



Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos

Renato Peixoto Veras

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rua São Francisco Xavier, 524, 11º Andar, bloco F, 20550-013, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: veras@uerj.br

RESUMO. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas – mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a maior expectativa de vida da população colaboraram para o aumento da incidência das doenças crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e de incapacidade prematura. Foco criativo deve ser dirigido ao cuidado dos idosos, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades. Assim, idosos passam a receber benefícios pecuniários para aderir a programas de saúde preventiva e detecção precoce de doenças. Este artigo de opinião visa a apresentar questões relativas não só à recente iniciativa da ANS, mas também, e particularmente, da UnATI/Uerj, que, ao longo de 18 anos de existência, vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado. Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados, integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Palavras-chave: envelhecimento, modelos assistenciais, promoção de saúde, capacidade funcional, ANS, UnATI/Uerj.

Strategies for coping with chronic diseases: a model where everyone wins

ABSTRACT. The social and economic transformations of recent decades and their consequent changes in the lifestyles of contemporary society – changes in eating habits, increased sedentarianism and stress – and longest life expectancy of the population contributed to the increased incidence of chronic diseases, which today are a serious health problem. Cardiovascular diseases, cancer, diabetes and respiratory diseases are the major cause of mortality worldwide. In Brazil, in recent decades, chronic non-communicable diseases have become major causes of premature death and disability. Creative focus should be directed to the care of the elderly, who are the ones who suffer the effects of their own weakness and demand more health services. The National Agency of Supplementary Health published a resolution that encourages the participation of beneficiaries in health insurance programs for active aging, with the possibility of discounts on fees. Thus, the elderly now receive cash benefits to comply with preventive health programs and early detection of diseases. This opinion paper aims to present issues relating not only to the recent initiative of the Agency, but rather to Uerj's Open University for Studies on the Elderly, which for 18 years has been approaching the theme of new health care models. This text expresses the institution's latest project, which is to develop a health care model integrating promotion and attention for the elderly's health.

Keywords: aging, healthcare models, health promotions, functional capacity, ANS, UnATI/Uerj.

Introdução

A principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de se prever. À semelhança dos demais países ricos, as pesquisas sugerem que as condições complexas, como diabetes e depressão, imporão uma carga ainda maior no futuro (MORAES et al., 2010).

Alguns anos atrás, as doenças crônicas eram consideradas um problema de países ricos e de população idosa. Hoje sabemos que, dentro de países de alta renda, os pobres, assim como os jovens e as pessoas de meia-idade, são afetados por condições crônicas. As implicações econômicas dessas doenças também são graves: elas têm impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e

incapacidade. Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados.

As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Como as taxas de sobrevivência e durações têm melhorado, esse tipo de doença agora também passou a incluir muitas variedades de câncer, HIV/Aids, distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência) e deficiência, tais como deficiência visual e artroses. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado.

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e aos equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo, que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001; WHO, 2005) define o gerenciamento de doenças crônicas como a 'gestão contínua de condições durante um período de anos ou décadas'.

É provável que os gastos em saúde aumentem substancialmente. De fato, os cuidados em saúde tendem a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas no Brasil (BANCO MUNDIAL, 2011a)⁴. Existem duas forças por trás da projeção de aumento desses gastos: a proporção crescente de idosos na população e a intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos (NIA, 2007).

Espera-se que três fatores também aumentem o número de idosos que necessitam de cuidados de longo prazo. Primeiro, o forte crescimento do número de pessoas muito idosas, nos próximos 30 anos, resultará em um maior número absoluto de idosos fragilizados, mesmo considerando a redução da proporção da severidade de doenças entre os idosos, devido a avanços na prevenção de doenças e a

melhores práticas assistenciais. Segundo, a mudança de *status* das mulheres e dos valores sociais e familiares continuará afetando a disponibilidade de apoio familiar para esses idosos. Projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não familiares (cuidadores formais) duplicará até 2020 e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008 (BANCO MUNDIAL, 2011b). Em terceiro lugar, alguns fatores de risco que alcançavam majoritariamente o homem, sobretudo o consumo do álcool e do tabaco, e o estresse no trabalho, passarão também a atingir as mulheres, quando comparados aos números atuais. Uma consequência será a redução da diferença da expectativa de vida, que atualmente no Brasil é oito anos maior para as mulheres.

A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de esses anos a mais serem saudáveis ou de enfermidades e dependência.

A prevenção, a manutenção da saúde, independência e autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde, decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

Por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde; por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É por esse motivo que, do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso. Essa política deve, assim, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

Há no Brasil um fato novo, em consonância com essa perspectiva de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2011) publicou em agosto de 2011, no *Diário Oficial da União*, a Resolução Normativa nº 265, que incentiva a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades (VERAS, 2011a e b).

Propor que as operadoras de planos de saúde ofereçam benefícios pecuniários aos clientes que

participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades é uma iniciativa bastante oportuna. A proposta da ANS vale para todas as faixas etárias, mas tem impacto particularmente importante para a população da terceira idade, ao estimular ações de envelhecimento ativo. Atualmente, a lógica do sistema de saúde é pautada pelo ciclo de tratamento das doenças, não da prevenção. Inverter esse modelo é imperativo para assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo.

Se considerarmos os dados demográficos brasileiros, iremos verificar que o país envelhece progressivamente e de forma acelerada. Todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a esse segmento da pirâmide etária – a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de quatro décadas, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O aumento da expectativa de vida é um fator positivo, mas precisamos ponderar que a longevidade só será de fato uma conquista se agregarmos qualidade aos anos adicionais de vida.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes possuem múltiplas patologias crônicas. Dados de um estudo americano (AHRQ, 2005) mostram, inclusive, o fracasso de tais programas, pois são realizados em uma lógica hospitalocêntrica.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos têm uma relação custo-benefício baixa, pois os idosos possuem mais de uma doença crônica, e tratar adequadamente uma doença faz apenas reduzir os índices de morbidade de tal patologia. Como são pacientes que frequentemente possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas uma doença não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de cuidados. Se não for assim, o problema nunca será resolvido, pois as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas; além disso, os recursos são utilizados inadequadamente.

Os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, motivo pelo qual utilizam com mais frequência os serviços de saúde, mas, mesmo assim,

os modelos de cuidado são estruturados à semelhança do adulto jovem. Desse modo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo (VERAS, 2009).

As conquistas da ciência e da medicina e o vasto conhecimento acumulado deveriam estimular modelos de maior resolutividade e custo mais adequado. No sistema brasileiro, o peso médico-assistencial ainda é preponderante. Planos de saúde operam em uma espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços e inflacionam valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e está em boa forma. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais, em paralelo à ampliação da qualidade de vida, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

A relação entre prestadoras e clientes de mais idade sempre foi de grande desconfiança. A política das operadoras é tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam do custo, das dificuldades de atendimento e das glosas a muitos dos exames solicitados – não existe outra relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas. Algumas operadoras talvez argumentem que programas de envelhecimento ativo poderão gerar aumento na utilização do plano de saúde; e podem também afirmar que o aumento da sinistralidade, aliado ao desconto concedido no preço e à obrigatoriedade de sua manutenção por 12 meses, seria fator decisivo para recusar a proposta da ANS.

Em relação ao aumento de sinistralidade, a prevenção e a promoção de saúde, se bem aplicadas e avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos no médio e longo prazos. No início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, mas principalmente aqueles de baixo custo. No longo prazo, porém, haverá diminuição dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde. O mais difícil talvez seja a mudança de cultura.

Também observamos enorme abismo entre prática e discurso sobre modelos hierarquizados por complexidade que priorizem o cuidado integral para todos os idosos, já que eles têm patologias crônicas e múltiplas. Quando elas surgem (e oito entre dez idosos têm pelo menos uma doença crônica), muito pouco pode ser feito (VERAS; CALDAS, 2004). Doenças crônicas não regridem, resta apenas conviver com elas. Dessa forma, a ação mais adequada é evitar ou retardar seu aparecimento e desacelerar sua progressão, prolongando o período de vida ativa.

Não é mais cabível manter a lógica da doença. As empresas terão de se adaptar. Com a nova proposta,

a ANS faz mais uma tentativa de induzir a lógica preventiva no setor de saúde suplementar. Dessa vez, no entanto, a agência lança mecanismos de indução também para os consumidores, cuja adesão é fundamental para o sucesso das ações de prevenção.

É importante frisar que promoção da saúde não é custo, mas investimento. Para cada dólar investido em prevenção e gerenciamento de doenças crônicas, o retorno é de US\$ 2,9, ou seja, um benefício de quase 3 por 1.

O Ministério da Saúde lançou recentemente um Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT). Ao longo dos próximos 10 anos, o Plano se propõe a ser a resposta do Brasil a uma preocupação comum em todo o mundo: estima-se que 63% das mortes, atualmente, ocorram por DCNT. A taxa de mortalidade prematura, ou seja, de óbitos, antes dos 70 anos motivados por DCNT, é de 255 a cada grupo de 100 mil habitantes. O consenso mundial é que poderia ser reduzida para 196 por 100 mil.

No Brasil, as Doenças Crônicas Não-transmissíveis que mais matam são as doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,2%), as doenças respiratórias crônicas (5,8%) e o diabetes mellitus (5,2%). Por isso, os quatro fatores de risco com maior influência no aparecimento dessas doenças serão combatidos de forma prioritária até 2022: o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física e a alimentação não saudável. Assim, não basta aumentar anos de vida, é preciso aumentar anos saudáveis de vida, e para isso a promoção da Saúde tem que começar cedo.

É esta a ideia que defendemos: cada cidadão deve ter acesso à informação e às ferramentas necessárias para, de forma autônoma e crescente, cuidar da própria Saúde. E isso significa agir antes da manifestação da doença.

No livro *Repensando a Saúde, Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos* (PORTER, 2007), os autores apresentam o novo Ciclo de Atendimento à Saúde, em que a Saúde precede a assistência. Para Michael Porter, doutor de economia pela Universidade de Harvard, e Elizabeth Olmsted Teisberg, pós-doutora pela Universidade da Virginia, é latente a necessidade de se medir e minimizar o risco de doenças, de oferecer um gerenciamento abrangente de doenças e disponibilizar serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis.

Nesse escopo, segundo os autores-especialistas, a Saúde não pode envolver meramente a Assistência, mas também a Preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor), a Intervenção, a Recuperação, o Monitoramento/Gerenciamento da

condição clínica, a Promoção ao Acesso, a Mensuração de Resultados, e, por fim, a disseminação da informação. O argumento parte da comprovação de que, a cada dólar investido em prevenção e gerenciamento de doenças crônicas, o retorno é de US\$ 2,9, ou seja, um benefício de quase 3 por 1.

A promoção da Saúde, como aliada imprescindível da assistência, foi alçada à condição de oferta obrigatória à sociedade. E o Brasil, felizmente, tem acompanhado a evolução mundial nesse sentido.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da Saúde, em comparação ao volume destinado à assistência. Apesar de essa conta ser complexa e flexível, uma certeza, pelo menos, já é consenso: cada vez mais é necessário investir recursos para evitar que as pessoas adoçam. A prevenção não é um custo, e sim um investimento com lucro certo.

As questões apresentadas neste artigo de opinião fazem parte não só da recente resolução da ANS, mas também, e particularmente, da UnATI/Uerj, que, ao longo dos seus 18 anos de existência, vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado.¹² Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados, integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Pode-se considerar este modelo como uma proposta de aprofundamento de práticas preventivas, balizado pelo afã de detectar precocemente os agravos de saúde em qualquer condição funcional. Sua lógica é estruturada em níveis hierárquicos, nos quais instâncias de cuidado são oferecidas ao idoso de acordo com seu grau de necessidade. Deve haver, portanto, o monitoramento constante para se oferecer o cuidado mais adequado com implicação positiva, tanto do ponto de vista clínico quanto financeiro. A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter ações para todos os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência, ou seja, na concepção do modelo que estamos sugerindo, fará que ele suba para um degrau hierarquicamente mais intenso de cuidados.

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Torna-se necessário sempre frisar que, nessa hierarquização da complexidade das fragilidades e agravos, a ênfase é conferida aos níveis básicos, com vistas a ofertar condições de promover um envelhecimento ativo. Na linha de cuidados que estamos desenvolvendo em sete etapas hierarquizadas de cuidados ascendentes, é nos níveis iniciais que se concentram mais de 90% da população idosa.

Entendemos esse modelo como uma proposta segundo a qual todos devem ser vencedores: o idoso, que amplia seus anos de vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo; e as prestadoras de saúde, à semelhança do SUS, que evitarão internações repetidas e de alto custo.

A atualidade desse debate nos faz lembrar um recente artigo do economista norte-americano Paul Krugman (2011), intitulado *Livre para morrer: reflexão sobre a saúde dos americanos*. No texto, Krugman (2011, p. A29) relata que, durante o recente debate das prévias presidenciais do Partido Republicano nos Estados Unidos, ocorrido em setembro de 2011, Wolf Blitzer, apresentador da emissora de televisão CNN, perguntou ao deputado Ron Paul o que se deveria fazer se um homem de 30 anos, que optou por não comprar um plano de saúde, se visse de repente precisando de seis meses de terapia intensiva. Paul respondeu: “Liberdade envolve isso: assumir seu próprio risco”. Blitzer pressionou de novo, perguntando: “A sociedade deve simplesmente deixá-lo morrer?”. E a plateia explodiu em vivas e gritos de “Sim!”.

O incidente acentuou algo muito estranho para nós brasileiros, país em que todos os cidadãos têm sua cobertura de saúde garantida na Constituição, além de existir o setor privado de saúde como opção suplementar. No país mais rico e poderoso do mundo, pessoas que não podem pagar o atendimento médico frequentemente ficam sem ele – e às vezes morrem em consequência disso. Um segmento conservador da sociedade americana se dispõe a deixar que as pessoas sem seguro-saúde, mesmo que não seja por sua culpa, morram por falta

de atendimento? A resposta, com base na história recente, é um sonoro ‘sim!’.

Esse fato, ocorrido recentemente (em setembro de 2011), mostra-nos algumas verdades: primeiro, que muitos consideram a saúde um produto que, com o aumento dos custos, deve ser restrito, e não extensivo a todos. Essa visão, mesmo não sendo hegemônica, leva-nos a um alerta. Os custos da saúde não param de crescer, mas as fontes de financiamento são finitas. Desse modo, ao pensarmos em ações de promoção e de prevenção para uma sociedade que envelhece rapidamente, como é o caso do Brasil, o que está embutido nessa reflexão não é apenas o desejo de oferecer mais anos de vida saudável à população, mas também um movimento que visa a consolidar a importância de ações eficientes que permitam que o setor Saúde, particularmente o SUS, tenha condições de ofertar atendimento a todos.

Considerações finais

Até bem pouco tempo atrás, dinheiro era algo que passava longe dos modelos de cuidado na área da saúde; hoje, não falar de financiamento é colocar em risco todo o sistema – e o que é mais grave, compactuar com mortes de indivíduos, não por estarem doentes, mas pelo simples fato de não possuírem condições de financiar seu cuidado.

As transferências públicas no Brasil têm sido muito eficazes para reduzir a pobreza e a desigualdade, em particular para a maioria da população mais velha. No entanto, isso foi alcançado a um custo elevado. Como desejamos a manutenção e a ampliação dessa prosperidade e sabemos que o envelhecimento populacional continuará a pressionar os sistemas sociais, ao defender modelos de saúde que tenham foco na prevenção e no monitoramento ao longo do curso de vida, estamos expressando que sabemos que as definições no momento atual são escolhas críticas, com consequências particularmente cruciais para os grupos vulneráveis e para a perspectiva de crescimento do país.

Essa dimensão ampla é fundamental para realçar de modo categórico que, para se tornar factível e para que haja saúde para todos com qualidade, quer no setor público, quer no privado, é necessário mudar a lógica do modelo do período pregresso, quando as doenças eram agudas e a população morria cedo. O Brasil mudou, e os tempos são outros. A transição epidemiológica ocorreu e o atual padrão de doença é majoritariamente de doenças crônicas não transmissíveis, do mesmo modo que ocorreu a transição demográfica e esta demonstra

que o Brasil é um país jovem de cabelos brancos (VERAS, 1994).

Referências

- AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality. **The high concentration of U.S. health care expenditures**. Rockville: AHRQ, 2005. (Action Issue 19).
- BANCO MUNDIAL. **Population aging**: is Latin America ready? Directions in development. Washington, DC: The World Bank, 2011a.
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, DC: The World Bank, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 265**, de 19/08/2011. Brasília: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1796>. Acesso em: 03 out. 2011.
- KRUGMAN, P. Free to die. **The New York Times**. 2011. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2011/09/16/opinion/krugman-free-to-die.html>>. Acesso em: 3 out. 2011.
- MORAES, E. M.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas, **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-56, 2010.
- NIA-National Institute of Aging. National Institutes of Health, US Dept. of Health & Human Services. **Why population aging matters**: a global perspective. Washington, D.C.: NIA, 2007.
- OMS-Organização Mundial da 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 elaboração de políticas, 2001. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc>>. Acesso em: 18 jan. 2011.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.
- VERAS, R. P. Uma saída para a crise no setor saúde. **Revista do Idec**, v. 157, p. 35, 2011a.
- VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8612>. Acesso em: 3 out. 2011b.
- VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. **UnATI-UERJ**: 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: UnATI, 2004.
- WHO-World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005.

Received on January 30, 2012.

Accepted on February 29, 2012.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.