UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

FORA DE EMPRESTIMO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº092

PS
SESC
092

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

Renato P. Veras; Benigno Sobral; Sidney D. da Silva, Jarbas L. Noqueira

Junho 1994

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

RENATO P. VERAS, BENIGNO SOBRAL,
SIDNEY DUTRA DA SILVA, JARBAS L. NOGUEIRA

JUNHO/1994

Nº 92

Diretor: José C. Noronha
Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)
Michael Reichenheim
Joel Birman
Eduardo Levcovitz
Revisão feita por Clara Recht Diament.
Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ficha elaborada pela Biblioteca
do Instituto de Medicina Social - UERJ

V 476 VERAS, Renato P., SOBRAL, Benigno, SILVA, Sidney Dutra da, et. al., Políticas de atenção à saúde na terceira idade. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994. 16 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 92)

IDOSO
POLÍTICA DE SAÚDE

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

RENATO P. VERAS, BENIGNO SOBRAL,***
*SIDNEY DUTRA DA SILVA,*** JARBAS L. NOGUEIRA*****

I - APRESENTAÇÃO

Este texto é o resultado de dois dias de trabalho executado por um conjunto de profissionais de vários estados brasileiros que foram selecionados para participarem da Oficina de Trabalho, realizada em Recife nos dias 19 e 20 de junho, durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. A listagem dos participantes e seus endereços encontra-se no final do relatório.

Devido ao grande número de assuntos abordados e à preocupação da coordenação e dos relatores deste documento em expressar da forma mais operacional possível a discussão, optou-se por se escrever um texto curto, que apresente filosofias e concepções mais genéricas e uma listagem de tópicos que foram aprovados, previamente, para implementação. O grupo considera que foi dado um grande passo ao trazer, para dentro do campo da saúde coletiva, um tema tão importante dos dias atuais: a Terceira Idade. Para uma

* Professor Adjunto da UERJ e diretor da UnATI.
** Coordenador de seminários da UnATI/UERJ.
*** Mestrando do Instituto de Medicina Social IMS/UERJ.
**** Professor do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

primeira reunião de trabalho, de um grupo de diferentes inserções profissionais e concepções possivelmente variadas, o resultado pode ser considerado adequado; principalmente pelo fato de este documento ser o primeiro sobre Terceira Idade a circular oficialmente pelos Institutos, Unidades de Pesquisa, Faculdades e Departamentos de Saúde Coletiva.

O primeiro passo foi dado. Muito ainda teremos que fazer; no entanto, uma grande vitória foi conquistada: conseguir que façam parte da pauta da atual diretoria da ABRASCO as recomendações e sugestões aqui expostas.

II - PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO IDOSO

Nas demandas que afligem as pessoas idosas, não devemos nos restringir aos aspectos puramente da idade cronológica, mas também àqueles de natureza sócio-econômica, geográfica, política e de saúde, visto que cada idoso possui características específicas, relativas ao ingresso, ou não, no mercado produtivo e nas relações formais e informais que estabelece com o mesmo.

As políticas sociais no Brasil já excluem da sua abrangência os segmentos chamados produtivos; isto é, os potencialmente aptos ou os em vias de entrar no mercado. No caso da Terceira Idade verifica-se uma incipiente atuação do Estado, possivelmente pelo fato de alguns órgãos considerarem ter este segmento baixa possibilidade de recuperação da sua força de trabalho e de existência; assim, portanto, fora das políticas sociais.

Além da necessidade de reverter essa situação perversa, entendemos que qualquer ação nesta área deve ter como participantes o poder público, idosos e comunidade, na dimensão de um diagnóstico participativo. Este tripé só poderá ser estabelecido se encamparmos a filosofia de ação proposta por alguns organismos internacionais, em particular OMS/OPAS, traçando diretrizes baseadas nas premissas já estabelecidas pelas ações locais, já que

só assim teremos a efetiva e real participação dos vários atores sociais envolvidos no planejamento, concepção, direção e execução; enfim, no controle social das ações em saúde na Terceira Idade.

A avaliação das intervenções em saúde nas últimas décadas evidencia a fragilidade da participação da comunidade no processo de construção de uma saúde coletiva, onde o ensino, pesquisa e serviços se diluem num todo amorfo e sem produtos consistentes.

Mesmo com as dificuldades para a implantação do SUS, é fundamental lutar-se pela plena implementação, pois é através dele que se viabilizam a gestão local e seus desdobramentos, tais como: educação, habitação, complementação alimentar e assistência social. Desta maneira, criam-se melhores condições para um trabalho comunitário e de autogestão popular, como os movimentos do tipo "rede", agrupando ativistas, grupos de profissionais, lideranças e organizações populares, com estruturas organizativas bastante informais, sem uma direção formal, imbuídas de um caráter dinâmico e, ao mesmo tempo, efetivo na mobilização constante de seus membros, trocando experiências e debatendo propostas de trabalho.

O enfoque a ser adotado é o sócio-antropológico do envelhecimento, como produto do progresso da sociedade, e não como um problema em si mesmo, trabalhando o conceito de velhice como uma etapa do ciclo de vida, com possibilidades e problemas, e não somente com estes últimos.

Esta abordagem considera a intervenção de vários fatores que afetam a qualidade de vida das pessoas idosas, tais como: recursos e forma de utilizá-los, moradia, emprego e ócio, relações familiares, participação social, saúde, atividade cultural e possibilidades de desenvolvimento, entre tantos outros.

III - PROFUNDAS TRANSFORMAÇÕES MÉDICO-SOCIAIS

O crescimento demográfico do grupo etário dos de mais de 60 anos trouxe conseqüências ainda pouco compreendidas pelo conjunto de profissionais do campo da saúde coletiva. O que era, no passado, uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Atualmente, os pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população; todavia, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade do nível de vida. Apesar de muito longe do ideal, se compararmos a situação atual com a de quarenta ou sessenta anos atrás, percebemos melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito mais adequadas.

No Brasil, esse conjunto de fatores levou a uma acentuada redução nas taxas de mortalidade, particularmente nos primeiros anos de vida. Entretanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação para o crescimento da população do grupo etário de mais de sessenta anos está na drástica redução das taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos. As razões para a mudança do padrão reprodutivo são várias. De um lado, fruto do intenso processo de urbanização da população, há uma necessidade crescente de limitação da família, ditada pelo *modus vivendi* dos grandes centros urbanos (principalmente num contexto de crise econômica), caracterizado, entre outras coisas, por uma progressiva incorporação da mulher à força de trabalho e pelas mudanças de padrões sócio-culturais decorrentes da própria migração e da ação massificadora dos meios de comunicação (sobretudo a televisão), que, por sua vez, veiculam um padrão de vida caracterizado, principalmente, por famílias pequenas. Associada a esse contexto, pode-se observar uma crescente difusão de meios contraceptivos no Brasil.

A conjugação desses fatores se expressa, a médio prazo, numa significativa mudança do padrão demográfico do país; em outras palavras, de altas taxas para taxas relativamente baixas de mortalidade e natalidade.

Em termos médicos, o aumento do número de idosos em uma população se traduz pela maior quantidade de problemas de saúde; estes, além de serem de longa duração, freqüentemente requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo, envolvendo tecnologia complexa.

Apesar de uma importante parcela deste grupo etário estar bem de saúde, a imensa maioria dos que utilizam serviços de saúde retorna para uma ou mais consultas. Acresce-se a isto o fato de que as taxas de internação são bem mais elevadas quando comparadas a outro grupo etário, e o tempo médio de ocupação do leito é em média três vezes maior. A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê, em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo um prognóstico favorável.

O crescimento populacional brasileiro tem características distintas das dos países centrais. Aqui, apesar de o grupo etário jovem tender a reduzir-se proporcionalmente, ele ainda é expressivo. Agora, estamos diante de um importante crescimento do grupo etário idoso. Estes fatos colocam o Brasil frente a um novo e grande desafio: a alocação de recursos para atender às necessidades das faixas etárias jovem e idosa, ambas carentes de recursos e de grande demanda de serviços. Assim, os recursos para os programas sociais deverão ser destinados não apenas para combater as altas taxas de mortalidade infantil e a desnutrição, ou prover os programas educacionais, mas também para combater as doenças crônicas como artrite, cardiopatias, doenças degenerativas, debilidades cognitivas, entre outros males típicos da

velhice. Acrescentem-se aos problemas de saúde os benefícios e pensões da seguridade social a que todos os idosos têm direito. Em termos econômicos, coloca-se um grande desafio: dois grupos economicamente não-produtivos demandam os parcos recursos de um país carente e de pequena tradição de investimento na área médico-social.

Com o crescimento da população idosa, torna-se necessário, agora mais do que nunca, que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e que as autoridades competentes, de forma justa e democrática, encontrem os caminhos que levem à eqüidade na distribuição dos serviços e facilidades para com este grupo populacional. No Brasil, onde a população jovem é ainda bastante numerosa e apresenta problemas médico-sociais absolutamente prioritários, não se pode pretender que as ações do Estado sejam preferencialmente canalizadas para o grupo etário dos idosos, apesar de suas carências merecerem atenção especial. É, no entanto, sabido que com qualquer política de redução de tamanho e/ou participação do Estado, o idoso será fortemente atingido. Políticas neoliberais (mesmo em um país rico) como a inglesa dos últimos quinze anos levaram à deterioração da qualidade de vida dos idosos; e contra isto nos colocamos.

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas tal, por si só, não é o bastante; é também importante almejar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer. Manutenção de autonomia e independência é uma tarefa complexa que resulta dessa conquista social. O desafio para os países subdesenvolvidos é considerável, já que no passado, quando as populações dos países europeus começaram a envelhecer, tais países eram ricos, a população mundial menor e a sociedade menos complexa.

Este é o desafio que temos que enfrentar: assegurar serviços de qualidade para os idosos, desenvolvendo, concomitantemente, recursos humanos de excelência para lidar com o grupo etário que mais cresce em nosso país.

Dentre as instituições públicas, a Universidade é, no momento, a mais equipada para responder a esta necessidade. A estruturação de microuniversidades temáticas voltadas para a Terceira Idade pode ser o ponto de partida. Lá os idosos, além da assistência que podem receber, podem também propiciar uma coorte inestimável para pesquisas em várias áreas do conhecimento, além de ajudar na formação de profissionais de alta qualificação e alavancar a produção de conhecimento sobre Terceira Idade.

Em conclusão, o grupo desta oficina entendeu que já é hora de nos estruturarmos para responder a mais esta importante demanda social. A questão social do idoso, em face de sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima ou, pelo menos, amenize a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer condições adequadas para vivê-la. Papel importante tem a Saúde Coletiva para desempenhar, e a expectativa dos membros dessa oficina é que a ABRASCO lute pelas políticas e propostas listadas no item que se segue.

IV - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

CONSIDERANDO QUE:

1. A revalorização da pessoa idosa implica melhoria dos graus de independência, autonomia e bem-estar, o que lhes permite continuar participando ativamente da sociedade;

2. A organização de programas específicos de assistência à Saúde do Idoso, elegendo problemas maiores de Saúde (entre outros a Hipertensão Arterial e a Diabetes) para a condução do processo de assistência, permite estimular, além da assistência ao idoso em geral, o treinamento de pessoal;

3. A assistência médica formal não consegue cobrir todas as necessidades dos idosos. Daí a necessidade, sempre presente, da criação de equipe interdisciplinar para esse atendimento, entendendo-se que essa medida resultará na redução de internações e na diminuição dos custos;

4. Dentre os problemas mais importantes da Saúde dos idosos destacam-se os quadros de deficiência cognitiva; pois, pela gravidade e magnitude, merecem destaque especial quanto à assistência, exigindo treinamento específico, que vai do nível familiar ao pessoal da rede básica, alcançando até o nível quaternário;

5. Os problemas de saúde ficam, em grande parte, encobertos ou não diagnosticados por uma série de circunstâncias, que passam inclusive por preconceitos incorporados pelos serviços. O Sistema de Saúde deve se preparar para isso, desenvolvendo estratégias de assistência ao idoso, onde a busca ativa nos serviços e nos domicílios seja a linha fundamental, além de incluir a transformação da rede básica de saúde como principal porta de entrada no atendimento ao idoso;

6. A Saúde Coletiva representa, na realidade, o Fórum privilegiado para encontros e debates sobre a saúde do idoso e os processos de envelhecimento. Assim, deve-se estimular a participação de produtores de conhecimentos — pesquisadores e técnicos — em seminários, simpósios e congressos de Saúde Coletiva;

7. Apesar do crescimento de iniciativas de projetos de ensino, investigação e extensão por parte de setores do ensino superior sobre as questões da Terceira Idade, elas são ainda muito tímidas, restritivas e pouco entendidas pelas instituições. A Oficina colocou que é urgente o desenvolvimento de procedimentos de avaliação de como a Universidade tem colocado a questão do processo de envelhecimento e de proceder a debates sobre o seu papel no âmbito da Gerontologia e da Geriatria, além de rastrear as pesquisas da área;

8. A Gerontologia e a Geriatria são raramente oferecidas como disciplinas nas Faculdades da área da Saúde e afins e, mesmo quando ocorrem, acabam ficando em situação marginal. Embora de caráter eletivo, deve-se estimular a criação de disciplinas gerontológicas e geriátricas nos cursos de graduação e pós-graduação.;

9. As experiências das Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs) são muito importantes, apesar do número pequeno, principalmente daquelas com reconhecimento da comunidade científica e de usuários. Esses projetos devem estar vinculados, principalmente, à formação de recursos humanos, a pesquisas e à integração de profissionais nas questões da Terceira Idade;

10. A baixa prioridade atribuída à Terceira Idade nas políticas públicas (assistenciais, previdenciárias e da ciência e tecnologia) evidenciam um descaso para com as questões específicas deste segmento populacional.

RECOMENDAM-SE AS SEGUINTES AÇÕES:

1. Difundir informações de aspectos gerais a respeito do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica para situar o problema, pois o

público-alvo pode não ter conhecimento específico sobre o tema gerontológico;

2. Apoiar a Lei 8.842 de 04/01/94, que define a Política Nacional do Idoso e as congêneres estaduais e municipais de composição tripartite e paritária, assegurando assento no conselho para a comunidade científica, através da representação da SBPC e ABRASCO;

3. Invocar as três esferas de governo para a criação de condições e de maior estímulo aos encaminhamentos das demandas em saúde do idoso;

4. Fortalecer a parceria setor público e empresas do setor privado nas questões da Terceira Idade;

5. Intensificar nos municípios a criação de trabalhos de assistência à saúde e ao bem-estar dos idosos, através da rede básica de saúde e da criação de sistemas de referência e contra-referência própria que incluam a participação de instituições de apoio social;

6. Organizar programas de saúde do idoso ou de assistência na rede pública de saúde dentro dos princípios do Cuidado Integral à Saúde, com ênfase particular a ações que estimulem a participação ativa da população e à organização de programas de assistência ou de reabilitação, a nível domiciliar — Programa de Internação Domiciliar e Programa de Assistência Domiciliar — visando, em especial, aos idosos demenciados e aos incapacitados, como também à ampliação dos ambulatórios qualificados para a atenção ao idoso;

7. Incentivar a criação dos chamados espaços alternativos ou instâncias intermediárias, tais como: Centros de Convivência, Centros-Dia, Centros-Noite, Hospitais-Dia e Hospitais-Noite; Lares Abrigados e Protegidos,

Oficinas Protegidas e Trabalho Protegido - chamados de Empresas Sociais, para que a "desospitalização" não signifique uma simples alta e sim a manutenção do vínculo assistencial; ou seja, a desinstitucionalização;

8. Criar um programa de treinamento voltado para o pessoal da assistência, cujo conteúdo de conhecimentos contemple os problemas do envelhecimento;

9. Incentivar o Estado a apoiar a estrutura e a dinâmica familiar; pois, em países como o nosso, os encargos do cuidado com a pessoa idosa ficam por conta quase que exclusivamente da família, a única fonte de apoio emocional, afetivo e econômico para a pessoa idosa;

10. Enfatizar a problemática da mulher idosa em vista de sua especificidade;

11. Promover a saúde, objetivando a autodeterminação da pessoa idosa com relação à sua saúde e bem-estar (autocuidado);

12. Promover e capacitar o voluntariado social, contribuindo assim para a manutenção do idoso no meio familiar e comunitário;

13. Definir perfis de risco: físico, mental e social, incidentes nas pessoas idosas;

14. Estimular a organização de níveis secundários e terciários de referência em saúde do idoso. Em particular, foi entendido que os municípios de médio e grande portes devem contar com núcleos de atendimento ambulatorial especializados, de caráter interdisciplinar, como local de referência, tanto assistencial quanto de treinamento, no setor destinado aos profissionais que atuam na rede básica;

15. Sensibilizar os órgãos de fomento à pesquisa, no sentido de criação da área de conhecimento "Terceira Idade", indicando e rastreando grupos técnicos para participar no julgamento dos pedidos de financiamento em projetos de pesquisa;

16. Sensibilizar o público e grupos de decisão para as necessidades dos idosos e seu direito ao trato não-discriminatório e a uma assistência integral;

17. Obter e difundir informações relevantes sobre a situação dos idosos nos Países Membros;

18. Promover a incorporação ativa dos idosos em diversas atividades que potenciem suas capacidades biopsicossociais;

19. Abordar tanto a educação gerontológica formal quanto a informal, incluindo em ambas os próprios idosos;

20. Investigar as relações de agravo entre postos de trabalho, saúde e processo de envelhecimento; além dos levantamentos sobre a autopercepção dos próprios idosos. O método epidemiológico deve ser utilizado;

21. Promover o debate acerca dos modelos de ensino mais adequados para o aprendizado da gerontologia;

22. Incentivar as investigações que abordem as redes sociais informais. Com a redução do tamanho e características da família, este tópico ganha relevância especial;

23. Privilegiar o enfoque preventivo e de promoção de saúde — desenhando planos de ação que envolvam grupos mais jovens da população —, experiências intra e intergeracional;

24. Adaptar os instrumentos e indicadores tradicionalmente utilizados em investigação gerontológica à realidade de cada país, para assegurar a comparabilidade dos resultados;

25. Realizar uma revisão exaustiva das investigações, tanto biológicas quanto sociais, vinculadas ao processo de envelhecimento e aos idosos, realizadas nos países da América Latina e do Caribe, nos últimos dez anos, para difundir e aproveitar seus resultados;

26. Incentivar a descentralização de cursos de formação gerontológica e geriátrica, inclusive os de Metodologia de Pesquisa nesta área de conhecimento.

V - PARTICIPANTES DA OFICINA

- Adriano César Gordilho - Médico - Rua Padre Feijó, 185 - Canela - Salvador/BA - CEP 41.201-000.
- Angela Santana do Amaral - Assistente Social - Fundação CELPE de Seguridade Social - Av. João de Barros, 66 - Boa Vista - Recife/PE - tel. (081) 421-3499/421-1002 ramal 32. - CEP 50.100-020.
- Benigno Sobral - Coordenador de Seminários/UnATI/UERJ - endereço residencial: Rua Francisca Vidal, 218 - Pilares - tel. 269-2775.

- Marcelo Claúdio Cortez Mathias - Centro de Convivência da Terceira Idade Vida Nova - Rua Euclides da Cunha, 200 - Gonzaga - Santos/SP - tel. (0132) 39-1434 - Prefeitura Municipal de Santos. CEP 11.065-101

- Dicelma Maria de Medeiros Simões - SQN 1/4 bl 4 - apt° 604 - Brasília/DF - tel. (061) 314-6322 (Coordenação de Atenção a Grupos Especiais - Ministério da Saúde) - SAS Q4 bl N - 10° andar - Ala Sul - INAMPS - tel residencial: (061) 347-2104. CEP 70.058-902

- Flávia Pereira da Silva - Rua Prof. Sílvio Rabelo, 315/102 - Candeias - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54.420-290 - tel. (081) 468-1042 (res)/271-8491(UFPE).

- Flávio Augusto Weigert - Prof. aposentado/UFSM - Rua Matoso Câmara, 290 - tel. (055) 221-1276 - CEP 97050-500 - Santa Maria/RS.

- Francisco Carlos de Brito - Médico Geriatra - Rua Antônio Aggio, 385 - Jardim Ampliação - São Paulo - Capital - tel. (011) 844-6350. CEP 05.713-420.

- Jorge Alexandre Silvestre - Professor Titular de Geriatria - Universidade do Rio Grande - endereço residencial: Rua Barão de Cotegipe, 395/301 - CEP 96200-290 -Rio Grande/RS - tel. (0532) 32-2852.

- Luiz Roberto Ramos - Médico - Centro de Estudos sobre Envelhecimento - setor de Geriatria e Gerontologia - Escola Paulista de Medicina - Rua dos Otoni, 731 - São Paulo/SP - CEP 04025 - tel./fax: (011) 573-0702. CEP 04023-062

- Margarida Santos - Universidade de Pernambuco - FESP/UPE - Av. Domingos Ferreira, 4161/apt° 403 - Boa Viagem - CEP 51021-040 - tel.

(081) 326-9691(res.) - FENSG - Rua Arnóbio Marques, 310 - Campus Universitário de Santo Amaro - Recife/PE - tel. (081) 421-2776.

- Mário Antonio Sayeg - Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública - DAPS/Núcleo Saúde do Idoso - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/703 - .. CEP 21041-000 - Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - tel (021)590-3789. Endereço residencial: Av. Borges de Medeiros, 2475/901 - Jardim Botânico - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22470-000 - tel. (21)512-4868 - fax (021) 512-4768.

- Neidil Espínola da Costa - Médica - Gerência do Programa de Saúde do Idoso SMS/RJ - Rua Afonso Cavalcanti, 455/823 - Estácio - Rio de Janeiro/RJ - tel. (021)503-2257/503-2246. Endereço residencial: Rua Marquês de Valença, 134/901 - Tijuca - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20550-030 - tel. (021)234-1400/284-0726.

- Jarbas Leite Nogueira - Médico - Professor do Departamento de Medicina Social - Fac. Medicina R. P./USP - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto/SP - tel. (016) 633-1386/633-1000 ramal 2433 - residência (016)633-0190.

- Renato Maia Guimarães - Hospital Universitário de Brasília - endereço residencial: SQN 310, bl B, apt°308 - CEP 70756-020 - Brasília/DF.

- Renato P. Veras - Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ - Rua São Francisco Xavier, 524/10° andar - Maracanã - Rio de Janeiro/RJ - CEP 20559-900 - tel. (021)234-2167/fax (021)264-1142.

- Sidney Dutra - Mestrando em Saúde Coletiva/IMS/UERJ - Av. Sernambetiba, 3300/bl 7/apt° 702 - CEP 22630-010 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ - UnATI/UERJ tel.: (021)234-2167 - IMS/UERJ - tel.: (021) 284-8322, ramais 7303/7572.

- Sílvia Pereira - Presidente da SBGG/RJ - Rua Gilberto Cardoso, 260/703 - Leblon - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22430-070 - tel.: (021)239-2289 - SMDS (021) 503-2441/503-2246/503-2257 - SBGG/RJ - Rua Imperatriz Leopoldina, 8/1208 - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP 20060-030.
- Úrsula M. S. Karsch - Pró-Reitoria de Pós-Graduação PUC/SP - Rua Monte Alegre, 984 - CEP 05609-060 - São Paulo/SP - tel.: (011) 654035/(dir) fax: (011) 871-1416.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1993 —

071 - Fiori, José Luís. *Globalização, Estados nacionais e políticas públicas.* 24 p.
072 - Luz, Daniel. *Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa.* 64 p.
073 - Birman, Joel. *Um Futuro para a Psicanálise? sobre a psicanálise no século XXI.* 64 p.
074 - Teixeira, Luis Antonio. *O Instituto Butantan: visitando um período esquecido.* 36 p.
075 - Marques, Evair A., *Racionalidades Médicas: medicina ayurvédica - tradicional arte arte de curar da Índia.* 44 p.
076 - Fiori, José Luís. *A Questão do Pacto Social no Brasil.* 32 p.
077 - Hagge, Wandyr. *A Lógica do Labirinto.* 68 p.
078 - Andreazzi, Marco Antonio. *Impactos de Hidrelétricas para a Saúde, na Amazônia* - Parte I. 80 p.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1994 —

079 - Soares, Laura Tavares. *Sistemas Comparados de Seguridade Social na América Latina.* 104 p.
080 - Reichenheim, Michael Eduardo. *Investigando eficientemente a sensibilidade e especificidade de um instrumento de aferição através de um procedimento amostral incompleto.* 31 p.
081 - Ydalgo, Tereza. *Morte materna e pressões da realidade.* 20 p.
082 - Almeida, José Luiz Telles de. *Formação de pessoal de nível médio para o setor saúde.* 20 p.
083 - Birman, Joel. *Desamparo, horror e sublimação: uma leitura das formações ilusórias e sublimatórias do discurso freudiano.* 40 p
084 - Andreazzi, Marco Antônio Ratzsch de. *Impactos de Hidrelétricas para a saúde na Amazônia.* 72 p.
085 - Levcovitz, E, Eduardo, Arruda, Déa M.C., Garrido, Neyde Glória M, *A responsabilidade sanitária: duas ou três coisas que sei dela.* 31 p.
086 - Birman, Joel. *O futuro de todos nós*: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. 24 p.
087 - Silva, Fátima Maria, Caetano, Rosangela, Pinheiro, Roseny, *Custo-efetividade e custo-benefício no cuidado intensivo neonatal: atualizando informações.* 48 p.
088 - Camargo Junior, Kenneth Rochel de. *AIDS e saber médico*: notas históricas. 56 p.
089 - Fiori, J.L. *Sobre os Tempos de Itamar.* 20 p.
090 - Fiori, J.L *O Debate sobre o Consenso de Washington.* 68 p.
091 - Caetano, Rosângela. *O método CENDES/OPS e as avaliações econômicas: algumas semelhanças e diferenças.* 23 p.