

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/283504325>

# Envelhecimento Humano: Ações de Promoção à Saúde e Preservação de Doenças

Chapter · January 2006

---

CITATIONS

0

---

READS

303

1 author:



[Renato Peixoto Veras](#)

Rio de Janeiro State University

232 PUBLICATIONS 2,710 CITATIONS

SEE PROFILE



# ENVELHECIMENTO HUMANO: AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Renato Veras

## HISTÓRICO

A conexão direta entre a Saúde Pública e as condições socioeconômicas em que vivem as populações é um conceito fundamental da Medicina moderna e foi estabelecido no bojo das transformações políticas, econômicas e sociais resultantes da urbanização e industrialização na Europa no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX. Com o deslocamento de contingentes de agricultores expulsos do campo pelo avanço da tecnologia agropecuária, houve um rápido crescimento populacional das cidades industriais e se agravaram as condições de Saúde Pública, já aviltadas pela precariedade dos sistemas de abastecimento de água e esgoto. A falta de instalações sanitárias adequadas e a poluição implicaram o aumento da ocorrência de epidemias com uma alta taxa de mortalidade. Isso conduziu a um novo paradigma como resultado de um movimento de rearticulação social da prática médica com enfoque na relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente físico e social.

Nesse novo modelo, a atenção médica passou a se concentrar no papel que as estruturas sociais e econômicas exercem sobre a saúde das populações. Isso levou à compreensão de que as doenças estão associadas às condições e formas de vida dos indivíduos, transformando-se historicamente de acordo com essas variáveis. Esse entendimento do caráter social do processo saúde-doença criou uma nova perspectiva para a intervenção médica, sintetizada na frase de Virchow, para quem a promoção da saúde e a prevenção de doenças dependiam não só de medidas médicas como também de ações sociopolíticas: "A Medicina é uma ciência social, e a Política nada mais é do que a Medicina em grande escala" (*apud* Rosen, 1979).

Essa visão inovadora encontrou forte resistência nos setores tradicionais. McKeown (1979) demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 se deveu mais a mudanças na qualidade de vida do que a ações diretas da prática médica. Porém, consolidaram-se a poderosa influência da bacteriologia no desenvolvimento da medicina e a posição privilegiada dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças (Torres & Czeresnia, 2003). Prevaleceu a postura conservadora, e dessa forma foi mantida a hegemonia de ações de procedimentos específicos, com caráter biológico, focados no indivíduo, na especialização, no atendimento hospitalar e no uso da tecnologia.

Entre 1920 e 1950, desenvolve-se na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá um movimento de reação ao modelo de medicina curativa, com ênfase na prevenção. A base conceitual foi sistematizada no livro de Leavell & Clarck, *Medicina Preventiva* (1976), cuja primeira edição surge em 1958. O que se propõe agora é uma mudança da prática médica por meio de uma reforma no ensino que acentue a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Arouca (1975) e Torres (2002) destacam também que o movimento introduziu a epidemiologia dos fatores de risco e privilegiou a estatística como critério científico de causalidade.

Para Leavell & Clarck, prevenção é uma "ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (1976) e apresenta a prevenção em três etapas: primária, secundária e terciária. A primária se dá na pré-patogênese e inclui, no primeiro nível, o conceito de promoção da saúde entendido como "medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima" (1976). No segundo nível da prevenção primária há a proteção específica "contra agentes patogênicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente". Por sua vez, a prevenção secundária também se divide em dois planos; de um lado, diagnóstico e tratamento precoce, de outro, limitação da invalidez. A terceira etapa, de prevenção terciária, trata de intervenções de reabilitação (Leavell & Clarck, 1976).

Buss (2003) destaca que as propostas de promoção da saúde de Leavell & Clarck acentuavam ações educativas normativas orientadas não apenas para os indivíduos, mas também para as famílias e grupos. Já Arouca (1975) observa que, ao construir modelos explicativos alheios ao contexto histórico, como as ações de promoção da saúde apresentadas como componente da prevenção primária, o movimento de medicina preventiva acabou por ficar bem distante da compreensão da relação entre saúde e sociedade expressa nos estudos de Medicina Social no século XIX.

No Brasil, a formulação de níveis de prevenção foi adicionada à concepção de Medicina comunitária na década de 1960 e serviu de norte para a definição de níveis de atenção nos sistemas e serviços de Saúde ainda hoje em vigor. Durante as décadas de 1970 e 1980, o conceito foi bastante divulgado, juntamente com as propostas de Atenção Primária em Saúde e a ideia de "Saúde para todos no ano 2000", resultante da Declaração de Alma-Ata (Teixeira, 2001). Apesar disso, a Medicina no Brasil acabou enclausurada na



prática individual, com os problemas de saúde vistos por uma ótica curativa e acentuada divisão entre teoria e prática, entre psíquico e orgânico, entre indivíduo e sociedade (Torres, 2002).

Por outro lado, nos países do Primeiro Mundo, por conta da transição epidemiológica ocorrida a partir da década de 1950, a prática e os estudos de prevenção de doenças foram direcionados para análises clínicas e epidemiológicas de doenças não-transmissíveis ou crônico-degenerativas. Ao mesmo tempo, desenvolveram-se sofisticadas técnicas de exames complementares que aperfeiçoaram bastante as ações preventivas baseadas em diagnóstico precoce.

Observando-se em perspectiva as diferentes concepções e movimentos da prática médica nos séculos recentes, a promoção da saúde se destaca como estratégia possível no sentido de se alinhar os cuidados de Saúde Pública com a qualidade de vida e as condições sociais, políticas e econômicas da sociedade. A partir de um conceito amplo sobre o processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde implica a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (Buss, 2000).

Embora Leavell e Clarck tenham usado a expressão “promoção da saúde” para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, posteriormente o termo ficou associado a ações preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida (Buss, 2000). Desse modo, a noção moderna de promoção da saúde se caracteriza por acentuar o efeito das condições gerais sobre a situação de saúde e por projetar uma rearticulação da saúde na atenção básica.

## AS ORIGENS E CONCEPÇÕES DA PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção de saúde pressupõe que saúde não seja entendida como ausência de doença, mas também como capaz de agir sobre seus determinantes. Centrada nas condições socioeconômicas da população, a proposta vai além da simples prestação de serviços clínico-assistenciais e estimula ações intersetoriais que incluem educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

A expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (Pereira et al., 2000), que definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Para o médico e historiador, “saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e lazer” (Sigerist apud Terris, 1992).

Terris (1992) observa que essa definição original da promoção é diferente do conceito difundido no documento conhecido como *Relatório Lalonde*, de 1974, que privilegiou os “fatores particulares”. Contudo, esse relatório foi tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde.

O documento de Marc Lalonde sublinha a limitação das ações direcionadas para a assistência médica, insuficientes para atuar sobre os determinantes originais da saúde, como os grupos biológicos, ambientais e os relacionados aos estilos de vida. E vai mais além. Propõe ampliar a área de atuação da Saúde Pública e priorizar ações preventivas e programas educativos direcionados para mudanças comportamentais e de estilos de vida.

As repercussões do *Relatório Lalonde* podem ser observadas na orientação adotada pelas práticas de promoção de saúde na década de 1970 no Brasil. Em sua maioria, o foco ficou restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos indi-

viduais não-saudáveis, como o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Essa abordagem se concentrava na prevenção de doenças crônico-degenerativas, na realidade um problema prioritário nos países desenvolvidos.

A partir da década de 1980, a promoção de saúde ganhou destaque no campo da Saúde Pública, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou oficialmente o conceito (WHO, 1984). Seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos principalmente por organizações internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos (Cerqueira, 1997).

Segundo o pesquisador Ronald Labonte (1994), o enfoque abrangente absorvido pela OMS corresponde à direção seguida pelos profissionais da Saúde Pública que se filiaram à “nova promoção de saúde”, dirigida aos fatores estruturais, tais como a pobreza, o desemprego, o estresse, as condições de trabalho e moradia precárias, o envelhecimento populacional, a violência, o isolamento social. A partir dessas novas perspectivas, a promoção de saúde ampliou seu marco referencial, assumiu a saúde como produção social, passou a valorizar mais intensamente os determinantes socioeconômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E A EMERGÊNCIA DE NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO AO IDOSO

No século XX, houve um acréscimo de 30 anos na esperança de vida do homem. Esse aumento do tempo de vida da população exige novos estudos e a formulação de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento, tanto a médio como a curto prazo, em escalas local e global. As estatísticas mostram que, além de uma acelerada redução das taxas de natalidade, há uma ampliação do processo de envelhecimento da população: “quanto menor o número de jovens e maior o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo” (Camarano, 1999).

A questão começou a ser discutida no Brasil no final da década de 1980, principalmente a partir da publicação de livros como *A velhice*, de Simone de Beauvoir (1970), *A ideologia da velhice*, de Eneida Haddad (1986) e *Lembranças de velhos*, de Ecléa Bosi (1987). Um ponto comum a essas obras é a discussão sobre o descarte social do idoso, de vez que ele não se enquadra mais como elemento do sistema produtivo exigido no modo de produção capitalista. Desde então, o tema vem sendo introduzido na agenda de discussões do país por meio de centenas de trabalhos acadêmicos, boa parte produzidos pela UnATI/UIERJ, que buscam resgatar o valor social de idoso, o que passa, necessariamente, por garantir sua plena cidadania (Veras & Caldas, 2004).

Paim & Almeida Filho (2000) destacam que a “nova ordem mundial”, instaurada pelo neoliberalismo na década de 1980, foi um retrocesso no esforço de uma atuação coletiva para fazer frente aos problemas da Saúde. No Brasil, as opções políticas e econômicas comprometeram seriamente o setor e geraram uma “crise da Saúde Pública”, com conseqüências que ainda permanecem.

Vários aportes e abordagens foram propostos para superação da conjuntura crítica. Um deles é um paradigma pós-moderno, que reconhece as diferenças sociais e culturais ao mesmo tempo em que mantém articulação com o conhecimento moderno e científico. Um novo modelo conectado à ciência e à vida, tendo a participação e a solidariedade como ética. Para Serrano (2002), esse modelo de desenvolvimento tem a saúde como eixo das políticas públicas, a promoção da saúde como prioridade e também compromisso com a participação social, com resgate do lazer, de



aspecto espiritual, com a integração das diferentes práticas culturais e a preservação da natureza.

O pressuposto fundamental é garantir a inclusão social e a participação cidadã, inclusive para aqueles que a tiveram e perderam, como o idoso. No entanto, o contexto atual vai de encontro ao modelo. As políticas públicas ralentadas evidenciam uma percepção equivocada das necessidades específicas dos idosos e reforçam a necessidade de uma articulação política consistente no sentido de incluir na agenda social o atendimento às reivindicações desse segmento populacional.

De fato, o envelhecimento é uma questão que não tem recebido a devida atenção dos formuladores e gestores de políticas públicas; também são raras as ações de promoção de saúde voltadas para a terceira idade. Em 1974, no Canadá, o *Relatório Lalonde* definiu as bases do movimento pela promoção da saúde e assinalou que é preciso “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos” (Paim & Almeida Filho, 2000). Outro documento importante, a Carta de Ottawa (*apud* Brasil, Ministério da Saúde, 2002), estabeleceu o vínculo entre saúde e qualidade de vida com ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais, e com isso abriu espaço institucional para ações de promoção da saúde do idoso.

A Carta de Ottawa foi um marco fundamental porque firmou a idéia de saúde como qualidade de vida decorrente de um processo que inclui diversos fatores, como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação (Terris, 1992). Ou seja, mais do que ausência de doença, saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades (OMS, 1996).

No Brasil, essa compreensão de saúde foi incorporada ao *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde — CNS* (MS, 1986), que definiu como direito à saúde a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde visando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (MS — Ministério da Saúde, 1986).

Outro conceito importante a ser considerado é a qualidade de vida.<sup>1</sup> Para Minayo, Hartz & Buss (2000), essa noção abrange múltiplos significados e está bem próxima da satisfação aos padrões de conforto e bem-estar de uma determinada cultura. No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde deixou de lado a expressão “envelhecimento saudável” e adotou “envelhecimento ativo”,<sup>2</sup> na busca de uma maior abrangência para incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento (Kalache & Kickbusch, 1997).

Em abril de 2002, em Madri, a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento aprovou o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu como prioridade a inserção do envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento e a elaboração de políticas para atender às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem. A OMS reforçou a ori-

entação e recomendou que tais políticas considerassem os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida, levando em conta principalmente questões de gênero e desigualdades sociais (Carta de Ouro Preto, NESPE, 2003).

No plano internacional, portanto, as prioridades foram bem definidas. O que falta é continuidade e o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde que avancem no sentido de atender ao que está expresso no *Relatório Lalonde* — “Adicionar vida aos anos”.

É preciso considerar que os modelos de prevenção devem ser específicos de acordo com as características próprias dos idosos. Para Caldas (1999), é fundamental disseminar o conhecimento sobre o envelhecimento de modo que qualquer um em qualquer idade saiba reconhecer e prevenir situações de risco para a qualidade de vida. O conceito-chave para os que já estão na terceira idade é que promoção da saúde se traduz na manutenção ou recuperação da autonomia<sup>3</sup> e independência.<sup>4</sup> Em outras palavras, isso significa adiar, ao máximo, o início das doenças, em sua maioria crônicas, de progressão demorada e de difícil resolução depois de instaladas.

Esse modelo de cuidado integral para idosos é o desenvolvido pela UnATI/UERJ, que integra o grupo dos Centros Colaboradores da Organização Mundial de Saúde e se fundamenta no campo da Saúde Coletiva, embora tenha com a Geriatria uma afinidade de saberes e práticas. Para Teixeira (2001), o caminho das práticas de saúde avança no sentido da pesquisa e da prevenção, com a formação de novos sujeitos e a busca de soluções para problemas específicos. O objetivo permanente é fornecer apoio e meios para que os idosos permaneçam ativos e independentes pelo tempo que puderem.

## OPERACIONALIZAÇÃO DE UM MODELO PREVENTIVO

Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, detectam-se muitas dificuldades na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Quando se observa a prática de saúde, principalmente no setor privado, vê-se que, apesar de o discurso de prevenção estar presente, em sua maioria os serviços são curativos e tradicionais. O argumento usado é que, do ponto de vista financeiro, é difícil mensurar a eficácia de tais programas. Desde a Carta de Ottawa já havia a preocupação em se demonstrar a efetividade do modelo preventivo e se caracterizar as práticas eficazes que conduzem à mudança nos determinantes de saúde.<sup>5</sup> Portanto, apesar de a dicotomia continuar presente entre o discurso — amplamente incorporado — e a sua implementação — pouco executada —, há que se reconhecer que muitos passos foram dados.

<sup>1</sup>Qualidade de vida é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994).

<sup>2</sup>Envelhecimento ativo é 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. O envelhecimento ativo se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais.

<sup>3</sup>Autonomia é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida, ou seja, autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

<sup>4</sup>Dependência é a condição que requer o auxílio de pessoas para a realização de atividades do dia-a-dia. Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

<sup>5</sup>O termo prevenção não é garantia de um programa efetivo. Existem inúmeros programas e ações de promoção de saúde e de prevenção primária ineficientes.



## PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Vivemos no século da informação, e no campo da Saúde Coletiva a informação epidemiológica deve ser valorizada por sua capacidade em prever eventos e possibilitar o diagnóstico precoce, em especial em relação às doenças crônicas, e assim retardar o aparecimento desses agravos e melhorar a qualidade de vida e abordagem terapêutica (Paradela, Lourenço & Veras, 2005). Contudo, é preciso manejar algumas questões teóricas que considerem as especificidades do idoso e mostrem que os modelos de prevenção para esse grupo etário são distintos dos preconizados para os grupos populacionais mais jovens.

Para o idoso, o fundamental é postergar ao máximo possível o início das doenças. Ou seja, deve-se buscar a compressão da morbidade e levá-la para o mais próximo possível do limite biológico da vida (Fries, 1980; Fries & Crapo, 1981). Portanto, o modelo clássico de prevenção sistematizado no livro *Medicina Preventiva*, de Leavell & Clark (1976), não está sendo ensinado nas escolas de Saúde Pública de forma completa, pois apenas valoriza uma dimensão para cada um dos níveis de prevenção propostos pelos autores. Leavell e Clark preconizavam dois níveis para a prevenção primária e dois para a prevenção secundária. Para os idosos, propomos avançar esse conceito e trabalhar em todos os três níveis preventivos com dois graus distintos de intervenção.

Para tal, devemos entender a prevenção primária para os idosos em dois planos: 1) o da prevenção de agravos à saúde, ou seja, das ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos, o que inclui os programas de promoção, educação em saúde e vacinas; e 2) o da detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos, por meio do instrumental da epidemiologia, ou seja, do movimento que visa à antecipação diagnóstica, antes da sua instalação ou em fase ainda bastante branda, para postergar a manifestação da doença para um estágio mais avançado, pelo mais longo espaço de tempo, quanto possível (Veras, 2003).

Nas ações de prevenção envolvidas no primeiro nível está a aplicação de vacinas — medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza — que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para esse grupo populacional —, além de programas educacionais, atividades físicas, grupos de convivência.

Já para o segundo nível da prevenção primária, a que denominamos “postergação-preventiva”, é necessário implantar uma nova concepção que requer um aporte do conhecimento epidemiológico com vista a estruturar programas de *screening*, triagem e rastreamentos em unidades de saúde ou de convivência, visando à detecção de problemas de saúde ainda em fase de cura, ou para tentar reduzir o ritmo da evolução de uma doença crônica (Lourenço & Motta, 1999; Veras, 1999). Além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis — como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a osteoporose —, deverão ser introduzidas outras medidas, dentre as quais se destacam:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;

- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou o uso de oportunidades sociais, como clubes, centros de convivência, associações, entre outros.

Como pode ser observado, a prevenção primária possui dois segmentos, e ambos são fundamentais.

Outro aspecto a se destacar é a necessidade, em muitos casos, de instâncias intermediárias de apoio, de cuidado ambulatorial, domiciliar ou mesmo hospitalar para a recuperação da saúde. No caso dos idosos, a atividade assistencial também é distinta das demais faixas etárias. O que é preciso é investir no idoso saudável,<sup>6</sup> mesmo que em tratamento, e desenvolver programas qualificados de atenção à saúde. Ou seja, o modelo assistencial deve atender às características próprias dos idosos.

O essencial é saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. A avaliação funcional, portanto, é básica para se precisar um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional<sup>7</sup> do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e seqüelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Muitos idosos apresentam múltiplos problemas coexistentes e freqüentemente procuram inúmeros especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação positiva de custo-efetividade, pois dela podem decorrer iatrogenias<sup>8</sup> importantes, com consequências indesejáveis. A orientação terapêutica, o que inclui mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados e levar a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A presença de co-morbidades associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento não deve ser entendida como envelhecimento malsucedido. O que é necessário é administrar bem essas perdas, evitando, adiando ou compensando suas limitações. Para tanto, é preciso utilizar corretamente o modelo contemporâneo de assistência, aliar competências e recursos disponíveis e assim assegurar qualidade de vida ao idoso e sua família.

Um dos “gargalos” do modelo assistencial é a insuficiente identificação e precária captação da clientela, que deveriam ser regidas pelo critério da severidade. Em geral, o primeiro atendimento ocorre em estágio avançado de uma patologia, o que aumenta os

<sup>6</sup>O envelhecimento saudável envolve ações de políticas públicas que promovam modos de viver mais salutar em todas as etapas da vida e favoreçam a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução de fatores de risco, como consumo de tabaco e álcool, entre outros. Essas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que significa também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

<sup>7</sup>Capacidade funcional é a capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

<sup>8</sup>Iatrogenia é qualquer agravo à saúde causado por uma intervenção médica.



custos e reduz as possibilidades de um prognóstico melhor. Outro nó está na abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal. O hábito de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico certamente não se aplica aos idosos, que geralmente apresentam doenças crônicas e múltiplas que exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Faz-se necessária ainda a criação de mecanismos que permitam diferenciar os idosos de maior risco, com necessidade de intervenção imediata, e aqueles que permitem um agendamento para um médico clínico, não-geriatra, devidamente treinado e habilitado a lidar com idosos.

Também são precisos instrumentos com indicadores de saúde validados que permitam a padronização do procedimento. Dessa forma, além de identificação do idoso de risco, também será possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e a utilização adequada dos recursos (Lourenço et al., 2005). Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, principalmente nos ambulatorios da rede pública, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à regra cruel da hora de chegada na fila de espera.

Como se pode observar, os dois níveis de prevenção secundária propostos por Leavell & Clark são aplicados na abordagem proposta. No conceito original, o primeiro nível seria o diagnóstico e tratamento precoces, e o segundo nível, a limitação da invalidez. Talvez possamos substituir a terminologia para diagnóstico e tratamento precoces para os idosos com capacidade funcional preservada — que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não-geriatras, desde que treinados e qualificados — e, para o segundo nível, para os idosos com múltiplas patologias geriátricas e fragilizados, que necessitam de um acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade.

Do mesmo modo que no modelo de atenção primária e secundária para os idosos, os programas devem exibir duas vertentes para todos os níveis e, portanto, também para a prevenção terciária ou a reabilitação. A lógica deve ser a mesma, deve-se trabalhar para aqueles que necessitam se restabelecer de seqüelas deixadas por doenças, como também incluir idosos que ainda não são elegíveis para os mesmos nos critérios atuais, mas que desenvolverão agravos já previsíveis se não forem incorporados. O conhecimento atual e a ampliação do tempo de vida possibilitam a previsão de agravos futuros à saúde, ainda que no momento estejam nos estágios iniciais. A “reabilitação antecipada”, um dos níveis da prevenção terciária, significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, e uma relação custo-benefício favorável aos sistemas de saúde.

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência precisa aplicar todos os níveis de prevenção e possuir um fluxo bem-desenhado de ações de educação, promoção à saúde e prevenção de doenças evitáveis. Deve, ainda, existir uma etapa de captação e identificação de idosos de risco distintos além do acompanhamento, no qual estejam incluídos a possibilidade de tratamento de patologias não-geriátricas e o encaminhamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. Essa unidade mais avançada deve estar centrada na presença do médico e de profissionais de saúde com capacidade resolutive que atendam ao idoso fragilizado, com múltiplas síndromes geriátricas e perda de sua capacidade funcional, com ações tanto de tratamento como de reabilitação.

## O CONCEITO DE FATOR DE RISCO

A expressão fator de risco é utilizada em Ciências da Saúde para indicar características que aumentam a probabilidade de uma pes-

soa adoecer. A exposição a um certo fator de risco significa que, antes de se tornar doente, o indivíduo entrou em contato com o fator exposição, seja em um determinado momento, seja durante um longo período de tempo (Fletcher et al., 1996; Rothman & Greenland, 1998; Szklo & Nieto, 2000).

Portanto, o conceito serve para se estabelecerem predições a respeito da ocorrência de eventos mórbidos. A melhor maneira de se prever tais eventos é a experiência passada com um grande número de indivíduos portadores de fator ou fatores de risco semelhantes (Sackett et al., 1991; Fletcher et al., 1996; Rothman & Greenland, 1998; Szklo & Nieto, 2000). A lógica é simples. Se um fator de risco mantém uma associação do tipo causal com um evento mórbido, então a remoção desse fator pode ser usada na prevenção do evento, e assim se torna importante operador em procedimentos de redução de risco.

## CAPACIDADE FUNCIONAL E PREVENÇÃO

O conceito de capacidade funcional assume importância central quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida. Para evitar o excesso de consultas desnecessárias nos serviços de saúde, deve-se organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. Isso não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses sem a ajuda de quem quer que seja. Esse idoso, que mantém sua autodeterminação,<sup>9</sup> deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas. O conceito de capacidade funcional pode ser definido como a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Gordilho et al., 2000).

Do ponto de vista de Saúde Pública, esse conceito é o mais adequado para se estruturar e viabilizar uma política de atenção à saúde do idoso. Portanto, todas as iniciativas de promoção de saúde, assistenciais e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo, valorizar a autonomia, ou autodeterminação, e a independência física e mental, o que vai além de simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

O objetivo é a manutenção da máxima capacidade funcional pelo maior tempo possível. A dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro desse contexto, devem-se estabelecer as novas prioridades e novas ações de saúde, que deverão nortear as políticas de saúde deste século (Katz, 1963; Mittelmark, 1994; Veras, 2001).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde do Idoso são um bom exemplo das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (Gordilho et al., 2000). O que é urgente é um exemplo de vontade política que torne as diretrizes uma realidade em nosso país.

<sup>9</sup>Autodeterminação é a capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia.



## BIBLIOGRAFIA

- Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhora da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
- Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- Beauvoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- Bosi E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: T. A. Queiroz, EDUSP, 1987.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata*, Carta de Ottawa, 2002.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Caldas CP. Educação para a Saúde: a importância do autocuidado. In: Veras RP. *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UnATI/UERJ, 1999. p. 71-94.
- Caldas CP. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra Jr C (orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-71.
- Camarano AA (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.
- Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p. 7-48.
- Conférence Nacional de Saúde, 8, 1986. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, n.19, p.12-13, 2000.
- Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB (orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local — a experiência em Manguinhos* — RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 303, p.130-135, 1980.
- Fries JF, Crapo LM. *Vitality and aging: implications of the rectangular curve*. San Francisco: WH Freeman and Company, 1981.
- Fletcher RH et al. *Clinical Epidemiology: The Essentials*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1996.
- Gordilho A et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.
- Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002.
- Haddad EGM. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.
- Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, v. 4, p. 4-5, July/Aug. 1997.
- Katz S et al. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914-919, 1963.
- Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*: (Special issue. Community empowerment, participatory education and health — Part I), v. 21, n. 2, p. 253-268, 1994. Summer.
- Leavell S, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- Lourengo RA, Martins C de SF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 311-318, abr. 2005.
- Lourengo RA, Motta LB. Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade. In: Veras Renato P (org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ, 1999.
- McKeown T. *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford: Basil Blackell. 1979.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Abrasco, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- Mittelmark MB. The epidemiology of aging. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB (eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill, 1994. p. 135-51. v. 11.
- Nespe/Fiocruz/UFMG. 2002. *Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil*. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro\\_preto.doc](http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc)>. Acesso em: jul. 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1996. p. 367-372. (Publicación científica, 557.)
- Organización Mundial de la Salud. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. In: Glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/98. Ginebra: Organização Mundial de Saúde, 1994.
- Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2000.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 918-923, dez. 2005.
- Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*, S. Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.
- Rosen G. *Da política médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.
- Sackett DL et al. *Clinical Epidemiology: a basic science for Clinical Medicine*. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1991.
- Serrano MM. Promoção da saúde: um novo paradigma? In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 5, mar. 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba, 2002.
- Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. Maryland: Aspen Publishers, Inc., 2000.
- Teixeira C. *O futuro da prevenção*. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001. (Coleção Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.)
- Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS, 1992. p. 37-44. (Publicación Científica, 557.)
- Torres CH. *Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da Epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- Torres CH, Czeresnia D. A institucionalização da Epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 10, n. 2, 2003.
- Veras RP. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: ———. (org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: UnATI/Relume-Dumará, 1999. p. 35-50.
- . Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715. jun. 2003.
- Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Rev. USP*, São Paulo, n. 51, p. 72-85, set/out. 2001.
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 423-432, abr./jun. 2004.
- World Health Organization. Discussion document on the concept and principles. In: ———. *Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p. 20-23.



## SUGESTÃO DE LEITURA SOBRE O TEMA

- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil* — Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Alma-Ata, Adelaide, Sunswall, Santa Fé de Bogotá, Jacarta, México e Mega Países. Brasília, 2001.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis — saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.
- Cohn A. Participação e cidadania na promoção da saúde. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 6, 1999, Águas de Lindóia. *Anais...* São Paulo: APSP, 2000. v. 2, p. 297-301.
- Conferência Mundial de Promoción de la Salud, 5, 2000, México, 2000.
- Copenhague: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.
- Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999. ISSN 0102-311X.
- Downie RS et al. Health promotion, models and values. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Haddad S. Participação e cidadania na promoção da saúde. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 6, 1999, Águas de Lindóia. *Anais...* São Paulo: APSP, v. 2, 2000. p. 281-5.
- Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003. ISSN 0102-311X.
- Lima-Costa MFF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, jun. 2003.
- Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9, p. 23-41, 2000.
- Lima-Costa MFF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jun. 2003.
- Lima MA. A gestão da experiência de envelhecer em um Programa para a Terceira Idade: a UnATI/UERJ. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, v. 2, n. 2, 1999.
- Lourenço RA, Martins C de SF, Sanchez MS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 311-318, abr. 2005.
- Mello DA. Reflexões sobre a promoção de saúde no contexto do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1.149, 2000.
- Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadei M, Souza J, Bento LF, Gondin J, Nascimento J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 583-595, 1998.
- Milio N. Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. In: Organización Pan-Americana de la Salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: OPS, 1996. Publ. Cient. 557, p. 47-59.
- Nascimento J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 583-595, 1998.
- Nunes ED. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, v. 3, p. 107-116, 1998.
- Organização das Nações Unidas. *Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento*. In: Assembleia Mundial Sobre el Envejecimiento 2. Madrid, Espanha. 2002.
- Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano Mundial*. Nova York: ONU, 2003.
- Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p. 7-48.
- Organização Mundial de Saúde. Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis e Promoção de Saúde. *Envelhecimento ativo: um marco para a elaboração de políticas*. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc>>. Acesso em: dez. 2001.
- Parahyba M, Veras RP, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 383-391, jun. 2005.
- Prata PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, 1994.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.
- Ramos LR et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, USP, v. 21, n. 3, p. 221-224, 1987.
- Souza EM. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.354-1.360, 2004.
- Veras RP. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor Saúde e suas necessárias transformações. In: Veras RP et al. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001. p. 11-32. (Série Envelhecimento Humano.)
- . A era dos idosos: os novos desafios. In: Oficina de Trabalho Sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil, dez. 2002, Ouro Preto, Minas Gerais.
- . *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- Veras RP, Camargo Jr KR. A terceira idade como questão emergente: aspectos demográficos e sociais. In: Veras RP (org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- Veras RP, Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MA, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor Saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. *Medicina Social* (Revista da Abramge — Associação Brasileira de Medicina de Grupo), ano XV, n. 171, jan./fev. 2001. (Suplemento especial, Prêmio Abramge de Medicina 2000.)
- Whitehead M. *Conceptos y principios de la igualdad y salud*. Copenhague: OMS, Oficina Regional para Europa, 1990.
- Wong LR (org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional/Universidade Federal de Minas Gerais/Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2001.