

BOLETIM Nº 15 ANO 4 OUTUBRO DE 1997

EDITORIAL

Vislumbrando os Perfis

Nesta hora de sol puro eu ouço o Brasil

Todas as tuas conversas, pátria morena, correm pelo ar...
a conversa dos fazendeiros nos cafezais,
a conversa dos mineiros nas galerias de ouro,
a conversa dos operários nos fornos de aço,
a conversa dos garimpeiros peneirando as bateias,
a conversa dos coronéis nas varandas das roças...

Mas o que eu ouço, antes de tudo, nesta hora de sol puro
palmas paradas
pedras polidas
claridades
brilhos
faiscas
cintilações
é o canto de teus berços, Brasil, de
de todos esses teus berços, onde dorme,
com a boca escorrendo leite,
moreno, confiante,

o homem de amanhã !

(Ronald de Carvalho, 1893-1935, poema Brasil, trecho final)



Já nas conversas que o poeta ouvia, verificava-se a diversidade de situações, universos, regionalidades desta Pátria grande. Aquele canto mostrava bocas escorrendo leite daqueles que são, hoje, a velhice do Brasil, grande contingente que aumenta três vezes mais do que o conjunto da população, buscando, através de um emaranhado de caravelas, sangues, credos, impulsos, civilizações e desafios... uma raça, tentando compor raça; países dentro de um país. O poeta não sabia também, ou não predestinava que aqueles beijos, hoje nem só de morenos e nem tão confiantes, necessitariam tantos hospitais, tantos médicos e tanto lutar por seus direitos. Mais do que aquela visão do "homem de amanhã" há, de fato, uma grande questão social a ser encarada, já que com mais pessoas chegando à velhice há menos mão de obra para pagar contribuições à Previdência que, por sua vez, deveria manter os hospitais, médicos e remédios.

Cerca de um milhão daqueles que cantavam nos berços se aposentam anualmente.

Acresce-se o fato de que não sabemos qual é a expressão, representação ou imagem desse velho brasileiro ou dos diferentes velhos do Brasil, e, é claro, que qualquer planejamento na sua abordagem, qualquer ação intervencionista, de que natureza seja, passa pela necessidade de se ter um perfil dessa diversidade, do espaço-região, do conjunto dos fatores da construção ambiental, da manifestação atávica que expressam as raças nossas. É certo que a análise dessa heterogeneidade estará diretamente proporcional 'a pele queimada pelo sol do pescador persistente de rios e mares do norte; aos olhos quase fechados pelas pregas do sertão desse povo que é "antes de tudo, um forte"; até aos olhos azuis e maçãs rosadas dos nossos irmãos do sul. Estamos acima e abaixo do Equador; mergulhamos Amazonas e Guafba.

As possibilidades de se delinear perfis dos idosos brasileiros são carregadas de complexidade. Neste Congresso teremos a oportunidade de conhecer a produção de conhecimentos e práticas de atenção ao idoso, desenvolvidas em todo o Brasil, na aproximação das multifacetadas mostragens.

Mas essa geração que estudamos é a que fez esta Pátria que nos trouxe até aqui: artífice, no seu sacrifício, do esplendor que hoje mostramos. Portanto, mais do que um desafio, um resgate; procurar a realidade atual daquele que, ao descer do colo molhado de leite, navegou o florescer e explosão da era industrial, erguendo as lâminas da modernidade.

Esperamos que Dezembro traga momentos de faiscas e cintilações na busca das faces e que possamos ouvir novamente, como o poeta, o imenso canto desta Pátria, não só morena, mas de todas cores.

Norberto Seródio Boechat, Bibliotecário SBGG-RJ



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:
Registrado em 25/10/88 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.
Editoração Eletrônica: INFOgraph - Serviços de Informática - (021) 208-7497
Edição Trimestral: março - junho - setembro - dezembro
Impressão: Gráfica La Salle

PSA X CÂNCER DE PRÓSTATA

O carcinoma de próstata (CaP) é a malignidade mais freqüente em homens e representa a segunda causa mais comum de mortalidade por neoplasia nos Estados Unidos. Esta alta mortalidade pode ser decorrente da elevada incidência de tumores diagnosticados inicialmente numa fase avançada, visto que, freqüentemente, permanecem assintomáticos até que a doença ultrapasse os limites da próstata, fase na qual a doença deixa de ser potencialmente curável. Dada a sua alta prevalência e como a doença pode progredir para um estágio avançado, incurável, sem manifestar sintomas, tem sido crescente o interesse em programas de detecção precoce do CaP.^[1]

Marcadores tumorais têm sido cada vez mais testados na prática clínica e em protocolos de estudo, no diagnóstico e estadiamento tumoral, além de utilizados como fatores prognósticos da doença, assim como na monitorização da atividade neoplásica pós tratamento.

Desde a observação de Gutman and Gutman, em 1983, de que a fosfatase ácida (FA) se encontra elevada em pacientes com adenocarcinoma de próstata metastático, a avaliação de pacientes com CaP sempre esteve relacionada à interpretação de marcadores tumorais na tentativa de melhor avaliar, prognosticar e monitorar a terapia destes pacientes. A utilização do antígeno prostático específico (PSA) na prática clínica substituiu amplamente a dosagem das fosfatases ácidas, devido a sua maior sensibilidade e especificidade no diagnóstico do CaP.^[1]

O antígeno específico prostático (PSA) consiste numa glicoproteína de 34 kilodaltons, descoberta em 1980, produzida tanto pelo epitélio prostático benigno como pelo epitélio maligno. O PSA é importante proteína do plasma seminal e está envolvido na liquefação do sêmen após ejaculação^[2]. Como pequena quantidade de PSA é produzida também pelas glândulas periuretrais, este pode, eventualmente, ser encontrado na urina. Sua produção parece ser mediada pelos hormônios androgênicos através de receptores prostáticos. O PSA circula sob várias formas moleculares, livre ou complexada a diferentes inibidores. A maior parte (aproximadamente 80%) do PSA, em homens saudáveis, está complexada aos inibidores da protease a1-antiquimiotripsina (ACT), a2-

macroglobulina e antitripsina. Somente uma pequena porção circula livre e não complexada.^[3]

A determinação do PSA, apesar de não consistir num antígeno câncer-específico, é um dos marcadores tumorais séricos mais utilizados na prática clínica. O PSA tornou-se adjunto importante ao toque retal no diagnóstico do CaP, além de ser de grande valia na detecção de doença residual ou recorrência após prostatectomia radical ou terapia radioativa. A "American Urological Association" (AUA) e a "American Cancer Society" atualmente preconizam o exame digital da próstata (toque retal) e a dosagem sérica do PSA anualmente, como método de screening do CaP, em indivíduos acima de 50 anos de idade, ou mais precocemente, se o indivíduo tiver história familiar ou for da raça negra.^[5]

Estudos mais recentes demonstraram, entretanto, que o teste do PSA isolado é de baixa sensibilidade e baixa especificidade no diagnóstico e monitoramento do CaP, uma vez que valores elevados de PSA são encontrados tanto no câncer como em patologias benignas como na hiperplasia prostática benigna (HPB), infecção e infarto prostático. O PSA apresenta tendência a elevar-se com a idade e com a quantidade de tecido prostático. É sabido que enquanto cada grama de tecido prostático benigno produz aproximadamente 0,31 ng/ml de PSA, o tecido neoplásico maligno produz uma quantidade cerca de dez vezes maior, ou seja, cerca de 3,5 ng/ml por grama. Assim, níveis acima dos valores de referência ocorrem em mais de 80% dos carcinomas de próstata e em 40-50% das hipertrofias prostáticas benignas. De uma maneira geral considera-se alto um valor maior do que 4 ng/ml no soro. Quando este se situa entre 4 e 10 ng/ml, há uma possibilidade de CaP em cerca de 30% dos casos e, se estes níveis são superiores a 10 ng/ml, esta aumenta para 70%. Ao mesmo tempo, um PSA dentro da faixa de referência (até 4.0 ng/ml) não afasta a possibilidade de câncer. Aproximadamente 20% dos pacientes com CaP podem apresentar nível de PSA sérico dentro dos valores de referência, não descartando, portanto, a necessidade do exame digital da próstata e, dependendo deste, a necessidade de outros procedimentos complementares como a ultrasonografia transretal, por exemplo [4]. Neste contexto, esforços têm sido feitos para aprimorar a validade clínica do PSA como marcador tumoral. Vários

conceitos têm sido usados para eliminar a interferência de fatores que diminuem o poder diagnóstico do PSA quais sejam:

- **A densidade do PSA:** corresponde ao quociente entre PSA sérico e o volume da próstata determinado pelo ultra-som. Quando a densidade é maior que 0,15, a probabilidade de CaP é significativa e estes pacientes devem ser submetidos à biopsia.
- **A velocidade do PSA:** reflete o aumento em relação ao PSA basal por ano, sendo um aumento superior a 20% ao ano fortemente sugestivo de CaP.
- **Estratificação do PSA por idade:** Existe uma variação normal do PSA de acordo com a idade (ver tabela abaixo). Percebemos, assim, que valores considerados normais, quando corrigidos para idade passam a ser rotulados como suspeitos.^[5]

• PSA Sérico Estratificado por Idade

70-79
2,0
6,5

- **Relação PSA livre (fPSA)/PSA total (tPSA):** Mais recentemente tem se demonstrado que pacientes com CaP têm proporção significativamente menor de fPSA que pacientes com HPB ou homens normais. As razões pela diminuição do fPSA no CaP não estão, nos dias atuais, estabelecidas. Bjartell et al. postularam que as células do CaP, ao contrário das células da HPB, sintetizariam concentrações maiores de ACT o que resultaria num aumento do PSA complexado e, conseqüentemente, numa diminuição da relação fPSA/tPSA nos pacientes com câncer.^[6,7] Tem se sugerido, assim, que a relação fPSA/tPSA permitiria uma melhor discriminação entre HPB e CaP quando comparado ao tPSA^[5,8,9]. A determinação desta relação aumentou em muito a especificidade para detecção de CaP, resultando em diminuição da necessidade de biópsias prostáticas. Temos pois que valores da relação fPSA/tPSA maiores que 0,18 sugerem HPB enquanto valores menores que 0,18 sugerem CaP.^[10]

A maior dificuldade diagnóstica entre CaP e HPB é encontrada nos pacientes que apresentam valores isolados de PSA total na faixa entre 4 e 10 ng/ml. Nesses pacientes, quando a relação fPSA/tPSA for maior que 0,18, é aconselhável um acompanhamento anual com PSA e toque retal. Se, no entanto, a relação for menor que 0,18 recomenda-se avaliação com ultrasonografia e biópsia prostática.^[10]

É importante ressaltar que o toque retal, a biópsia prostática, a prostatectomia e a massagem prostática podem elevar os níveis de PSA por até 34 semanas.

CURIOSIDADE: Até recentemente

acreditava-se que o PSA era ausente nas mulheres. No entanto, com métodos altamente sensíveis este foi detectado em diversos tecidos como mamas, ovários e endométrio, assim como em líquidos biológicos como líquido amniótico e leite. Assim, como no homem, sua produção parece obedecer à regulação pelos hormônios esteróides, como androgênios e corticosteróides e pela progesterona.^[10]

Concluimos assim que o valor da história clínica, do exame digital e do PSA são somatórios na detecção do CaP. Por isso, a orientação atual é a utilização sistemática do toque retal e PSA na avaliação inicial da HPB.

REFERÊNCIAS

1. Oncologia Atual - Vol 6, n° 10 - pg. 482.
2. KREUTZ - FERNANDO T. AND SURESH MAVANUR R. - Novel Bispecific Immunoprobe for Rapid and Sensitive Detection of PSA. *Clinical Chemistry* - 43:3, 649-656, 1997.
3. LILJA H. et al. - Prostate Specific Antigen in Serum occurs predominantly in complex with al antichymotrypsin - *Clin. Chem.* 1991, 37, 1618-25.
4. DAMIÃO R.Q., CARRETIE F.B - Câncer de Próstata - *Jornal CFM* - 1997, pág 13.
5. DESTERLING JE et al.. Free, complexed and total serum PSA: The establishment of appropriate reference ranges for their concentrations and ratios . *J. Urol* - 1995, 154, 1090-5.
6. BJARTELL A., BJORK T. et al. - Production of Alpha - 1 - Antichymotrypsin By PSA - Containing cells of the human prostate epithelium - *Urology* - 1993, 43, 502-10.
7. BJOREC T. et al.. Alpha 1 - Antichymotrypsin production in PSA - Producing cells is common in prostate Cancer but rare in benign prostatic hyperplasia - *Urology* 1994, 43, 427-34.
8. PRESTIGIACOMO A., STAMEY TA. Clinical usefulness of free and complexed PSA - *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1995, 55 (Supl 221), 324.
9. CATALONA WJ., SM1TH DS. et al.. Evaluation of percentage of free serum prostate specific antigen to improve specificity of prostate cancer screening. *Jama* 1995, 279, 1214-20.
10. SCHRÖDER FR1TH H. et al. . The free/total PSA ratio for detection of prostate Cancer in a community based population.
11. DIMITRIOS N. M. et al. . Prostate specific antigen in female serum, a potential new marker of androgen excess. *J. Clin. Endocrinol. Metab* - 82 / (3) - 777-80, 1997.

Dra. Yolanda Schrank
Laboratório Lâmina

NOTAS DA DIRETORIA

1. A SBGG-RJ parabeniza o Dr. Norton Sayeg, Presidente da SBGG, pela importante vitória obtida em Adelaide quando coroou de êxito o esforço de anos, trazendo para o Brasil o **Congresso Mundial de Geriatria e Gerontologia de 2005**. Tal acontecimento ratifica que os profissionais brasileiros têm o respeito de toda comunidade científica internacional, despontando como importante cenário de desenvolvimento no campo da pesquisa gerontológica.

2. A Comissão Organizadora do **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia** a ser realizado no Rio de Janeiro, com data já definida para 5 a 9 de dezembro de 1997, no Centro de Convenções do Hotel Intercontinental, já delimitou toda grade científica do evento, tendo por meta levar aos congressistas um programa científico atual, valorizando a pesquisa e, além disso, buscando colocar em debate assuntos polêmicos. Todo esse trabalho foi feito pensando em nossos sócios e congressistas! Estamos aguardando vocês.

3. Durante o **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**, será aberta uma Assembléia Geral Ordinária para discussão da mudança de estatuto. Com a publicação do Estatuto atual no **Boletim** número 13, a SBGG-RJ buscou contribuir para que esse fosse um processo democrático. Lembramos que este é um momento sumamente importante na nossa Sociedade e que quanto maior o número de associados presentes ao debate maior será a força de nossa Carta Magna. **Compareçam, venham opinar!**

4. Nesse mesmo evento, a SBGG elegerá seu novo Presidente Nacional e sua nova Diretoria. É da mais alta importância que todos os sócios presentes compareçam à Assembléia Geral para participarem do pleito fortalecendo, destarte, a nova Diretoria.

5. Também a SBGG-RJ elegerá sua nova Diretoria, em janeiro de 1998, para o triênio 1998/2000. Assim sendo, as chapas candidatas devem se inscrever 90 dias antes da eleição de acordo com o Artigo 21º do atual Estatuto.

6. Atendendo a solicitações, a Comissão de Temas Livres do **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia** prorrogou o prazo de recebimento para até o dia 15 de setembro de 1997, data de postagem de correio, de acordo com as condições previamente estabelecidas. Os trabalhos deveriam ser enviados para JZ Congressos: Rua Conde de Irajá, 260, 2º andar, Botafogo - Rio de Janeiro CEP 22271-020. Infelizmente, alguns trabalhos chegaram em desacordo com as normas pré-estabelecidas o que nos obrigou a sua recusa. Esclarecemos que tal conduta é baseada na necessidade da manutenção de uma total credibilidade em nossos trabalhos. Qualquer conduta de exceção seria injusta para com aqueles em dia com o prazo e com as normas. Os trabalhos chegados fora da data estabelecida foram devolvidos pela JZ sem que a comissão tomasse conhecimento do nome de seus autores. Por outro lado, a Comissão Científica do evento continua se esforçando para premiar os melhores trabalhos, um na área de Geriatria e outro na área de Gerontologia, sendo este mais um motivo para procedermos com total justiça.

7. Como de hábito, reiteramos a necessidade de atualização cadastral de alguns sócios. Caso você seja sócio, esteja lendo e não esteja recebendo este **Boletim**, por favor, nos escreva para que providenciemos correção de endereço.

8. A SBGG-RJ parabeniza a Seção de São Paulo, em especial o Dr. Edson Rossi, pelo belíssimo evento que promoveu, em setembro, em Campinas. Vale a pena chamar atenção para o fato de que pela vigésima vez consecutiva, é realizada a Jornada de Campinas, constituindo-se no evento mais assíduo da SBGG.

Elizabete Viana de Freitas
Secretária Geral da SBGG-RJ

Arianna Kassiadou Menezes
Presidente da SBGG-RJ

ASSEMBLÉIA GERAL

ORDINÁRIA PARA ELEIÇÃO DE NOVA DIRETORIA DA SBGG-RJ

Ficam os socios da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção Rio de Janeiro convocados para a Assembléia Ordinária que se realizará em 31 de janeiro de 1998, das 10:00 às 18:00hs, à Rua Voluntários da Pátria, 169 - na sede do SESC Nacional, com a penalidade de elegerem a diretoria da referida seção para o triênio. 1998-2000.

AGENDA

1997

Novembro

V Mostra de Grupos de Dança Senior

Data: 08/11/97

Horário: 09 às 16 horas

Local: Sede do SESC - Av. Pres. Costa e Silva, 231 - Nova Friburgo - RJ

Informações: (024) 522-4052 (com Eliana Medeiros)

Dezembro

XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia da SBGG

IV Jornada de Geriatria e

Gerontologia da SBGG do Rio de Janeiro

5 a 9 de dezembro de 1997 - Hotel Intercontinental - Rio de Janeiro

Informações: JZ Congressos - Tel: (021) 286-2846 - Fax: (021) 537-9134
Tornos Turismo: Tel/Fax: (021) 326-2306 - Tel: (021) 431-1133

1998

Fevereiro

Congresso Pan Americano de Gerontologia

Santo Antonio, Texas

14 a 18 de fevereiro

"Envelhecimento nas Américas: Fronteiras da Pesquisa, Política e Cuidado"

Junho

1º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia

Promoção: SBGG - Seção São Paulo

Temas principais:

- Consensos em Geriatria
- Consensos em Gerontologia
- Geriatria baseada em evidências
- Gerontologia baseada em evidências

Data: 24 a 27 de junho de 1998

Local: Maksoud Plaza Hotel

Informações: (011) 881-1344

Fax: (011) 881-1125

Novos Sócios

*Com prazer damos
as boas vindas
aos novos sócios
da SBGG-RJ*

Eliana Maria
de Sales Affonso

Patrícia Henriques

João Luiz Corvo
de Almeida

Edmundo de Drummond
Alves Jr

Francisco Ricardo Salles
Soederberg

NOTÍCIA

Para esse número foram escolhidos temas de grande importância na área de Geriatria e Gerontologia. Um dos artigos enfoca a necessidade da constante vigilância na prescrição de medicamentos em Geriatria. O outro refere-se à polêmica suscitada pelo aumento de custos na assistência de saúde no Canadá, coincidindo com o crescimento da população idosa.

Interação Medicamentosa e o Idoso

Terapie 1995, May-Jun; 50(3): 247-252
 Autor: Le Juenne C, Hugues F C

Os idosos estão particularmente em risco de sofrerem interação medicamentosa por diversas razões. Eles constituem a parte da população que consome o maior número de drogas: acima de 75 anos a média de drogas por prescrição é de 5.6. Como sofrem de várias doenças associadas, consultam diversos

especialistas e cada um deles adiciona uma nova droga. As alterações farmacocinéticas do idoso tendem a aumentar a concentração sanguínea de drogas. As drogas mais freqüentemente envolvidas nessas interações são os diuréticos, os anti-inflamatórios não esteróides, benzodiazepinas, antiarrítmicos, glicosídeos cardíacos, drogas antidiabéticas orais e analgésicos. Os acidentes clínicos mais freqüentes são: mal-estar, hipotensão ortostática, perda de consciência, amnésia, confusão, insuficiência renal e problemas digestivos. Levando-se em conta que os idosos se recuperam com maior dificuldade, esse problema de interação medicamentosa deve ser investigado sistematicamente.

Editorial on: Can Med Assoc J 1996 Dec 1; 155(11), 155-1560
 Autor: Dalziel W B

Levará o envelhecimento da população do Canadá à falência do sistema de saúde? Neste artigo o Dr. Marie Demers relata que o aumento dos custos dos serviços médicos em Quebec, de 1982 a 1992, para a população idosa é resultado primário do aumento da utilização desses serviços e somente secundária ao aumento da população de idosos. Neste editorial, o autor argumenta que a percepção comum de que a massa de idosos brevemente irá assoberbar o sistema desvia a atenção do problema crucial da sua utilização. Embora uma larga série de intervenções nos idosos tenha demonstrado benefícios, mais pesquisas são necessárias para assegurar que a intensificação de serviços, especialmente para idosos com boa saúde, é efetiva e bem dirigida. Não é o envelhecimento dessa população que ameaça a precipitar uma crise financeira na assistência à saúde, mas a incompetência para examinar e fazer as mudanças adequadas nesse modelo assistencial.

Elizabete Viana de Freitas
 Secretária Geral da SBGG-RJ



**Neuro[®]
Care**

Profissionais especializados
 à sua disposição
 oito horas por dia

Agora mais um benefício!



**Neuro[®]
Care**

Linha Direta

0800-15-1036

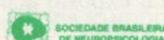
<http://www.nib.unicamp.br/biosint>

*Oxigen, Tacrinal e Deprilan
 com 30% de desconto
 e entrega a domicílio em todo o Brasil*

Entidades conveniadas



ABRAZ
 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
 DE ALZHEIMER



Oxigen

Tacrinal

DEPRILAN



*Cuidados especiais,
 essenciais para a qualidade de vida*

ATUALIZANDO

FINITUDE E VIDA

Dentre as inúmeras lições que podem ser extraídas dos movimentos em torno da terceira idade, do ponto de vista filosófico, uma pode ser ressaltada: a finitude, a morte, a existência e a vida, pelo que mobilizam em quase todos nós, são pontos de partida para os possíveis sentidos a serem criados na transitoriedade de nossa condição humana. A questão do sentido da existência, que tem que se dar em algum momento da vida, a partir do momento em que surge, converte-se numa questão urgente. Sobretudo para aqueles que, pela forma de se situar no mundo, não podem mais adiar o enfrentamento e o desafio aí implicados. As dimensões desse questionamento são quase inesgotáveis, mas alguns dos seus aspectos devem ser pontuados, ainda que de passagem, uma vez que dizem respeito à nossa relação com o mundo.

As ordens sociais no século XX montaram-se numa ideologia segundo a qual a qualidade de vida resulta diretamente nas condições materiais de existência. Entretanto, essa busca de uma vida digna para a coletividade desaguou numa ética que pressupõe o acatamento puro e simples do possível e o esquecimento ou adiamento da subjetividade e do ideal. Os valores proclamados nesta ética são mais do que conhecidos: o conforto, a vida respeitável, um bom emprego, privilégios circunstanciais, o acúmulo de bens e prestígio. Ora, estes valores, se bem que desejáveis, quando tornados fins em si mesmos, acabam por gerar um horizonte nunca atingível e constituem um abismo insuperável, uma vez que são sempre exteriores aos sujeitos e acabam por acarretar ou em sacrifícios por sua obtenção, ou ao terror por sua perda, levando quase todos a uma vida de trabalho voltada exclusivamente a sua posse e/ou manutenção. Essa ética neoracionalista, no limite, leva à exclusão da interioridade e da subjetividade. Ela pode levar a, pelo menos, duas formas de se desperdiçar a vida: por um lado, ao desperdício da vida dos involuntariamente excluídos da ordem social, que deixam de ter acesso, devido à lógica das desigualdades de origem social e educacional, aos bens preteritamente produzidos para todos; por outro lado, leva ao desperdício da vida dos que se voltaram para o trabalho e para a produtividade, que quando excluídos de si e de suas questões mais pessoais,

somente *a posteriori* se dão conta do quanto poderiam ter aproveitado, vivenciado, ensinado, sentido, criado e cultivado.

A lógica do bem estar, por outro lado, quando articula o indivíduo e o Estado numa parceria de interesses, acaba gerando uma ideologia da subordinação do indivíduo a um Estado protetor e gestor, que justifica, em última instância, uma forma de Estado policial e concentracionista. Albert Camus, num livro incômodo e visionário, *O Homem Revoltado*, alertou para o fato estranho de que no século vinte, em nome de dispositivos legais e judiciários, logo de estados de coisa acatados pela imensa maioria, passou-se sem mais dos crimes de paixão aos crimes de lógica, onde os próprios assassinos tornam-se juízes, e a razão mesma entra a serviço do crime silogisticamente premeditado. Os campos de concentração são prova de um minucioso trabalho da razão em criar condições operacionais para o assassinato em massa, e para a exclusão daqueles que não estavam, a seu modo, dentro de certos padrões "aceitáveis". Todos nós sabemos muito bem que não houve genocídio apenas no período nazista, pois a violência habita massivamente toda nossa época, e está presente nas diversas formas de organização política e social. O que houve no nazismo foi uma exacerbação da violência, que irrompe constantemente aqui e ali. Sob este prisma, a mentalidade do cálculo e da medida, tão pregnante no mundo contemporâneo, não opera necessariamente para o bem comum, uma vez que tende para a solução radical dos problemas sociais pela busca de eliminação, velada ou explícita, dos grupos "identificados" como causadores de qualquer forma de incômodo e mal-estar. É possível, vez por outra, encontrar-se propostas de eliminação da pobreza eliminando-se o pobre, de resolver o problema da superlotação dos hospitais pela escolha dos elimináveis com prioridade (como os idosos), por discursos que tratam a questão da terceira idade como questão fundamentalmente demográfica e atuarial, porque o aumento do número de velhos "oneraria" demasiadamente os estoques dos caixas dos sistemas previdenciários.

Se o quadro geral exposto acima constituir um quadro realista, embora tenhamos que reconhecer que ele ressalta somente o lado negativo de nossas formas de organização social, aparece com toda evidência a necessidade de uma

atitude de revolta, que não é, bem entendido, dirigida à totalidade do mundo sócio-político, mas voltada para as formas de elaboração de uma conduta de vida pessoal, isto é, ao modo pelo qual cada indivíduo mantém uma relação consigo mesmo a partir de uma relação previamente estabelecida com os sistemas de valores e de pressões que o circundam. Neste particular, estamos menos apoiados do que se poderia supor nas teorias existencialistas; o ponto de partida disto que se pode denominar por "estética da existência" tem como origem o pensamento de Nietzsche e se prolonga nas idéias de Michel Foucault. Ambos se aperceberam que o estilo de vida associado ou contrário ao serviço dos bens e ao saber/poder estatal não levam a nenhum fortalecimento de qualquer maneira de condução bela da existência. Para eles, viver bem não é durar, e o sentido da vida não é a sobrevivência, ainda que nas melhores condições materiais.

Como o escravo que parte, num ato de revolta contra suas condições, para o tudo ou nada, afirmando com sua ação que respira, que julga, que não aceita a minimização de sua vida, todos os que se deparam com o fato da finitude tem que se perguntar se a vida vale ou não a pena ser vivida. A morte, com o sentimento de ominoso, de estranhamento, de absurdo que produz na maioria das pessoas, nos leva a pensar, isto sim, na vida, e a partir para uma ação mais advertida e sagaz. Neste caso, ao se perguntar, já existe uma profunda rejeição do acomodamento e do niilismo, assim como de todo movimento de evasão. Lembremos Camus: "o homem é a única criatura que recusa ser o que é... Mas se ele recusa, ele não renuncia: ele também diz sim, desde o primeiro momento". Assim, no aparente negativo da consciência da morte e dos limites, surge um sentimento de expansão da vida. Não se pode dizer do homem que é um ser que se conforma e que cegamente acata. Para ele, viver é expressão estratégica da vontade de potência; necessita-se, portanto, para a vida, dos impulsos vitais, da alegria de viver, da espontaneidade, do desejo e da criação, entre tantas outras coisas. O que não significa, bem entendido, que a forma de vida desejável reduza-se a um puro hedonismo, a uma tentativa de esquecimento dos limites e da morte pelo processo de intensificação dos prazeres e dos valores mundanos.

A estética da existência, descrita por Michel Foucault, consiste num instrumento de reflexão e de ação pessoal, íntimo e intransferível, operando com as formas estratégicas com as quais os indivíduos reagem às pressões do meio social sem decair numa relação de antagonismo; como todos sabemos, lutar

contra as sobre determinações, de modo direto e franco, não leva a mais nada do que a um confronto desigual onde o indivíduo, em nome de seus princípios, marginaliza-se e tem que realizar tantas quebras e rupturas com os valores e regras vigentes que acaba por se tornar um herói insensato. Insensato em razão do alto preço pago no jogo do afrontamento constante. Nas escolhas individuais, nada mais sábio do que a discrição e a silenciosa operação de parecer ser o que não se é como forma de manter-se numa relação de si para si, e de transformar-se segundo os desígnios da própria pessoa. A estética da existência, em verdade, não tem como exigência qualquer maneira de conversão que se dê apenas na esfera pública; o que ela exige, sobretudo, é uma atenção singular do sujeito consigo mesmo e com sua estratégia de convivência com as forças com as quais tem que lidar. Cuidar de si é uma arte de viver que se constitui, desde seu começo, como um privilégio: é signo de uma relação de superioridade, onde quem se auto-governa denota estar para além das seduções das ideologias e dos valores que levam o indivíduo à errância e à perda da esfera subjetiva. Cuidar de si é, desde seu fundamento, signo de autonomia, isto é, de um voltar a face diante das pressões que visam aprisionar o sujeito numa forma de vida que lhe é exterior e, conseqüentemente, sem sentido.

A questão da possibilidade da autonomia, advinda da percepção de nossa finitude e de nossas limitações, é inadiável. Por intermédio dela, podemos dar corpo ao trabalho indefinido da liberdade e podemos constituir, a todo momento, uma atitude experimental diante das forças que nos circunscrevem. Com a vantagem de não termos que nos tornar teóricos para vivenciá-la. Afinal, não são poucos os que exercem estratégias bem sucedidas no cotidiano, realizando, como indica Foucault, uma "vida filosófica onde a crítica do que somos é, ao mesmo tempo, análise histórica dos limites que nos são impostos e prova de sua superação possível". Este trabalho prático é necessário e exige apenas pequenos gestos: o que importa é que, através dele, de forma delicada e serena, o sujeito realiza "o labor paciente que dá forma à impaciência da liberdade".

Bibliografia:

1. CAMUS, A- *L'Homme Revolté*, Gallimard, Paris, 1990.
- 2- FOUCAULT, M.- *Dits et Écrits*, Gallimard, Paris, 1994, vol. IV.

notícias do prelo

1- LIVROS:

Jocelyne de Rotrou. Trad: Nicolás Nyimi Campanário
A MEMÓRIA EM BOA FORMA
Edições Loyola, SP, 1995

Robert Baur
GINÁSTICA, JOGOS E ESPORTES PARA IDOSOS
Ao Livro Técnico SA, RJ, 1988

Steven Ellyman
HANDBOOK OF PSYCHIATRIC DRUG THERAPY
Little, Brown and Company, EUA, 1995

Carolyn L Vash
ENFRENTANDO A DEFICIÊNCIA
Livreria Pioneira Editora, Editora da Universidade de São Paulo, 1988

2- REVISTAS

GERONTOLOGIA
Órgão Oficial de Divulgação da SBGG-SP
Lemos Editorial e Gráficos LTDA, SP

ARQUIVOS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
Órgão oficial da SBGG-RJ
ECN-Editora Científica Nacional LTDA, RJ tel (021) 221-3235/2521691

ATUALIDADES EM GERIATRIA
Soriak Comércio e Promoções SA
MAGNET Prop. Public. e Editora Ltda, SP (011) 8646633/0959

3- ARTIGOS CIENTÍFICOS

Gallo J J
Depression without sadness: Functional outcomes of nondisphoric depression in later life
J Am Geriatr Soc 45:570-578, 1997

Eromen MK
Does Aging Mean a better life for women?
J Am Geriatr Soc 45: 594-597, 1997

Fama T
Efforts to improve primary care delivery to nursing home residents
J Am Geriatr Soc 45: 627-632, 1997

4514
Weiss L J
Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older americans
Am J Public Health. 1996: 86: 1742-1747

4512
Bidikov I
Clinical decision-making with the woman after menopause
Geriatrics 1997: 52 (Mar): 28-35

4434
Troncale J A
The agin process. Physiologic Changes and Pharmacologic Implications
Postgraduate Medicine, 99 (5), 1996:111-122

4386
Johnson T H
Hypothesis: Interventions that increase the response to stress offer the potential for effective life prolongation and increased health
Journal of Gerontology: biological sciences, 1996, 51 jA (6), B 392-D 395

4376
Shen W K
Survival and Functional Independence after Implantation of a Pacemaker in Octogenarians and nonagenarians
Ann Intern Med. 1996; 125: 476-480

4509
Jonson E
Blood pressure in rrelation to medical, psychological and social variables in a population of 80 year olds. Survival during 6 years
Journal of Internal Medicine, 1997:241:205-212

4513
Khoury, M J
From genes to public health: the applications of genetic technology in disease prevention
Am J Public Health, 1996: 86, 1717-1722

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.



ENVIE SUA COLABORAÇÃO PARA O BOLETIM DA SBGG-RJ

 Envie sua colaboração para o Boletim da SBGG-RJ
Tel.: (021) 610-3567

 Seja sócio da SBGG.
Faça contato com a regional do seu estado.

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

 Novo Endereço da SBGG (Diretoria Nacional)
Caixa Postal 18.341 - SP
Cep. 04699.970
Tel./Fax (011) 289-6586/288-7428

 Assine a revista "Arquivos de Geriatria e Gerontologia"
ECN Editora
Tel.: (021) 221-3235



Diretoria da SBGG-RJ

Presidente
Arianna Kassiadou Menezes
1º Vice-Presidente
Sílvia Pereira
2º Vice-Presidente
Lígia Py
3º Vice-Presidente
Dário Vasconcelos

Secretário Geral
Elizabete Viana 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 Assessores
André Junqueira
Benigno Sobral
Celeste Campos
Eliane Brandão
Helena Carvalho
Laura Machado
Sandra Costa e Silva