uma avaliação mais abrangente da vulnerabilidade das pessoas idosas, valorizando não só os aspectos físicos, mas também outras dimensões biopsicossociais. Isso melhoraria a precisão das previsões de fragilidade e permitiria intervenções mais personalizadas que levassem em conta os determinantes sociais mais amplos da saúde. Assim, a fragilidade poderia se manifestar de diversas formas, dependendo do contexto ambiental e social da pessoa idosa<sup>2</sup>.

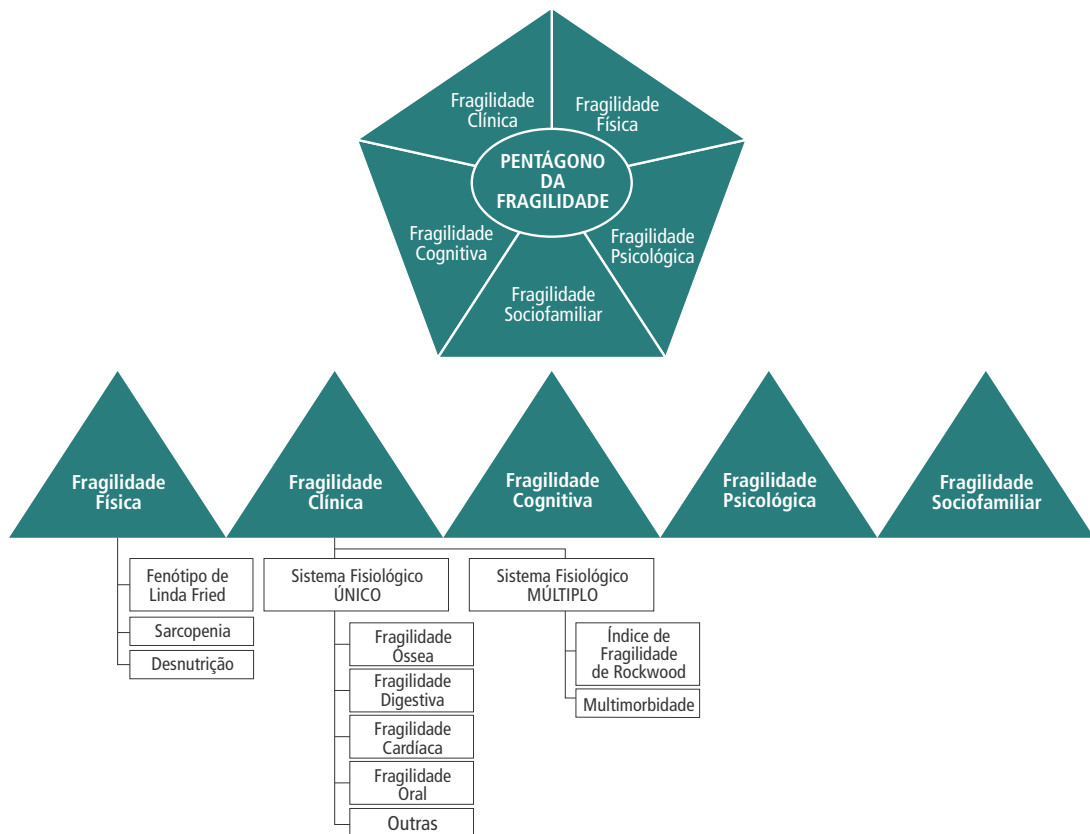
Nesse panorama, propomos um modelo de fragilidade capaz de abarcar os aspectos biopsicossociais da saúde, valorizando sua natureza multifatorial e frequentemente não linear. A fragilidade não deve ser considerada uma doença específica, mas sim uma condição crônica de saúde. O termo doença é utilizado para identificar alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos ou sistemas fisiológicos, agrupando indivíduos que compartilham características comuns e homogêneas e que apresentam uma etiologia clara. O termo condição crônica de saúde é mais apropriado para definir a fragilidade, na medida em que pode ser considerada uma circunstância da saúde das pessoas idosas que se apresenta de forma persistente e que exige respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias<sup>26</sup>.

Nessa perspectiva, fragilidade é uma condição crônica de saúde, com caráter biopsicossocial e, portanto, multidimensional, abrangente, dinâmica, contínua, progressiva, mas potencialmente reversível, caracterizada pelo declínio da capacidade adaptativa ou resiliência diante dos desafios físicos, psíquicos, emocionais e sociais, associada a alto risco de declínio funcional, hospitalização, institucionalização e óbito. Do ponto de vista fisiológico, é um estado de redução gradual da reserva homeostática em um ou múltiplos sistemas fisiológicos e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade a uma série de desfechos adversos. Os determinantes da fragilidade são, portanto, múltiplos, que podem ocorrer de forma isolada ou não. A robustez, estado de maior reserva homeostática e resiliência (vitalidade), é identificada na prática clínica pela avaliação da funcionalidade. Ademais, esta é fruto da integração dos

sistemas fisiológicos e determinantes de saúde. O comprometimento de qualquer elemento que garanta a robustez do indivíduo pode gerar vulnerabilidade. Assim, podemos ter vários fenótipos ou domínios da fragilidade, que podem se apresentar de forma isolada ou múltipla no mesmo indivíduo. Essa condição de saúde deve ser reconhecida precocemente para que as respostas clínico-sanitárias adequadas possam ser ofertadas rapidamente e de forma interdisciplinar, contínua e integrada.

Com o objetivo de facilitar a compreensão da fragilidade, desenvolvemos o **Pentágono da Fragilidade** (Figura 2), que ilustra as vias de desenvolvimento da fragilidade, de forma coerente com a visão integradora, holística e biopsicossocial, assim como o Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa. Temos então cinco principais fenótipos da fragilidade, não excludentes, detalhados no Quadro 1. Tais fenótipos são os alvos principais de intervenções biopsicossociais direcionadas a essa condição crônica frequente na população idosa.

Figura 2. Pentágono da Fragilidade com seus fenótipos principais



Quadro 1. Fenótipos da fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO		CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Física	Fenótipo de Linda Fried		Presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. Este modelo é encapsulado na mobilidade e não inclui a cognição, humor/comportamento e comunicação na definição de “idoso frágil” <sup>5</sup> .
	Sarcopenia		Transtorno progressivo e generalizado da musculatura esquelética, envolvendo uma acelerada perda de massa, força e função muscular que se associa ao aumento de desfechos negativos em pessoas idosas, como declínio funcional, fragilidade, quedas e morte (CID-10: M62.5) <sup>27</sup> .
	Desnutrição		Os critérios de Glim para o diagnóstico de desnutrição exige a presença de, pelo menos, um critério fenotípico (perda significativa de peso ou IMC < 22 kg/m <sup>2</sup> ou redução da massa muscular) e um critério etiológico (perda do apetite ou da assimilação de alimentos e presença de doenças/inflamação) <sup>28</sup> .
Fragilidade Clínica	Sistema Fisiológico Único	Fragilidade Óssea	É a redução da resistência óssea, secundária à redução da densidade mineral óssea e/ou qualidade óssea (microarquitetura, mineralização, estrutura do colágeno, conectividade trabecular), associada a aumento do risco de fratura de baixo impacto ou fratura osteoporótica.
		Fragilidade Digestiva	É a redução das funções gastrointestinais, de múltiplas etiologias, como disbiose da microbiota gastrointestinal, aumento de células senescentes, desregulação da microcirculação, redução da peristalse e da atividade secretiva das células gastrointestinais etc. Caracteriza-se pela presença de dor e desconforto epigástrico, irregularidades intestinais (constipação e/ou diarreia), dor e distensão abdominal, inapetência e perda de peso. A constipação intestinal é o sintoma mais frequente e sua presença está associada a menor expectativa de vida <sup>29</sup> .
		Fragilidade Cardíaca	A inflamação crônica e a ativação imunológica da fragilidade estão associadas à elevação da interleucina-6, fator de necrose tumoral, proteína C reativa, que estão relacionados à lesão dos miócitos, remodelamento cardíaco, doença arterial coronariana, aumentando o risco de doença cardiovascular. A desregulação metabólica (resistência à insulina, redução da testosterona, síndrome metabólica) é outro epifenômeno comumente encontrado na fragilidade e na doença cardiovascular <sup>30</sup> .
		Fragilidade Oral	É o declínio da função e estrutura oral associada ao envelhecimento, associada à deterioração do estado de saúde bucal, perda dentária, redução das habilidades motoras, como mastigação e deglutição, diadococinesia oral, redução da força de oclusão e xerostomia <sup>31,32</sup> .

Quadro 1. Fenótipos da fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO		CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Clínica	Sistema Fisiológico Único	Outras	Todos os sistemas fisiológicos podem ser afetados pelas alterações inflamatórias, imunológicas neuro-humorais presentes na fragilidade.
Fragilidade Clínica	Sistema Fisiológico Múltiplo	Índice de Fragilidade de Rockwood	É um modelo matemático que define a fragilidade como um acúmulo de déficits, expressados através do Índice de Fragilidade, que é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, como doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer etc.), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope etc.), perdas funcionais (dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária etc.), alterações radiológicas, dentre outras. Cada item recebe um “peso”, que varia de zero a um, representando a sua frequência ou gravidade. O índice é calculado dividindo-se o número de índices presentes pelo total de índices avaliados pela AGA. A presença de IF maior ou igual a 0,25 define o idoso frágil33. É importante ressaltar que, embora o máximo teórico do FI por definição é 1, o limite superior de 99% tem sido consistentemente comprovado como sendo inferior a 0,722.
		Multimorbidade	É a ocorrência simultânea de várias condições de saúde no mesmo indivíduo. Não pode ser considerada um simples somatório de doenças individuais, mas sim, o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do que aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas8.
Fragilidade Cognitiva			É a presença do continuum do declínio cognitivo patológico, compatível com o diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo Leve, que apresenta alto risco de evoluir para Transtorno Neurocognitivo Maior. Kelaiditi34 definir como uma desordem clínica heterogênea caracterizada pela presença simultânea de fragilidade física e comprometimento cognitivo (CDR 0,5), na ausência de demência de Alzheimer ou outras demências. Os mecanismos celulares e metabólicos são semelhantes em ambos os fenótipos da fragilidade35,36.
Fragilidade Psicológica			Rebaixamento do humor, ansiedade irritabilidade, solidão, apatia e redução da resiliência, com baixa capacidade de enfrentamento dos problemas do cotidiano são marcadores de maior morbimortalidade entre as pessoas idosas. A depressão está associada à disfunção mitocondrial, stress oxidativo, aumento de citocina pró-inflamatórias (IF-6, TNFα), disfunção dopaminérgica, além de alterações físicas e nutricionais, que resultam em apoptose celular e redução da resiliência celular12,37.

Quadro 1. Fenótipos da fragilidade

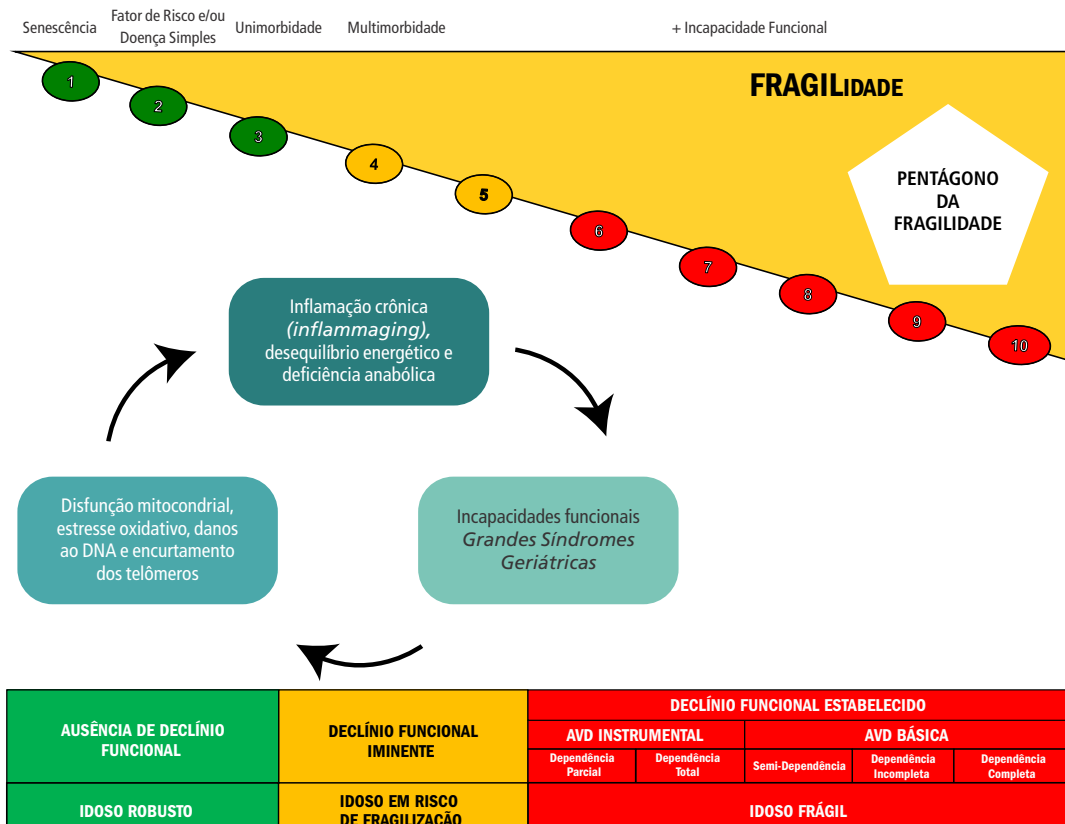
FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Social e Familiar		<p>É a presença de risco ou perda, parcial ou total, do suporte social e da capacidade de prover os recursos, atividades, habilidades ou comportamentos necessários para atender às necessidades sociais básicas relacionadas à participação e convívio interpessoal e comunitário (bem-estar social)<sup>38</sup>. O isolamento social, morar sozinho, carência de suporte social e sentir-se só (solidão) são marcadores importantes de desfechos adversos na pessoa idosa<sup>12,39</sup>.</p> <p>Algumas famílias são incapazes de prover os cuidados, dar apoio e suporte à pessoa idosa, por ausência de família ou por falta de condições. Esta insuficiência familiar não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar da sua pessoa idosa frágil ou dependente, mas não reúne as condições necessárias para este cuidado<sup>40</sup>.</p>

É importante manter o fenótipo de fragilidade física separado do fenótipo clínico para preservar a coerência com a ideia do fenótipo de fragilidade (presente mesmo na ausência de morbidade e incapacidades) e com o conceito de capacidade intrínseca da OMS.

Outra característica da fragilidade é seu caráter espectral ou contínuo, não podendo ser reduzido a dois polos opostos e excludentes. Os fenômenos celulares, metabólicos e funcionais característicos da fragilidade são autoperpetuantes, justificando seu caráter progressivo, na ausência de intervenções específicas (Figura 3). Dessa forma, a fragilidade pode comprometer a capacidade intrínseca do indivíduo, afetando diretamente sua habilidade funcional. Portanto, não pode ser considerada “normal da idade”, devendo ser reconhecida precocemente e tratada de forma adequada. Destaca-se a associação da fragilidade com quedas, hospitalização, institucionalização, maior risco cardiovascular, depressão e morte, além de impactar significativamente os custos assistenciais, o que aponta a necessidade do seu reconhecimento e manejo pelo sistema de saúde<sup>18</sup>.



Figura 3. Fragilidade



Fonte: Próprio autor

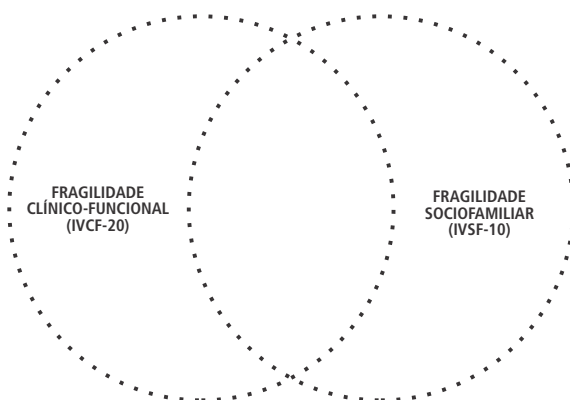
## 2. RECONHECIMENTO DA FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL NAS RAS

Como vimos, o reconhecimento da fragilidade exige o pensamento sistêmico, que consiste na visão holística dos determinantes da saúde. A fragilidade não é um somatório de doenças, mas representa o resultado das interconexões entre diversas condições crônicas de saúde mais prevalentes nessa população, cuja importância individual é inquestionável, mas que, quando associadas, podem causar profundas consequências na autonomia e independência da pessoa idosa. Pessoas idosas frágeis são mais vulneráveis às condições crônicas e mais suscetíveis às condições agudas, como doenças infecciosas e causas externas, por exemplo, quedas. Assim, os profissionais de saúde devem compreender o “Pentágono da Fragilidade” e utilizar instrumentos capazes de reconhecer os seus principais fenótipos. Todavia, as ferramentas diagnósticas devem

ser simples e de rápida aplicação, podendo ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, incluindo o agente comunitário de saúde.

Desenvolvemos dois instrumentos capazes de reconhecer os principais fenótipos da fragilidade multidimensional, que foram agrupados em dois grandes grupos: fragilidade clínico-funcional e sociofamiliar. O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é considerado um dos quatro melhores instrumentos do mundo para a identificação da fragilidade<sup>41</sup>, enquanto o Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar-10 (IVSF-10) mostrou-se adequado para a avaliação do suporte familiar e social da pessoa idosa<sup>23</sup>.

Figura 4. Fragilidade Clínico-Funcional e Sociofamiliar



### 3. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

O IVCF-20 foi incorporado ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS) com o objetivo de qualificar o registro, o acompanhamento de saúde e o monitoramento de indicadores da pessoa idosa na APS, em nível nacional (Nota Informativa Nº 2/2025 COPID/DGCI/SAPS/MS). As principais vantagens são:

- propiciar a identificação oportuna de pessoas idosas com fatores de risco para o declínio funcional ou com necessidades específicas a serem priorizadas;
- facilitar o diálogo entre profissionais de saúde oportunizando a análise de casos e o trabalho em equipe;
- apoiar a elaboração de planos cuidados personalizados e interprofissionais;
- qualificar o acompanhamento da saúde da população idosa pelas equipes, por meio do acompanhamento do histórico de registros do IVCF-20, auxiliando na avaliação da efetividade das intervenções e tratamentos realizados;

- qualificar a referência e contrarreferência dos usuários entre diferentes níveis de atenção da rede, aprimorando o acesso aos serviços especializados e a comunicação na Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- qualificar a gestão de dados e de informações estratégicas sobre a saúde da população idosa, contribuindo para avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O IVCF-20 pode ser aplicado por todos os profissionais de saúde nos três níveis de atenção, incluindo todas as categorias de nível superior ou médio, como o agente comunitário de saúde, além de profissionais das equipes do Sistema Único de Assistência Social, desde que conheçam e saibam aplicar o instrumento ou que tenham recebido orientação. Todos os profissionais devem manter vigilância ativa para os sinais de risco para declínio funcional em pessoas idosas, e intervir oportunamente, dentro de suas atribuições, ofertando acesso aos recursos de suporte e tratamento disponíveis, com enfoque na manutenção ou recuperação, sempre que possível, da autonomia e da independência dos indivíduos idosos.

Apresenta alta acurácia para o reconhecimento da pessoa idosa frágil<sup>42-44</sup>. O instrumento é composto por 20 perguntas, que avaliam as principais dimensões da saúde da pessoa idosa. As perguntas devem ser sequenciais e realizadas de forma sistematizada. Cada questão tem um significado clínico e, caso esteja presente, deve ser seguida por orientações direcionadas ao problema identificado. Sua aplicação é simples e rápida (5 a 10 minutos) e tem a vantagem de ter caráter multidimensional<sup>13</sup>, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as AVD (três instrumentais e uma básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pela pessoa idosa ou por alguém que conviva com ela (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional da pessoa idosa, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho da pessoa idosa. As perguntas são direcionadas à pessoa idosa e devem ser confirmadas pelo familiar ou acompanhante, desde que convivam com ela e estejam em condições de responder aos questionamentos. Nas pessoas idosas incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. Dessa forma, o instrumento pode ser utilizado em qualquer cenário de atendimento à pessoa idosa, independentemente da sua condição de saúde, e em qualquer cenário de atendimento (ambulatório, Instituição de Longa Permanência para Idosos — ILPI, hospital, domicílio etc.).

Após a aplicação do instrumento, o avaliador soma os pontos obtidos pelo paciente e define o escore final (Quadro 2). O escore varia de 0 a 40 pontos, e a pontuação é diretamente proporcional à gravidade da fragilidade. Pessoas idosas com pontuação igual ou superior a 15 pontos apresentam alta vulnerabilidade clínico-funcional. Pessoas idosas com pontuação entre 7 e 14 pontos exibiram moderada vulnerabilidade clínico-funcional, enquanto pessoas idosas com pontuação entre 0 e 6 pontos apresentam baixa vulnerabilidade clínico-funcional. Os escores obtidos no IVCF-20 demonstraram alta correlação com a classificação clínico-funcional realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Dessa forma, podemos considerar que pessoas idosas com baixa vulnerabilidade clínico-funcional são “robustas”, enquanto pessoas com moderada e alta vulnerabilidade podem ser consideradas “em risco de fragilização” (pré-frágeis) e “frágeis” respectivamente.

Quadro 2. IVCF-20

<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)</b>			
<i>www.ivcf20.org</i>			
			<b>Pontuação</b>
IDADE	1. Qual é a sua idade?	( ) 60 a 74 anos <sup>0</sup> ( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup> ( ) ≥ 85 anos <sup>3</sup>	0 a 3 pts
PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> ( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>	0 a 1 pt
AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não compra mais por outros motivos que não a saúde</i> 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa? <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</i> 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</i>		0 a 4 pts
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <i>( ) Sim<sup>6</sup> ( ) Não</i>		0 a 6 pts

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)		
www.ivcf20.org		
COGNIÇÃO	<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ( ) <i>Sim</i><sup>1</sup> ( ) <i>Não</i></p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) <i>Sim</i><sup>1</sup> ( ) <i>Não</i></p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 2 pts
HUMOR	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 2 pts
MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p> <p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) <i>Sim</i><sup>1</sup> ( ) <i>Não</i></p> <p>13. Você tem dificuldade para manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) <i>Sim</i><sup>1</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 1 pt
	<p>Capacidade aeróbica e/ou muscular</p> <p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( )</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( )</li> <li>• Circunferência (perímetro) da panturrilha a &lt; 31 cm ( )</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 seg ( )</li> </ul>	0 a 2 pts
	<p>Marcha</p> <p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 2 pts
COMUNICAÇÃO	<p>Continência Esfincteriana</p> <p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 2 pts
	<p>Visão</p> <p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> ( ) <i>Sim</i><sup>2</sup> ( ) <i>Não</i></p>	0 a 2 pts

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)																																							
www.ivcf20.org																																							
COMUNICAÇÃO	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?  <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i>  ( ) Sim2    ( ) Não																																0 a 2 pts					
	Comorbidade múltipla	20. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?  ( ) Sim4    ( ) Não  • Cinco ou mais doenças crônicas  • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia  • Internação recente, nos últimos 6 meses																																0 a 4 pts					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40																																							
0 a 6 pontos BAIXA VULNERABILIDADE clínico-funcional								7 a 14 pontos MODERADA VULNERABILIDADE clínico-funcional								≥ 15 pontos ALTA VULNERABILIDADE clínico-funcional																							

Em Uberlândia, segundo Barra e colaboradores<sup>45</sup>, houve franco predomínio de pessoas idosas de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (69,4%), que provavelmente são robustas. A prevalência de pessoas idosas de alta vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20  $\geq$  15 pontos) foi de 11,2% (pessoas idosas frágeis), seguido pelas pessoas idosas de moderada vulnerabilidade clínico-funcional (19,52%) (pessoas idosas pré-frágeis ou em risco de fragilização) (Quadro 3).

Quadro 3. Categorias de risco

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prevalência na população idosa residente na comunidade	Prioridade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)
0 a 6 pontos	—	Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	50 a 60%	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	20 a 30%	MÉDIA
	Especificidade: 71%			
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	10 a 20%	ALTA
	Especificidade: 98%			

O Quadro 4 abaixo apresenta diversas informações referentes à interpretação da pontuação final do IVCF-20 e disponibiliza orientações que devem ser compartilhadas entre a APS, a pessoa idosa e a família.

Quadro 4. Interpretação do escore do IVCF-20

0 a 6 pontos	Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional	<p>Pessoas idosas classificadas nesse grupo são, em geral, capazes de gerenciar a própria vida de maneira independente e autônoma. A probabilidade de apresentar fragilidade é baixa. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve contemplar, especialmente, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de acesso ao tratamento adequado de condições crônicas prevenindo complicações a longo prazo. Na RAS, pode ser necessário compartilhamento do cuidado com especialistas focais para apoio diagnóstico ou tratamento de condições específicas.</p> <p>Qualquer pontuação obtida no IVCF-20 deve ser considerada anormal e deve ser melhor investigada, exceto a idade.</p>
7 a 14 pontos	Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional	<p>Pessoas idosas classificadas nesse estrato intermediário apresentam condições de saúde, únicas ou múltiplas, que podem comprometer gradualmente sua funcionalidade. A probabilidade de apresentar fragilidade é consistente. As equipes de saúde devem exercer vigilância ativa e oferecer ações em saúde, com enfoque na manutenção das funções ainda preservadas e na recuperação das dimensões alteradas. Atenção especial deve ser dada ao manejo adequado de doenças crônicas e à garantia de acesso prioritário ao cuidado multiprofissional, interprofissional e/ou especializado, quando indicado.</p>
≥ 15 pontos	Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional	<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é bastante elevada. Está fortemente indicada uma avaliação clínico-funcional mais detalhada da saúde, que deve ser realizada, preferencialmente, por equipe geriátrico-gerontológica especializada. O envelhecimento por si só não explica a situação clínica atual dessa pessoa idosa, independentemente de sua idade. Provavelmente, este indivíduo apresenta algum grau de dependência nas tarefas do cotidiano. Desta forma, deve-se definir quais incapacidades estão presentes (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa), além das outras condições crônicas determinantes da fragilidade. Pessoas idosas classificadas neste estrato podem necessitar, com maior frequência, de acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção da RAS. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas, a reabilitação quando indicada, e a promoção da qualidade de vida. A definição da proporcionalidade terapêutica deve ser realizada de forma compartilhada com a pessoa idosa e sua família. Deve-se dedicar atenção especial ao manejo adequado dos sintomas, à prevenção de iatrogenias, e à adaptação dos cuidados e suporte às necessidades específicas de cada nível de dependência. As equipes de saúde devem sempre considerar a rede de apoio e as características sociais e/ou familiares, envolvendo sempre que necessário, outros serviços de atenção à pessoa idosa disponíveis no território, como a proteção social, acesso à renda, cuidados e a prevenção de violência.</p>

#### 4. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR-10

Existem várias ferramentas para a avaliação do suporte social e familiar na APS, como o APGAR familiar, Genograma, Ecomapa etc., mas que apresentam limitações importantes na identificação dos marcadores de vulnerabilidade sociofamiliar mais específicos da pessoa idosa. Com o objetivo de reconhecer a fragilidade sociofamiliar, o Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais desenvolveu um instrumento simples e de rápida aplicação, constituído de 10 questões que avaliam os marcadores mais relevantes do suporte social e familiar (Quadro 5). Além de ser mais consistente e conciso em relação aos instrumentos existentes, o IVSF-10 apresenta caráter qualitativo e quantitativo, definindo parâmetros mais objetivos e específicos da fragilidade sociofamiliar, reduzindo a subjetividade do examinador. A proposta é mostrar que o IVSF-10 pode complementar e apoiar tanto na organização dos serviços de saúde quanto na alocação de recursos nas equipes de saúde da APS e reorganização dos serviços da assistência social, com enfoque na pessoa idosa. O instrumento foi desenvolvido, e um Comitê de Especialistas em Geriatria e Gerontologia validou o seu conteúdo. O IVSF-10 vem sendo utilizado rotineiramente no referido serviço nos últimos dois anos, demonstrando a sua praticidade na avaliação multidimensional da pessoa idosa<sup>46</sup>. O instrumento está sendo avaliado em relação a sua consistência interna, confiabilidade, assim como validade de critério, incluindo a sua sensibilidade e especificidade<sup>47</sup>.

Quadro 5. IVSF-10

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pts	Comentários
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o(a) Sr.(a) mora: ( ) Mora em ILPI <sup>6</sup> ( ) Mora sozinho <sup>2</sup> ( ) Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote <sup>0</sup>		Morar sozinho significa que a pessoa idosa é a único ocupante de seu domicílio. Excluem-se pacientes em cuja vizinhança imediata (andar abaixo, mesmo lote etc.) vivam familiares.



Quadro 5. IVSF-10

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pts	Comentários
SUPORTE FAMILIAR	Cônjuge ou Companheiro	2. O(A) Sr.(a) tem cônjuge ou companheiro(a)? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>2</sup> ( ) Viuvez recente <sup>4</sup>		Paciente em casamento ou relação estável vigente, nos termos do art.1723 da lei 10.406 de janeiro de 2002 (adaptado): Art. 1.723. É reconhecida como entidade familiar a união estável entre duas pessoas, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família. Viuvez recente: falecimento do companheiro ou cônjuge nos últimos 12 meses, desde que partindo de união estável ou convívio significativo. Importante salientar que pacientes com casamento vigente, mas já há muito vivendo separadamente do cônjuge não devem pontuar nesse item.
SUPORTE FAMILIAR	Apoio nas atividades de vida diária	3. O(A) Sr.(a) tem familiares/ cuidadores para atendê-lo(la) plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? ( )Sim <sup>0</sup> ( )Não <sup>6</sup>		É possível identificar alguém que esteja capacitado e disposto a auxiliar a pessoa idosa em suas atividades instrumentais (afazeres domésticos e extradomiciliares) e/ou básicas (dar banho, vestir suas roupas, higiene íntima, dar alimentos etc.), em caso de necessidade. Nas pessoas idosas dependentes deve ser considerado a disponibilidade e a capacidade técnica do cuidador para realizar o cuidado necessário. A sobrecarga do cuidador também deve ser valorizada na pontuação.
	Interação familiar e comunitária	4. O(A) Sr.(a) está satisfeito(a) com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? ( )Sim <sup>0</sup> ( )Não <sup>2</sup>		O paciente convive com familiares e amigos regularmente (periodicidade subjetiva, frequência percebida como satisfatória pelo próprio paciente), não sente falta dos amigos e/ou familiares ou não se sente abandonado.
SUPORTE FAMILIAR	Sobrecarga familiar	5. O(A) Sr.(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? ( )Sim <sup>2</sup> ( )Não <sup>0</sup>		Pessoas com deficiência física ou mental, Pessoas idosas dependentes etc., que demandam cuidados e que estão sob sua responsabilidade. Pessoas que causam desorganização em casa são, por exemplo, usuários de drogas lícitas ou ilícitas e/ou pessoas envolvidas com criminalidade.

Quadro 5. IVSF-10

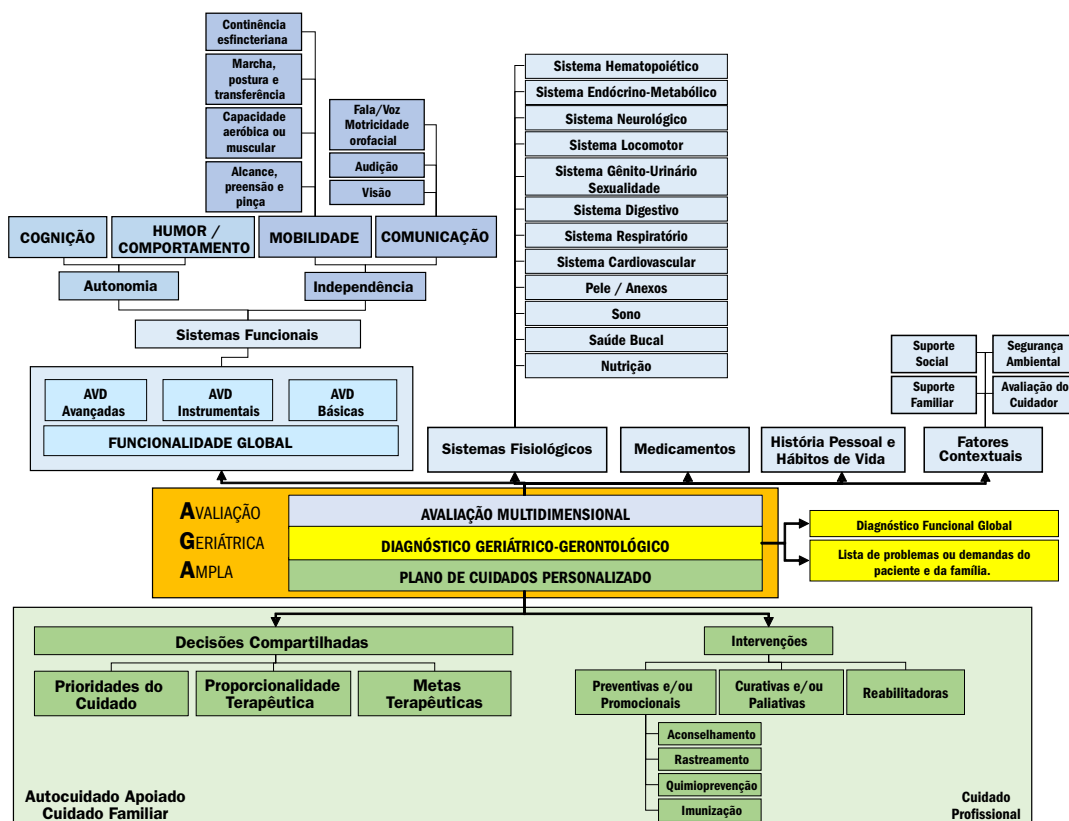
Dimensão	Categoria	Pergunta	Pts	Comentários
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O(A) Sr.(a) tem acesso à renda própria? ( ) Benefício previdenciário <sup>0</sup> ( ) Benefício assistencial <sup>2</sup> ( ) Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade <sup>4</sup> ( ) Ausência completa de acesso à renda <sup>5</sup>		Benefício previdenciário: renda advinda de salário, aposentadoria ou outra fonte de renda própria (aluguéis, dividendos, previdência privada etc.), que seja suficiente para sua subsistência. Benefício assistencial: renda proveniente de benefícios assistenciais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-Brasil etc., definidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que seja suficiente para sua subsistência.
	Escolaridade	7. O(A) Sr.(a) é capaz de ler e escrever? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>		A pessoa idosa é incapaz de ler de maneira funcional ou consegue ler/escrever de maneira limitada (seu próprio nome, o de parentes), mas incapaz de entender pequenos textos ou instruções (como uma prescrição médica) devem pontuar nesse item (ou seja, analfabetos absolutos ou funcionais).
SUPORTE SOCIAL	Condições da Moradia	8. O(A) Sr.(a) tem moradia própria? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>		A pessoa idosa é proprietário do imóvel em que reside ou de outro imóvel residencial, ainda que esteja locado
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>2</sup>		Presença de baixas condições de saneamento (lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto), relação morador/cômodo inadequada (igual ou maior que 1) ou percepção subjetiva do paciente ou acompanhante quanto às condições de higiene e organização do domicílio.
	Participação social	10. O(A) Sr.(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer etc.? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>		O paciente possui convívio na comunidade, seja em atividades religiosas, acadêmicas, encontros com amigos, com familiares, em projetos sociais, desde que extradomiciliar e com a participação de terceiros.
<p align="center"><b>INTERPRETAÇÃO DO ESCORE (Categoria de Risco):</b></p> <p>0 a 4 pontos: baixa vulnerabilidade sociofamiliar</p> <p>5 a 9 pontos: moderada vulnerabilidade sociofamiliar</p> <p>≥ 10 pontos: alta vulnerabilidade sociofamiliar</p>				

## 5. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

A aplicação rotineira do IVCF-20 e do IVSF-10 na população idosa permite o reconhecimento dos indivíduos que necessitam de uma avaliação geriátrico-gerontológica mais rigorosa. A AGA é um procedimento diagnóstico e terapêutico, com caráter multidimensional e interdisciplinar, com o objetivo de avaliar as capacidades física, funcional, psicológica e social do indivíduo, a fim de desenvolver um plano de cuidados coordenado e integrado para o tratamento e o acompanhamento em longo prazo. Assim, a AGA não se limita simplesmente à avaliação, mas também direciona um plano de cuidados holístico com intervenções tangíveis, capazes de maximizar a saúde geral das pessoas idosas<sup>48-52</sup>.

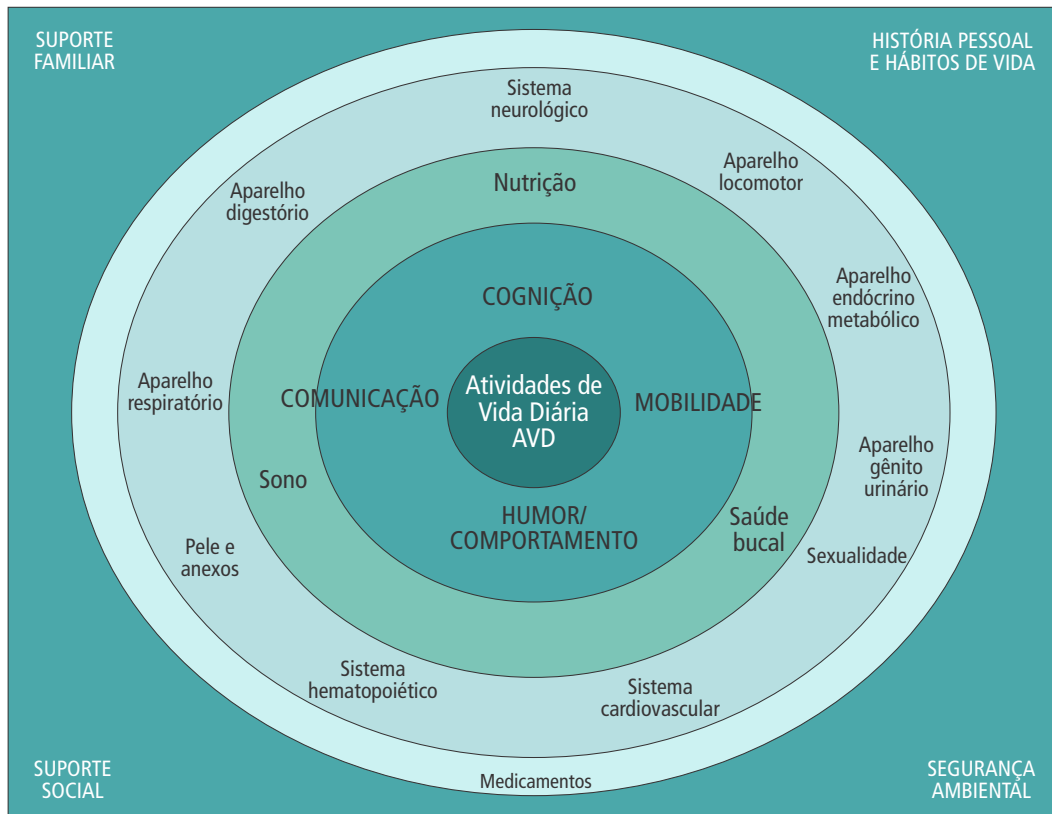
A AGA está indicada aos indivíduos com 60 anos ou mais, mas a relação custo-benefício desse procedimento é mais evidente na população idosa que apresenta suspeita de fragilidade<sup>53</sup>, utilizando-se instrumentos de estratificação de risco, como o IVCF-20 e o IVSF-10. É constituída por três elementos essenciais e indissociáveis: a avaliação multidimensional da pessoa idosa, o diagnóstico geriátrico-gerontológico e o Plano de Cuidados Personalizado — PCP (Figura 5).

Figura 5. Avaliação Geriátrica Ampla



A avaliação multidimensional deve incluir todas as dimensões biopsicossociais da saúde. A autonomia e a independência da pessoa idosa estão estritamente relacionadas à preservação dos sistemas funcionais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação), que devem estar harmonicamente integrados aos sistemas fisiológicos (nutrição, saúde bucal, sono, pele e anexos, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema digestivo, sistema gênito-urinário, sistema locomotor, sistema neurológico, sistema endócrino-metabólico e sistema hematopoiético) e aos fatores contextuais, representados pelo suporte familiar, suporte social, segurança ambiental e saúde do cuidador. O uso de medicamentos, a história pessoal e os hábitos de vida também são dimensões da saúde da pessoa idosa que devem fazer parte da avaliação geriátrico-gerontológica, pois contribuem diretamente para os sistemas funcionais e fisiológicos (Figura 6). Cada um desses elementos deve ser avaliado diretamente, utilizando-se estratégias, escalas ou instrumentos específicos.

Figura 6. Dimensões da saúde da pessoa idosa



A avaliação multidimensional permite o diagnóstico geriátrico-gerontológico e a definição das demandas do paciente e da família, etapas essenciais para a elaboração do PCP, que é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, no qual se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente (o quê?), as intervenções mais apropriadas para melhoria da sua saúde (como?), as justificativas para as mudanças (por quê?), quais profissionais (quem?) e equipamentos de saúde (onde?) necessários para a implementação das intervenções capazes de “melhorar a vida da pessoa idosa, atual e futura”. Essas perguntas são complexas e devem ser respondidas por uma equipe interdisciplinar, respeitando as preferências, as necessidades, os desejos e os valores da pessoa idosa e de sua família. Deve, portanto, conter todas as informações para o planejamento e a implementação das ações necessárias para manutenção ou recuperação da saúde do paciente. Pode ser considerado uma estratégia norteadora da equipe de saúde para atendimento às necessidades específicas de saúde identificadas na AGA, no curto, médio e longo prazo, direcionando a equipe na busca dos recursos adequados e tratamentos requeridos, servindo como eixo condutor de todo o processo assistencial. Assim, a sua elaboração deve ser cuidadosa, valorizando a efetividade e a segurança das medidas curativas, paliativas, reabilitadoras e preventivas propostas para o paciente e sua família.

O PCP é essencial para apoiar as pessoas idosas frágeis e seus cuidadores, ajudando-os a desenvolver conhecimentos, habilidades e confiança para gerenciar sua própria saúde, cuidados e bem-estar. A pessoa idosa e sua família necessitam de mais do que medicamentos ou tratamentos clínicos. As necessidades sociais, psicológicas e apoio, para realizarem as tarefas do cotidiano da forma mais independente possível, são igualmente importantes, em conjunto com as oportunidades de inclusão e apoio comunitário<sup>54</sup>.

## Referências

1. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med*. 2024;391(6):538-48. DOI: 10.1056/NEJMr2301292
2. Deng Y, Yamauchi K, Song P, Karako T. Frailty in older adults: A systematic review of risk factors and early intervention pathways. *Intractable Rare Dis Res*. 2025;14(2):93-108. DOI: 10.5582/irdr.2025.01026
3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
4. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ*. 1994;150(4):489-95.

5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146
6. Boers M, Cruz Jentoft AJ. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. *Calcif Tissue Int*. 2015;97(5):429-31. DOI: 10.1007/s00223-015-0038-x
7. Cesari M, Prince M, Thiagarajan JA, Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: an emerging public health priority. 2016;17(3):188-92. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.12.016
8. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*. 2017;95:31-35. DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.10.008
9. Gordon AL, Masud T, Gladman JR. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age Ageing*. 2014;43(1):8-9. DOI: 10.1093/ageing/aft161
10. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
11. Cohen CI, Benyaminov R, Rahman M, Ngu D, Reinhardt M. Frailty: A Multidimensional Biopsychosocial Syndrome. *Med Clin North Am*. 2023;107(1):183-97. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.04.006
12. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):356-64. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.11.008
13. Fierro-Marrero J, Reina-Varona Á, Paris-Alemany A, La Touche R. Frailty in Geriatrics: A Critical Review with Content Analysis of Instruments, Overlapping Constructs, and Challenges in Diagnosis and Prognostic Precision. *J Clin Med*. 2025;14(6):1808. DOI: 10.3390/jcm14061808
14. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-63. DOI: 10.1093/gerona/59.3.m255
15. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal*. 2001;1:323-36. DOI: 10.1100/tsw.2001.58
16. Veronese N, Custodero C, Demurtas J et al. Prevalence of multidimensional frailty and pre-frailty in older people in different settings: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* . 2021 December ; 72: 101498. doi:10.1016/j.arr.2021.101498.
17. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1487-92. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x
18. Pilotto A, Custodero C, Maggi S, Polidori MC, Veronese N, Ferrucci L. A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Res Rev*. 2020;60:101047. DOI: 10.1016/j.arr.2020.101047

19. Ferrucci L, Fabbri E, Walston JD. Frailty, Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 7th ed. Ohio: McGraw Hill Education; 2016. p. 691-708.
20. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. BMC Med. 2012;10:4. DOI: 10.1186/1741-7015-10-4
21. Ravaglia G, Forti Paola, Lucicesare A et al. Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. Age Ageing. 2008 Mar;37(2):161-6.doi: 10.1093/ageing/afm195.
22. Theou O, Rockwood MR, Mitnitski A, Rockwood K. Disability and co-morbidity in relation to frailty: how much do they overlap? Arch Gerontol Geriatr. 2012;55(2):e1-8. DOI: 10.1016/j.archger.2012.03.001
23. Moraes EN, Lopes PRR. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2023 [cited 2025 Oct 26]. Available from:<https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/>
24. Pradana AA, Gobbens RJJ, Chiu HL, Lin CJ, Lee SC. Social frailty in older adults: A concept analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2025;130:105729. DOI: 10.1016/j.archger.2024.105729
25. Huang C, Sirikul W, Buawangpong N. Social frailty in community-dwelling older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2025;25(1):329. DOI: 10.1186/s12877-025-05971-0
26. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2019.
27. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. DOI: 10.1093/ageing/afy169
28. Cederholm AT, Jensen G, Correia MITD, Winkler MF, Barazzoni F, Chanfer C, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. Clin Nutri. 2025;49:11-20.
29. Naito Y. Gut Frailty: Its Concept and Pathogenesis. Digestion. 2024;105(1):49-57. DOI: 10.1159/000534733
30. James K, Jamil Y, Kumar M, Kwak MJ, Nanna MG, Qazi S, et al. Frailty and Cardiovascular Health. J Am Heart Assoc. 2024;13:e031736. DOI: 10.1161/JAHA.123.031736
31. Zhao H, Zhou Y, Yang Z, Yang Z, Zhao H, Tian Z, et al. Oral frailty: a concept analysis. BMC Oral Health. 2024;24:594. DOI: 10.1186/s12903-024-04376-6
32. Dibello V, Zupo R, Sardone R, Lozupone M, Castellana F, Dibello A, et al. Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. Lancet Healthy Longev 2021;2(8):e507-20. DOI: 10.1016/S2666-7568(21)00143-4

33. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-95. DOI: 10.1503/cmaj.050051
34. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, van Kan GA, Ousset PJ, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(9):726-34. DOI: 10.1007/s12603-013-0367-2
35. Facal D, Burgo C, Spuch C, Gaspar P, Campos-Magdaleno M. Cognitive Frailty: An Update. *Front Psychol*. 2021;12:813398. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.813398
36. Sugimoto T, Arai H, Sakurai T. An update on cognitive frailty: Its definition, impact, associated factors and underlying mechanisms, and interventions. *Geriatr Gerontol Int*. 2022;22(2):99-109. DOI: 10.1111/ggi.14322
37. Brown PJ, Rutherford BR, Yaffe K, Tandler JM, Ray JL, Pott E, et al. The Depressed Frail Phenotype: The Clinical Manifestation of Increased Biological Aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(11):1084-1094. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.06.005
38. Bunt S, Steverink N, Olthof J, van der Schans CP, Hobbelen JSM. Social frailty in older adults: a scoping review. *Eur J Ageing*. 2017;14(3):323-34. DOI: 10.1007/s10433-017-0414-7
39. Makizako H, Shimada H, Tsutsumimoto K, Lee S, Doi T, Nakakubo S, et al. Social Frailty in Community-Dwelling Older Adults as a Risk Factor for Disability. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(11):1003.e7-11. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.08.023
40. Yamada M, Arai H. Social Frailty Predicts Incident Disability and Mortality Among Community-Dwelling Japanese Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(12):1099-1103. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.09.013
41. Faller JW, Pereira DDN, Souza S, Nampo FK, Orlandi FS, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(4):e0216166. DOI: 10.1371/journal.pone.0216166
42. Moraes EN de, Carmo JA do, Moraes FL de, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:81. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006963
43. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Lanna FM. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre idosos identificados como frágeis. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2020;22(1):31-5. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7>



44. Ribeiro ER, Mendoza IYQ, Moraes EN, Alvarenga MRM, Cintra MRG, Guimarães GL. Propriedades Psicométricas do Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional - 20 na Atenção Primária à Saúde. *Rev Min Enferm.* 2020;24:e-1332. DOI: 10.5935/1415.2762.20200069
45. Barra RP, Moraes EN, Lemos MMV, Bonati PCR, Castro JFM, Jardim AA. Frailty and spatialization of older adults in the city of Uberlândia with IVCF-20. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:9s. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057005273
46. Reis GAC, Martins JP, Real APB, Lanna FM, Machado CJ, Moraes EN. Avaliação do Suporte Social e Familiar em Idosos com Alto Grau de Dependência Funcional e Transtorno Mental Grave. Tema livre apresentado no XI Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais, 25 a 27 de agosto de 2022, Belo Horizonte, Minas Gerais
47. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60:34-42.
48. Choi JY, Rajaguru V, Shin J, Kim KI. Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023;104:104831. DOI: 10.1016/j.archger.2022.104831
49. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age and Ageing.* 2022;51:1-9. DOI: 10.1093/ageing/afac104
50. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(2):197-205. DOI: 10.1007/s40520-019-01183-w
51. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub2
52. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x
53. Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;5(5):CD012705. DOI: 10.1002/14651858.CD012705.pub2
54. British Geriatrics Society. Improving Healthcare for older people [Internet]. London: BGS; 2019 [cited 2025 Sep 13]. Available from: <https://www.bgs.org.uk/topics/cga-in-community-settings>

---

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições de todo o mundo.

---