

Geriatrics, uma especialidade centenária

Geriatrics, a centenarian medical specialty

ADRIANE MIRÓ VIANNA BENKE PEREIRA¹
RODOLFO HERBERTO SCHNEIDER²
CARLA HELENA AUGUSTIN SCHWANKE³

RESUMO

Objetivos: para comemorar o centenário da Geriatria, os autores apresentam uma revisão sobre o fenômeno do envelhecimento, o indivíduo idoso, as características da medicina geriátrica e um resumo da sua história.

Fonte de dados: foi realizada uma revisão da literatura através de artigos localizados nas bases MedLine e LILACS, além de livros, dissertações, teses e diretrizes governamentais.

Síntese dos dados: a Geriatria é a área da medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice; que lida com os aspectos físicos, mentais, funcionais e sociais nos cuidados agudos, crônicos, de reabilitação, preventivos e paliativos dos idosos; e que ultrapassa a “medicina centrada em órgãos e sistemas” oferecendo tratamento holístico, em equipes interdisciplinares e com o objetivo principal de otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos idosos. A capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida são o cerne desta especialidade médica. O geriatra, na prática assistencial diária, lida com questões peculiares como a heterogeneidade dos pacientes e dos cenários de atendimento; a concomitância de múltiplas patologias (plurimorbidade); as síndromes geriátricas (“gigantes da geriatria”); a dificuldade de identificação de todos os problemas do idoso (fenômeno do *iceberg*); a polifarmácia; a fragilidade; a vulnerabilidade; as várias perdas que o idoso apresenta; e a terminalidade.

Conclusões: a Geriatria é a especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. Pela sua complexidade somada ao envelhecimento posicional, torna-se uma especialidade instigante, desafiadora e contemporânea.

DESCRIPTORES: GERIATRIA/história; GERIATRIA/educação; IDOSO; ENVELHECIMENTO.

ABSTRACT

Aims: To commemorate the centennial of the geriatrics, the authors present a review of the population aging, the elderly individual, the characteristics of the geriatric medicine, and its history.

Source of data: A throughout review of the literature found on MedLine and LILACS, as well as textbooks, dissertations, thesis, and government directives was performed.

Summary of the findings: Geriatrics is the area of medicine that cares for the health and treatment of diseases in old age, which works with physical, mental, functional and social aspects in the acute, chronic, rehabilitative, preventive and palliative care of the elderly. Geriatrics goes beyond “medicine centered on organs and systems”, offering holistic treatment by interdisciplinary teams with the principal objective of optimizing functional capacity and improvement of quality of life and autonomy of the elderly, which make up the core of this medical specialty. Geriatrics, in daily assistance practice, works with particular questions such as: the heterogeneity of patients and of scenarios of care; concomitance of multiple diseases/

¹ Médica especialista em Geriatria e Gerontologia. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Médica do Departamento de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessora técnica da Divisão de Promoção de Saúde do Adulto e do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

² Médico geriatra. Doutor em Clínica Médica, área de concentração em Geriatria. Professor Adjunto do Instituto de Geriatria e Gerontologia e do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

³ Médica geriatra. Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora Adjunta do Instituto de Geriatria e Gerontologia e do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

disorders (plurimorbidity), including geriatric syndromes ("the giants of geriatrics"); difficulty of identifying all the problems (iceberg phenomenon); polypharmacy; fragility; vulnerability; the various losses that the elderly show; and terminality.

Conclusions: Geriatrics refers to the medical specialty responsible for the clinical aspects of aging and for the various forms of health care necessary for the elderly. Because of the complexity allied to the aging process, geriatrics has become an intriguing, challenging and contemporaneous specialty.

KEY WORDS: GERIATRICS/history; GERIATRICS/education; AGED; AGING.

INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por dois fenômenos que modificaram o panorama demográfico e o perfil de morbimortalidade da população. O primeiro refere-se ao incremento da parcela idosa da população e o segundo ao aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em detrimento às infecto-contagiosas.¹

Classificam-se como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Estima-se que a população mundial de idosos em 2009 seja de 737 milhões de indivíduos e prevê-se que este número triplique em 2050, alcançando a cifra de 2 bilhões. Atualmente, 64% da população idosa mundial vive em regiões menos desenvolvidas e espera-se que este percentual aumente para 79% em 2050. A maior velocidade de crescimento é observada entre os indivíduos com mais de 80 anos, cuja participação deverá quadruplicar, atingindo o número de 395 milhões de idosos em 2050.²

Para a América Latina, há previsão de que em 2025, em cada grupo de 10 idosos, um terá mais que 80 anos.³ Estimativas recentes indicam que os idosos já compõem 11,1% da população total do Brasil, com um contingente de mais de 21 milhões de indivíduos.⁴ Projeções indicam que a população idosa aumentará, continuamente, aproximando-se de 20% da população total brasileira em 2050.⁵ A divulgação da "Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira" (2008), evidenciou o aumento expressivo da população idosa brasileira, especialmente do segmento de 80 anos e mais. Enquanto a população geral aumentou 21,6% entre 1997 e 2007, a população acima de 60 anos aumentou 47,8% e, a acima de 80 anos, 65%.⁶

Outro indicador que mostra o processo de envelhecimento da população é o Índice de Envelhecimento, que é o resultado da razão entre a

população de 65 anos ou mais e a de 0 a 14 anos na população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado (Índice de Envelhecimento = $\{[POP(65+)/POP(0\ a\ 14)] \times 100\}$). Assim, este índice representa o número de pessoas idosas em uma população, para cada grupo de 100 pessoas jovens.⁷ O mesmo coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento populacional. Em 2025 deverá superar em até cinco vezes aquele observado em 1975, sendo que, para cada grupo de 100 indivíduos menores de 15 anos, haverá 46 idosos (contra 10 existentes em 1975). Finalmente, em 2050 o número de pessoas idosas deverá superar o de menores de 15 anos.⁵

Em relação à morbi-mortalidade, as doenças cardiovasculares e as neoplasias (especialmente o câncer de mama entre as mulheres e o de próstata entre os homens), que são consideradas doenças crônicas não transmissíveis, passaram a ocupar as primeiras colocações entre os idosos.¹ Atrelado ao incremento dessas doenças, encontra-se o incremento das incapacidades funcionais e dos gastos com a saúde.⁸ Contudo, as causas externas de morte também são frequentes e preocupantes neste grupo etário, uma vez que estão relacionadas principalmente às quedas e também à violência.⁹

Em 2007, a parcela idosa da população brasileira foi responsável por mais de 20% das internações hospitalares geradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a 26,5% dos gastos totais com esta forma de assistência (R\$ 2.019.716,90). A permanência média de internação hospitalar de idosos foi de 7,2 dias em relação aos 5,8 dias da população geral.¹⁰

No entanto, envelhecimento é mais que uma questão de números. Pessoas idosas apresentam aspectos particulares de saúde e necessidades médicas diferentes daquelas apresentadas por indivíduos jovens, além de constituir um segmento heterogêneo em termos de capacidade funcional.³ O desafio que se coloca é o de atender a uma

sociedade progressivamente mais envelhecida através da oferta de serviços e benefícios que lhes permitam uma vida digna e ativa.⁵

Neste contexto, a Geriatria, além de ser uma das especialidades médicas mais recentes, tem sido considerada como uma especialidade de importância fundamental e em franca expansão no mercado de trabalho.¹¹ Geriatria refere-se à especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. É a área da medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice; que lida com os aspectos físicos, mentais, funcionais e sociais nos cuidados agudos, crônicos, de reabilitação, preventivos e paliativos dos idosos; e que ultrapassa a “medicina centrada em órgãos e sistemas” oferecendo tratamento holístico, em equipes interdisciplinares e com o objetivo principal de otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos idosos.¹²

Atualmente, segundo informações fornecidas pela secretaria da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG),¹³ há no Brasil 829 médicos geriatras titulados pela entidade. Garcez-Leme e Leme¹⁴ apontam que seriam necessários 5000 especialistas em Geriatria para atender o contingente de idosos brasileiros.

Assim, como em 2009 comemora-se um século de existência desta especialidade médica instigante e desafiadora, os autores visam revisar alguns aspectos relacionados ao indivíduo idoso e à Geriatria. Também contextualizam a Geriatria desde os seus primórdios até a atualidade, passando por uma breve discussão sobre a pesquisa e a produção científica, os desafios enfrentados pelos profissionais, bem como os avanços e perspectivas da área do envelhecimento.

O INDIVÍDUO IDOSO

Uma vez que o foco de atuação do geriatra é o idoso, uma questão torna-se importante de ser debatida: afinal, quem é e como se pode caracterizar o indivíduo idoso? Geralmente, o principal marcador utilizado para caracterizar a velhice é a idade. Entretanto, quando se fala em idade, é importante salientar que se fala em vários tipos de idade, ou seja, idade cronológica, biológica, funcional, psicológica e social.¹⁵

No que tange à idade cronológica, os indivíduos passam a ser considerados idosos quando atingem a idade de 60 anos em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e a idade de 65 anos em

países desenvolvidos. Estes “pontos de corte” foram estipulados pelo *Viena International Plan of Action on Ageing*, endossado pela I Assembléia Mundial da Organização das Nações Unidas sobre envelhecimento da população, resolução 39/125 (ONU – Viena, 1982)¹⁶ e posteriormente pela II Assembléia (ONU – Madri, 2002).¹⁷

Contudo, os indivíduos envelhecem ao longo do seu desenvolvimento, e não a partir dos 60 ou 65 anos. O envelhecimento é um processo contínuo, complexo, multifatorial e individual, envolvendo modificações do nível molecular ao morfofisiológico, que ocorrem em cascata, principalmente após o período pós-reprodutivo.¹⁸ Segundo Kirkland,¹⁹ o envelhecimento é um processo progressivo, universal e intrínseco, e suas alterações ocorrem em diferentes taxas entre os vários órgãos de um indivíduo (envelhecimento segmentar).

Troen,²⁰ em uma revisão sobre a biologia do envelhecimento, afirma que o envelhecimento é inexorável e que as tentativas de entendimento de suas causas são limitadas pela complexidade do fenômeno. Segundo o autor, as modificações do envelhecimento são caracterizadas por:

- mudança na composição bioquímica dos tecidos;
- diminuição progressiva na capacidade fisiológica;
- redução na capacidade de adaptação aos estímulos;
- aumento na suscetibilidade e vulnerabilidade às doenças;
- aumento da mortalidade.

Segundo Fries,²¹ em geral, o declínio linear na capacidade de reserva dos órgãos inicia-se em torno dos 30 anos de idade cronológica.

AS PECULIARIDADES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM IDOSOS

O atendimento dos indivíduos idosos pelos profissionais da área da saúde em diversos níveis (primário, secundário e terciário) traz à tona algumas peculiaridades como: (1) a doença física pode se apresentar como um transtorno mental com confusão e desorientação (*delírio* ou *delirium*), frequentemente como um dos primeiros sinais das enfermidades mais comuns; (2) as capacidades funcionais ou fisiológicas estão diminuídas (como a depuração de creatinina); (3) as reações adversas a medicamentos são mais pronunciadas e mais prováveis; (4) os sinais e sintomas típicos de doenças podem estar ocultos

ou ser muito leves (ex. a febre pode ser mínima ou ausente durante uma pneumonia); (5) múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais estão presentes.²²

Este quadro remete às principais síndromes geriátricas os chamados “gigantes da geriatria” ou cinco “is”:²³ (A) incontinência urinária e/ou fecal (uma das maiores causas de institucionalização de idosos); (B) imobilidade (que acentua a diminuição da massa magra, podendo levar a sarcopenia e a escaras de decúbito); (C) instabilidade postural (com um risco aumentado de quedas e, conseqüentemente, fraturas); (D) insuficiência cerebral (*delirium*, alterações cognitivas); (E) iatrogenia (maior susceptibilidade a reações colaterais e à intoxicação, que pode se manifestar na forma de um ou mais dos “gigantes”). O termo “gigantes da geriatria” foi instituído por Bernard Isaacs (1924-1995).²⁴

Em relação às várias morbidades concomitantes (plurimorbidade), Leeman et al.²⁵ destacam que 88% dos indivíduos com 65 anos ou mais têm pelo menos uma doença crônica, e 69% dos idosos apresentam mais de uma doença e/ou morbidades. Como consequência, esses indivíduos consomem mais medicamentos, têm maior número de internações hospitalares e por tempo mais prolongado.

Assim, o impacto das peculiaridades do indivíduo idoso no âmbito da saúde, aliado ao fato de muitas vezes não se conseguir detectar todos os problemas do paciente através da abordagem clássica centrada na queixa principal (o chamado fenômeno do *iceberg*), levou à necessidade de se criar uma metodologia diferenciada de avaliação do indivíduo idoso: a “avaliação geriátrica ampla” (AGA). Esta, idealmente, deve ser multidimensional e interdisciplinar.²⁶ A AGA é considerada o coração e a alma da Medicina Geriátrica, sendo a resposta à complexidade e multiplicidade de problemas dos idosos.²⁷

Porém, entre idosos, muito mais do que apenas a ausência de doença, a qualidade de vida é um reflexo da manutenção da autonomia, ou seja, a capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. Uma vez que a ausência de doença é rara entre os idosos, mas a satisfação com a vida é muito frequente, a capacidade funcional passa a ser um paradigma da saúde geriátrica. A saúde do idoso, sob este prisma, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica.

O comprometimento de qualquer uma destas dimensões pode afetar a capacidade funcional do idoso, apresentando um impacto na qualidade de vida.²⁸

Outro conceito de fundamental importância para a saúde da população idosa é a vulnerabilidade ou fragilidade. Saliba et al.²⁹ definem idoso vulnerável como aquele que se encontra com risco elevado de declínio funcional e morte em dois anos. Estes autores apontam a necessidade de se identificar indivíduos em situação de vulnerabilidade para que sejam estabelecidas intervenções precoces.

Mais do que em qualquer outro grupo etário, os idosos sofrem de doenças terminais. Nesse momento, emergem os cuidados paliativos. A Declaração de Brasília, fruto do debate durante a Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe,³⁰ traz a recomendação de “que se prestem cuidados paliativos às pessoas idosas que padeçam de enfermidades em fase terminal, bem como apoio a seus familiares, e que os profissionais sejam bastante sensíveis e competentes para perceber o sofrimento e aliviá-lo mediante intervenções de controle de sintomas físicos e psicossociais, em consonância com a assistência espiritual requerida pela pessoa idosa”.

Finalmente, a atenção adequada à saúde dos idosos requer conhecimentos específicos diferentes daqueles necessários ao cuidado de adultos. Assim, justifica-se a formação do médico especializado no cuidado do indivíduo idoso, o geriatra, assim como se justifica a formação do médico especializado no cuidado da criança, o pediatra.³¹

HISTÓRIA DA GERIATRIA

Preocupações com longevidade, imortalidade e busca pela vida eterna estiveram sempre presentes na história da humanidade, podendo ser observadas na mitologia grega, em papiros do antigo Egito e em escritos bíblicos. Em busca da Fonte da Juventude, Ponce de Leon descobriu a Flórida, nos Estados Unidos da América, no século XVI.²⁴

O mais antigo símbolo médico conhecido, o caduceu, originou-se na Mesopotâmia e foi encontrado em vasos datados de 2700 a.C. Este símbolo está intimamente relacionado à aspiração ancestral de rejuvenescimento, simbolizada pelas serpentes que, ao renovar suas peles, permanentemente se rejuvenescem.³²

Médicos e filósofos da antiguidade fizeram observações sobre doenças associadas ao envelhecimento. Na Grécia antiga, a teoria predominante de envelhecimento referia-se ao calor intrínseco, um dos elementos essenciais e o principal relacionado à vida.³² Hipócrates descreveu a velhice como fria e úmida, o que pode ter sido o início do reconhecimento da insuficiência cardíaca como afecção comum da terceira idade. Aristóteles, um século depois, apresentou sua teoria, também relacionando envelhecimento à perda de calor intrínseco.³³ A vida consistiria na manutenção desse calor e de sua relação com a alma, que se localizaria no coração. Para se manter, o calor intrínseco necessitaria de combustível e, na medida em que este combustível fosse consumido, sobreviria o envelhecimento.³²

Na Roma Antiga sobressai-se o legado de Marco Túlio Cícero, que em seu livro *De Senectute*, traz soluções válidas até os dias atuais.³² Cícero foi provavelmente pioneiro em reconhecer a anorexia dos idosos.³⁴ Galeno, outro célebre médico romano, foi autor de trabalhos de capital importância para a Medicina até pelo menos o século XVI, quando Vesalius e William Harvey retomaram seus temas. Galeno combinou a teoria dos quatro humores, a noção aristotélica do calor intrínseco, a noção de *pneuma* (espírito) e crença num só deus. Considerava a velhice fria e seca, e aconselha, em seu livro *Gerontomica*, a manter os idosos aquecidos e umedecidos.³²

No mundo islâmico medieval, destaca-se o médico Avicena, que escreveu *The Canon of Medicine* (1025), onde tece considerações sobre a necessidade de sono, discute aspectos dietéticos e recomenda a prática de exercícios para idosos. Aborda, em várias seções, a questão da constipação, e recomenda a utilização de óleos para o corpo.³⁵

No século XII, Roger Bacon propôs um programa científico de investigação epidemiológica da longevidade de pessoas vivendo em diferentes locais e sob diferentes condições.³³ Para Bacon, seria possível proteger-se do envelhecimento através da adoção de dieta controlada, repouso, exercícios e estilo de vida moderados, bons hábitos de higiene e inalações frequentes da respiração de uma jovem mulher virgem.³⁶

Na segunda metade do século XV, o médico italiano Gabriele Zerbi produziu o primeiro livro impresso destinado exclusivamente à Geriatria, onde além de abordar características normais e aspectos patológicos e descrever virtudes

necessárias àqueles que pretendessem se dedicar ao cuidado desta população, refere o uso de leite humano para a melhoria das condições dos idosos. Ainda no século XV, o médico francês André Laurens escreve o primeiro livro de Geriatria em língua francesa, onde, a partir da observação de autópsias em idosos, discute a teoria de que o coração diminui a partir dos cinquenta anos.³²

Durante os séculos XVIII e XIX, vários médicos escreveram especificamente sobre doenças do envelhecimento e seu tratamento. Em Paris, o Hospital Salpêtrière, que acomodava de dois a três mil idosos, pode ser considerado o primeiro estabelecimento geriátrico, onde o neurologista e psiquiatra Jean-Martin Charcot ministrava suas aulas sobre envelhecimento. Charcot publicou em 1867 suas "Lições sobre o envelhecimento", primeiro trabalho formal sobre o tema a surgir nos Estados Unidos.¹⁵

Durante os séculos XVIII e XIX, vários médicos escreveram especificamente sobre doenças do envelhecimento e seu tratamento, porém, o século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice.

Em 1903, Elie Metchnikoff defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a GERONTOLOGIA, a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo). Propunha a criação de um campo de investigação dedicado ao estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos.¹⁵ Por definição, Gerontologia é o campo multiprofissional e multidisciplinar que visa à descrição e explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico. A Gerontologia é intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida.¹¹

Em 1906, o neuropsiquiatra alemão Alois Alzheimer apresentou a seus pares o caso de sua paciente Auguste D., que apresentou sinais de demência aos 55 anos. Após a morte de Auguste D., Alzheimer estudou seu cérebro, observando a presença de placas e emaranhados neurofibrilares no córtex cerebral, reforçando observações anteriores. A partir de então passou a ser descrita a nova entidade nosológica que recebeu seu nome.³⁷

Em 1909, Ignatz Leo Nascher, médico vienense radicado nos Estados Unidos, propôs a criação de nova especialidade médica, destinada a tratar das doenças dos idosos e da própria velhice, a qual

denominou GERIATRIA. Nasher, considerado o “pai da Geriatria”, fundou em 1912 a Sociedade de Geriatria de Nova York, escreveu o livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment* em 1914 e, em 1917, foi convidado para ser editor da revista *The Medical Review of Reviews* na sessão de Geriatria.¹⁵

Na década de 1930, a médica inglesa Marjorie Warren desenvolveu princípios até hoje tidos como centrais na prática da Geriatria moderna, sendo considerada a “mãe da Geriatria”. Warren instituiu a primeira unidade de cuidados geriátricos e sistematizou a avaliação de pacientes idosos (os primórdios da AGA). Pela primeira vez estimulou os pacientes a sair da cama e caminhar, introduzindo o conceito de reabilitação. Entre 1940 e 1950, publicou vinte e sete artigos científicos sobre reabilitação.³⁸

Em 1942, foi criada a *American Society of Geriatrics* e, em 1946, a *Gerontological Society of America*. Em 1946, foram publicados pela primeira vez o *Journal of Gerontology* e o periódico *Geriatrics*. Em 1953, foi lançado o *Journal of the American Geriatrics Society* e em 1961 teve início a publicação do *The Gerontologist*.²⁴

Em 1947 foi fundada, no Reino Unido, a *Medical Society for the Care of the Elderly*, entidade que passou a ser denominada *British Geriatric Society* em 1959.³⁸

Na Espanha, a *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* foi fundada em 1948. De 1946 até meados dos anos 50, foram organizados vários cursos médicos de pós-graduação, que provavelmente são os primeiros cursos oficiais de Geriatria em todas as escolas européias de Medicina.³⁹

Em 1950, na cidade de Liège, Bélgica, foi fundada a *International Association of Gerontology* (IAG). Em 2005, passou a se denominar *International Association of Gerontology and Geriatrics*, que atua na promoção e desenvolvimento da Gerontologia e Geriatria como uma ciência, congregando sociedades científicas de todo o mundo. Periodicamente promove o *World Congress of Gerontology*, atualmente a intervalos de quatro anos, sendo que o último foi realizado no mês de julho de 2009, na cidade de Paris.⁴⁰

Em 1954, Tibbits introduziu o termo GERONTOLOGIA SOCIAL, que é a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste processo.¹⁵ Mais recentemente, tem-se utilizado a terminologia BIOGERONTOLOGIA,

GERONTOLOGIA BIOLÓGICA ou GERONTOLOGIA BIOMÉDICA, que se refere ao estudo do fenômeno do envelhecimento (como e por que envelhecemos) do ponto de vista molecular e celular, orgânico, evolutivo e de todas as interfaces entre eles, de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas ao envelhecimento. Adicionalmente, visa aplicar os conhecimentos do processo de envelhecimento na sua desaceleração, ou mesmo, no aumento do tempo de vida e da vitalidade dos seres humanos.¹⁸

Diante da importância do envelhecimento populacional, novas entidades relacionadas à área têm surgido, como o *National Institute on Aging* (NIA),⁴¹ fundado em 1975; a *International Association of Biomedical Gerontology* (IABG),⁴² fundada em 1985; o *International Institute on Ageing* (IIA),⁴³ fundado em Malta em 1987; e a *Academia Latinoamericana de Medicina Del Adulto Major* (ALMA), fundada em 2002.⁴⁴

No Brasil, o Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), criado em 1973, é considerado a instituição pioneira no ensino de Geriatria na graduação em Medicina.⁴⁵ Em março de 1971, o professor Yukio Moriguchi, imigrante japonês que fez sua formação na Universidade de Tóquio, foi contratado pela PUCRS para ministrar a primeira cadeira de Geriatria da América Latina. O site da SBGG apresenta uma linha do tempo com os marcos da Geriatria no Brasil. O IGG aparece mais uma vez como pioneiro em outros âmbitos: em 1972 foi criada a residência médica em Geriatria, reconhecida pelo Ministério de Educação e Cultura em 1979; em 1980, foi instituído o curso de Especialização em Geriatria.¹³ Nesta linha do tempo, consta que a Geriatria foi credenciada como especialidade da Clínica Médica pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1983. No Rio Grande do Sul, o Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS foi nomeado Centro Estadual de Atenção à Saúde do Idoso em 2002. O Hospital Nossa Senhora da Conceição também recebeu esta designação (Portaria SAS/MS nº 249, de 12 de abril de 2002).⁴⁶

A Geriatria, com suas facetas de assistência, ensino e pesquisa certamente florescerá cada vez mais devido à realidade do rápido envelhecimento populacional, que é reconhecido como fenômeno mundial e irreversível.⁴⁷ Passados 15 anos do lançamento do livro que apresentou os dados da tese de doutorado do Dr. Renato Veras, realizada no Guy's Hospital da Universidade de Londres,

pode-se afirmar que o Brasil é realmente “um país jovem com cabelos brancos”.⁴⁸

CONCLUSÕES

Geriatrics refere-se à especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. Pela sua complexidade somada ao envelhecimento populacional, torna-se uma especialidade instigante, desafiadora e contemporânea.

Que a legião de idosos e de “envelhescentes” brasileiros seja a inspiração para o envolvimento de todos os geriatras, gerontólogos e profissionais que atuam na área, para a busca de caminhos que levem ao envelhecimento digno, ativo e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Chaimovicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:184-200.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population division. *World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings*. New York: United Nations; 2009. Working paper No. ESA/P/WP.210. p. IX-XIII. [107 p.]. [acesso 2009 dez 17]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf
- Merck Institute of Aging and Health. Gerontological Society of America. *The state of aging and health in Latin America and the Caribbean 2004*. Washington; Pan-American Health Association; 2004. [48 p.]. [acesso 2009 dez 17]. Disponível em: http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/SAHA_2004.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese de Indicadores 2008. Tabelas de resultados. Tabela 1.1- População residente por grandes regiões. Segundo o sexo e os grupos de idade 2007-2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. [213 p.] [acesso 2009 set 20]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/sintese_pnad2008.pdf
- Rede Intergeracional de Informações Para a Saúde (RIPSA). *Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Série G. Estatística e informação em saúde. Série Informe de Situação e Tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009. [40p.]. [acesso 2009 abr 8]. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/7/7/277-LIVRO_Informe_de_Situacao_livreto_WEB.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [18 p.]. [acesso 2009 dez 18]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil para o período de 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE/COPIS; 2004. [82 p.]. [acesso 2009 dez 18]. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_081010-120048-289.pdf
- Costa EFA, Porto CC, Soares A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatrics e gerontologia. *Revista da UFG*. [periódico on-line]. 2003 Dez [acesso 2007 Mar 19];5(2):[14 p.]. [acesso 2009 dez 19] Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html
- Rede Intergeracional de Informações Para a Saúde (RIPSA). *Indicadores e dados básicos - Brasil - 2008. IDB-2008. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM 2007*. [acesso 2009 dez 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/matriz.htm#mort>
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. [acesso 2009 dez 18]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>
- Motta LB, Aguiar AC. *Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2007;12:363-72.
- Joint Committee on Higher Medical Education. *Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine*. London: The Committee; 2003.
- Sociedade Brasileira de Geriatrics e Gerontologia. [Internet]. Rio de Janeiro: SBGG; c2009. [acesso 2009 dez 22]. Disponível em: <https://www.sbgg.org.br/default.aspx>
- Garcez-Leme LE, Leme MD, Espino DV. Geriatrics in Brazil: a big country with big opportunities. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:2018-22.
- Papaléo-Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L., Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatrics e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p.2-12.
- Report of the World Assembly on Aging; 1982 26 July-6 August; Vienna, Áustria: New York: United Nations; 1982. chap. VI, sect. A).
- Report of the Second World Assembly on Ageing; Building a society for all ages. 2002 8-12 April; Madrid, Espanha; New York: United Nations; 2002: chap. I, resol. 1, annex II.
- Cruz IBM, Schwanke CHA. Reflexões sobre biogerontologia como uma ciência generalista, integrativa e interativa. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2001;3:7-36.
- Kirkland JL. The biology of senescence: potential for prevention of disease. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:383-405.
- Troen BR. The biology of aging. *Mt Sinai J Med*. 2003;70:3-22.
- Fries JF. Successful aging: an emerging paradigm of gerontology. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:371-82.
- Reichel W, Gallo JJ. Princípios fundamentais da assistência ao idoso. In: Reichel W. *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, editores. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001. p. 3-14.
- Cunha UGV, Alves VXF, Scoralick FM, Silva SA. Avaliação clínica do paciente idoso. *J Bras Med*. 2002;82:72-8.
- Morley JE. A brief history of geriatrics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;11:1132-52.

25. Leeman J, Harrel JS, Funk SG. Building a research program focused on vulnerable people. *West J Nurs Res*. 2002;24:103-11.
26. Levy SM. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, editores. *Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.;2001. p.15-29.
27. Solomon DH. Foreword. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive geriatric assessment*. Philadelphia: Mc GrawHill; 2000.
28. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L., Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p.72-8.
29. Saliba D, Elliott M, Rubenstein L, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1691-9.
30. Organização das Nações Unidas. Informe da Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe. Brasília: CEPAL; 2007 dez 4-6. [32 p.] [acesso 2009 dez 22] Disponível: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASIL014_2aConf.pdf
31. Finucane TE. How is geriatrics different from general internal medicine? *Geriatr Geront Int*. 2004;4:259-61.
32. Leme LEG. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: Matheus PN. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p.13-25.
33. Evans JG. Geriatric medicine: a brief history. *Br Med J*. 1997;315:1075-7.
34. Chase P, Mitchell K, Morley J. E. In the steps of giants: the early geriatrics texts. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:89-94.
35. Howell TH. Avicenna and his regimen of old age. *Age Ageing*. 1987;16:58-9.
36. Gaylord SA, Williams ME. A brief history of development of geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42:335-40.
37. Verhey FR. Alois Alzheimer (1864-1915). *J Neurol*. 2009;256:502-3.
38. Barton A, Mulley G. History of the development of geriatric medicine in the UK. *Postgrad Med J*. 2003;79: 229-34.
39. Ribera-Casado JM. Commentary: the history of geriatrics: a model for equity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:1166-7.
40. International Association of Gerontology and Geriatrics. [Internet]. Rio de Janeiro: IAGG; c 2008. [acesso 2009 out 16]. Disponível em: <http://www.iagg.com.br/webforms/index.aspx>
41. National Institute of Aging. [Internet]. Bethesda: NIA; 2009. [capturado 2008 Set 25]. Disponível em: <http://www.nia.nih.gov>
42. International Association of Biomedical Gerontology. [Internet]. 13th Congress of the International Association of Biomedical Gerontology (I.A.BG.). 2009 May 18-20; Quebec, Canadá. [acesso 2009 out 16]. Disponível em: <http://www.iabg2009.com/>
43. International Institute on Ageing. [Internet]. Malta: IIA; c 2001. [acesso 2009 out 16]. Disponível em: <http://www.inia.org.mt>
44. Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA). ALMA; c2006. [acesso 2009 out 16]. Disponível em: <http://www.almageriatria.org/>
45. Souza ACA, organizador. Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS: o berço da geriatria acadêmica no Brasil. Porto Alegre: Edipucrs; 2003.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: O Ministério; 2002. 104 p. [acesso 2009 dez 23]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/03_0040_M.pdf
47. World Health Organization. *Towards age-friendly primary health care*. Geneva: The Organization; 2004. (Active Ageing Series).[30 p.]. [acesso 2007 Set 20]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>
48. Veras R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ; 1994.

Endereço para correspondência:
CARLA HELENA AUGUSTIN SCHWANKE
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - IGG
CEP: 90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone: (55-51) 3336-8153 - Fax: 3320-3862
E-mail: schwanke@pucrs.br