

Renato Veras

Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações

Population aging today: demands, challenges and innovations

RESUMO

O estudo discute as conseqüências sociais e, particularmente, da saúde, decorrentes da ampliação do número de idosos no Brasil em um curto período. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998 e 2003, que indicam melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doença crônica semelhante para todos os grupos de renda. Se, 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, como os centros de convivência com avaliação e tratamento de saúde. A agenda prioritária da política pública brasileira deveria priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com monitoramento das condições de saúde, com ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação, com cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral.

DESCRITORES: Envelhecimento da População. Assistência a Idosos. Saúde do Idoso. Condições Sociais. Assistência à Saúde. Serviços Preventivos de Saúde. Brasil.

Universidade Aberta da Terceira Idade.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Renato Veras
R. São Francisco Xavier, 524/10º andar
Bloco F – Maracanã
20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: veras@uerj.br

Recebido: 09/05/2008
Aprovado: 30/11/2008

ABSTRACT

The paper discusses the social and, particularly, the health consequences resulting from the expansion of the numbers of elderly people in Brazil over a short period. The data used were from the 1998 and 2003 *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (the national household sampling survey), and they express an improvement in elderly people's health conditions and similar distribution of chronic diseases across all income groups. If, on the one hand, elderly people present greater disease burden and incapacities and they use healthcare services more, on the other hand, the current models for healthcare for the elderly are shown to be inefficient and high-cost. Creative and innovative structures are required, such as social centers with health assessments and treatment. Foremost on the agenda for Brazilian public policy, priority should be given to maintaining elderly people's functional capacity, with monitoring of their health conditions; preventive and differentiated actions relating to health and education; and qualified care and multidimensional comprehensive attendance.

DESCRIPTORS: Demographic Aging. Old Age Assistance. Health of the Elderly. Social Conditions. Delivery of Health Care. Preventive Health Services. Brazil.

INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.¹

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo País nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

O cenário se torna mais complexo quando se observa que, simultaneamente à carência geral de recursos, há dois segmentos etários, idosos e jovens, demandando programas específicos e recursos públicos, bem como habilidade, criatividade gerencial e capacidade de inovação para administrar a escassez por parte dos gestores.

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade.

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

Estudos recentes^{12,20} têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual.

Cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais e escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões. Apesar do substancial aumento desses valores nos últimos anos, e os valores ainda serem reconhecidamente pequenos, já se observam reflexos positivos, conforme indicado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).^{11,18,19}

À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade.

Os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado à população idosa. Os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo. Assim, tornam-se necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.⁷

No Brasil, os esforços ainda são pontuais e desarticulados. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa^a que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.^b

Mas o efeito prático ainda não foi observado. O peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso (Veras & Caldas, 2004).¹⁷

O marco teórico desta abordagem multidimensional possui a chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS), que adotou o documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas.” Este texto apresenta os principais desafios a serem enfrentados no mundo, relacionados ao envelhecimento da população,

e destaca o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores.

Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

Dessa forma, a organização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa afigura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem que enfrentar, o mais rápido possível.

O presente artigo visa a estimular a discussão para a necessidade de políticas públicas efetivas de manutenção da capacidade funcional dos idosos, de novas estratégias de prevenção e atenção integral, e de foco inovador no cuidado do idoso.

CAPACIDADE FUNCIONAL E PREVENÇÃO

Quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, assume importância basililar o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas.

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.⁴ Constituem diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersectoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para

^a Brasil. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 3 out. 2003.

^b Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 20 out. 2006.

profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Do ponto de vista de saúde pública, este 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, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizar a autonomia e a independência física e mental, excedendo um simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.⁸

A dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem toda pessoa doente se torna dependente. Assim, devem ser estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que deverão nortear as políticas de saúde contemporânea.^{5,9,10}

OPERACIONALIZAÇÃO DE UM MODELO PREVENTIVO

Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Apesar da presença do discurso da prevenção,^a a maioria dos serviços são curativos e tradicionais e argumentam ser difícil mensurar a efetividade para tais programas do ponto de vista financeiro.

Desde o ano de 1986 já havia a preocupação em mostrar a efetividade do modelo preventivo e caracterizar práticas eficazes que conduzam à mudança nos determinantes de saúde.^b Apesar de a dicotomia continuar presente entre o discurso (amplamente incorporado) e a sua implementação (pouco executada), alguns passos já foram dados.

DIAGNÓSTICO PRECOCE E MONITORAMENTO DA SAÚDE

No campo da saúde coletiva, a informação epidemiológica deve ser valorizada por sua capacidade em prever eventos e possibilitar o diagnóstico precoce, especialmente em relação às doenças crônicas, e assim retardar o aparecimento desses agravos e melhorar a qualidade de vida e abordagem terapêutica.¹⁷

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento-chave para orien-

tar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivo:

- interferir favoravelmente na história natural da doença;
- antecipar o surgimento de complicações;
- prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas;
- aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado;
- construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

O modelo clássico de prevenção sistematizado no livro *Medicina Preventiva*, de Leavell & Clark,⁶ não tem sido aplicado de forma completa, pois apenas valoriza uma dimensão para cada um dos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – propostos pelos autores. Leavell & Clark preconizavam dois níveis para a prevenção primária e dois níveis para a prevenção secundária. Para os idosos, o ideal seria avançar este conceito e trabalhar nos três níveis preventivos, com dois graus distintos de intervenção.²² Iniciemos pela atualização da terminologia. Por exemplo, para um primeiro nível da prevenção secundária, utilizar “diagnóstico e tratamento precoce”, dirigido a idosos com capacidade funcional preservada, que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados.

Em um grau de maior complexidade, como aqueles já fragilizados e em estágio mais avançado, o cuidado deve estar centrado na presença do médico geriatra e de profissionais de saúde com capacidade resolutiva no cuidado dos idosos fragilizados, com múltiplas síndromes geriátricas e com perda da capacidade funcional, com ações de tratamento e reabilitação. A avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Para um planejamento assistencial efetivo são essenciais o prognóstico e o julgamento clínico adequados para se precisar o diagnóstico. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o 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.

EQUÍVOCOS E MUDANÇAS NECESSÁRIAS

Muitos idosos apresentam múltiplos problemas coexistentes e freqüentemente procuram inúmeros

^a O termo prevenção não é garantia de um programa efetivo. Existem inúmeros programas e ações de promoção de saúde e de prevenção primária ineficientes.

^b Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Ottawa, Canadá. [citado 2009 mar 10]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, não representam necessariamente uma intervenção custo-efetiva, pois dela podem ocorrer iatrogenias importantes. Para evitar o excesso de consultas desnecessárias nos serviços de saúde é preciso, portanto, organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias.

Um dos “gargalos” do modelo assistencial são a insuficiente identificação e a precária captação da clientela, que deveriam seguir o critério da severidade.²⁵ A falta de um sistema estruturado faz com que, em geral, o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado de uma patologia, o que aumenta os custos e reduz as possibilidades de um prognóstico melhor.¹⁷

Outro óbice 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.

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos. Deste modo, deve existir no modelo, para o momento posterior à captação e identificação de risco dos clientes idosos, uma etapa na qual estejam incluídas a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o referenciamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado.¹⁸

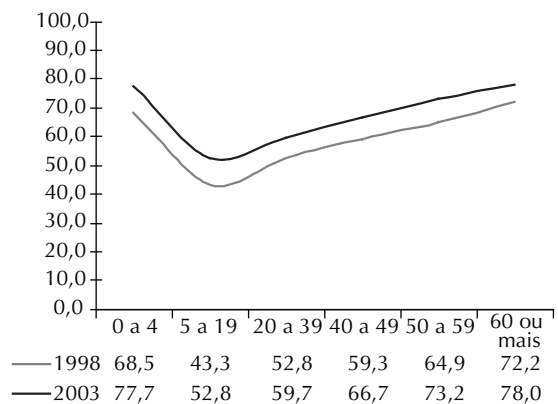
A ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se, portanto, como o grande gargalo e desafio do sistema de saúde.^{15,16,21}

COMENTÁRIOS

Políticas de promoção e prevenção de saúde têm provado efetividade em todo o mundo. Estudos internacionais mais recentes confirmam estas tendências e apontam uma redução na disfuncionalidade entre os idosos.¹⁵

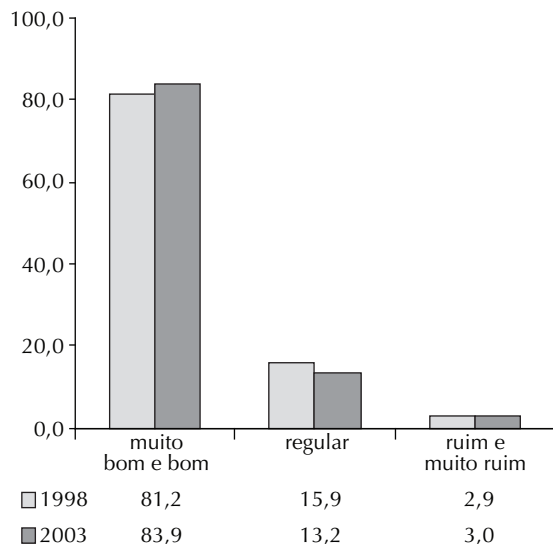
Temos, assim, um cenário de uma população idosa mais saudável, a despeito das consequências que o processo de envelhecimento da população acarreta no que diz respeito ao aumento das doenças crônicas e à maior necessidade de atendimento de saúde da população que envelhece e que vive, cada vez mais, até idades mais avançadas.

Desde 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem, a cada cinco anos, incluindo



Fonte: IBGE/ COREN/ PNAD 1998 e 2003.

Figura 1. Proporção de pessoas que realizaram consultas nos últimos 12 meses, segundo os grupos de idade. Brasil, 1998-2003.



Fonte: IBGE/PNAD 1998 e 2003.

Figura 2. Avaliação da população idosa sobre o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde. Brasil, 1998- 2003.

o Suplemento de Saúde na PNAD. A amostra deste inquérito foi desenhada para ser representativa da população brasileira e se constitui na mais ampla fonte de informação de saúde disponível no País. As amostras referentes aos anos 1998 e 2003 foram compostas, respectivamente, por 28.943 e 35.042 pessoas de 60 anos ou mais.

Os dados da PNAD^a mostram que o número de consultas se amplia (Figura 1) à medida que a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas.

^a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro; 1998.

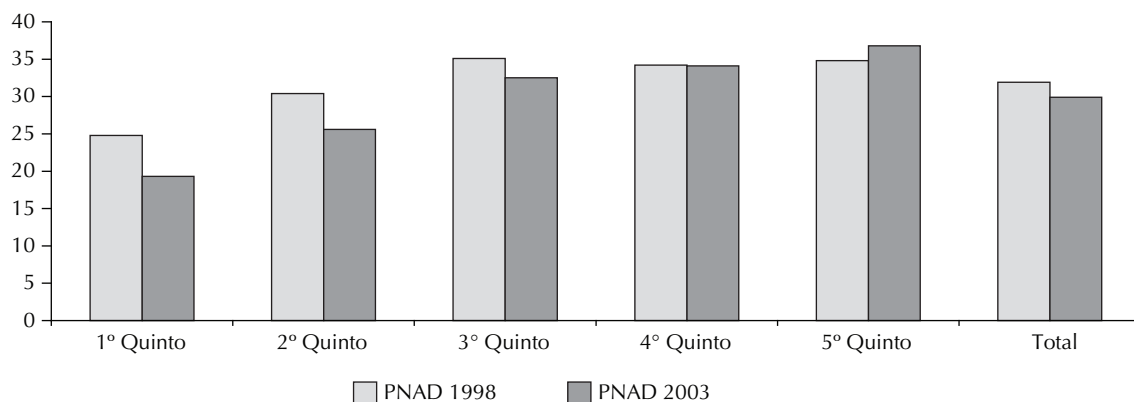


Figura 3. Proporção de pessoas idosas que referiram doença crônica, por renda média familiar, por quintos de renda *per capita*. Brasil, 1998-2003.

Mais consultas levam a maior consumo de medicamentos, mais realização de exames complementares e maior hospitalização. As necessidades em saúde têm um padrão de distribuição segundo a idade em “J”, ou seja, as pessoas no início e particularmente no final da vida apresentam mais problemas de saúde. A grande diferença é que as doenças da faixa jovem são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de alto custo.¹⁸

O levantamento da PNAD sobre a saúde da população idosa no Brasil indica que houve, entre o período de 1998 e 2003, uma melhoria das condições de saúde das pessoas de 60 anos ou mais.¹³ As causas que justificam esta redução são multifatoriais, como a melhoria da tecnologia médica, maior acesso aos serviços de saúde, mudanças comportamentais, aumento do nível educacional e do status socioeconômico dos idosos, consequência dos programas sociais de transferência de renda focados nos mais pobres, como a ampliação do programa Bolsa Família, o benefício de prestação continuada, a aposentadoria rural e o aumento do valor do salário mínimo.^{11,14} O Benefício de Prestação Continuada consiste no pagamento de um salário mínimo por mês aos idosos que comprovarem renda familiar *per capita* de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; recebem um.

As informações da PNAD mostram uma redução drástica na proporção de idosos nos grupos de renda mais baixa, que era de 21,5%, em 1993, entre os idosos com renda familiar de até meio salário mínimo *per capita*, para 12,5% em 2003.¹⁴

As pesquisas da PNAD também desmistificam a idéia de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao avaliar o atendimento recebido, uma expressiva maioria dos idosos aprova o serviço prestado, e apenas 2,9%, no ano de 1998, e 3%, em 2003, acham o seu funcionamento ruim ou muito ruim (Figura 2).

Outra constatação da PNAD pouco difundida refere-se

à semelhante distribuição na proporção de pessoas com doenças crônicas para todos os grupos de renda na população (Figura 3). Dessa forma, pobres e ricos possuem números semelhantes de doenças crônicas. Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica.

Os dados comparativos da PNAD deveriam estimular o setor saúde a desenhar e/ou ampliar os modelos mais contemporâneos, que oferecessem maior resolutividade e de custo mais adequado do que é disponibilizado nos dias atuais.

Sabendo-se que é grande a parcela de pessoas idosas não fragilizadas – portanto, com boas condições de saúde, a maioria em idade mais avançada e com renda, em média, superior ao conjunto da população – poder-se-ia propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional, em programas de prevenção, no investimento de metodologias para a detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas, no sistema do médico personalizado, entre outras medidas, em lugar do modelo de demanda espontânea que tem no hospital a peça central do sistema.

Um exemplo emblemático das práticas no setor privado de saúde pode ser observado no Reino Unido. Os clientes de uma das maiores seguradoras recebem benefícios financeiros para deixar seus carros parados, caminhar e usar o podômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em um supermercado associado à empresa de saúde, e há incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias.

Todos esses fatores positivos podem levar à redução de até cinco vezes no valor da apólice de saúde. Esta experiência inglesa não chegou ao Brasil e não se sabe se teria efeito positivo e aceitação da sociedade. De qualquer forma, a mensagem é de que os planos de

saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos, o setor saúde no Brasil teve dificuldades de aceitar estímulos financeiros objetivando um maior cuidado com a saúde como, aliás, é prática corriqueira entre outros setores privados, como por exemplo entre as empresas seguradoras de carro.

Portanto, a ênfase deve ser conferida à manutenção da capacidade funcional na busca da “compressão da morbidade”, termo cunhado por Fries.^{2,3} Isto significa desenvolver estratégias que visem postergar a morte ao máximo possível, retardando a evolução das doenças, a fim de levar a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da existência da espécie humana, mas com qualidade de vida, com autonomia e independência, ou seja, com capacidade funcional.

REFERÊNCIAS

- Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300005
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med*. 1980;303(3):130-5.
- Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging: implications of the rectangular curve. San Francisco: WH Freeman; 1981.
- Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
- Leavell S, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):700-1.
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):311-8.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Coletiva*. 2000;5(1):7-18. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100002
- Mittelmark MB. The epidemiology of aging. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. New York: McGraw-Hill; 1994. v. 11:135-51.
- Neri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1845-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800011
- Parahyba MI, Veras RP, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):383-91. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300008
- Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2006;11(4):967-74. DOI: 10.1590/S1413-81232006000400018
- Parahyba MICA, Veras RP. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2008;13(4):1257-64. DOI: 10.1590/S1413-81232008000400022
- Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2065-70. DOI: 10.2105/AJPH.2004.048744
- Veras RP. 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 Saude Publica*. 2003;19(3):705-15. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300003
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cien Saude Coletiva*. 2004;9(2):423-32. DOI: 10.1590/S1413-81232004000200018
- Veras RP, Parahyba MICA. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2479-89. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001000022
- Veras RP. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2463-66. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001000020
- Veras RP, Caldas CP, Coelho FD, Sanchez MA. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Rev Bras Geriat Geront*. 2007;10(3):355-70.
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(3):497-502. DOI: 10.1590/S0034-891020080005000024
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cien Saude Coletiva*. 2008;13(4):1119-26.