

Gestão da atenção ao idoso: possibilidades e desafios no campo da Gerontologia

*Older adult care management: opportunities and
challenges in the field of Gerontology*

Henrique Salmazo-Silva
Ângela Maria Machado de Lima

RESUMO: O objetivo deste artigo foi apresentar uma reflexão crítica da literatura a respeito do gerenciamento da atenção ao idoso, discutindo as possibilidades e desafios no campo da Gerontologia Brasileira. O conceito de gestão em Gerontologia propõe que um conjunto de ações pró-ativas associadas à prevenção e à promoção do envelhecimento ativo podem maximizar a independência, a autonomia e o bem-estar do idoso, da família e da comunidade. Para que essas ações sejam implementadas é preciso fortalecer a atenção primária, integrar os sistemas de atenção social e de saúde, otimizar recursos e tecnologias de informação, e formar profissionais que tenham uma visão do envelhecimento como um fenômeno complexo, dinâmico e que solicita respostas sociais a curto, médio e longo prazo.

Palavras-chave: Idoso; Gestão; Gerontologia.

ABSTRACT: *The aim of this article was to present a critical reflection on the literature about elderly care management, discussing the possibilities and challenges for brazilian Gerontology. The management concept in Gerontology proposes that a set of proactive actions associated with the prevention and promotion of active aging can maximize old person independence, autonomy and well-being as well as the old person family and their community. In order to implemented this actions one must strengthen primary health care systems, integrate social and health care, optimize resources and information technologies,*

and train professionals to develop an understanding about aging as a dynamic and complex phenomenon which needs social responses in short, medium and long term.

Keywords: *Elderly; Management; Gerontology.*

Introdução

Alcançar a velhice com satisfação e qualidade de vida tem sido objeto de discussões entre estudiosos e gestores públicos. Cientistas e gerontólogos se empenham em pautar na agenda pública que o envelhecimento populacional demanda mudanças a curto, médio e longo prazo, solicitando a re-estruturação dos setores de seguridade social, educação e saúde (Lima *et al.*, 2008; Silva *et al.*, 2010). A ONU - Organização das Nações Unidas, na Conferência de Madrid do ano 2002, postulou que o envelhecimento é uma conquista social e, sendo assim, deve ser vivenciado com qualidade de vida e bem-estar. Propiciar que isso ocorra em sua plenitude é um dos maiores desafios do século XXI.

Muitos idosos, em especial os que alcançam a quarta idade (75 anos e mais), necessitam de cuidados mais complexos e de longa duração, solicitando o gerenciamento das doenças crônicas, a prevenção de desfechos adversos em saúde, o fortalecimento da rede social e comunitária do idoso. Só nos Estados Unidos foram gastos 462 bilhões de dólares em cuidados médicos para indivíduos com múltiplas doenças crônicas (Boult *et al.*, 2009). Segundo Shea *et al.* (2008), o gerenciamento das doenças crônicas requer o fortalecimento da atenção primária, ações de promoção de saúde e a gestão da atenção aos pacientes com condições complexas, maximizando o uso adequado dos recursos financeiros, humanos e materiais e potencializando o resultado das intervenções.

Na presente discussão, entende-se por cuidados de longa duração uma variedade de serviços médicos, sociais e de atenção pessoal com o objetivo de auxiliar os indivíduos a viver de forma mais independente possível, maximizando os seus níveis de funcionamento físico, social e psicológico (Ferrini & Ferrini, 2008, p. 455).

A gestão da atenção em Gerontologia, por sua vez, é proposta como um conjunto de ações pró-ativas voltadas para a promoção da saúde física e mental, prevenção da fragilização e dos desfechos adversos em saúde, propiciando a maximização da independência,

manutenção da autonomia e do bem-estar do idoso, da família e da comunidade.

Esses elementos que se ancoram por princípios de humanização, integralidade, ética, otimização e alocação de recursos e valorização do potencial de todos os atores envolvidos (profissionais, lideranças comunitárias, gestores públicos, idosos, família e comunidade).

Cabe ressaltar que a gestão da atenção em Gerontologia, nesse contexto, se diferencia do que se entende por gestão de casos (gestão de risco, comumente usada pela enfermagem) e por gerenciamento de casos (referindo-se aos recursos, embasados pelas práticas dos assistentes sociais, prática consolidada pelos *case managers*). Caracteriza-se como uma proposta mais ampla de pensar a organização da atenção ao idoso, considerando a interface entre as intervenções orientadas ao indivíduo, às famílias e às instituições.

Partindo do referencial de Garcia (2001), a reflexão ancora-se em três dimensões: a macrogestão, referindo-se a formulação de políticas e programas, com enfoque populacional; a mesogestão, relacionada às atividades de condução de uma organização, com orientação nos processos de gestão de recursos humanos, materiais e institucionais; e a microgestão, reunindo a coordenação dos processos e do fluxo de atendimento direcionados ao público-alvo: idoso, família e alvo das intervenções. Juntas, essas dimensões se propõem a oferecer ferramentas de gestão dos diferentes objetos de intervenção da Gerontologia: idoso; velhice; e o processo de envelhecimento.

Para ser operacionalizado, o conceito de Gestão em Gerontologia inclui processos de planejamento, monitoramento, implantação e avaliação dos resultados, interligados por uma visão generalista do idoso, dos serviços e das necessidades da população idosa (Duarte & Falcão, 2005; Falcão & Lopes, 2010).

Um dos potenciais da gestão da atenção é a integração das ações e o fortalecimento dos serviços sociais e de saúde, minimizando a fragmentação das necessidades, os resultados pouco efetivos, a desarticulação das ações, as barreiras de comunicação entre idosos, família e profissionais, e o acesso dificultado aos serviços (Costa & Ciosak, 2010).

Nessa perspectiva, o idoso é colocado no centro da atenção do seu plano de cuidado, sendo convidado a participar de forma ativa das ações que serão realizadas. A família, a comunidade e os serviços são atores fundamentais, fornecendo os pilares para uma atenção complexa, qualificada e dinâmica. Os serviços e as políticas, por sua vez, são os espaços

privilegiados em que a gestão pode alcançar maior ressonância, integrando desde ações destinadas a promoção do envelhecimento ativo até iniciativas voltadas para a prevenção da fragilização na velhice.

Tendo como base o exposto, o objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão crítica da literatura a respeito da Gestão da atenção ao idoso, discutindo as possibilidades e desafios no campo da Gerontologia Brasileira. Para tanto, utilizou-se estudos de intervenção, revisão, e relatos de experiência que documentaram propostas de atenção para idosos com diferentes necessidades sociais e de saúde. As questões motivadoras desse estudo foram:

- a) Como implantar iniciativas bem-sucedidas e efetivamente viáveis para idosos com diferentes necessidades sociais e de saúde? Em que medida isso é possível tendo como referência a escassez de recursos humanos e materiais presentes na realidade brasileira? Quais os desafios que se colocam para a efetivação das ações?
- b) Em quais cenários a proposta de gestão da atenção ao idoso poderia trazer respostas para maximização da saúde e bem-estar do idoso e família?

Parte das reflexões apresentadas solicitam um repensar sobre as práticas e intervenções no campo da Gerontologia, exigindo dos profissionais, estudiosos e pesquisadores a integração de diferentes saberes e a interlocução de práticas profissionais. Espera-se que este artigo contribua para os programas de atenção ao idoso.

Iniciativas bem-sucedidas e efetivamente viáveis para a gestão da atenção ao idoso no Brasil

Conforme Mendes (2010), o Brasil possui uma situação de saúde baseada em uma carga tripla de doenças, manifestada na co-existência das doenças infecciosas; parasitárias e de saúde reprodutiva; e relacionada a causas externas e doenças crônicas, representando juntas 75% da carga de doenças no país. Evidencia-se, no entanto, que a resposta social do atual sistema de saúde baseia-se na lógica das doenças agudas e das agudizações advindas das doenças crônicas, gerando uma atenção desfragmentada e que empreende a maior parte dos recursos na atenção terciária.

Face a esse panorama, Mendes (2010) propõe que a implantação de redes de atenção em saúde pode ser uma alternativa viável para agenciar mudanças na organização e gerenciamento do sistema de saúde. A autora define as redes de atenção de saúde como “*organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente*” (p. 2.300). Objetivam oferecer atenção integral sob a coordenação da atenção primária de saúde, na qual todos os planos de atenção possuem responsabilidades iguais e articulam-se para oferecer o ciclo completo da atenção, incluindo promoção da saúde, prevenção, e ações curativas, reabilitadoras e paliativas.

As redes constituem-se, assim, de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção em saúde. A população é a razão pela qual os serviços devem se organizar. Abrange a avaliação das condições de vida e de saúde das famílias e comunidades atendidas, a territorialização, o cadastramento, e a segmentação dos grupos baseada em condições de risco e de saúde complexas. A estrutura operacional, por sua vez, é composta por cinco elementos: 1. a atenção primária de saúde (centro de comunicação); 2. a atenção secundária e terciária, com diferentes densidades tecnológicas; 3. os sistemas de apoio, que prestam serviços aos pontos da rede no que se refere ao diagnóstico e apoio terapêutico; 4. os sistemas logísticos, consistindo em soluções tecnológicas da informação para construir trocas, fluxos, sistemas de apoio e bons sistemas de informação em saúde; e 5. o sistema de governança da rede de atenção à saúde, sendo esse o gerenciamento de todos os componentes de atenção, estabelecendo objetivos, metas, monitorização e avaliação dos gerentes e serviços. Já os modelos de atenção em saúde organizam o funcionamento das estruturas mencionadas, baseando-se nas condições sociais e de saúde de populações situadas em um determinado tempo e espaço.

Indicadores apresentados por Mendes (2010) sugerem que a orientação do sistema na atenção primária viabiliza menores custos e maior eficiência e efetividade. Para que isso ocorra em sua plenitude, a atenção básica deve ter a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde da população, coordenar os fluxos e os contra-fluxos de informações e da rede, e acolher as necessidades da população. Essas propostas alinham-se ao pressuposto de que os recursos devem ser empregados com qualidade para que se possam alcançar os resultados desejados.

Ao contextualizar a organização dos serviços em rede por meio da experiência norte-

americana e britânica, Kuschnir e Chrony (2010) discutem que nas duas localidades a efetivação dessa proposta ainda é um desafio. Em especial para o sistema norte-americano, a falta de regionalização, o acesso desigual aos serviços e a ênfase nos recursos individuais inviabilizam ações integrativas. No país a assistência aos idosos é oferecida por meio do sistema Medicare, concentrando suas ações no gerenciamento de casos e no gerenciamento das doenças crônicas. Embora a influência da indústria farmacêutica seja evidente, as propostas de gerenciamento das doenças crônicas têm se ampliado e produzido diferentes resultados quanto ao impacto na saúde dos idosos.

Santos *et al.* (2010), ao analisarem o tipo de organização e estruturação de redes de serviços de saúde dirigidos aos idosos nas cidades de São Paulo (Brasil) e Barcelona (Espanha), observaram que a cidade de São Paulo parece se aproximar mais da realidade contemporânea, uma vez que, apesar das dificuldades, tem em suas ações atividades clínicas e também as de promoção da saúde, de prevenção de agravos, e atenção domiciliar; enquanto Barcelona possui na atenção primária em saúde ações clínicas, em detrimento daquelas ligadas a um olhar mais coletivo.

Diante desses resultados, os autores chamam a atenção para a otimização dos serviços disponíveis e para a devida qualificação desses para o suprimento das necessidades dos idosos. São Paulo, por possuir um milhão de habitantes idosos e por experimentar o envelhecimento de forma mais recente do que Barcelona, precisa ampliar as suas ações e fortalecer a rede de atenção à pessoa idosa.

A aplicação de tecnologias de geoprocessamento das condições de vida e saúde dos idosos tem sido bem-sucedida para a gestão de programas assistenciais para a população idosa. Pavarini *et al.* (2008) constataram que o geoprocessamento propicia o conhecimento das características da população, o incentivo para a atualização contínua dos dados (espaciais e de atributos) e sua imediata integração a uma plataforma operacional, informando ao gestor de saúde quais as áreas e indivíduos merecem maior atenção em face aos indicadores de interesse.

Em revisão de estudos publicados na base MEDLINE, Boulton *et al.* (2009) observaram a existência de 15 modelos de atenção para o gerenciamento das condições crônicas de saúde, dos quais nove eram compostos por equipes interdisciplinares. Esses programas foram compostos por 1) atenção interdisciplinar primária; 2) programas auxiliares à atenção primária, incluindo gerenciamento de caso, o gerenciamento das doenças, visitas domiciliares,

avaliação geriátrica e gerenciamento; cuidado farmacêutico, autogerenciamento das doenças crônicas, reabilitação pró-ativa e suporte ao cuidador; 3) programa de cuidados de transição do hospital para o domicílio e vice-versa; 4) programas voltados para pacientes agudos tratados no domicílio, como hospital no domicílio e enfermaria no domicílio; 5) instituições de longa permanência; 6) cuidados hospitalares, incluindo a prevenção e o gerenciamento do delirium, estado confusional agudo agenciado por drogas e enfermidades, e o cuidado hospitalar amplo, incluindo uma equipe interdisciplinar e sob a supervisão do profissional clínico geriatra.

Em face às diferentes necessidades da população idosa, Boulton *et al.* (2009) propõem que esses programas devem ser cada vez mais incentivados, em especial os associados à atenção primária, postergando o período em que os idosos necessitarão de cuidados hospitalares e institucionais. No contexto da população idosa brasileira, os investimentos na atenção primária e na promoção da saúde parecem ser os mais viáveis, propiciando a compressão da morbidade e manutenção da independência e da autonomia da pessoa idosa e das pessoas que envelhecem.

Cenários e desafios para a Gestão em Gerontologia

Em diferentes cenários, a tentativa de compreender o idoso e o envelhecimento em sua complexidade e abrangência pode ser efetiva. O tipo de resposta que a gestão da atenção vai produzir está interligado às condições sociais e de saúde dos idosos e famílias atendidas, solicitando, por sua vez, uma variedade de intervenções em diferentes níveis de complexidades biopsicossociais. No plano do envelhecimento acompanhado por limitações funcionais e dependência, programas como centro-dia e acompanhantes de idosos no domicílio podem ser efetivos para manter, restaurar e otimizar a independência.

Qualls e Benight (2007) propõem que intervenções psicoeducativas podem auxiliar no gerenciamento das doenças crônicas e de seus efeitos adversos, compondo intervenções que podem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e em diferentes cenários de atuação. Segundo os autores, seria a meta dessas intervenções aumentar o conhecimento dos idosos sobre as doenças, estimulando o autocuidado; incentivar mudanças gradativas nos hábitos de vida e nas habilidades psicossociais para o manejo dos sintomas; otimizar os

processos de comunicação entre idoso, família e profissionais, exercitando a troca de informações.

Os desafios que se colocam para a efetivação de ações baseadas no modelo de gestão em Gerontologia incluem: 1) o estabelecimento de uma linguagem comum entre os profissionais que atuam com os idosos, de modo que possam propor ações integradas e alinhadas às necessidades biopsicossociais do envelhecimento; 2) a mudança do modelo de saúde baseado nas doenças agudas para um modelo de saúde que considere o cuidado de longa duração e com metas a médio e longo prazo, com fortalecimento da atenção primária de saúde; 3) a integração dos sistemas de atenção social e de saúde, de modo que as ações aconteçam articuladas em rede; 4) a aplicação de tecnologias de atenção baseadas no georeferenciamento, na avaliação ampla das necessidades da população idosa e na quantificação do impacto das intervenções medicamentosas e psicossociais para a saúde física e mental dos idosos, maximizando o potencial de desenvolvimento associado a velhice; 5) a valorização do idoso como protagonista de seu processo de saúde e doença, propiciando com que formas singulares de gerir, agir e atuar na sociedade possam trazer respostas para diferentes setores da vida (Alkema & Alley, 2006; Canineu *et al.* 2009; Lodovici & Mercadante, 2010).

Nesse contexto, profissionais, como o bacharel em Gerontologia, ganham lugar de destaque nas iniciativas de gestão e coordenação da atenção ao idoso. No Brasil, o curso de bacharelado em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/ USP) foi a primeira iniciativa acadêmica no âmbito da graduação e teve início no ano de 2005. Criado no contexto das políticas de expansão de vagas do ensino público do Estado de São Paulo, o curso de Gerontologia se inseriu no âmbito dos dez cursos oferecidos pela EACH, unidade inaugurada em 2005, que objetivou ampliar o acesso da população da zona leste da cidade de São Paulo à USP (Lima, 2009).

O bacharelado em Gerontologia também é oferecido em outra universidade pública no Estado de São Paulo: a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), iniciado em 2008. Como iniciativas recentes, o objetivo dos cursos de graduação em Gerontologia é formar um profissional generalista, com uma visão interdisciplinar e integrada, capaz de compreender o envelhecimento humano e seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais, pautando-se em preceitos éticos e científicos.

Esse profissional é formado para compreender, criar, gerir, desenvolver e avaliar

formas de apoio ao idoso e seus cuidadores familiares e profissionais, em contextos multiprofissionais e interdisciplinares na perspectiva da gestão da atenção. O mesmo atua na gestão organizacional, na proposição de programas e na gestão de casos em instituições que prestam serviços à população idosa.

Caracteriza-se como um profissional propositor, que parte do referencial que o idoso traz e do resultado dos processos de negociação que envolvem os diferentes atores envolvidos na gestão da atenção. Sua atuação baseia-se na intersubjetividade que existe entre o idoso, a família e os profissionais. É habilitado a transitar entre as diferentes áreas da Gestão da atenção em Gerontologia e entre os diferentes saberes que envolvem o envelhecimento humano. Pauta-se no pressuposto de que os processos de negociação da atenção ao idoso geram um potencial de intervenção, mediado pelas relações estabelecidas entre os atores e que podem resultar em diferentes resultados.

Considerações finais

O conceito de gestão em Gerontologia, aqui apresentado, propõe que um conjunto de ações pró-ativas associadas à prevenção e à promoção do envelhecimento ativo podem maximizar a independência, a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar do idoso, família e comunidade. Esse conceito se diferencia da gestão de caso e da gestão de risco já consagrados na enfermagem e no serviço social por sua característica dinâmica, intersubjetiva e que considera três níveis de atenção no envelhecimento: macrogestão, mesogestão e microgestão.

Para que essas ações enumeradas acima sejam implementadas, é preciso fortalecer a atenção primária, promover programas que consideram diferentes necessidades sociais e de saúde, integrar as ações de atenção social e de saúde, otimizar recursos e tecnologias de informação, investir na avaliação global das necessidades da população idosa, planejando programas que ofereçam respostas sociais qualificadas; e formar profissionais que tenham uma visão do envelhecimento como um fenômeno complexo, dinâmico e que solicita respostas sociais a curto, médio e longo prazo.

Referências

- Alkema, G.E. & Alley, D.E. (2006). Gerontology's Future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574-582.
- Alkema, G.E., Reyes, J.Y. & Wilber, K. H. (2006). Characteristics Associated With Home- and Community- Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. *The Gerontologist*, 46(2), 173-182.
- Berzins, M.A.V.S. & Paschoal, S.M.P. (2009). Programa "Acompanhante de Idosos". *Boletim do Instituto de Saúde*, 47, 53-54.
- Boult, C., Green, A.F., Boult, L.B., Pacala, J.T., Snyder, C. & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. *Journal of the American Geriatric Society*, 57, 2328-2337.
- Canineu, P.R., Bizar, P.R.B.C. & Canineu, R.F. (2009). Gestão multiprofissional em Gerontologia: do tratamento farmacológico às intervenções psicossociais. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 81-92. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 novembro, 2012, da URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4415/2987>
- Costa, M.F.B.N.A. & Ciosak, S.I. (2010). Atenção integral na saúde do idoso do Programa da Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 437-444.
- Duarte, Y.A.O & Lebrão, M.L. (2005). O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência gerontológica. *Mundo saúde*, 29(4), 566-574.
- Falcão, D.V.S. & Lopes, A.A. (2010). Formação e a atuação profissional em Gerontologia no Brasil: Atenção à velhice e ao envelhecimento no século XXI. In: Falcão, D.V.S. (Org.). *A família e o idoso: Desafios da contemporaneidade*, 233-254. Campinas (SP): Papyrus.
- Estrella, K., Oliveira, C.E.E., Sant'Anna, A.A. & Caldas, C.P. (2009). Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 507-512.
- Franciulli, S.E., Ricci, N.A., Lemos, N.D., Cordeiro, R.C. & Gazzola, J.M. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 373-380.
- Ferrini, A.F. & Ferrini, R.L. (2008). *Health in the later years*. (Fourth edition). Boston (EUA): The MacGraw-Hill Companies, Inc.
- Garcia, G.G. (2001). Las reformas de salud y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud*, 9(6), 406-412.

Kuschnir, R. & Chorny, A.H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2307-2316.

Lima, A.M.M., Silva, H.S. & Galhardoni, R. (2008) Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e suas novas fronteiras. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 12(27), 795-807.

Lima, A.M.M. (2009). Graduação em Gerontologia: da inovação pedagógica à formação da identidade do profissional gerontólogo. *Revista Kairós Gerontologia, Caderno Temático 4*, 19-31. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 novembro, 2012, de: URL <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2525/1609>.

Lodovici, F.M.M. & Mercadante, E.F. (2010). Quando falar é fazer: a performance do idoso na gestão do envelhecimento. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), 12-32. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 novembro, 2012, de: URL <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4856/3436>.

Mendes, E.V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.

Pavarini, S.C.I., Mendiondo, E.M., Montañó, M., Almeida, D.M.F., Mendiondo, M.S.Z., Barham, E.J. & Pedrazzani, E.S. (2008). Sistema de informações geográficas para a gestão de programas municipais de cuidado a idosos. *Texto Contexto Enferm*, 17(1), 17-25.

Qualls, S.H. & Benight, C.C. (2007). The role of clinical health geropsychology in the health care of older adults. In: Aldwin, C.M., Park, C.L. & Spiro III, A. *Handbook of the health psychology and aging*, 367-389. (Cap. 18). New York (NY): The Guilford Press.

Santos, A., Karsh, U.M. & Montañés, C.M. (2010). A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Serv. Soc. Soc.*, 102, 365-386.

Shea, K., Shih, A. & Davis, K. (2008). *Health care opinion leaders' views on health care delivery system reform. Commonwealth Fund Commission on a High Performance System Data Brief*. New York (NY): The Commonwealth Fund.

Silva, H.S., Lima, A.M.M. & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 14(35), 867-877.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

Henrique Salmazo da Silva - Gerontólogo. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Doutorando em Neurociências e Cognição pela UFABC.

E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Ângela Maria Machado de Lima - Médica sanitarista. Docente do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

E-mail: sertao@usp.br

Endereço para correspondência:

USP – Escola de Artes, Ciências e Humanidades (Profa. Angela M. M. de Lima)

Av. Arlino Bettio, 1000. Ermelino Matarazzo, São Paulo (SP).