

EDITORIAL

O Envelhecimento é, hoje, questão central em toda discussão para formulação de políticas. Questão de época, sim, fenômeno histórico, certamente, com implicações e repercussões sócio-culturais profundas e abrangentes.

Uma questão dessa natureza, qualquer que seja o seu teor, exige de cada um de nós, cidadãos, busca de informação e reflexão crítica, condutores seguros para tomada de posição. O que? Como? Onde? Quando? Por que? Invadem-nos indagações, num campo de perplexidade, dúvidas e espanto!

Velhice hoje. Prospecção futura.

É agora o momento da interpelação inadiável, propiciador de mergulho na nossa própria subjetividade para formular o pensar e o agir, objetivados na prática de nossas consistentes e belas teorias. Corpo múltiplo, definidor de uma práxis, necessariamente legitimada pela nossa ação muito bem fundamentada, é claro, mas aberta, sempre aberta à imprevisibilidade.

Trata-se, aqui, de uma postura pessoal no âmbito da inserção institucional - de toda ordem, a começar pela própria casa e a família.

O compromisso é conseqüente à tomada de consciência, fatores conjugados para o ato de decidir. A decisão é política, processo e produto humanos, impensáveis fora do campo ético.

Envelhecer é preciso porque viver é inexorável, tanto quanto morrer. Navegar sim, por mares conhecidos e/ou não, corajosamente, sem as armas facilitadoras do poder imediato regido por sub-reptícias formas de dominação. Corajosamente, sim, para saber e poder dizer NÃO à demagogia e à distorção de políticas de atenção aos idosos, encurtadoras dos árduos caminhos da criação. Até porque, do outro lado da margem de quaisquer águas, pode estar o lugar da realização dos nossos sonhos. Esta sim, a construção verdadeira da nossa utopia.



EXPEDIENTE

BOLETIM CIENTÍFICO E INFORMATIVO
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE
GERIATRIA E GERONTOLOGIA
SEÇÃO RIO DE JANEIRO

Rua Imperatriz Leopoldina, 8 sala 1208 -
Centro - CEP 20060-030 - Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (021) 259-8099
Fax: (021) 610-3567

CGC 29548054/0001-78
Órgão filiado à AMB
Título de Utilidade Pública:
Registrada em 25/10/68 Livro 1718
Cartório de Registro Civil de Pessoas
Jurídicas Castro Menezes
Av. Presidente Roosevelt, 126 sala 205 -
Rio de Janeiro
Registrada no Conselho Nacional de
Serviços Sociais/MEC
Nº 27687-62 em 02/03/62

Tiragem: 3.000 exemplares
Distribuição: Sócios da SBGG-RJ,
Diretoria da SBGG, Diretoria das Seções
Regionais da SBGG, Bibliotecas
Universitárias, Bibliotecas Públicas e
Instituições Geriátricas e Gerontológicas.
Agradecimentos: ENSP/FIOCRUZ,
UERJ, UFF, UFRJ, INFOgraph - Serviços
de Informática.
Editoração Eletrônica: INFOgraph -
Serviços de Informática - (021) 208-7497
Edição Trimestral:
março - junho - setembro - dezembro
Impressão
Gráfica La Salle

Após divulgarmos, no último BOLETIM SBGG-RJ os dois trabalhos premiados como Temas Livres na III Jornada, trazemos a contribuição da Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha e do Dr. Saulo Bucksman que, por certo, vêm enriquecer nossas idéias, estudos e práticas na área do envelhecimento.

OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA COM NEOPLASIA

A qualidade do tratamento do câncer depende essencialmente da qualidade do diagnóstico. Por sua vez, a qualidade do diagnóstico do câncer varia com o grau de capacitação médica, inclusive para a indicação criteriosa de exames complementares de validade reconhecida e que sejam disponíveis e acessíveis.

O tempo em que se dá o diagnóstico do câncer, ou seja, se em fase inicial ou avançada, é fator decisivo da indicação terapêutica e do prognóstico e, além da capacitação médica e do interesse e empenho do médico no diagnóstico, sofre interferência do grau de informação e de negação e do meio do diagnóstico e do tratamento, verificados tanto em médicos como nas pessoas leigas.

Obviamente, a localização anatômica, o tempo de duplicação, o comportamento biológico e o modo de disseminação do tumor primário se constituem também em fatores determinantes do estágio da doença à época do diagnóstico.

Relativamente à *qualidade do tratamento*, devem-se considerar três aspectos básicos: tumorais, individuais e assistenciais.

Os aspectos tumorais incluem o tipo citológico ou histológico, o grau de diferenciação, a extensão (estadiamento) e a sensibilidade aos medicamentos citostáticos e às irradiações.

A condição física, psicológica e sócio-econômica e a capacidade funcional do velho com câncer sempre devem ser consideradas para que se programe e aplique adequadamente o seu tratamento.

Já aos aspectos assistenciais importam a política administrativa, a disponibilidade e utilização adequada de recursos e a constituição da equipe assistencial.

Para uma assistência de boa qualidade ao velho com câncer, a equipe assistencial deve contar com profissionais pelo menos das áreas da Geriatria, Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica, Radioterapia e Reabilitação, todos atualizados, competentes, interessados e harmônicos nas suas funções. Deve-se observar que a diversidade de uma

equipe multiprofissional deve concorrer para uma assistência integral e uniformidade de ações, cuja liderança dependerá do momento em que se encontra o tratamento do velho, porém nunca deixando de ser o geriatra um ponto de encontro e de liderança.

As características do tratamento especializado dizem respeito principalmente à sua finalidade (cura, adjuvância, controle temporário ou palição), duração e complicações. A otimização do tratamento dependerá, assim, da sua indicação criteriosa e da prevenção e tratamento das complicações agudas e sub-agudas. O geriatra deve conhecê-las e saber preveni-las e tratá-las, recordando-se que as complicações tardias (esterilidade, carcinogênese e teratogênese) não são relevantes para pessoa idosa. Lembra-se que a prescrição de enfermagem é também de suma importância para o sucesso terapêutico.

Além do controle (prevenção e terapêutica) das complicações dos tratamentos especializados, o geriatra pode responsabilizar-se pelo chamado *suporte terapêutico oncológico*, em suas diversas modalidades: ambulatório, consultório, domicílio, internação e orientações à distância, sendo que a assistência aos familiares deve ser igualmente prestada. Dor, anorexia, dispnéia, emagrecimento, alterações dos hábitos fisiológicos, descuido com a higiene corporal, derrame pleural e ascite, anemia e morte iminente são os problemas que mais comumente se apresentam.

Em resumo, a otimização do tratamento da pessoa idosa com neoplasia depende da qualidade do diagnóstico, do tratamento oncológico, do tratamento geriátrico, do tratamento de suporte, da composição e capacitação da equipe multiprofissional e da modalidade assistencial (individual ou institucional).

Obviamente, três pilares devem suportar o tratamento: a valorização do velho, a competência e interesse da equipe assistencial e um bom planejamento terapêutico.

Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica

Instituto Nacional do Câncer / Pro Onco

PÓS-OPERATÓRIO NO PACIENTE IDOSO

Há não muito tempo atrás, o paciente idoso era visto de forma preconceituosa, sendo freqüentemente discriminado quanto à indicação de vários procedimentos cirúrgicos.

Acerca de três décadas, porém, o número de cirurgias em idosos aumentou muito e, simultaneamente, houve redução da taxa de complicações.

O que parece determinar o risco pós-operatório não é a idade cronológica, mas

sim a condição clínica do paciente, sendo de grande utilidade a Classificação de Status Físico da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA-PS).

São de fundamental importância os cuidados peri-operatórios. A situação cardiovascular precisa ser investigada, em especial a doença arterial coronariana, que deve ser tratada previamente à cirurgia. Atualmente, uma importante opção é a monitorização hemodinâmica no pré, per e pós-operatório, possibilitando a aferição objetiva do status circulatório, e permitindo o tratamento precoce de problemas relacionados à volemia, função ventricular esquerda etc.

A prevenção de complicações respiratórias, como pneumonia e atelectasia, deve ser feita com interrupção prévia do fumo, redução do tempo cirúrgico e mobilização precoce.

O suporte nutricional, essencial no idoso que, com freqüência, se apresenta mal nutrido, ganha nova dimensão com o uso de sondas enterais e dietas industrializadas. A suplementação proteico-calórica com tais dietas diminui a morbidade, a mortalidade, e o tempo de internação.

Atualmente, faz parte obrigatória do arsenal terapêutico pós-operatório o uso de heparina, convencional ou de baixo peso molecular, por via sub-cutânea, para profilaxia da trombose venosa profunda e embolia pulmonar, responsável por até 1/3 dos óbitos pós-operatórios em pacientes idosos.

Crítérios bem estabelecidos para evitar excessos de hemotransfusão, bem como condutas padronizadas na desorientação pós-operatória, cateterismo vesical e controle da dor, são essenciais para uma evolução tranqüila e segura.

A profilaxia antibiótica deve seguir, além do bom senso, normas de orientação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, com o objetivo de evitar abusos que levem a aumentos desnecessários de custo ou indução de resistência bacteriana.

Não devemos temer a cirurgia no paciente idoso: com cuidados adequados teremos resultados comparáveis com os das populações mais jovens.

Saulo Bucksman

Médico Clínico do HTO

Comissão Editorial Coordenação Ligia Py

Benigno Sobral
Elisabete Viana de Freitas
Josbel Pereira
Laura Machado
Mario Sayeg
Norberto Boechat
Silvia Pereira

CONVITE

Em ritmo de evento nacional, vêm de Goiás notícias da **IX JORNADA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, momento expressivo de decisões para a trajetória da SBGG.

A julgar pela procura, a **JORNADA**, que se realizará na Pousada do Rio Quente, em Goiás, no período de 27 a 30 de outubro, será um sucesso.

A programação deverá incluir:

Mesa Redonda:

- “Envelhecimento bem-sucedido”
- “Doença de Alzheimer”
- “Distúrbios cognitivos do idoso”
- “O idoso no trânsito”
- “Distúrbios pressóricos no paciente idoso”
- “Doença de Parkinson”
- “Dislipidemias no paciente idoso”
- “Tratamento rejuvenescedor sob a óptica da ética”
- “Atividade física para o idoso”
- “Osteoporose”
- “Envelhecimento populacional brasileiro”
- “Enfermagem geriátrica”
- “Turismo social e terceira idade”

“Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em reabilitação”

“Direitos fundamentais do cidadão idoso”

“Reciclagem profissional e possibilidades de trabalho”

Simpósios:

“Afecções do aparelho digestivo no paciente idoso”

“Lesões de pele e mucosas no paciente idoso”

“Situações críticas em Medicina Geriátrica”

“Aspectos atuais das infecções nos idosos”

“Abordagem cardiovascular do idoso”

“Uso de medicamentos em Geriatria”

“Pneumonias no idoso”

Conferências:

“Aspectos políticos e sociais da prática médica do idoso”

“Uso do hormônio do crescimento e da melatonina em Geriatria”

“Facts and faces of Global Ageing”

“Administração de entidades asilares”

“Mídia e Envelhecimento”

Painéis:

“Qualidade de Vida”

“Ética e Relacionamento Profissional”

Forum:

“Abusos, Negligências e Maus-tratos”

Atividade da ABRAZ:

“Manuseio Interdisciplinar do paciente portador de Doença de Alzheimer”

Oficinas:

“Experiências de Educação Gerontológica, Aprendizagem e Autocuidado”

“Flexibilidade Mental”

Forum dos Municípios

Forum das Instituições de Ensino Superior

Forum das Instituições Gerontológicas

Forum das Associação de Idosos Encontro de Idosos

Prova de Títulos

Título de Especialista em Geriatria e Gerontologia

As provas serão realizadas nos dias 27 e 28 de outubro de 1996

Título de Especialista em Gerontologia Social

As provas serão realizadas nos dias 28 e 29 de outubro de 1996.

Atenção !!!

Já está circulando o nº 1 da revista oficial da SBGG-RJ: **ARQUIVOS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**.

Aguardamos as suas críticas, os seus trabalhos para publicações e a sua adesão na divulgação, que inclui sugestões para o envio promocional e/ou de permuta de nossa revista a órgãos pertinentes. Lembre-se da importância de se fortalecer o quadro de assinantes. Comunique-se com a ECN - Editora Científica Nacional pelo telefone (021) 221-3235 para informações e correspondências.





FORUNS EM ATIVIDADE

Vai acontecer, na Pousada do Rio Quente, por ocasião da IX Jornada Brasileira, mais um encontro nos três Foruns nascidos na SBGG-RJ, de cuja característica nacional se pode esperar expansão com dinamismo profícuo. Registramos, aqui, as intenções de cada Coordenação para os trabalhos em Goiás.

V Forum Nacional de Instituições de Ensino de Nível Superior

A convite da Comissão Organizadora da IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, será realizado, em Goiás, o V Forum Nacional de Instituições de Ensino de Nível Superior.

O evento será realizado nos dias 28/10/96 e 29/10/96 no período de 8h às 12h. e para o encontro foram convidadas tais instituições em nível nacional.

PROGRAMA

Data: 28/10/96

Manhã

Formação de Recursos Humanos

8:30h • CURRÍCULO: objetivos, estrutura, propostas para nível superior e nível básico
9h • EXTENSÃO: objetivos, cursos e atividades de curto e médio prazo para nível médio e superior, ação domiciliar.

9:30h • ESTÁGIO E VOLUNTARIADO: objetivos, pré-requisitos, duração e diferenças.

10h • INTERVALO

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

10:30h • em CURRÍCULO

10:45h • em EXTENSÃO

11h • em ESTÁGIO

11:15h • em VOLUNTARIADO

11:30h • DEBATE

12h • ALMOÇO

Data: 29/10/1996

Manhã

Da Universidade para a Comunidade

8:30h • SERVIÇOS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA NAS IES.

9h • UNIVERSIDADE DA 3ª IDADE: reintegração social e cultural do idoso, inserção no ensino, na pesquisa e na extensão.

9:30h • PESQUISA: objetivos, metodologia, utilização de resultados.

10h • INTERVALO

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

10:30h • GRUPOS OPERATIVOS: MODELOS DE CURRÍCULOS MODELOS DE SERVIÇOS NAS IES AÇÕES EXTENSIONISTAS

10:30h às 12h • LEITURA DOS RELATÓRIOS E DISCUSSÃO

Vilma Duarte Camara

Coordenadora do Forum Nacional de Instituições de Ensino de Nível Superior

FORUM NACIONAL DOS MUNICÍPIOS

É com grande alegria que informamos que mais uma vez o Forum Nacional dos Municípios se reunirá, durante um evento da SBGG. Desta vez, durante a IX Jornada Brasileira em Pousada do Rio Quente - GO, no período de 27 a 30 de outubro de 1996.

O Programa do V Forum foi estabelecido a partir da solicitação dos participantes do IV Forum, em maio/96, durante a Jornada da SBGG-RJ, que reivindicaram mais espaço para a questão do financiamento.

Os resultados do X Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em setembro/96, bem como a Norma Operacional Básica NOB/96 tornam oportuno e pertinente o aprofundamento deste tema, neste último trimestre do ano, ajudando a elaborar adequadamente os projetos para a população idosa relativamente ao ano de 1997.

Informamos também que toma posse a nova estrutura coordenativa do Forum, nesse evento.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer à SBGG-RJ o apoio recebido durante estes 03 anos de trabalho na Coordenação do Forum dos Municípios.

Agradecemos também aos companheiros que sempre incentivaram e participaram conosco na organização e continuidade deste Forum.

Finalmente damos as boas vindas à nova Coordenação, que já vem trabalhando para o engrandecimento deste espaço desde a sua criação. Eu, particularmente, quero dizer que, embora geograficamente distante, continuo afetivamente ligada e a disposição deste grupo valoroso que representa a SBGG-RJ.

Neidil Espinola Costa

Coordenadora do Forum Nacional dos Municípios

PROGRAMA

Dia 28 de outubro de 1996

09 às 09:30 • Abertura
09:39h às 10:30h • HISTÓRICO DOS FORUNS

Apresentação

Neidil Costa - Coordenadora do Fórum
Mabel Cala de Rodriguez - Coordenadora Regional

Mário - Sayeg - Coordenador Executivo

10:30h às 10:45 • Intervalo

10:45h às 13:00 • PALESTRA E DEBATE
Palestrante Gilson Cantarino O'Dwyer
Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Tema: FONTES DE FINANCIAMENTO PARA UM PROGRAMA DE ATENÇÃO AO IDOSO EM NÍVEL MUNICIPAL

Moderador: Neidil Espinola da Costa

Dia 29 de outubro de 1996

10:00 às 13:00h • RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Moderadora: Regina Angela Mesquita
Gerente do Programa de Atenção à Saúde do Idoso de Vitória - ES

Assistência Integral ao Idoso em Serviço Universitário

Ariana Kassiadou Menezes - UFF-RJ / Presidente da SBGG-RJ

Tempo de exposição: 20 minutos

Debate: 10 minutos

Atenção ao Idoso nas Obras Sociais Irmã Dulce

Marília Sampaio

Coordenadora do Programa de Geriatria e Gerontologia das Obras Sociais Irmã Dulce-Salvador - Ba.

Tempo de exposição: 20 minutos

Debate: 10 minutos

Inserção Social do Idoso

Maria Luciana C.B. Leite

Assistente Social do Programa do Atendimento Integral à Saúde do Idoso do Hospital do Guará-Brasília - DF

Tempo de exposição: 20 minutos

Debate: 10 minutos

Nova Estrutura Coordenativa do Forum Brasileiro dos Municípios:

Coordenadora: Regina Angela Mesquita - ES

Vice coordenador: Saulo Rachid - RJ

Coordenador Executivo: Mário Sayeg - RJ

Coordenadores Macrorregionais:

Centro Oeste: Mabel Cala de Rodriguez

Norte:

Nordeste: Margarida C. de Barros - PE

Sul: Rosângela Dacorregio - SC

Sudeste: Eliane Leis do Espírito Santos

V FORUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES GERONTOLÓGICAS

A SBGG vem acompanhando o nível de qualidade da assistência prestada pelas instituições geriátricas através do Forum das Instituições Gerontológicas (IGs), onde são discutidos os padrões mínimos necessários à manutenção da qualidade de vida dos usuários desses serviços, além de tentar parcerias com entidades que possam exigir o cumprimento desses padrões.

O Forum entende que instituições que se propõem a oferecer serviços à população idosa, o façam com responsabilidade, dentro de princípios técnicos e de dignidade ao ser humano. Para isso, a Comissão de Instituições Gerontológicas, recentemente proposta por ocasião do IV Forum Nacional das IGs, delimitou como seu objetivo geral dar apoio técnico às instituições, facilitando a otimização de recursos de forma adequada à necessidade dos usuários.

Portanto, convidamos todos à reflexão sobre a questão da institucionalização de idosos, lembrando que estaremos reunidos, mais uma vez, em 28 de outubro de 1996, em Caldas Novas - GO, por ocasião da IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, para discutir as estratégias de criação de parcerias com outros segmentos que possam operacionalizar e observar o cumprimento dos parâmetros técnicos propostos nos Foruns anteriores. Acreditamos que, se os diversos segmentos sociais estiverem unidos no cumprimento de seu dever, estaremos não só aproveitando uma boa oportunidade de exercermos nossa cidadania, como também evitando fatos que tanto a comprometem.

Eliane Brandão Vieira

Coordenadora do Forum Nacional das Instituições Gerontológicas



Se você é sócio e não tem recebido nossa correspondência, atualize seu cadastro.

AGENDA

Outubro

Jornada de Infecções Respiratórias
18 de outubro
Petrópolis
Informações: (0242) 420894

Outubro

I Jornada de Ambiente de Trabalho na Organização: estratégias de intervenção
Setor de Psicologia Aplicada da SMS-RJ
Local: SESC Tijuca
Informações: (021) 503-2121

Outubro

IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Pousada do Rio Quente - Goiás
27 a 30 de outubro
Informações e inscrições: Double M Congressos e Eventos - Telefax: (062) 281-7748

Novembro

Jornada do CGABEG
8 de novembro
Informações: (021) 462-2333

Novembro

Terceira Idade e Cidadania
Evento idealizado por Herbert de Souza e promovido pelo IBASE, com diversas parcerias, incluindo-se a SBGG-RJ
30 de novembro
14 às 18h
Local: Casa de Rui Barbosa
R. São Clemente, 134 - Rio de Janeiro
Informações: (021) 553-0676
551-7446

Dezembro

IV Encontro de Envelhecimento e III Simpósio Interdisciplinar de Demência
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
05 e 06 de dezembro de 1996
Local: Hospital Universitário Antônio

Pedro - Auditório Argemiro de Oliveira
Horário: 08 às 18h.
Informações: (021) 610-3567

Dezembro

Eliminating Poverty in Old Age
Valetta, Malta
Patrocínio: Internacional Institute on Ageing
12 a 14 de dezembro
Informações: INIA '99-3', Dr. James Calleja, Internacional Institute on Ageing, 117
St. Paulo St., Valetta VLT 07, Malta.
Tel: 356/243044/5/6. Fax: 356/230248

1997 - Agosto

XVI Congresso Internacional de Gerontologia
Adelaide, Australia
19 a 24 de agosto
Informações: Centro de Estudos sobre Envelhecimento
Bedford Park, Adelaide SA
5042, Australia. Tel: 61/8 201 7552;
Fax: 61 8 201 7551.
E-mail: gandrews@flinders.edu.au

1999 - Fevereiro

Congresso Pan Americano de Gerontologia
Santo Antonio, Texas
"Envelhecimento nas Américas: Fronteiras da Pesquisa, Política e Cuidado"
14 a 18 de fevereiro

Cursos Avançados da SBGG-RJ

12 e 13 de novembro
Tererópolis / Faculdade de Medicina - Pós-Graduação
Informações: (021) 610-3567
642-3152

23 de novembro
Paracambi - Rotary Club
Informações: (021) 610-3567
683-2178
683-2651

Transparências e slides coloridos para suas aulas?

INFOgraph - ☎ (021) 208-7497

ATUALIZANDO

O Prof. José Francisco Drummond Reis, aceitando nosso convite para participar da III Jornada e do BOLETIM SBGG-RJ, responde, provocadoramente, com uma instigação à nossa reflexão, oportunidade de excelência para estarmos ATUALIZANDO nosso TEMPO DE COMPROMISSO.

TEMPO DE COMPROMISSO

NO PASSADO

Entre os povos primitivos, ciência e espiritualidade se confundiam. O curandeiro (médico) era geralmente o sacerdote da tribo, atividade essa sempre exercida por pessoas idosas e do sexo masculino, na sua maioria. Na Idade Média, por exemplo, a participação feminina, em atividades de natureza espiritual ou considerada sobrenatural só era admitida naquelas exercidas sob a influência do espírito do mal. As mulheres queimadas vivas em fogueiras, acusadas de feitiçaria, foi em número incomparavelmente maior do que os dos homens.

A velhice, no passado, era envolta por uma aura de mistério. Aqueles que conseguiam chegar lá eram poucos. Isso dava ao velho muito prestígio, acreditava-se que eles tinham um certo poder sobrenatural. Afinal, deixaram para trás todos aqueles (a maioria) que não conseguiram sobreviver às catástrofes, doenças, epidemias e à própria velhice. Daí a figura do Pai Eterno, sempre representado por um velho com longas barbas ... uma velha, nem pensar. Imagine! E as barbas? Fica difícil imaginar a figura de Deus feminina.

Hoje é diferente, a velhice está inflacionada, deixa de ser admirada. Invés de representar sapiência e dignidade passa a ser um peso para a sociedade e chega a ser responsabilizada pela falência dos sistemas de previdência social. Na sociedade capitalista quem não produz não tem valor. Dinamismo e juventude é o que conta. Sentindo isso, o mercado aproveita, explora a vaidade e vende ilusão embalada no rótulo de 3ª idade.

No passado, o ancião (nunca a anciã) representava conhecimento e sabedoria. A fonte do conhecimento estava na tradição e no testemunho. Hoje, a fonte desse conhecimento são os meios de comunicação social, a informática, mais acessíveis. Os velhos, em grande parte por falta de estímulo, têm dificuldade de acompanhar esse vertiginoso progresso.

Se, por um lado, o progresso prolonga a vida das pessoas, responsável pelo aumento da média de vida dos povos, por outro, trata com uma certa indiferença aqueles que não são capazes de acompanhá-lo.

ESPIRITUALIDADE E CIÊNCIA ENCARNADAS

Sob o império do sistema capitalista, tanto a ciência como a espiritualidade são freqüentemente cooptadas para prestar serviço ao mercado. A ciência, quando deixa de lado a sua missão de estar a serviço do bem-estar da sociedade para se colocar ao lado dos grandes interesses comerciais para produzir lucro (pesquisa médica) e a espiritualidade, quando se torna desencarnada, descomprometida com os problemas sociais, freqüentemente, fatalista e dualista.

Neste contexto, onde o supérfluo e o essencial se confundem, não é de se admirar que uma marca ou etiqueta passe a ser mais valorizada que a própria qualidade do produto ou que uma reza ou uma vela possa substituir a luta pela justiça.

Os meios de comunicação de massa desempenham um papel estratégico na manutenção deste quadro, acobertando os aspectos negativos desse sistema, dentre os quais se destacam a destruição da natureza, o desrespeito à cultura das populações atingidas e, o que é pior, a difusão da crença que a felicidade das pessoas depende do sucesso material - do deus mercado.

Essa sociedade consumista trabalha e se diverte, com certa indiferença, ao lado de outra muito mais numerosa, dela dependente e por ela marginalizada que, em razão das condições sub-humanas em que se encontra, não chega a ter consciência dos seus direitos e nem da própria dignidade. Neste país, essa outra sociedade, que chega a representar mais da metade da população, não está imune a esse tipo de influência, sendo forçada, contudo, a restringir os seus devaneios consumistas, na maioria das vezes, a um mero rádio de pilha transistorizado.

Essa situação tem levado o Brasil a ser apontado como um dos países onde os direitos humanos têm sido mais violados, com freqüência, com a conivência das autoridades (denúncia da Anistia Internacional) e onde se encontra uma das maiores, se não a maior, concentrações de renda do mundo (dados do Banco Mundial). Uma vergonha!

Tanto a ciência como a espiritualidade têm compromisso com uma nova sociedade. Recolocá-la (... se é que algum dia, já esteve) no seu caminho é o desafio. Porque só assim elas estarão cumprindo o seu papel e nós o nosso. Porém, o risco de se cair numa espiritualidade descomprometida, fatalista ou dualista ou numa ciência mercantilista está aí.

Que atitude devemos tomar diante dessas ameaças?

Certo dia um homem, já avançado em idade, procurou um ermitão, considerado sábio e santo em sua cidade e perguntou: "Mestre, me sinto cansado e velho, gostaria de

saber se posso descansar e dar por cumprida a minha missão aqui na Terra?"

"Você está vivo? Perguntou o sábio."

"Sim, mestre, o senhor sabe, eu estou vivo."

"Então, não terminou."

Na nossa missão, um dos perigos a evitar é o corporativismo. Quando lutamos pela própria classe, pela própria categoria, pelos direitos dos aposentados, por exemplo, por sinal, muito louvável, há o perigo de relegarmos outras questões, também importantes, como se não nos dissessem respeito, largando à própria sorte os pobres e marginalizados, como tem ocorrido com os Sem-Terra, na luta pela Reforma Agrária, neste país. Esse perigo ronda os sindicatos, associações de classe e os partidos políticos.

VISÕES MODERNAS DE MUNDO

A física relativista trouxe uma nova visão dos fenômenos naturais. Um mesmo fenômeno pode apresentar resultados diferentes, dependendo do observador, derrubando conceitos tradicionais de Newton e Descartes. Logo o homem passou a ter um papel muito mais importante no resultado das experiências.

Bem, esses novos conceitos, onde matéria e energia se confundem, leva-nos a indagar quantos universos existem? Segundo essa nova visão, é ilimitado, quer dizer, um número incontável. Incrível! Um universo pessoal, de cada um, mesmo dos que já morreram e dos que estão para nascer. O meu universo é aquele que é captado pelos meus sentidos, decodificado no meu cérebro, onde matéria se transforma em pensamento. Cada um, portanto, tem seu universo próprio que interage com o dos demais. Essa interação gera milhões de combinações.

O nosso universo particular não é virtual, é um universo vivo, real. A maneira como que eu vejo uma flor ou sinto uma poesia é diferente de como os demais vêem e sentem, porque seus universos são o resultado de percepções diferentes, uma combinação de uma infinidade de fatores que lhes são próprios, como educação, herança genética, personalidade etc., próprios de cada um. Vivemos, assim, em "diferentes mesmos mundos". Por isso quando me aproximo de uma pessoa e tento compreendê-la e procuro ver como ela vê as coisas, estou enriquecendo o meu mundo e ampliando o meu horizonte, somando ao meu o horizonte dela.

Esse processo não tem fim. Cabe enriquecê-lo com o que de melhor temos. E isso só vai se dar plenamente quando a divisão do tempo, a que fomos condicionados, deixar de ser um paradigma para avaliar a dignidade presente em cada ser humano, seja ele mulher, jovem ou ancião.

José Francisco Drummond Reis
Arquiteto
Prof. Ética Profissional da PUC-Rio

DESTAQUE

Vacinação Antitetânica para Idosos

Relação entre o Aumento da Incidência e Letalidade de Tétano em maiores de 50 anos na cidade do Rio de Janeiro
Período de 1990 - 1994

O levantamento dos casos de tétano, por notificação compulsória, realizado pela Coordenação de Programas de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde - RJ (SMS-RJ), chama a atenção da equipe do Programa de Saúde do Idoso dessa mesma Secretaria, devido a elevada incidência da doença nos idosos e a mais alta taxa de letalidade.

Este ano, na comemoração do Dia do Idoso, aliam-se essas duas instâncias da SMS-RJ na campanha de vacinação antitetânica para adultos.

A Dra. Silvia Pereira pensou e realizou um trabalho integrado de informação e ação, abrangendo idosos e jovens: na UFRJ, no Projeto de Valorização do Envelhecer; na Escola Estadual Antônio Prado Júnior, em festividade para os avós dos jovens alunos e na praia do Arpoador, conclamando a população geral para a prevenção e os cuidados com a saúde. Este trabalho incluiu palestras informativas e disponibilidade para elucidação das dúvidas, captado pela mídia que contribuiu para atrair jovens, adultos e idosos aos postos de vacinação.

A SBGG-RJ apresenta aos seus leitores o levantamento realizado pela SMS-RJ, na expectativa da resposta positiva ao impacto gerado pelos dados aqui veiculados.

O crescimento absoluto e relativo da população idosa (pessoas com mais de 60 anos), aponta para a necessidade de serem realizados estudos de agravos específicos a este grupo etário.

A análise de 121 casos de tétano, notificados, investigados e confirmados, na cidade do Rio de Janeiro no período de 06 anos, de 1990 a 1995, aponta para maior susceptibilidade entre os idosos.

Em 1995, ocorreram 6 óbitos por tétano, sendo todos em pacientes

acima de 50 anos.

Outros estudos relativos ao estado imunológico dessa população, devem ser estimulados, bem com a vacinação antitetânica de rotina deve ser ativamente incentivada nesta faixa etária.

INCIDÊNCIA

A taxa de incidência na população, no período, foi de 0,4 por 100 mil habitantes, enquanto nos maiores de 50 anos a incidência foi de 1,0 por 100 mil habitantes, 2,5 vezes maior que o encontrado na população em geral.

Nos maiores de 65 anos, no ano de 1994, a taxa de incidência chega a ser 5 vezes maior que no total da população.

PORTA DE ENTRADA

Localização e Tipo de Ferimento

A porta de entrada mais freqüente foi localizada no pé, com um percentual de 30,3%, a segunda localização mais freqüente foi a perna com 18,2%.

Chama a atenção o registro de úlcera de perna como porta de entrada. Em 35 casos investigados em maiores de 60 anos, 02 casos, 6%, tiveram como porta de entrada Úlcera de Perna.

O tipo de ferimento mais freqüente foi ferida corto-contusa, seguida de punctória.

ESTADO VACINAL

Excluídos os 6 casos de tétano neonatal, dos 100 casos no período, 35 casos ocorreram entre os maiores de 60 anos e destes, 30 casos, 85%, não referiam história de vacinação prévia ou nas fichas de investigação não houve preenchimento dos campos referentes ao estado vacinal.

Do total de casos analisados (100), 88% das fichas não continham preenchimento dos campos relativos ao estado vacinal.

DISCUSSÃO

Os casos em maiores de 60 anos representam 33% do total, enquanto o percentual de idosos nesta faixa é menor que 10%.

A distribuição dos casos por sexo e faixa etária na população em geral

mostra que 2/3 dos casos ocorrem no sexo masculino. Esta proporção se mantém entre os maiores de 60 anos onde 1/3 dos casos são do sexo feminino.

A distribuição dos casos por profissão mostra que o aposentado e as domésticas e/ou do lar são as duas profissões mais freqüentes.

Estes dados corroboram a maior susceptibilidade à doença entre os idosos.

LETALIDADE

A letalidade encontrada no período foi de 36,8%.

Para a população maior que 60 anos a letalidade foi de 54,2%, isto é, 1,5 maior que a encontrada na população total.

O aumento da letalidade no período está diretamente proporcional ao aumento da idade. Para maiores de 70 anos, foi de 75%, 2 vezes maior que na população em geral.

CONCLUSÃO

A série histórica de 06 anos, analisada no período de 1990 a 1995 mostra que o risco de adoecer e morrer é maior entre os idosos (pessoas com mais de 60 anos). Esta conclusão coincide com os resultados encontrados em estudos semelhantes em outros países.

Estas conclusões apontam para a necessidade de:

- Realizar outros estudos semelhantes em outras cidades do país.
- Realizar outros estudos relativos ao estado imunológico da população idosa.
- Estimular a vacinação contra tétano na faixa etária em questão.

Neidil Costa; Regina Rodrigues; Gina Torres; Silvia Pereira, Meri Baran

Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro



TRATAMENTOS "REVOLUCIONÁRIOS"

O BOLETIM SBGG-RJ orgulha-se de apresentar o talento e a criatividade do Dr. Pedro Antônio de Souza, nosso companheiro de viagem, no barco da Geriatria e Gerontologia. De São José do Calçado, lá vem ele acenando com formas inusitadas de "viver a vida", quem sabe, formas de revirar o solitário para alcançar o compartilhado.

No caminho de uma vida viva

"Mais um companheiro que desce, antes do tempo e antes de mim, deste meu barco de navegador crescentemente solitário"

Tristão de Atayde

"Eu não quero saber se estou velha ou se estou nova. Eu quero é viver a minha vida."

Maria Cachoeiro

Embora e apesar das visões eruditas ou populares, há por traz do que se vê um ser que vê. Ao trabalharmos com o ser, o humano, é fundamental a compreensão do que e como ele e nós vemos ou melhor, nos vemos.

Envelhecer é exercitar a formação permanente de resultantes que estão tanto dentro quanto fora do nosso controle; é ter uma intimidade imensa com as imagens do caleidoscópio da vida sem no entanto poder-se limitá-las apenas ao nosso desejo ou pelo menos, no momento exato em que desejamos.

Envelhecer é estar acima do binômio ser ou não ser como questão, é estar inserido no ser e não ser como solução; por isso Cora Coralina se descobriu aos noventa anos como tendo todas as idades. Assim, entendendo a dimensão maior do envelhecer.

Em São José do Calçado, sul do Espírito Santo, há três anos temos desenvolvido um programa de atenção ao Idoso como uma das prioridades do governo municipal. O Programa Social está a cargo da Secretaria Municipal de Assistência Social e foi iniciado com oito idosos. Hoje, agrega aproximadamente duzentas pessoas

incluindo municípios vizinhos, dando-lhe um perfil microrregional. Temos o Centro de Convivência que desenvolve um baile semanal, a educação física, o centro de produção artesanal, o turismo social e o grupo folclórico. A Escola Aberta vem se implantando progressivamente e desenvolve suas atividades dentro da escola regular. A partir de 97 será implantado o Programa de Preparação para a Aposentadoria. Há aproximadamente dois anos estamos desenvolvendo no Hospital São José o serviço de Geriatria e Gerontologia com uma equipe interdisciplinar, hoje composta de médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

O que temos aprendido ao longo desses anos, é que o isolamento social, mesmo nas cidades pequenas, é o grande causador da seguinte sucessão de eventos: isolamento mal-estar físico-mental procura do serviço de saúde medicalização iatrogenia.

A construção sócio-cultural da velhice em nossa sociedade, diferentemente das outras fases do desenvolvimento, tem sempre um saldo negativo cuja expressão maior é a perda da importância social. O Centro de Convivência facilita o reatamento de laços, a criação de novas alianças e o redimensionamento interpessoal. O uso do baile não pode ser um fim em si mesmo. Deve ser uma estratégia em respeito à identidade cultural do idoso, ao seu imenso potencial de participação social e ser acima de tudo, o local livre e prazeroso para treinamento de sua inserção social e do exercício de sua cidadania. A expressão maior deste processo é a conquista do bem-estar e o aumento da qualidade de vida. Hoje os serviços formais de saúde vem sendo usados para aqueles que apresentam patologias; não mais é necessário recorrer às salas de espera como espaço solidário das suas solidões.

A lição maior é que a ocupação dinâmica do tempo livre do idoso é o grande caminho para a construção de um novo papel social pois faz-se possível redimensionar a

relação trabalho/lazer.

A junção das variáveis, maior experiência de vida vivida e maior tempo livre, dão ao idoso a possibilidade de um importante papel social; cabe-nos, enquanto profissionais da Geriatria e da Gerontologia, colaborar na construção deste papel.

Em São José do Calçado, a cidade simpatia, entre montanhas e flores, encontramos os Idosos com nova leitura sobre o envelhecimento, adicionando à sua vida a dimensão do sonho, a perspectiva de futuro, a compreensão de que viver é buscar sempre. Podem cantar o hino da cidade que diz em seu estribilho:

"Como foi para nós o passado há de ser o futuro também um destino de todo marcado pela paz, pelo amor, pelo bem."

Maria Catarina Pinto

A calçadense Maria Cachoeiro explode num momento de sabedoria, afirmando que o importante é viver a vida.

Quem sabe, seria esse o caminho para enchermos o barco solitário de Tristão de Atayde?

Pedro Antônio de Souza

Médico, Arteterapeuta e Coordenador do Programa Social com Idosos de São José do Calçado, Estado do Espírito Santo.



SEJA SÓCIO DA
SBGG-RJ E ASSINE
A REVISTA
"ARQUIVOS DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA".

MORTE COLETIVA NA INSTITUIÇÃO ASILAR

O TEMA NÃO INCLUÍDO NAS CAMPANHAS ELEITORAIS

Passados menos de 100 dias do escândalo referente às mortes de idosos na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, as autoridades se calam sobre o assunto: Quais os resultados das necrópsias? Como foram equacionadas as questões individuais dos sobreviventes, após sua transferência para hospitais de agudos? Por onde anda o relatório das auditorias feitas nas demais clínicas de longa permanência? Afinal, agora já se sabe qual é o órgão fiscalizador responsável pelo controle de funcionamento de tais espaços? Como foram elaborados e a que se destinaram os laudos técnicos? Como anda o inquérito judicial?

*Perguntas, sem resposta à sociedade.
Perguntas, sem eco nas políticas públicas.
Túmulos, para os Túmulos e para os Vivos.*

Enquanto Estado e Candidatos perseguem cargos e eleições, ora com

barulho, ora com obscuridades, segundo a conveniência, a sociedade civil avança na construção de seus caminhos pela via da consciência e maturidade. A SBGG-RJ não é a primeira, nem a última, a discutir, ao longo do processo de formação de recursos humanos, as questões específicas referentes à institucionalização de longa permanência das pessoas idosas. Neste episódio em particular no entanto, entendeu que o momento era propício à discussão profunda e coletiva na sociedade, baseada não somente nos fatos noticiados em jornais e em relatórios discutíveis das autoridades, como também em revisões do conhecimento técnico científico, já desenvolvidos nesta área. Diversos aspectos foram debatidos em oportunidades propiciadas pelo CRM-RJ e IBASE, entre outros, e, um montante razoável de bibliografia foi colocado à disposição de representantes políticos e outros interessados. Neste mesmo intervalo de tempo foi aprovado pelo Presidente da República a “Política

Nacional do Idoso”, durante Seminário ocorrido em Brasília que contava com presença de autoridades da OMS, OPAS, Geriatria e Gerontologia Internacionais, Geriatria e Gerontologia Nacionais, Autoridades Ministeriais Brasileiras.

Continuamos trabalhando em nossa área específica de ação, galgando pedras, abrindo ou desobstruindo caminhos sempre que possível.

Não esqueçamos do ocorrido.

Não aceitamos conclusões e escusas esfarrapadas.

Apenas estamos conhecendo cada vez mais, quem é quem.

Não temos, nem queremos o poder.

Resta-nos no entanto, a todos, a palavra.

Arianna Kassiadou Menezes
Presidente da SBGG-RJ

REMINISCÊNCIAS

O BOLETIM SBGG-RJ segue apresentando mais um artigo da série REMINISCÊNCIAS, com o Prof. Raul Penido Filho, um dos fundadores de nossa Sociedade, resgatando a história que, assim, se presentifica para nos dar a dimensão crítica da atualidade e nos lançar a projetos futuros, conseqüentes e inovadores.

TEMAS DE GERIATRIA GERAÇÃO DA SBGG

Os corredores, enfermarias, salas de estudo e reunião do Hospital Miguel Couto fervilhavam de atividade neste ano de 1961. Esse Hospital, nessa ocasião, era um verdadeiro celeiro de médicos do mais alto gabarito, a maioria deles pertencente à Universidade.

Aliás, no início de sua geração, a SBGG foi imbuída do verdadeiro espírito universitário, que, felizmente agora, retoma com as novas gerações. Tanto assim que o seu núcleo se constituiu no âmago da própria Universidade que realizou um Curso de Extensão Universitária sob

o patrocínio do Centro de Estudos Regional do Departamento Científico do Diretório Acadêmico da Faculdade Nacional de Medicina, sob a responsabilidade do livre docente Roberto Segadas Viana e do Chefe do Serviço de Clínica Médica do Hospital Miguel Couto, Dor Paulo Uchoa Cavalcante.

Encontrei entre os meus velhos papéis, infelizmente e por minha culpa, já atacados pelo tempo e pelos dentes travessos de minha cachorrinha Sweetie-Pie, um cartaz lindo oferecido, pela Sandoz, anunciando os “Temas de Geriatria”, realizados de maio a julho de 1961.

Esse cartaz, que médicos e acadêmicos colávamos e enviávamos a outros hospitais, representava a gravura do Deus da Longa Vida chinês, sorridente, segurando uma tartaruga.

Esse Curso pode ser considerado o episódio básico da fundação de nossa Sociedade. Nele participavam as mais

notáveis figuras de nossa Medicina, como os professores Mota Maia, Lopes Pontes, Francisco Arduíno, Monteiro Marinho, Nova Monteiro, Wether Leite de Castro, Henrique Rupp e muitos outros, destacados pela excelência profissional, como o meu dileto Bica, genial anátomo-patologista, genial mesmo, que discutia desde o metabolismo celular até as civilizações pré-colombianas ou os trovadores medievais.

Esse cartaz, ovo fecundado da SBGG, terminava dizendo: Os chineses representavam o “Deus da Longa Vida” sob a figura de um velho sorridente, irradiando bem-estar e alegria. Manter essas condições essenciais para que a vida mereça ser vivida longamente,

Eis as razões de ser da Geriatria.

Esse cartaz eu o doei à atual Direção da SBGG-RJ, pois ele é a sua pedra fundamental, o primeiro documento de sua memória.

Raul Penido Filho

Nossa companheira e amiga Dra. Helena Carvalho chega da França, onde pôde observar e registrar práticas em saúde na área gerontogeriatrica. Em visita de estudo, esteve no Hospital Charles Foix, especificamente no Serviço do Prof. Moulias, de onde nos traz essa contribuição, tão ao gosto de todos nós.

Polipatologia da Pessoa Idosa: Consequências da Intervenção Médica

(M. B. Perol)*

A polipatologia é certamente a grande característica do doente idoso. As diferentes patologias associadas são freqüentemente intrincadas entre elas, o que gera toda a dificuldade, mas também todo o interesse da nossa disciplina.

Estas intrincações patológicas estão presentes em todos os níveis de cuidados do paciente, da semiologia à terapêutica, passando pelos exames complementares. A avaliação destes pacientes necessita, então, visualizar todas as interfaces entre as patologias.

Mecanismos de Intrincação das Patologias em Geriatria

(J. P. Bouchon)

A polipatologia modifica a avaliação médica da pessoa idosa. A clínica geriátrica apresenta numerosos pontos específicos: o idoso apresenta uma doença típica em 40 % dos casos somente. Os sintomas são freqüentemente atípicos: síndrome confusional, queda, perda da autonomia. A polipatologia e as intrincações permitiram propor cinco modelos de apresentação clínica do idoso:

- o modelo de "a morbidade cinética", onde as diferentes doenças interagem até que chegue a um desfecho. Um exemplo típico é o velho portador de adenoma prostático obrigado a se levantar à noite para urinar, toma um hipnótico favorecendo à hipotensão ortostática e que sua catarata o dificulta de ver o tapete. A consequência aqui será a queda.
- o modelo de "a má atribuição", na qual a os sintomas são atribuídos a uma doença conhecida, mas são devidas, na realidade, a uma doença desconhecida.
- o modelo de "a cadeia da casualidade"

na qual a doença A leva à doença B e esta é responsável pela doença C, a qual mais tarde poderá ter consequências sobre a doença A. Como exemplo, um doente com hemiplegia que desenvolve uma escara talonar seguida de uma osteíte calcânea.

- o modelo de "o episódio revelador" na qual uma doença até então compensada e silenciosa é bruscamente revelada por um evento. É, por exemplo a presença de uma fibrilação auricular desmascarando uma insuficiência ventricular esquerda manifestada por um edema agudo de pulmão.
- o modelo de "o evento camuflador" no qual existe uma patologia mascarando o desenvolvimento do diagnóstico. Por exemplo um paciente portador de bloqueio aurículo-ventricular que esconde uma taquicardia de um hipertireoidismo.

O modelo 1 + 2 + 3 de J.-P. Bouchon

O número 1 representa o órgão senil, o número 2 representa a doença do órgão que é uma doença crônica e o número 3 representa a doença aguda que é a causa precipitante. A conjunção de 1 e/ou 2 e/ou 3 leva à falência. Todas as situações patológicas do velho podem ser hierarquizadas desta maneira. Por exemplo, uma desidratação (=3) sobrepondo ao rim do idoso (=1) portador de uma pielonefrite crônica (=2) levando a uma insuficiência renal aguda (= falência). É indispensável ver o idoso doente na sua globalidade a fim de avaliá-lo adequadamente.

Urgência Geriátrica e Polipatologia (R. Gontier)

A avaliação dos pacientes que necessitam de uma estratégia diagnóstica e terapêutica urgente é difícil. E é mais difícil ainda nos casos de portadores de polipatologia. Na verdade, o acúmulo de patologias leva a uma real dificuldade de distinguir os elementos "urgentes" da situação clínica.

A equipe do serviço de gerontologia clínica do Saint-Etienne analisou retrospectivamente um período de três anos, cinco situações de urgência geriátrica freqüente: a SÍNDROME confusional (125 casos), isquemia crítica dos membros inferiores (90 casos),

insuficiência cardíaca aguda (35 casos), anemia aguda (11 casos) e a septicemia (9 casos). Após um segmento de três meses, 73 pacientes faleceram. A pesquisa dos fatores de riscos de falecimento permitiu pôr em evidência alguns elementos primordiais:

- o prognóstico da uma urgência geriátrica está condicionada essencialmente ao grau de autonomia funcional do paciente no mês antecedente do episódio agudo, tanto sob o plano físico como o plano das funções cognitivas
- a idade por si só não interfere a curto prazo no prognóstico
- na vigência de doença aguda, a polipatologia associada interfere mais sobre o prognóstico a curto prazo do que a existência de afecções crônicas invalidantes tais como a doença ateromatosa cerebral ou coronariana, insuficiência renal crônica, diabetes ou ainda a desnutrição

O prognóstico destas doenças parecem assim mais ligada ao estado de dependência anterior que ao número de patologias associadas.

O conhecimento do estado funcional anterior e a pesquisa de uma descompensação simultânea de diversas funções deveriam permitir o desenvolvimento de uma avaliação destes doentes.

Intrincações Patológicas na Longa Permanência

A equipe gerontológica do centro hospitalar de Mulhouse estudou de maneira prospectiva 80 pacientes hospitalizados no setor de longa permanência, a fim de determinar a prevalência das intrincações patológicas entre os idosos. Eles enumeraram 43 pacientes (cerca de 53,75 %) para os quais as patologias são consideradas como interdependentes.

As intrincações físicas e psicológicas foram muito freqüentes já que só nove pacientes apresentaram somente um dos dois comprometimentos.

Alguns cruzamentos de intrincações patológicas puderam ser postos em evidência: as afecções sensoriais, os estados grabatários, o estado nutricional, as infecções, a desidratação, a terapêutica e os fatores sociais e psicológicos. Essas diferentes situações constituem os nós em torno dos quais se enxertam freqüentemente as intrincações patológicas.

A dificuldade do exercício da medicina na longa permanência é de se saber reconhecer e apreciar estas

intrincações patológicas, saber tratá-las e certamente de tentar preveni-las.

Intrincações Patológicas no Curso de Episódios de Agudização (A.M. Ponche)

A equipe de gerontologia do Hospital Emile Roux, em Limeil Brevanne estudou de maneira prospectiva 238 episódios de agudização que acometeram 464 pacientes hospitalizados no setor de reeducação (169), de média permanência (199) e de longa permanência (196). Entre 238 episódios, 105 foram episódios de patologia intrincada, que acometeram mais aos homens que às mulheres. Eles foram sobretudo na média permanência. Elas foram complicações do decúbito 44 vezes, infecção pulmonar complicando um edema agudo pulmonar em 31% dos casos e um episódio agudo ligado à patologia crônica preexistente em 30 % dos casos.

Estes episódios se diferenciaram dos episódios "simples" por sua duração notadamente superior (20 dias versus menos de 10 dias) e sobretudo por seu péssimo prognóstico (37 % faleceram no grupo de "patologia intrincada" contra 11 % de falecimento no grupo de "episódio simples").

Outra característica que pode ser evidenciada foi a evolução para o

estado basal do paciente. Os pacientes hospitalizados no setor de reeducação ou de média permanência, se não morreram, tiveram uma evolução em geral favorável, com retorno ao estado anterior. Ao contrário, os pacientes hospitalizados no setor de longa permanência tiveram uma evolução bem menos favorável com uma piora do seu estado basal em 33 % dos casos e sobretudo o aparecimento de um estado de dependência física (95 % dos casos).

Conseqüências sobre a Decisão Terapêutica (M. Berthel)

A polipatologia é a primeira causa de polimedicação, daí conhecermos os riscos dos efeitos indesejáveis.

Uma Verdadeira Experiência Gerontológica É Necessária antes da Decisão Terapêutica

Parece indispensável de se interrogar sobre diversos pontos antes de se deslançar uma escalada terapêutica perigosa:

- Existe uma ligação entre as patologias?
- Existe uma interferência com os tratamentos?
- Existe uma interferência entre a patologia e o tratamento?

Por outro lado, deve-se saber

relacionar um sintoma a uma patologia e não tratá-lo, deve-se igualmente saber avaliar o aspecto cinético.

Hierarquização das Terapêuticas

Num segundo tempo, deve-se hierarquizar esta terapêutica e poderemos assim classificá-la em quatro categorias: vital, importante, útil, e acessória, em função dela mesma e das patologia às quais ela corresponde. Em seguida, logo que a situação da patologia varie, deve-se saber retornar à causa do tratamento, aumentando a sua utilidade.

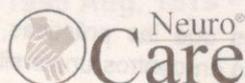
Todo esse raciocínio vem após ter-se determinado um objetivo de cuidados tendo em conta o estado do paciente, mas também de seus desejos expressos.

* Serviço do Prof. Moulias, Hospital Charles Foix, Ivry, França. (XVI Jornada Francesa de Gerontologia, Paris, 13 e 14 de outubro de 1995) Gerontologie Pratique 7 (71): 3-5, 1995.

Helena Barros Campos de Carvalho

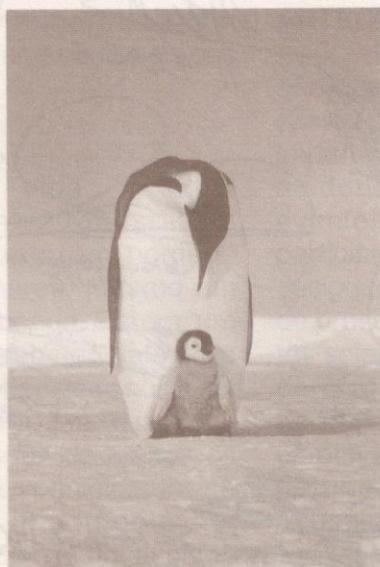
Ex-Coordenadora do Programa de Atenção à Pessoa Idosa
Policlínica Américo Piquet Carneiro
Rio de Janeiro

ALZHEIMER PARKINSON



Profissionais especializados à sua disposição oito horas por dia

Agora mais um benefício!



A qualidade de vida depende de cuidados especiais

NeuroCare

Linha Direta

0800-15-1036

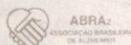
Cod.: 42.809

Oxigen, Tacrinal e Deprilan

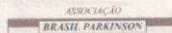
com **30% de desconto**

e entrega a domicílio em tdo o Brasil

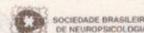
Entidades conveniadas



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER



ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA



Oxigen

TqSpinal

DEPRILAN



O BOLETIM DA SBGG-RJ, cumprindo o compromisso de responsabilidade científica, divulga nota oficial do COMLAT, de maio de 1996, Cidade de Havana, Cuba.



FOUNDED 1950
LATIN AMERICAN REGION

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY (I.A.G.) LATIN AMERICAN REGIONAL COMMITTEE COMLAT

NOGOYA 5051 (1417) - BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL.: (54-1) 566-0369 - FAX: (54-1) 566-0369, 544-9400 Y 801-8238

Comité Latinoamericano

Presidente
Dr. E. CHALITA
Argentina

Secretario Gral.
DR. M.A. ACANFORA
Argentina

Biología
DR. P.P. MARIN L.
Chile

Psicología
Dr. N. SAYEG C.
Brasil

Geriatría
Dr. F. MORALES M.
Costa Rica

Ciencias Sociales
Dr. A. SOSA A.
Uruguay

Asistencia
DR. C. PRIETO
Cuba

I.A.G.

Presidente:
Dr. E. BEREGY
Hungria

Secretario Gral.
Dr. I. GERGELY
Hungria

Tesorero
Dr. T. FULOP
Dr. S. IMRE

Presidente Electo
Dr. G. ANDREWS
Australia

Presidente Anterior
Dr. S. BRAVO W.
México

Ciudad de La Habana, 9 de Mayo de 1996

Los representantes de Sociedades de Geriatria y el cuerpo directivo del Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología, que firman al pie, resuelven expedirse formalmente contra y condenando los tratamientos denominados "rejuvenecedores" (Terapias de Rejuvenecimiento), que son administrados por clinicas y difundidos por los distintos medios de comunicación para el público en general.

Entendemos que las prácticas, al día de la fecha, deben continuar siendo investigadas en centros universitarios de reconocida excelencia académica; por ende no deben ser utilizados en la práctica médica hasta que sus efectos sean comprobados científicamente.

Handwritten: A SOSA A. MUÑOZ VEJUNA

Handwritten: E. de Marcial
Dr. Enrique de Marcial
Paraguay

Handwritten: DR. EDUARDO PENNY
PERU

Handwritten: DR. NORTON SAYEG
BRASIL

Handwritten: DR. MIGUEL ANGEL ACANFORA
DR. FLAVIO ALVIZIO XAVIER CAUSADO

Handwritten: Dr. Jacin E. Magze, Bosti
Member Council
Venezuela.

Handwritten: COLOMBIA.

Handwritten: CHILE

Handwritten: CUBA

Handwritten: JOAQUIN GONZALEZ ARAON
MEXICO

Handwritten: JOAQUE E. CURTCHET RASUS
ARGENTINA

Handwritten: Dr. Ernesto F. Chalita

NOTÍCIA

O Boletim SBGG-RJ, a partir deste número, inaugura esta seção com o objetivo de trazer abstracts de assuntos atuais e de interesse geral, buscando contribuir para a atualização e para a prática profissional.

Título do Artigo :

Sexualidade e envelhecimento : usual e bem sucedido.

Fonte:

J Gerontol A Biol Sci Med Sci
1996 May; 51(3): M 142-6

Autor (s):

Wiley D; Bortz WM 2nd

ANTECEDENTES

O aumento das pesquisas sobre o envelhecimento reflete o esforço de se dissociar as verdadeiras modificações decorrentes do tempo daquelas que possam ser melhoradas, sendo que a sexualidade no idoso permanece grandemente inexplorada. Vários problemas são evidentes. Há falta de dados normativos. Ausência de uma base conceitual relacionando a biologia, a psicologia e a sociologia ao sexo e uma atitude resistência que obscurece todo o assunto.

MÉTODOS

Nós conduzimos 3 séries educativas sobre os mais importantes tópicos envolvidos com a sexualidade e o envelhecimento. Nosso grupo (n = 158, média de idade 68 anos para homens e 65 anos para mulheres) foi supervisionada antes e depois das séries.

RESULTADOS

Uma vida sexual admiravelmente robusta foi evidenciada tanto em homens como em mulheres, mesmo em idade mais avançada. Porém, um envolvimento substancialmente reduzido foi referido dez anos mais cedo. A despeito das atividades atuais, as pessoas de ambos os sexos foram mais participantes no passado. A impotência foi identificada como o maior aspecto negativo para o homem e problemas de relacionamento para as mulheres. Um questionário 6

meses depois das referidas séries mostrou melhor atitude sexual mas não melhorou a atividade sexual em relação à inspeção inicial.

CONCLUSÃO

O maior aspecto da qualidade de vida que persiste na velhice é a sexualidade. O estudo mostrou que a prática sexual habitual relatada pelo nosso grupo não foi considerada ideal por eles. A intervenção da nossa série educacional trouxe uma melhor atitude sexual mas não melhor performance. Estudos adicionais foram encorajados.

Título do Artigo:

Morbidade, mortalidade e efeitos do tratamento antihipertensivo sobre a extensão da aterosclerose nos idosos com hipertensão sistólica isolada.

Fonte:

Stroke, 26 : 8, 1995 Aug, 1319 - 24

Autor (s):

Sutton-Tyrrel K, Alcorn HG, Herzog H, Kelsey SF, Kuller LH

ANTECEDENTES E PROPÓSITO

O Programa de Hipertensão Sistólica Isolada no Idoso (SHEP) demonstrou uma importante redução nas taxas de acidente vascular cerebral e eventos coronarianos entre os participantes randomizadamente designados para o tratamento ativo de pressão arterial. Os participantes selecionados foram avaliados para aterosclerose periférica e acompanhados para eventos cardiovasculares além do fim do estudo SHEP. Os efeitos do tratamento antihipertensivo foram avaliados baseados na presença ou ausência de aterosclerose clínica ou subclínica.

MÉTODOS

Como estudo auxiliar para o SHEP, 190 participantes do Pittsburgh Center foram avaliados para aterosclerose periférica definida como ou estenose de carótida interna (por duplex scan) ou como doença arterial de extremidades de membros inferiores (identificada por pressão sanguínea de tornozelo). Os participantes foram subsequentemente seguidos para eventos coronarianos.

RESULTADOS

As taxas de mortalidade estimadas em 4 anos foi de 4,8% para participantes sem aterosclerose, 16,7 % para aqueles com aterosclerose subclínica e 23% entre aqueles com evidência clínica de aterosclerose (p<.001). As taxas de evento cardiovascular fatal mais não fatal foi de 10,9 %, 29,8 %, e 58,3 % para os três grupos respectivamente (P < .001). As diferenças permanecem significantes depois de ajuste para a idade, sexo, tratamento realizado, fumo e HDL-Colesterol. Os indivíduos que receberam placebo no início do estudo SHEP tiveram mais taxas de eventos cardiovasculares do que os indivíduos que receberam tratamento ativo (P < .011), com a mais notável diferença 3 ou mais anos após o final do estudo SHEP. Quando esta análise foi estratificada, pela presença ou ausência de aterosclerose detectável, o efeito absoluto do tratamento foi maior entre aqueles com doença evidente.

CONCLUSÃO

Indivíduos com hipertensão sistólica isolada e evidência de aterosclerose periférica têm alto risco de eventos cardiovasculares. A terapia antihipertensiva para esse grupo alvo poderia resultar na prevenção de um grande número de eventos cardiovasculares.

Elizabete Viana de Freitas
Secretária Geral - SBGG - RJ

NOTAS DA DIRETORIA

A Diretoria da SBGG-RJ, tendo por meta uma maior participação de seus associados na vida da Sociedade, renova a seção - Notas da Diretoria - que passa a divulgar matérias de interesse geral.

GERIATRIA E GERONTOLOGIA / 97: Um Ano de Decisões



De 27 a 30 de outubro terá lugar, em Caldas Novas - Goiás, a IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Na ocasião, de acordo com pauta já definida anteriormente, será discutido o novo Estatuto da SBGG. Sendo este assunto da mais alta importância convocamos a todos para comparecerem à Assembléia Geral. A SBGG-RJ encaminhou, após exaustiva análise do atual Estatuto, propostas de consenso entre as quais a manutenção do Rio de Janeiro como sede e foro da SBGG e a impossibilitação de reeleição de Diretoria por período consecutivo. Outrossim, lembramos que a Assembléia Geral terá lugar no dia 30 de outubro à tarde devendo, portanto, o hotel estar reservado até o dia 31.



No próximo congresso da Associação Internacional de Gerontologia que ocorrerá em agosto de 1996 na cidade de Adelaide-Austrália, além de todo o aspecto científico previsto para o evento, uma importante decisão será votada: O País de realização do congresso Internacional em 2004. Historicamente é a vez de direito da América Latina, mas existem diversos países no ambiente desta disputa. No último congresso, ocorrido em Cuba em maio passado, Argentina e Brasil se candidataram a representar no continente o "país-sede", tendo a assembléia eleito o Brasil. Assim sendo, em Adelaide o Brasil irá disputar com os demais candidatos, entre eles a Inglaterra,

pela possibilidade de trazer o evento para a nossa região. Esta concorrência envolve obviamente questões administrativas internas, questões financeiras, circunstanciais e políticas. Estamos, neste momento, certamente sob a mira dos observadores internacionais, sendo preciso voltar o olhar para o nosso continente e o nosso país com o intuito de fortalecimento, união e abordagem de estratégias que de fato aumentem nossas chances de enfrentar a disputa com possibilidade atraentes.



A SBGG elegerá seu novo Presidente Nacional e Diretoria no 2º Semestre de 1997, durante a realização do próximo Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia com data e local a serem definidos. Na Jornada Brasileira de Caldas Novas, a realizar-se no próximo mês de Outubro, possivelmente a Assembléia Geral irá definir esta Agenda. Consideramos importante que todos os sócios presentes no evento, participem também desta tomada de decisão, o que certamente fortalecerá os trabalhos para o próximo ano.



Entre novembro de 1997 e janeiro de 1998, se dará também a próxima eleição de diretoria para a SBGG-RJ, visando o triênio 98/2000. Lembramos que só podem se candidatar membros da SBGG-RJ que sejam sócios há pelo menos 1 ano, alguns cargos de diretoria exigem o título de Especialista, e chapas concorrentes deverão se inscrever nos prazos regidos pelo atual estatuto.



A proposta de Agenda de Atividades da SBGG-RJ para 1997 ainda não está definida, mas certamente estaremos dando "força total" para 3 projetos especiais: Os

"Cursos Avançados" nos diversos municípios do Estado que tiverem interesse, o "Boletim Científico e Informativo", cuja tiragem não tem dado conta da demanda, e a Revista "Arquivos de Geriatria e Gerontologia" que certamente representa mais um ganho para a especialidade em nosso país. A nível de Cursos e Eventos, diversos projetos para 97 estão em discussão, devendo ser divulgados a partir de Dezembro no próximo nº do Boletim.

Elizabete Viana de Freitas
Secretária Geral - SBGG-RJ

Arianna Kassiadou Menezes
Presidente - SBGG-RJ



Novos Sócios

É com prazer que registramos, no BOLETIM SBGG-RJ, os nossos sócios recém incluídos. Sejam muito bem-vindos!

Carlos Henrique de Araújo Cosendey

Ernane Moraes Falleiros

Ruth Mendes Cardoso

Irene Maria Alves Machado

Gizelda Ferreira de Carvalho

Glória Maria Assunção Rosa

Tania Maria da Mota Albuquerque

Renato Peixoto Veras

Cleide Maria de Paula Rebouças

Jussara Helena Rocha dos Santos

Notícias do Prelo

O **BOLETIM SBGG-RJ** seleciona para você artigos que, certamente, são relevantes para a prática de atendimento à saúde das pessoas idosas. Aos nossos sócios e interessados na cópia xerox desses trabalhos, solicitamos que se comuniquem com a SBGG-RJ: Telefax: (021) 610-3567

1 - Artigos Científicos

4278 - Waite L M
Neurological Signs, Aging, and the Neurodegenerative Syndromes
Arch Neurol 53, June 1996: 498-502

4274 - Morgan R
Influenza Vaccination in the Elderly
Postgrad Med J 72; 1996: 339-342

4273 - Incalzi RA
Nutritional Assessment: A Primary Component of Multidimensional Geriatric

Assessment in the Acute Care Setting
JAGS 44, 1996: 166-174

4259 - Weinberger M
Does Increased Access to Primary Care reduce Hospital Readmissions?
N Engl J. Med. 30 May 1996 334(22): 1441-1447

4346 - Solomon R
Coping with stress: A physician's guide to mental health in aging.
Geriatrics, July 1996 Si (7): 46-Sj

4340 - Pahor M
Calcium, channel blockade and incidence of cancer in aged populations
Lancet 348, Aug 24, 1996

4338 - Jette AM
A Home-based Exercise Program for Nondisabled Older Adults
JAGS 44:644-649, 1996

4279 - Aarsland Daq
Frequency of Dementia in Parkinson Disease
Arch Neurol, June 1996; 53:538-542

4269 - Rosenblatt DE
Reporting Mistreatment of Older Adults: The Role of Physicians
JAGS 44:65-70, 1996

3649 - Morrow RH
Health Policy Approaches to Measuring and Valuing Human Life. Conceptual and Ethical Issues
Am J Public Health Oct 1995; Vol 85(10): 1356-1360

3644 - Satoh T
Walking exercise and improved neuropsychological functioning in elderly patients with cardiac disease
J Int med 1995; 238: 423-428.

3626 - Lane R
The long term Management of Depression
J Psychopharmacology 9 (2) Suppl 1995: 191-198

GERIATRICS August 1996 Volume 51, Number 8:

"Kidney protection: How to prevent or delay chronic renal failure"

"Osteoarthritis: What to look for, and when to treat it"

"Type II diabetes: treatment approach for de older patient"

2 - Livros

Haykic L
Como e Por que Envelhecemos
Editora Campus, RJ, 1996

Gerson Lopes e Mônica Maia
Sexualidade e Envelhecimento
Editora Saraiva, SP, 1994

Elisabeth Kübler-Ross
Morte: Estágio Final da Evolução
Editora Nova Era, RJ, 1996 (nova edição)

Atualidades em Geriatria 1996
SBGG-RS
Disciplina de Geriatria do Hospital das Clínicas FMUSP
Infecções no Idoso
Apoio Editorial: Bayer Produtos Farmacêuticos, SP, 1994.

Bortz II W M
Viva Mais de 100 Anos
Editora Nova Era, RJ, 1995

Lonerger E T
Geriatrics - A LANGE Clinical Manual
Appleton and Lange, Connecticut, 1996

INFOgraph

DIGITAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Textos, Trabalhos para Publicação, Folhetos, Cartazes, Etiquetas, Malas Diretas, Papéis Timbrados, Cartões de Visita, Receituários, Notas Fiscais, Recibos, Duplicatas, Faturas etc.

SLIDES E TRANSPARÊNCIAS EM CORES E P&B

Slides coloridos para apresentações científicas feitos em computador por processo Polaroid Pallette, transparências coloridas em impressora jato de tinta ou P&B laser de 600 dpi.

DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS PERSONALIZADOS

Tenha em seu consultório ou escritório um sistema desenvolvido exclusivamente para você em Microsoft Access (um banco de dados relacional de última geração) que atenda às suas necessidades específicas como controle de clientes, consultas, contas, ficha médica, procedimentos especiais, exames etc.

TELEFAX

(021) **208-7497**

Ligue e estaremos prontos a resolver todos os seus problemas em hardware e software.

PONTO DE ENCONTRO

Dr. Gladston José de Paula Santos chega à SBGG-RJ, com propósitos de ampliação de conhecimentos e construção de uma nova postura ética. A alegria do acolhimento ao nosso companheiro está assegurada pela seriedade dos seus trabalhos, tão bem fundamentada no seu modo de conceber a longevidade: "um processo saudável e valorizado de potencial de saúde e sabedoria".

Chego à Geriatria com as experiências adquiridas ao longo de minha formação acadêmica na Universidade Federal Fluminense (UFF) e nos doze anos que se seguiram de aperfeiçoamento e vivências profissionais, primeiro em Saúde Pública e Clínica Médica e, posteriormente, em Psiquiatria Social e Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura).

A experiência como médico e minha interpretação da realidade social como cidadão levam-me a propugnar por uma medicina humanista e socialmente justa.

Sempre questioneei o sistema econômico e produtivo que, ao tentar adotar, no país, tecnologias modernas, descarta, prematuramente, técnicas e modelos que valorizam a experiência e a sabedoria. Os avanços são inquestionáveis. Têm, porém, alto custo social e a conseqüente desinserção daqueles que não estejam alinhados aos padrões de eficiência e qualidade.

O resultado, entre outras mazelas, é a marginalização e a formação de um enorme exército de excluídos em que se situam, de modo dramático, os idosos que, no entanto, não representam o segmento que vive pior ou de maneira mais indigna. Mas o quadro evidencia, de modo gritante, o erro e a injustiça do sistema, que passa a desprezar aqueles que contribuíram efetivamente com o seu trabalho, nos melhores anos de suas vidas, para a força produtiva do país.

Esse descaso é visto na perda de um emprego, na aposentadoria ou no não aproveitamento de potencial já demonstrado e experimentado pelo idoso nas atividades produtivas. É também evidente na desatenção para com seus hábitos e necessidades, nos meios de transporte, vias públicas, habitação, lazer,

educação e, em especial, na saúde. Deve-se ressaltar, ainda, a fragilidade dos programas e reformulações que tentam adequar as estruturas às limitações da terceira idade, em que pese a existência de inúmeros projetos nesse sentido.

Esse quadro é fator de desestabilização da saúde dos idosos, manifestada através de depressão, quedas, acidentes, desnutrição, osteoporose e pneumopatias, para citar as ocorrências mais comuns.

Dessa maneira, passam a ser, muitas vezes, "inconvenientes", considerados doentes crônicos, que só têm a esperar o advento da morte. Como um "peso" para a família, via de regra, necessitam de um quarto, alimentos diferenciados e cuidados higiênicos por parte de terceiros numa casa da qual, algumas vezes, são os donos e sua aposentadoria ajuda no orçamento doméstico.

Essa lógica perversa reflete-se também no tocante ao atendimento direto de sua saúde. Investe-se menos na prevenção e manutenção da saúde e mais em tecnologias e avanços no controle e combate às doenças. Na busca exclusiva das causas e efeitos das doenças dos idosos priorizam-se testes, visores, tubos, fitas e outros valiosos recursos complementares, em detrimento da presença do médico e de sua aguçada sensibilidade, ouvindo, tocando e orientando o paciente.

Nesse contexto inicia-se meu contato com o atendimento ao idoso, nos ambulatórios de clínica médica do Centro Psiquiátrico Pedro II (Engenho de Dentro), e, posteriormente, no Hospital Cardoso Fontes (Jacarepaguá). Fui percebendo que meus pacientes da terceira idade necessitavam de um atendimento de forma mais integral, que levasse em conta, além de suas queixas imediatas, também fatos e situações sociais, econômicas, familiares e emocionais que não se encaixavam no estrito espaço/tempo da consulta médica "permitida" em ambulatórios e consultórios.

A partir daí, junto com outros médicos buscamos a participação de profissionais de outras áreas, tais como, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e ainda a ajuda da família do paciente idoso. Nessa época eu já havia acrescentado a

acupuntura ao meu modelo de atendimento. Tudo isso levou-nos a modificar nossa forma de atuação, para tentar responder às necessidades desse tipo específico de paciente. Tivemos oportunidade, assim, de prestar orientações e esclarecimentos sobre dieta, sexo, trabalho, lazer, tabagismo, uso de medicamentos, enfim, sobre situações que poderiam interferir na prevenção de doenças.

Apesar de todas as dificuldades e mesmo sem termos um programa ou uma equipe formalmente constituída começamos a observar, ainda que de forma pragmática, maior adesão dos pacientes ao tratamento com a conseqüente melhor resposta terapêutica.

Desde então, por perceber que essa atividade necessita de ser tratada com menos empirismo, venho procurando não só me aproximar da geriatria como aprofundar conhecimentos, através de frequência a cursos, palestras e troca de experiência com colegas. Nesse sentido, é que participei, este ano, da III Jornada de Geriatria e Gerontologia da SBGG-RJ e do curso de extensão em Geriatria e Gerontologia da UFF.

É com essa expectativa que me associo à SBGG-RJ. Acredito que, nessa parceria com profissionais especializados e preparados, possa tanto ampliar meus conhecimentos como respaldar a proposta de uma nova postura médica. Essa proposta inclui uma relação médico-paciente que não seja pautada exclusivamente na supremacia tecnológica imposta pelo racionalismo científico, tal como habitualmente se observa. E incorpora referências físicas, psíquicas, emocionais, ambientais e sociais não encaixadas nos parâmetros mensuráveis do modelo biomédico vigente.

Nessa ótica, enfim, passo a conceber a longevidade como um processo saudável e valorizado de potencial de saúde e sabedoria. Este conceito norteia meu trabalho no atendimento aos pacientes idosos, com os quais aprendo, cresço - e por que não? - me realizo pessoal e profissionalmente ao perceber que contribuo para o resgate de sua cidadania.

Gladston José de Paula Santos

Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói-RJ
Tels 288.4274 (res)
571.4015 (Tijuca)
709.1285 (Niterói)

Diretoria da SBGG-RJ

Presidente

Arianna Kassiadou Menezes

1º Vice-Presidente

Silvia Pereira

2º Vice-Presidente

Ligia Py

3º Vice-Presidente

Dario Vasconcelos

Secretário Geral

Elizabeth Vianna de Freitas

1º Secretário Adjunto

Neidil Espinola

2º Secretário Adjunto

Ivana Vitek

1º Tesoureiro

Josbel Mendes Pereira

2º Tesoureiro

Valeria Martinez

Diretor Científico

Mario Sayeg

Bibliotecário

Norberto Boechat

1º Conselheiro

Vilma Camara

2º Conselheiro

Claudio Mota e Souza

3º Conselheiro

Neusa Eiras

Equipe de Assesores

André Junqueira

Benigno Sobral

Celeste Campos

Eliane Brandão

Helena Carvalho

Laura Machado

Sandra Costa e Silva