

## EDITORIAL

### • *Trabalho e Liderança* •

Neste número do BOLETIM SBGG-RJ, não queremos considerar o ano de 96 como algo a se encerrar, isto é, com a costumeira postura de ano que termina, como alguma coisa que se completa. Queremos, num continuar, entrar 97 e, assim, manter o propósito de criar projetos de trabalho, já que ele nos permitiu disparar caminhos de crescer e mostrar que é sempre possível fazer. O caminho percorrido pela SBGG-RJ, em muitos aspectos, foi de realização e presença. Certamente foi fruto de grande, imedido trabalho, dedicação e desprendimento.

A SBGG-RJ percorreu estradas de diversos municípios do Estado do Rio, tornando realidade um projeto de descentralização do conhecimento da Gerontologia e Geriatria e chegou até os foros mais altos das decisões nacionais.

Consolidou respeitabilidade e mostrou estatura marcadamente histórica, galgando lugares

de interlocução e liderança. Liderança essencial, pois em momento algum necessitou envolvimento ou qualquer preço político. Nasceu do trabalho, da vontade de fazer.

A presença da SBGG-RJ, reconhecida entre tantos, permitiu em Goiás, sob consenso, que o Congresso Brasileiro de 97 seja realizado no Rio de Janeiro. Na mesma ocasião, em consonância com a iniciativa da SBGG, mostrou consistente colaboração na discussão sobre a reforma do Estatuto. Durante a Assembléia Geral da IX Jornada Brasileira que ali se realizava, irmanada às Regionais presentes, abraçou a inspirada sugestão do experiente Conselho Consultivo de conduzir essa discussão em etapas sucessivas até o XI Congresso Brasileiro. A SBGG-RJ assume, neste episódio, posição confortável e orgulhosa, por ter sido o berço dessa importante iniciativa que determinou mudança no rumo das discussões do nosso Estatuto,

certamente propiciando maior participação e aprofundamento.

Os fatos mostram a SBGG-RJ.

O trabalho gera resultados. A interlocução e a liderança, sabemos, representam responsabilidade aumentada.

Mas, como dissemos, 97 pretende ser um continuar de realizações de uma equipe que está convocada a permanecer e mostrar o mesmo ímpeto, qual seja o de trabalhar pelo amor do trabalho tão somente, sem o que não estaríamos, cômicos da tarefa cumprida, fechando, comprometidamente, este BOLETIM.

Nesta oportunidade, queremos desejar que o Natal, como verdadeira festa cristã, esteja tocando todos os corações, com o verdadeiro sentimento de comunhão.



## EXPEDIENTE

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

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

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

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

# DESEMPENHO

*O BOLETIM SBGG/RJ traz informações valiosas da Dra. Leninha do Nascimento sobre este órgão importantíssimo - a pele - que assoma, no processo de envelhecimento, a um lugar de destaque pela sua evidência, se "tornando um real marcador da idade cronológica".*

## ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

### Conceito

A pele é o órgão mais extenso do corpo humano e exerce inúmeras funções importantes: proteção contra agentes externos, defesa imunológica, termorregulação, percepção sensorial, secreção e resistência mecânica dos traumatismos.

Desde a mais remota antiguidade o ser humano demonstrou interesse pela beleza corporal, pelo aspecto estético.

O envelhecimento, sinônimo de "tornar-se velho" - é um processo natural e imutável a que todos nós iremos nos submeter.

O estudo do envelhecimento é complexo, pois é um assunto multidisciplinar, ultrapassando os limites da Dermatologia, da Clínica Médica, da Oncologia, da Cirurgia Plástica, da Farmacologia, da Biologia Celular e Molecular, sendo mais evidente na pele, tornando um real marcador da idade cronológica.

A Senescência cutânea é uma expressão proposta para grupar um certo número de alterações cutâneas próprias do velho ("atrofia ou elastose senil") que, entretanto, são perfeitamente visíveis em indivíduos menos idosos, máxime os tez clara. Instalam-se na dependência de fatores intrínsecos e ambientais, podendo conduzir, fora da senectude, ao mesmo resultado (Rabello, 1980).

As alterações cutâneas produzidas pelo tempo causam modificações da cor da pele, elasticidade, textura, atingindo dimensões mais abrangentes.

A epiderme se adelgaça devido ao aplainamento dos cones interpapilares e da diminuição do número e volume de suas células. Surgem modificações na bioquímica da matriz dérmica, bem como da sua vasculatura, rarefação dos pelos e perda da pigmentação, diminuição da produção do suor pelas glândulas sudoríparas e hiperplasia das glândulas sebáceas.

### Classificação

O envelhecimento da pele acompanha as alterações involutivas que ocorrem em diversos setores do organismo. Podemos considerar dois tipos distintos:

- envelhecimento verdadeiro ou intrínseco** - esperado, previsível, inevitável, progressivo - as alterações estão na dependência direta do tempo de vida.
- envelhecimento extrínseco ou fotoenvelhecimento** - por ação da exposição continuada, abusiva aos raios solares, a pele apresenta precocemente alterações comuns da pele senil.

Os termos Cronossenescências e Actinossenescência propostos por Porto et al (1990), bem caracterizam os dois fenômenos distintos que resultam na "pele velha".

Assim denominamos de Cronossenescência ou Dermatocronossenescência, o conjunto de alterações que ocorrem na pele, difusamente com alterações regionais, como consequência natural da idade. São portanto comuns a todas as pessoas, embora possam ocorrer variações topográficas que se iniciam, usualmente, a partir da quarta década.

Actinossenescência cutânea ou Dermatoactinossenescência compreende o conjunto de alterações da pele conseqüentes à exposição aos raios ultravioleta do sol, de expressão variável para cada indivíduo na dependência do grau de melanização da pele de sua predisposição, bem como da frequência e duração da

exposição ao sol ao longo da vida. Geralmente aparecem a partir dos 40 anos, mas podem surgir antes.

Senescência cutânea precoce sintomática compreende as alterações do tipo Cronossenescência ou da Actinossenescência que ocorrem em indivíduos portadores de estados patológicos peculiares.

### Etiopatogenia

Apesar dos mecanismos últimos que regem as transformações teciduais serem complexos e, ainda não perfeitamente esclarecidos, o declínio fisiológico gradual do envelhecimento cutâneo é bem conhecido.

O aumento da longevidade neste último século motivou interesse crescente sobre o assunto nas suas múltiplas facetas. Várias teorias foram propostas buscando explicações científicas satisfatórias na complexidade do processo de envelhecimento.

A etiologia é ainda mal conhecida. Alguns aspectos merecem ser destacados, principalmente de um certo sincronismo na involução dos diversos órgãos, incluindo a pele, porém sem um paralelismo absoluto.

São indubitáveis as influências de diferentes setores do organismo sobre a pele: nutricionais, endócrinos-hipofunção, hipofisária do hormônio tireotrófico, ACTH, gonadotrofinas e alterações gonadais.

---

**Leninha Valéria do Nascimento**  
Prof. Titular de Dermatologia da  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

**Comissão Editorial**  
**Coordenação**  
Ligia Py

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

# CONVITE

O Presidente da SBGG - Seção Pará, Dr. João Sérgio Fontes do Nascimento conversa conosco para nos dar notícias dos trabalhos por lá. Foi realizada, com sucesso, a 1ª etapa do Programa de Formação de Recursos Humanos, proposto pela SAS durante as reuniões prévias ao Seminário Internacional acontecido em Brasília, em julho. Deverá ser dado seguimento a esse programa no próximo ano. Ainda em conexão com Brasília, dessa vez com Dr. Jorge Silvestre do MS, vem acontecendo um trabalho da Coordenação da Macro Região Norte articulada com a SBGG-PA, liderado pelo Dr. João Sérgio, onde

são percorridos estados da Região Norte, com cursos e palestras sobre Geriatria e Gerontologia, visando sensibilizar a categoria profissional e a população idosa, através das Secretarias de Saúde locais. Está sendo aguardada orientação do MS para 1997 fazer novamente andar esse precioso processo. Nos dias 18 e 19 de novembro aconteceu um Seminário de Geriatria e Gerontologia, com a assessoria e a presença do Dr. Frederico de Azevedo Gomes. Dr. João Sérgio nos informa, ainda, dos encontros sistemáticos que vêm acontecendo, às primeiras quartas-feiras, com o objetivo de estruturar uma

diretoria para a SBGG-PA, com o apoio de colegas que já estão atuando na área, uma vez que é possível, agora, reunir profissionais que se qualificaram na especialidade da geronto-geriatria. Até então, o Dr. João Sérgio Fontes do Nascimento vinha, solitário e heróico, garantindo as ações da SBGG-PA. Nossa admiração por esse companheiro de lutas e conquistas se torna mais risonha ao tomarmos conhecimento dos seus contatos com fontes de recursos para a organização da Jornada Paraense de Geriatria e Gerontologia, em 1997, quando a nossa Regional, bem como as demais estarão convidadas para participar e, é agradavelmente lógico, para aplaudir.



## REMINISCÊNCIAS

*Muito oportuno o tema destas Reminiscências do Prof. Raul Penido Filho - o 1º Congresso - quando estamos respirando neste clima: o Brasileiro, no Rio; o Internacional, em Adelaide, tendo o Rio como cidade candidata para 2.005. Recordar, viver, agir, propor. Desenvolvendo ações em todas as congregações da nossa Sociedade.*

### O 1º Congresso

Prossigo em minhas reminiscências sobre a geração e evolução dessa Sociedade que hoje se espalha por todo esse nosso Brasil.

É evidente que minhas lembranças se focalizam sobretudo no acontecimento que mais contribuiu para a consolidação da SBGG, o 1º Congresso realizado no Hotel Glória. Era a primeira vez que se realizava em nosso país um Congresso de Geriatria e Gerontologia, disciplinas consideradas naquela época com pouca atenção e talvez mesmo desconfiança, pelos meios científicos.

Sempre procuramos a aproximação universitária. Após um Simpósio sobre Geriatria na Academia

Nacional de Farmácia efetuou-se, sob a orientação do Prof. Israel Bonomo da 4ª Cadeira de Clínica Médica da UFRJ, no Hospital São Francisco de Assis, Serviço do Professor Lopes Pontes, um curso de Iniciação em Gerontologia.

Nesses dias não era fácil realizar um Congresso. Dias duros passaram aqueles que se dedicaram ao estudo científico dos processos do envelhecimento. O Rio de Janeiro, então Estado da Guanabara teve eleito o Embaixador Negrão de Lima como seu supremo dirigente. Apogeu das intempéries políticas o governador, com extrema habilidade e paciência, organizou um secretariado da mais alta competência. Na Secretaria de Saúde a figura inconfundível do Prof. H. Monteiro Marinho, sem a menor dúvida o maior secretário de Saúde do Rio de Janeiro, cuja obra nunca foi superada ou sequer igualada pelos que o sucederam.

De sua administração fizeram parte a maioria dos fundadores da SBGG.

Naquele tempo era precária a condição econômica da SBGG. Era

mesmo praticamente inexistente. Quando assumi, substituindo Paulo Uchoa na presidência, cheguei à conclusão após longas conversas com meus companheiros que a SBGG só se consolidaria e teria um futuro digno e promissor com a realização de um Congresso que projetasse a Geriatria e a Gerontologia na capital do Brasil, de onde se irradiaria a todo o país e ao exterior.

Lançamo-nos com todas nossas forças nesse sentido e a maravilhosa equipe que me acompanhou merece toda a gratidão daqueles que agora fazem parte de uma grande sociedade.

Não havia recursos financeiros. Marinho deu-nos o maior apoio moral porém era da maior rigidez quanto à aplicação do dinheiro público. Nosso ânimo porém era férreo e sem apelar para quaisquer donativos de nossos associados, conseguimos levar a cabo a nossa tarefa.

O 1º Congresso foi um sucesso e em futuras reminiscências procurarei relatar a sua importância e a projeção da SBGG após a sua realização.

---

**Raul Penido Filho**  
**Membro Fundador da SBGG**

---

# FORUNS EM ATIVIDADE

*Apresentamos os resultados do encontro dos três foruns - Instituições de Ensino Superior, Municípios, Instituições Gerontológicas - acontecido em Goiás, por ocasião da IX Jornada Brasileira.*

*Apreciamos o desempenho demonstrado pelo crescente avanço desses foruns que, tendo alcançado a dimensão nacional, caminham no sentido de aprofundamento das suas questões, tanto quanto da operacionalização das ações pertinentes.*

## FORUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR

Foi realizado nas manhãs dos dias 28 e 29/10/96, durante a IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, na cidade de Caldas Novas, em Goiás. No primeiro dia foram apresentados, sob a forma de mesas-redondas, os temas relacionados à formação de recursos humanos: Currículo, Extensão, Estágio e Voluntariado, sempre visando aos objetivos, pré-requisitos, estrutura e propostas metodológicas. A seguir foram feitos relatos de experiências a respeito dos temas expostos. No segundo dia, os temas apresentados foram: Serviços de Geriatria e Gerontologia nas IES, Universidade da 3ª Idade e Pesquisa. Foram formados os grupos operativos que desenvolveram os seguintes temas: Modelos Curriculares, Modelos de Serviços nas IES e Ações Extensionistas. Os resultados dos trabalhos dos grupos se expressam da seguinte forma: O tema envelhecimento deve ser incluído desde o ensino básico; devem ser estimuladas ações multidisciplinares, bem como atividades de educação permanente com diferentes abordagens metodológicas; há necessidade de criação de catálogo com a inclusão de todas as IES; a avaliação dos programas e projetos devem estar a cargo de especialistas; as ações extensionistas devem estar interligadas ao ensino e à pesquisa, desde o nível da graduação, estendendo-se à pós-graduação; o tema envelhecimento deve receber tratamento acadêmico na especificidade das suas questões precípuas, garantindo-se a dimensão intergeracional; deve ser incentivada a participação dos docentes, funcionários, alunos e colaboradores; as

bolsas de extensão devem ser efetivamente implantadas e mantidas.

Vilma Camara  
Coordenadora

## V FORUM NACIONAL DOS MUNICÍPIOS

Após um breve relato do histórico do Forum dos Municípios, desde 1993, sob a Coordenação de Neidil Espínola da Costa foi informada a inclusão de procedimentos geriátricos e gerontológicos na nova tabela do SUS (Sistema Único de Saúde) que deverá entrar em vigor a partir de 1997.

Discutiu-se amplamente a classificação dos leitos hospitalares ocupados por idosos, tendo em vista o maior tempo de permanência, o maior volume de procedimentos, a necessidade de intervenção interdisciplinar e a postura discordante e condenatória quanto à atual classificação de FPT (Fora de Possibilidades Terapêuticas) em estudo através dos órgãos próprios do Ministério da Saúde, cujos resultados serão brevemente divulgados.

O FORUM voltou a considerar nesta oportunidade a relevância da questão quanto à escassez de recursos humanos em número e qualificação para atender a crescente demanda multiprofissional que cumpre resolver no menor prazo possível. Para tanto urge implementar o disposto no Decreto nº 1948 de 03/07/96 que claramente define responsabilidade e atribuições setoriais.

Discutiu-se também a participação da sociedade civil organizada na implementação dos dispositivos legais vigentes (LOAS, LEI nº 8842, de 04/01/94).

No módulo "Relato de Experiências" foram abordadas questões inerentes aos planejamento e execução de Programas de Atenção à Saúde do Idoso.

1. Assistência Integral ao Idoso em serviço Universitário apresentado por Arianna K. Menezes da UFF/RJ e da SBGG/RJ.
2. Atenção ao Idoso nas Obras Sociais Irmã Dulce, apresentado por Marília Sampaio - SBGG/BA e diretora da OSID.
3. Inserção Social do Idoso apresentado

por Maria Luciana C.B. Leite - Assistente Social do Programa de Saúde do Idoso no Hospital do Guarã - Brasília / DF.

Entre as recomendações propostas finais, foi discutida e aprovada a estratégia de promover-se parceria com o Ministério da Saúde através do Programa de Atenção ao Idoso e com o CONASEMS para a realização de um amplo cadastro nacional da atenção ao idoso nos municípios brasileiros.

Para isto ficou estabelecido que o trabalho ao nível macroregional será conduzido pelos respectivos coordenadores.

Os avanços que forem sendo alcançados no desenvolvimento desta estratégia serão informados aos participantes do Forum.

Tecendo considerações finais a coordenadora Regina A. Viana Mesquita agradece a participação de tantos que espontânea e intensamente vêm participando dos trabalhos do Forum e manifesta a certeza de que continuarão a colaborar, com a dedicação de sempre.

Endereço para contato com a coordenadora do Forum: Rua Misael Pedreira da Silva, 70/110 - Vitória / ES - CEP 29052-270 e Tel/Fax (027) 225-5712 (de 9 às 12 h e de 14 às 17 h).

## V FORUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES GERONTOLÓGICAS

O V Forum das Instituições Gerontológicas (IGs) ocorreu durante a IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 29 de outubro de 1996 em Caldas Novas - Goiânia. O mesmo foi coordenado pelo Dr. João Toniolo Neto (SP) e secretariado pela Dra. Valéria Lino (RJ), devido à total impossibilidade de comparecimento da coordenadora Nacional do Forum, Eliane Brandão Vieira (RJ).

Na ocasião foi discutida, em particular, a questão da institucionalização de longa permanência de idosos no Brasil. Foi dada continuidade à idéia, já debatida no IV Fórum Nacional das IGs ocorrido em maio de 1996 durante a Jornada de Geriatria e Gerontologia da Seção RJ da SBGG, de criar uma Comissão a nível nacional de assessoria técnica às Instituições de Longa Permanência, visando à melhoria na qualidade dos serviços prestados pelas mesmas. A CONATI (Comissão Nacional de Assessoria Técnica às Instituições), aprovada durante a Assembléia da Sociedade Brasileira de Geriatria e

Gerontologia em 30 de outubro de 1996, deverá ter representantes de todas as Seções Regionais da SBGG, que se reunirão anualmente no evento de maior relevância em nível nacional.

Os objetivos e metas operacionais da CONATI são:

- Conhecer o número de instituições de longa permanência nos diversos Estados;
- Mapear a situação das mesmas através de questionários enviados juntamente com os Boletins Informativos apurando o número de leitos, as patologias mais frequentes, o grau de dependência dos idosos, a composição da equipe, o custo da internação etc.;
- Enviar Boletins Informativos sobre os cuidados com o idoso institucionalizado, a organização, administração e otimização dos recursos e serviços, os procedimentos adotados na admissão de idosos, os problemas mais frequentes nas instituições etc.
- Dar subsídio científico às Instituições através do Programa Nacional do Idoso do Ministério da Saúde, ressaltando o intuito da CONATI como órgão de apoio técnico e não de fiscalização;
- Integração com a Vigilância Sanitária dando suporte técnico a esta na realização de suas atribuições;
- Promover cursos através de vídeos educativos sobre cuidados básicos de atendimento ao idoso, para os profissionais que trabalham em instituições.

Dessa forma, a CONATI acredita estar colaborando com a promoção de qualidade na assistência ao idoso institucionalizado, alcançando os principais objetivos da ciência gerontológica no que se refere à dignidade, ética e técnica dessa alternativa de assistência.

Acreditando que a junção de esforços e o estabelecimento de parcerias necessárias é o primeiro passo na obtenção desses objetivos, a CONATI convida as regionais da SBGG a listarem os interessados em participar dessa empreitada, não só dando sugestões, mas atuando efetivamente com a Comissão.

Informações podem ser obtidas no Rio de Janeiro com a Dra. Eliane Brandão 021 278 4430 com a Dra. Valéria Lino (021) 208-2788 ou em São Paulo com Dr. João Toniolo (011) 573 0702.

**Eliane Bradão Vieira**  
Coordenadora do Forum Nacional

**João Toniolo Neto**  
Coordenador do V Forum das IGs

# AGENDA

- Mais um ano que tivemos o privilégio de divulgar, participar, trocar conhecimentos e lutar pela Geriatria e Gerontologia.
- Trabalho gratificante onde encontramos pessoas queridas, conhecemos outras admiráveis, sorrimos muito, às vezes choramos, e assim, vamos alongando a lista dos interessados pela causa.
- É com esse dinamismo que entraremos no ano de 1997. A programação está delineada:
  - Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia
    - 10 e 24 de maio
    - 14 e 28 de junho
    - Local: a ser definido
    - Informações: (021) 610-3567
  - Reunião de Avaliação dos Cursos Avançados. Estão convidados os representantes e participantes dos Municípios onde houve essa atividade.
  - De acordo com as conclusões daremos um novo direcionamento para o próximo triênio:
    - 28 de junho
    - Local: a ser definido
    - Informações: (021) 610-3567
  - XVI Congresso Internacional de Gerontologia. Adelaide, Austrália.
    - 19 a 24 de agosto
    - Informações: Centro de Estudos sobre Envelhecimento
    - Bedford Park, Adelaide SA 5042, Austrália. Tel: 61 / 8201 7552
    - E-mail: [sandrews@flinders.edv.av](mailto:sandrews@flinders.edv.av)
  - Cursos Avançados da SBGG-RJ. Estão programados para o primeiro semestre nos Municípios de Campos, Itaperuna e Angra dos Reis. Aguardamos confirmação das datas. Informações: (021) 610-3567

## 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.

# ATUALIZANDO

*Perseguindo a dimensão crítica dos nossos trabalhos, o BOLETIM SBGG-RJ vem contribuir para a reflexão mais uma vez, dando seqüência à publicação anterior desta seção, onde o Prof. José Francisco Drummond Reis tratou do Tempo de Compromisso. Aqui, é o Prof. Romeu Gomes que nos fala e nos põe a pensar sobre a organização e a dinâmica das ações que vimos empreendendo, alertando-nos para a atualíssima questão - crítica sempre - da interdisciplinaridade.*

## PARA UMA DISCUSSÃO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE<sup>1</sup>

A interdisciplinaridade não é uma perspectiva inteiramente nova diante da construção do conhecimento. Entretanto, a partir do século XIX, com o avanço da ciência como expressão máxima de racionalidade humana, há também um processo crescente de disciplinarização e, como conseqüência, um grande recuo desta proposta interdisciplinar.

O positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber do mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Surge, assim, uma excessiva especialização que resultou numa fragmentação do saber (Minayo, 1993). Neste sentido, a interdisciplinaridade, enquanto uma concepção de fazer ciência, ressurgiu no século XX, já no fim da década de 50, quando se coloca mais claramente em discussão a necessidade de uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar.

Em Minayo (1993), fica claro que a interdisciplinaridade pode significar uma panacéia epistemológica para curar os males da ciência moderna, ou pode ser abordada a partir de um ceticismo radical, ou ainda pode ser vista como uma fatalidade própria do avanço técnico e científico. Com base no pressuposto de que a temática se expressa enquanto uma questão polêmica, a autora citada promove o debate entre diferentes posicionamentos sobre o assunto. Entre eles ressaltam-se os que são representados pelos nomes de

Gusdorf, Carneiro Leão e Habermas.

Gusdorf (1976), um humanista e defensor da interdisciplinaridade, coloca que antes da ciência moderna, a sociedade encontrava no conjunto de seus mitos e cosmogonias os elementos de uma inteligibilidade universal. A ciência moderna, com a disciplinarização, passa a recortar o mundo das vivências (natureza) e do vivido (humano) em vários objetos de estudo, produzindo, segundo o autor, um conhecimento esquizofrênico.

Com base na crítica dessa fragmentação, ele propõe um saber geral consolidado numa ciência humana rearticuladora. Um dos pilares dessa ciência, para ele, seria a interdisciplinaridade, enquanto eixo da história do conhecimento na busca de um projeto de totalidade, caracterizando-se por um regime de cooperação e diálogo entre as disciplinas. Os diversos contornos e recortes disciplinares, através de uma abertura, partiriam para uma fecundação mútua.

Já Carneiro Leão (1991) parte de um ponto diferente de Gusdorf. Sua crítica é centrada na ciência moderna que busca uma uniformização cada vez maior de suas estruturas. Voltada para a padronização, enquanto movimento de difusão de si mesma, atropela diferenças e oposições. Segundo Leão, o conceito central da ciência moderna é a funcionalidade. Dentro desse raciocínio: *"a ciência é uma forma de conhecimento que reduz tudo o que está sendo, o que está vindo a ser, a funções, inclusive o sujeito e a relação entre sujeito e objeto"* (Minayo, 1993: 11). Para ele, o universo do simbólico, do vivido, do indivíduo e da sociedade foi sendo reduzido pela racionalidade científica a um único universo: o dos objetos e dos sujeitos de apresentação e representação. Nesse processo de uniformização, o real se reduz a dispositivos a serviço da funcionalidade.

A partir dessa perspectiva, Carneiro Leão vê a interdisciplinaridade como uma construção funcional, uma tecnologia que procura assegurar a expansão das práticas operatórias que visam transformar o real em objetividade. O autor citado está mais preocupado em questionar a ciência

enquanto forma de conhecimento que, ao padronizar a verdade, afasta o ser humano de sua essencialidade; do que refletir sobre a fragmentação científica. Ele critica a importação de modelos culturais do primeiro mundo. Mostra que o poder e a dominação são acenados através das atuais retóricas *"da inter e da transdisciplinaridade"* sob a forma de modelos econômicos, paradigmas políticos, recursos tecnológicos e matrizes de conhecimentos" (Minayo, 1993: 13).

O terceiro posicionamento sobre a temática em questão destacado em Minayo (1993) se vincula ao nome de Habermas. Esse autor também parte da crítica da ciência, focalizando, no entanto, sua positividade. Ele aposta numa nova racionalidade que contemplaria o encontro entre filosofia, ciência e mundo, contrapondo-se à razão instrumental. Através de sua teoria do agir comunicativo, Habermas desenvolve a *"crítica ao estreitamento do conceito de racionalidade às suas dimensões cognitivo-instrumentais, deixando de fora os elementos ético-normativos e estético-subjetivos"* (Minayo, 1993: 17).

Assim como Gusdorf, Habermas também vê a filosofia como saída para combater esse estreitamento. Entretanto, o posicionamento desse último apresenta características distintas. Em sua teoria a filosofia crítica se apoia na atividade comunicativa e na razão comunicativa. A partir desse pressuposto:

*"a filosofia não reduziria seu papel a um posicionamento apenas crítico, mas ampliaria sua atividade num labor cooperativo, fazendo mediação entre a filosofia e as ciências, entre a cultura sofisticada dos especialistas nas ciências e técnicas e o mundo vital"* (Minayo, 1993: 18).

A filosofia, além de crítica, se caracteriza por um processo de cooperação interdisciplinar, assumindo um papel mediador entre ciência e mundo da vida cotidiana. Nesse pensamento, o sujeito cognoscente não se relaciona externamente com os objetos a fim de dominá-los, mas está em interação com outros sujeitos, preocupando-se com o significado do conhecimento.

Os três posicionamentos do interdisciplinar apontam para o fato de que a experiência interdisciplinar não

é uma proposta fácil, sua definição e sua operacionalização ainda são pontos de debate. A polêmica sobre a temática em questão fica constatada, mas também se constata a possibilidade de conhecimentos e práticas serem promovidos de forma interdisciplinar no campo das ciências.

Entre os pressupostos básicos para uma continuidade da discussão, ressalta-se o de que a interdisciplinaridade é, ao mesmo tempo, uma questão de saber e de poder. Esse pressuposto pode ser visto, pelo menos, a partir de duas dimensões. De um lado, pode se entender que um campo científico delimita o conhecimento para melhor exercer domínio sobre esse, enquanto objeto de estudo. Por outro lado, quanto maior for a fragmentação do conhecimento, menor poderá ser a possibilidade dos fragmentos exercerem o poder num conjunto maior conhecimento.

Outro pressuposto, voltado mais para o campo epistemológico, se vincula à suposição de que o avanço no campo da interdisciplinaridade pode ser contextualizado a partir de princípios da lógica da complexidade. Segundo Morin (s/d), complexidade não é necessariamente sinônimo de complicação. "É o problema da

*dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito*" (Morin, s/d: 14). Pensar em direção da complexidade significa o não reducionismo. Significa entender que o pensamento mutilante, como observa Morin, por não conseguir ordenar informações e saberes, é enganoso e conduz a ações mutilantes. A lógica da complexidade, partindo de diferentes dimensões, procura tornar o pensamento mais complexo para dar conta da produção do conhecimento.

Por último, faz-se necessário observar que a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade. Assim como essa não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo.

Um fazer interdisciplinar, por outro lado, pode envolver recortes no conjunto do conhecimento. O problema é como recortar e para que recortar. Um recorte deve ser sempre visto como tal e não pode substituir o todo. Uma coisa é recortar para depois se

voltar ao todo, melhor compreendendo-o. Outra coisa é recortar e se afastar do todo.

#### Referências Bibliográficas

- CARNEIRO LEÃO, E. Para uma crítica da interdisciplinaridade. *Revista Tempo Brasileiro*, 1991 (no prelo).
- GUSDORF, J.C. Prefácio. III: *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. (H Japiassu). Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- MINAYO, M.C. de S. *Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou Utopia?* Rio de Janeiro: 1993 (mimeo).
- MORIN, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Portugal: Publicações Europa-América, s/d.

<sup>1</sup> Este trabalho consiste num resumo do seguinte artigo: GOMES, R. & DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(3), 1994: 103-114.

**Romeu Gomes**

**Doutor em Saúde Pública e  
Professor Adjunto da UERJ.**

## DESTAQUE

O aumento da expectativa de vida é uma realidade irreversível. Pode-se portanto prever num futuro muito próximo, um impacto ainda maior daquele já observado nos dias de hoje dos transtornos neuropsiquiátricos na população idosa. Dentre eles, ressaltamos os quadros demenciais, as doenças cerebrovasculares, a depressão e o delírium.

Os problemas de ordem psiquiátrica e neurológica apresentados pelo idoso, além de prevalentes, assumem uma tal complexidade que, por vezes, torna-se imprescindível a intervenção conjunta de várias áreas do conhecimento científico para tentar entendê-los e, quando possível, saná-los.

A necessidade de se congregarem os principais profissionais envolvidos com a temática neuropsiquiátrica do idoso, sem nenhuma intenção de competir ou segregar, moveu-nos definir um fórum para constantes debates e trocas de experiência.

A Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica - ABPNG - foi criada em agosto de 1996, tendo como principal objetivo congregar médicos neurologistas, psiquiatras, geriatras, generalistas e psicólogos, com visões diferentes e diferenciadas de um mesmo problema para que juntos possamos oferecer mais a este paciente e seus familiares. Pretende-se através da promoção de:

• Intercâmbio com diferentes centros em que se aborde esta temática;

- Formação de núcleos de ensino de modo a contribuir para o progresso científico da Neurologia e Psiquiatria Geriátricas, com ênfase nas áreas de pesquisa e assistência ao idoso;
- Intercâmbio com outros serviços na área, nacionais e internacionais;
- Eventos no Brasil, de modo a fomentar novos debates;
- Edição de um boletim científico periódico.

Para maiores informações ou inscrições:

Rua Gonçalves Dias, 2565  
30140-092 - Belo Horizonte-MG  
Fone: (031) 292-6462 Fax:  
(031) 337-2883 e  
(031) 337-8251  
E-mail: aurus@bhnet.com.br

# TRATAMENTOS "REVOLUCIONÁRIOS"

*Desde que a conhecemos na CGABEG, essa profissional competente e artista sensível nos chama a atenção. A adjetivação aqui usada é, por certo, redundante, porém necessária, talvez, para cantarmos o júbilo de tê-la conosco, no BOLETIM SBGG-RJ e muito além de qualquer registro em palavras.*

## A MÚSICA DE UMA VIDA INTEIRA

*"Sei que canto. E a canção é tudo. Tem sangue eterno a asa ritmada. E um dia sei que estarei mudo: mais nada".*

*Cecília Meireles*

Sim, sou Musicoterapeuta e trabalho com a **música como terapia** já fazem bem longos quinze anos.

Se eu pudesse cronologicamente avaliar, poderia dizer que sou adolescente, iniciando o meu *début* por aqui.

Sei também que estudo esta arte, linguagem e/ou forma de comunicação antes mesmo de aprender os signos que me levaram à linguagem escrita, ao domínio da linguagem verbal, aos significados das palavras.

Se digo que sou algo, é porque agora sei dizer e percorri um longo caminho aprendendo a ser. Sei também que antes de dizer pelas palavras já podia dizer através *dela*.

Quem é esta que me proporciona expressar meus temores ainda indizíveis, quando ao mesmo tempo me oferece a proteção do colo aconchegante de minha mãe cantando para mim, embalando-me no seu ritmo *boi, boi, boi, boi da cara preta, pega essa menina que tem medo de careta*. Quem é esta que me estimula a sair deste mesmo colo e buscar o mundo lá fora arriscando mais um rompimento, me oferecendo a chance de partilhar com os outros iguais a

mim, quando já estou a cantar junto numa brincadeira de roda, *...atirei o pau no gato- to -to, mas o gato -to -to não morreu- reu- reu...*

Quem é esta que aos poucos vou descobrindo que me pertence, que agora não mais só escuto e partilho mas também sai de dentro de mim, às vezes um pouco confusa e de repente totalmente arrumada. Então descubro que ela não é só de minha mãe, não é de todo mundo, mas ela pode ser também somente minha. Sou o seu criador, o seu inventor, portanto uma parte de mim está nela.

E assim ela vem fazendo parte da minha vida, me ajudando a compor o dia-a dia, às vezes alegre, às vezes triste mas principalmente **sonorizando a minha realidade**.

Companheira inseparável dos ritos de passagem que permeiam a vida do homem em todos os momentos, acompanhando o nascimento, a entrada da adolescência (com os ritos de iniciação nas sociedades primitivas, como é o caso dos nossos índios Xavantes no ritual de perfuração da orelha; primeira comunhão, ou prática similar); na vida adulta quando da escolha por determinadas profissões, na vida social (bailes, festas populares etc.), cerimônias desportivas e oficiais; nos rituais de morte e transformação, todos estes ritos contando com a colaboração fiel do elemento sonoro-musical, contribuindo para marcar o tempo do homem e da humanidade nestes espaços vitais.

Começo então a verificar que ela possui funções das mais variadas. Já constatei que ela me acompanha e intervém no meu viver cotidiano. Com ela posso expressar minha alegria e minha dor e cada etapa do meu viver; posso explodir em movimentos ritmados, como também posso estar tranqüila e calma como se criador e criatura conjugassem um mesmo espaço em um só tempo. **Tempo**. Esta é a palavra chave deste nosso artigo.

O tempo é um grande círculo com movimentos ritmados, estruturalmente harmônico, caminhando melodicamente passo a passo frente a uma evolução. Me dou conta nesta **roda viva** que vou envelhecendo e devo me interrogar sobre este meu envelhecimento. Se envelheço, sei que aquilo que fui e sou permanece em mim. Pode estar em um determinado momento guardado, escondido, esquecido dentro de mim mesma, seja por displicência, por depressão, por baixa-estima, por tristeza, por solidão, por uma doença entre tantas que posso também ter.

É aí que vamos chegar com aquela linguagem que há muito vem junto acompanhando o **caminhar** deste indivíduo que agora já é a sua própria construção. Ele tem dentro de si todas as idades e portanto todas as músicas de sua vida circulam nele sem tempo definido, sem uma estrutura planejada conscientemente. Mas existe ali dentro deste ser o poder (em potencial) organizador da música, de todas as músicas de sua vida, como de todas as possíveis capacidades de criar deste sujeito ainda não despotencializadas.

Por tudo o que já colocamos, afirmamos ser a música um objeto terapêutico de grande valor não só na terceira idade, como também nas idades que compõe todo este círculo da temporalidade.

A pessoa idosa não é somente aquilo que se vê mas também aquilo que não se vê. Por exemplo, você pode ver alguém em um processo de senescência um pouco mais avançado, com rugas, a fala entrecortada, respiração dificultada e o andar lento, vagaroso. Poderíamos então dizer que esta pessoa está com o seu ritmo de vida alterado. No entanto verifica-se no tratamento musicoterápico, que a pessoa que assim se vê, não necessariamente dentro de si mesma, ou seja de suas questões vitais, desejos, vontades, necessidades exibe um quadro de lentidão, de vagarosidade, de ritmo alterado, e sim de andamento alterado. Melhor explicando: se este sujeito foi uma pessoa acelerada, com um ritmo de vida agitado, com muitos estímulos nos estudos, trabalhos, vida familiar, entre

outros; todo este ritmo pertence a ele, é ele. Pode estar com o andamento menos apressado mas esta rítmica o caracteriza e o individualiza. Aqui podemos afirmar que não existe um ritmo da velhice. **O ritmo pertence à pessoa**, independente de sua idade. Como um exemplo lúdico, se você vive sua vida em *ritmo de valsa*, você a terá dentro de si, pode ser que com a idade você a “dance” num andamento um pouco mais lento, mas com certeza este será o seu estilo, e não um *rock and roll*. Que me perdoem os leitores mas não pude resistir a esta metáfora.

Nesta afirmação vamos abrir caminho para a necessidade que se firma em tratar o idoso em princípio com o **conceito de pessoa**, aquela que possui características intransferíveis e longe do viés da padronização de **Ser** velho.

Como se diz em um fragmento de *L'européo*: “... **um velho nunca se sente velho, a velhice é uma realidade minha, que os outros sentem ... os outros é que são a minha velhice.**”

E então chegamos no tempo não do velho padrão mas da pessoa que ele é, pois assim foi que construiu e assim deve ser tratado e descoberta a infinita riqueza deste seu manancial de originalidade.

Através do canal sonoro-musical, os resgates da memória de sua infância, adolescência, vida adulta e velhice se dão à proporção em que os estímulos musicais externos vão ao encontro de instâncias psíquicas que adormecidas, despertam ao contato com o conhecido. Este som que reconheço como externo a mim mas que possui ressonância dentro de mim, em minhas memórias das mais arcaicas e primitivas até as mais complexas e atuais.

Por que a música me proporciona tal comunicação? Será que é porque ela é uma linguagem que tenho em mim antes mesmo de verbalizar? Será que por ser uma linguagem não verbal, guardo-a em instâncias primevas de meu cérebro? Será que é porque eu enquanto sujeito tenho dentro de mim como também na evolução desta humanidade a que pertencemos os mesmos elementos que a constituem (batimento cardíaco -

ritmo, sons corporais sucessivos - melodia, homeostase - harmonia)?

São muitas as perguntas sobre este objeto terapêutico que faz mover a minha mente da minha infância à minha velhice em uma questão às vezes de segundos. A canção que pertence à infância de uma pessoa de noventa anos pode ser a ponte que liga as infâncias de diferentes gerações. Não é maravilhoso saber que a canção com a qual fomos nutridos, também foram nossos avós, pais, filhos e irmãos e pessoas que amamos, pessoas que não amamos, que conhecemos e que nunca vimos?

A música realmente é um objeto terapêutico porque não pertence a um só tempo mas transcende ao tempo. Faz vir à tona multidões de recordações, pensamentos, sentimentos e desejos que são só meus, da minha vida pessoal. Por ser a música uma linguagem universal carrega em si não só a minha alegria ou a minha dor mas a dor e a alegria em si mesmas. Faz-me vivenciar a coisa em si, auxiliando o indivíduo numa compreensão maior das alegrias e frustrações de ser humano.

Com a organização cognitiva que a música proporciona num tratamento musicoterápico, verificamos que de todas as interrogações acima impressas, podemos pinçar uma estrutura da mente na qual a música forma aliança e faz a comunicação do ser consigo mesmo e conseqüentemente com o outro. Esta estrutura é a afetiva. É nela que o idoso formará o vínculo, a associação entre o estímulo externo e o seu consonante interno. E isto não dá para lesar tão facilmente. O homem quer viver, por isso cria, improvisa e... faz música, simplesmente para se escutar nela.

“A função da arte não é a de passar por portas abertas, mas a de abrir portas fechadas”.

Ernst Fischer.

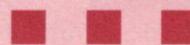
---

Márcia Godinho Cerqueira de Souza  
Musicoterapeuta  
Tels : (021)718-3076 ou  
(021) 462-2333 r:256

---



ENVIE SUA  
COLABORAÇÃO PARA O  
BOLETIM DA SBGG-RJ



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



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



## TRADUZINDO

No intuito de ampliar o alcance da literatura internacional Geronto-Geriátrica, mantemos no Boletim SBGG-RJ esta seção, assegurada pela colaboração competente dos nossos convidados. Desta vez, o Dr. Norberto Seródio Boechat, Geriatra, Bibliotecário da SBGG-RJ, responde pela tradução.

### DOENÇA DE ALZHEIMER: PESQUISA COM NOVAS DROGAS MOSTRA RESULTADOS PROMISSORES

Fonte: Alzheimer's Disease and Related Disorders Fifth International Conference, Osaka, Japan, WHAT'S NEW, Geriatrics 1996 Vol 51 No.9

Duas drogas sob pesquisa para pacientes com doença de Alzheimer mostraram resultados promissores nos testes clínicos.

DONEZEPIL, inibidor seletivo da acetilcolinesterase melhorou significativamente cognição e atividades da vida diária em pacientes com doença leve a moderadamente severa, de acordo com os pesquisadores do Baylor College of Medicine, Houston.. Doentes com DONEZEPIL mostraram melhora em

vários parâmetros de avaliação cognitiva e funcional, comparados com os que receberam placebo. A droga revelou ser também segura e bem tolerada, de acordo com Rachelle S. Doody, MD, professora de neurologia em Baylor.

Afirmou: "o fato de que vários indicadores foram significativamente melhores no grupo tratado e de que estas melhoras foram mantidas durante o estudo sugere que o medicamento mostra benefício real para os pacientes".

Em estudo multicêntrico, nos Estados Unidos, Dr. Doody e auxiliares randomizaram 472 pacientes com doença de Alzheimer, em 24 semanas de tratamento com DONEZEPIL, 5 a 10 mg/dia, ou placebo, seguidos por um período de 6 semanas sem droga. Na 24ª semana a função cognitiva melhorou ou estabilizou em 80% dos pacientes que receberam DONEZEPIL, comparados com 58% dos que receberam placebo. A medida da função cognitiva foi realizada pelo ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assesment Scale Cognitive Subscale), além da avaliação de melhora de performance global, estabelecida pelo CIBIC-plus (Clinician's Interview-

based Impression of Change). Mostraram também melhora no Mini-Mental Status Examination (MMSE) e no Clinical Dementia Rating Scale (CDR-SB).

Doses de 5 e 10mg foram eficazes mas a última apresentou resultados melhores. Efeitos colaterais foram, principalmente, gastrointestinais (náusea sem vômito), geralmente leve e por 1 a 2 dias. Cerca de 80% dos pacientes completaram o trial de 30 semanas.

Separadamente, pesquisadores da Sandoz reportaram resultados preliminares de fase III de estudo com a droga ENA-713, também um inibidor da acetilcolinesterase. O estudo randomizou 699 pacientes com doença leve a moderadamente severa que tomaram uma ou duas doses do produto ou placebo. Na observação de 26 semanas, pacientes com placebo pioraram todas as medidas, incluindo cognição e AVDs. Os que receberam o medicamento, especialmente a dose mais alta, mantiveram o padrão ou mostraram declínio menor, de acordo com o reportado por Ravi Anand, MD, diretor médico do CNS clinical research da Sandoz.

O tratamento foi interrompido devido a efeitos colaterais em 25% dos pacientes com ENA-713 e 16% nos que receberam placebo.

*Norberto Seródio Boechat  
Bibliotecário da SBGG-RJ*

### CEDEPI

O Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa - CEDEPI - foi criado pela Lei 2536 em 8 de abril de 1996, com atribuições nominativas, consultivas, deliberativas e fiscalizadoras cumprindo-lhe zelar pela implementação da Política do Idoso no Estado do Rio de Janeiro.

Funcionando junto ao Gabinete Civil, é integrado paritariamente por representantes da Sociedade Civil e do Poder Executivo, estando sob a presidência do Dr. Mario Antonio Sayeq. Possui 6 comissões de competências distintas e, empenha-se em democratizar suas decisões acolhendo a participação de idosos e membros representativos da sociedade.

Esta iniciativa do Legislativo e Executivo, propiciará a ação integrada dos organismos governamentais e não governamentais em prol da pessoa idosa, e estimula a criação no território fluminense de Conselhos Municipais articulados ao CEDEPI.

### CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DA GERIATRIA E GERONTOLOGIA

- **Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz**  
Rio de Janeiro.  
"Envelhecimento e Saúde do Idoso" - 360hs.  
Período: Abril a Junho de 1997  
Inscrição: até 30/03/97  
Informações: (021) 590-3789/290-0993  
Núcleo de Estudos do Idoso - ENSP - 7º andar
- **Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense - Niterói**  
"Geriatría e Gerontologia Multidisciplinar" - 360hs (especialização) 180hs (extensão)  
Período: Agosto/97 a julho/98  
Inscrição: até 24/01/97  
Informações: (021) 620.2828 Ramal 180  
R. Marques do Paraná, 303 - HUAP - Sala da pós graduação.

# XI CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

## IV JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA SBGG-RJ

5 a 9 de dezembro de 1997

Hotel Intercontinental - São Conrado - Rio de Janeiro

- Prova para Título de Especialista • Eleição de diretoria da SBGG
- Reforma do Estatuto • Limite para envio de Temas Livres: 30/08/97

### INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

JZ Congressos  
 R. Conde de Irajá 260 - 2º andar - Botafogo - RJ  
 Tel.: (021) 286-2846 Fax: (021) 537-9134

### AG. DE VIAGENS:

TORNOS Viagens e Turismo  
 Tel./Fax: (021) 326-2306 Tel.: (021) 431-1133 R. 1806



# Neuro<sup>®</sup> Care

Profissionais especializados  
à sua disposição  
oito horas por dia

*Agora mais um benefício!*



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*

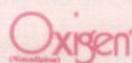
Entidades conveniadas



ABRAZ  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE ALZHEIMER



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE NEUROPSICOLOGIA



Cont. 43.197



*Cuidados especiais,  
essenciais para a qualidade de vida*

# INSTITUCIONALIZAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA O IDOSO: QUESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO PRESENTE E DO FUTURO.

## INSTITUCIONALIZAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA O IDOSO:

### questão das Políticas Públicas do presente e do futuro

O “Caso Santa Genoveva”, ao que tudo indica, já virou passado:

Relatórios oficiais esmerados no “português” e na formatação, porém de conteúdo técnico que deixa muito a desejar, substituem ao longo do tempo os textos de denúncia, menos técnicos e mais comprometidos com a verdade abrangente dos fatos, divulgados pela imprensa por ocasião do escândalo: quase 100 óbitos, constatações óbvias de negligência, falta de vigilância mínima pela Saúde Pública, possível convivência na desordem administrativa, desconhecimento absoluto de causa quanto às questões técnicas da longa permanência por parte de autoridades e entidades assistenciais envolvida.

Se jornalistas e cidadãos estupefatos não souberam na ocasião apontar caminhos do planejamento de curto ou médio prazo, coerentes com a amplitude das questões emergentes perante o escândalo, menos ainda se observou da capacidade das autoridades públicas de Saúde. Ao menos os primeiros cumpriram o seu papel.

Imagina-se a esta altura, que o verdadeiro caos aflorado na ocasião foi conseqüente às “férias celestiais que a “Santa” gozava no período, deixando temporariamente a descoberto, pacientes, empresários e autoridades que estivessem sob sua proteção e guarda.

Cabe-nos talvez concluir que:

- Competia aos empresários da Saúde, serem desonestos com habilidade, pois desonestidade em excesso é forte indício de incompetência administrativa.
- Competia às famílias, amar intensamente os seus velhos, se estruturar, ter melhor situação financeira, adaptar sua casa, aumentar seu tempo disponível, fazer diagnóstico, denunciar precocemente desvios do tratamento clínico, ter treinamento em técnicas de cuidado prolongado e reabilitação, dar conta enfim do seu legado.
- Competia àqueles velhos, ao menos morrer mais dignamente, digamos de infarto agudo do miocárdio, que é sem dúvida, causa mortis mais elegante e condizente com países desenvolvidos.
- Competia aos cidadãos, se não fosse pedir muito, não envelhecer! Ao menos, não empobrecer, não adoecer, não demenciar, não imunodeprimir, não adquirir seqüelas, não enviuvar, não ficar sós, não perder ao longo da vida qualquer oportunidade de embarque pelo Galeão.
- Competia às políticas públicas... o nada mesmo! Quem sabe, um maior controle do cartão de ponto daqueles “Santos” que assessoram boa parcela dos Serviços de Saúde do país.

O caso Santa Genoveva, nada mais foi do que a expressão fugaz de um microcosmos representativo dos níveis de assistência à Saúde das pessoas idosas e dos deficientes crônicos em geral, proporcionado pelo Brasil da

atualidade. O país que em breve terá a 6ª população idosa do planeta em números absolutos representando uma das grandes potências econômicas da atualidade, relega a nível de “faz de conta” as suas políticas sociais e de Saúde.

Ao que tudo indica, o envelhecimento populacional parece irrevogável. As medidas de prevenção conhecidas e factíveis até o presente, serão capazes de aumentar significativamente a expectativa de vida da população, sem no entanto reduzir de maneira drástica os índices de incapacidade e dependência na idade mais avançada, gerados por questões clínico-sociais crônicas e multifatoriais. O país que não investir em políticas públicas coerentes e vigorosas face a questões emergentes do envelhecimento populacional, não merecerá piedade ao colher os frutos do que plantou. Sorte apenas, dos administradores públicos de hoje, que certamente terão largado o cargo em tempo.

Jorge Tapia Videla, professor de Ciências Políticas e Administração Pública em Michigan, analisa em documento da OPAS as políticas públicas voltadas para o envelhecimento, distinguindo 4 níveis de desenvolvimento: no primeiro em fase embrionária, há uma franca omissão do Estado, com encargos aleatoriamente distribuídos para o cidadão, a família, a comunidade e o empresariado; no último, já desenvolvido, o Estado promove, difunde, coordena e assessora ações especializadas diversas na assistência à pessoa idosa, envolvendo os vários segmentos da sociedade civil em parceria. Segundo o autor, a chamada “etapa primária”, teria por características:

- “Dependência da ajuda familiar e de mecanismos de auto-ajuda. Alguns mecanismos voluntários.
- Existência de algumas instituições públicas e privadas que fornecem assistência à pessoa idosa.
- Falta de apoio financeiro ou logístico por parte do governo às instituições não governamentais, ou às ações de assistência ao idoso.
- Ausência de programas de treinamento profissional e técnico.
- Ausência de programas de apoio no domicílio e nas instituições residenciais de longa permanência para os idosos.”

Entre as questões maiores que emergem com o envelhecimento populacional, estão as grandes síndromes que geram declínio funcional progressivo, incapacidade, comorbidade, dependência e fragilidade, todas de ordem multifatorial envolvendo causas clínicas, sociais e ambientais. Certamente não se encontrarão tais síndromes enunciadas em atestados de óbito, em códigos de internação e alta hospitalar ou nas estatísticas de atendimento ambulatorial. Menos ainda, estarão representadas nos dados demográficos coletados pelo IBGE. Apesar de ausentes das estatísticas, estas síndromes, entre outras comumente observadas na população de idade mais avançada, estarão marcando sua presença silenciosamente em graus variados à medida que o progresso permitir redução de mortalidade por causas mais suscetíveis ao controle social e biomédico.

O romantismo do “amor aos idosos” por suas famílias e da “juventude e vitalidade eternas” adquiridas nas farmácias, irão necessariamente se defrontar com estes novos limites trazidos pela realidade e que apontam para novas demandas de prevenção, reabilitação e cuidado prolongado.

Não temos, no momento, no país, sequer estimativas aproximadas do percentual de idosos com níveis de disfunção ou incapacidade. Também desconhecemos os verdadeiros percentuais de institucionalização prolongada, ora mascarados pelas reinternações hospitalares, ora diluídos entre as “clínicas de apoio”, as instituições psiquiátricas, as instituições filantrópicas, as clínicas privadas e as clandestinas ou informais. O percentual de idosos de alta dependência em ambiente domiciliar encontra-se ainda menos acessível que os anteriores.

Planejar com desconhecimento de causa parece corriqueiro. No entanto, planejar com desconhecimento de dados é, na melhor das hipóteses, o auto-flagelo do estado de ignorância.

Sabe-se na atualidade que o sistema de cuidados prolongados é o que mais se expande na modalidade assistencial aos idosos em diversos países do mundo dito desenvolvido. Ao contrário do que possa parecer a princípio, o cuidado em instituição de longa permanência não se relaciona ao subdesenvolvimento e à pobreza: os pobres cuidam por muito mais tempo dos seus idosos em casa. O modelo de assistência institucional surge fortalecido como resultado da urbanização, mudança da estrutura familiar moderna, desenvolvimento biomédico permissivo da maior sobrevida em vigência de patologias crônicas.

França, Japão, Inglaterra, Estados Unidos e Canadá têm na atualidade 5% dos seus idosos internados em regime institucional de longa permanência. Cuba tem cerca de 1% e, em algumas regiões da Hungria, os índices alcançam 18% da população idosa. Se os índices percentuais parecem ser menores em países com fortes políticas de Saúde, o mesmo não se dá em relação aos números absolutos, que tratam de outra realidade numérica, a qual tende a se elevar. Tomando-se o índice de institucionalização de 5% como uma média plausível na atualidade, diríamos que é possível haver no Brasil cerca de 500.000 idosos sob longa permanência no presente momento que, comparados aos internos da “Santa Genoveva”, se distinguem talvez quanto à quantidade de coliformes fecais presentes na água que lhes é servida: políticas, tecnologia específica e recursos humanos adequados estão com certeza ausentes, restando outros diferenciais de qualidade hoteleira mediatizados por questões financeiras. Cabe lembrar, que nestes espaços, as questões clínicas e sociais que se apresentam são semelhantes, e não relacionadas ao nível sócio-econômico dos internos ou da instituição. Supondo-se que em 2025 o Brasil terá 30 milhões de idosos em seu território, é possível estimar geometricamente um equivalente de leitos para longa permanência ao redor de 1,5 milhão na ocasião.

Se os índices de institucionalização medem, por um lado, a falência do Estado e da família no suporte ao idoso, é bom lembrar que também servem de indicadores indiretos do nível de desenvolvimento social e biomédico: permissivo de maior sobrevida, comprometido em graus variados com a a qualidade de vida e a qualidade assistencial de um modo global.

Cada vez mais, novas e melhores formas assistenciais vem se desenvolvendo para esta demanda

específica da população, existindo hoje no panorama internacional modalidades das mais diversas e desenvolvimento científico-tecnológico específico nesta área. Tecnologia esta que não trata meramente de equipamentos e verbas, mas fundamentalmente das ideologias e recursos humanos, além do compromisso público.

A chamada “instituição social” ou “instituição para fins residenciais” vem mudando o seu perfil nas últimas décadas, através da criação de modelos mais abertos e integrados à comunidade que visam de certo modo garantir: habitação segura e adaptada, privacidade, independência, socialização, atividade, promoção e prevenção, serviços básicos de infra-estrutura doméstica. Dentro desta perspectiva, surgem serviços públicos e privados diversificados, que em nível operacional se integram com programas comunitários tais como: centros-dia, grupos de convivência, serviços domiciliares e rede clínica de suporte.

Por outro lado, a “instituição clínica” de média e longa permanência, vem se desenvolvendo pelo direcionamento do seu enfoque assistencial a alguns grupos, cuja demanda é mais específica e altamente especializada: pacientes em fase de recuperação de processo clínico agudo, necessidade de reabilitação prolongada, pacientes com patologia terminal, portadores de quadro demencial ou psiquiátrico em estágio mais avançado, pacientes de média ou alta dependência sem condições de suporte em nível comunitário, internações temporárias para alívio do encargo de familiares. Estes espaços integram-se necessariamente, em nível operacional, com a rede hospitalar, sistemas de internação domiciliar, hospitais-dia e centros-dia mais específicos.

Embora estas duas grandes modalidades institucionais tenham a princípio clientela e objetivos distintos, cabe salientar que diferem fundamentalmente quanto à sua “porta de entrada” e critérios de seleção: o primeiro elege idosos mais saudáveis e independentes, enquanto o segundo admite portadores de patologias e dependência. No entanto, o sistema “residencial” é altamente vulnerável à instabilidade clínica e declínio funcional dos seus clientes, enquanto o sistema “clínico” suscita necessariamente a emergência de questões sócio-familiares além de situações no mínimo desagradáveis, oriundas das possibilidades de seu financiamento. Em ambos, o risco de morbi-mortalidade se eleva.

No nível internacional sabe-se que, mesmo em países que investem nas modalidades assistenciais de nível comunitário, os índices de institucionalização vem se elevando e o retorno à vida na comunidade é proporcionalmente reduzido. O tempo médio de permanência dos internos pode alcançar os 5 anos, havendo indivíduos que passam 1/3 de seu tempo de vida ou mais nestes espaços. O custo do leito mensal em serviços diferenciados, ronda em torno dos 2.000 dólares. Enquanto os espaços ditos “residenciais” tendem a se medicalizar, introduzindo em seus programas e dependências, sistemas assistenciais à Saúde para melhor preservar o idoso que adoece em seu espaço “domiciliar”, por outro lado, os espaços ditos “clínicos”, tendem a oferecer ambientes de aspecto mais doméstico e a cuidar das questões sociais com igual importância, visando um maior bem-estar sócio-emocional dos seus internos. Em ambos, desenvolvem-se novas tecnologias no campo das ciências sociais, políticas, econômico-administrativas, da saúde e, especialmente na modalidade assistencial do “cuidado prolongado”. Vários

serviços se transformam em centros formadores de recursos humanos fazendo parceria com instituições universitárias, órgãos públicos e redes organizadas de voluntariado. Quando o item referente ao financiamento público dos serviços é estável, observa-se parceria entre os programas de assistência à Saúde e os programas de assistência Social; ao contrário quando a questão do financiamento é vulnerável, órgãos da Saúde e da Assistência Social atuam em confronto. A qualidade assistencial aos internos vem se mostrando mais adequada nos países que implantaram forte vigilância e participação por parte das POLÍTICAS PÚBLICAS sobre esta rede de serviços, enquanto se mostra em decadência nos modelos sócio-econômicos que optaram pela rede de livre iniciativa confiando na competitividade. A complexidade referente às possíveis fontes de financiamento deste sistema de atenção aponta para a necessidade de formas múltiplas e criativas de captação de recursos públicos e privados. Finalmente, a qualificação técnica baseia-se fundamentalmente na estrutura de recursos humanos.

As fórmulas mágicas e os modelos ideais estão certamente por ser criados. A longa permanência como forma assistencial específica, nada tem a ver com a caridade, a esperteza empresarial ou o amor fraterno aos idosos. É questão referente ao compromisso público, ao direito de cidadania, ao desenvolvimento das políticas sociais e à existência de Estadistas mais do que à existência dos políticos e burocratas. Se aos especialistas

da área gerontológica, cabe opinar em detalhes técnicos da questão, certamente o básico, o mínimo, o fundamental não é de sua área de competência. Uma nação que se projeta como "País do Futuro", antes de mais nada, precisa se olhar como "País do Presente", sem o que pouco alcançará. Fingir que o asilamento não existe, mantê-lo desvinculado dos planos de assistência à Saúde ou imaginar que políticas muito mais complexas de assistência em nível comunitário poderão ser implantadas por decreto ou num passe de mágica, é desrespeitar o bom senso e a razão.

A assistência sob regime institucional a pessoas idosas no mundo contemporâneo é necessariamente um subproduto do desenvolvimento.

Subproduto esse, que não significa SUB-IDOSOS  
SUB-FAMÍLIAS  
SUB-POLÍTICAS

Pode se transformar em SUB-MUNDO ou não!  
Trata-se de questão vinculada ao desejo,  
variando da mediocridade  
à possibilidade da conquista  
e transformação.

---

---

**Arianna Kassiadou Menezes**  
Presidente da SBGG-RJ

---

---

## NOTÍCIA

*O BOLETIM SBGG-RJ escolheu, para este número, dois artigos de grande importância em Geriatria e Gerontologia que apresentam fundamentalmente abordagem multidisciplinar.*

### **Prevenção de quedas: como identificar os fatores de risco e reduzir complicações.**

*GERIATRICS 1996 Feb; 51(2): 43-6, 49-50, quis 54-5*

**Autor:** Tideiksaar R

*As quedas constituem um problema comum do idoso e estão associadas com considerável morbidade. As quedas por si só não representam um diagnóstico, mas um sintoma de múltiplas doenças subjacentes, de efeitos de certos medicamentos sobre a homeostase e / ou de perigos do meio ambiente*

*que interferem com uma mobilização segura. A prevenção de quedas requer uma abordagem diagnóstica sistemática objetivando a identificação e a redução dos fatores de risco. Estratégias preventivas específicas incluem tratamento de condições médicas subjacentes, prescrevendo programa de exercícios para melhorar a mobilidade, reduzindo os riscos de queda em casa e , também , removendo degraus para minimizar o receio de quedas.*

### **Grupo de abordagem para avaliação de risco, prevenção e tratamento de úlcera de pressão com pacientes institucionalizados.**

*J Nurs Care Qual 1996 Apr; 10 (3): 34-45*

**Autor :** Kartes S K

*O artigo descreve um programa único , descentralizado instituído para tratamento de feridas em uma unidade de tratamento clínico do Veterans Affairs Hospital. Esta abordagem descentralizada e interdisciplinar para cuidar de ferida tem sido efetiva para reduzir a incidência e prevalência da úlcera de pressão em população institucionalizada por mais de 2 anos. A prevenção foi o maior objetivo do programa. A escala de Braden foi usada para identificar pacientes em risco de formação de úlcera de pressão ; medidas próprias foram introduzidas para reduzir os riscos identificados . Este colaborativo esforço de equipe leva a melhora de cuidado ao paciente e diminui a incidência e a prevalência de úlcera pressão nesta população.*



## NOTAS DA DIRETORIA

Esta Diretoria através de seu Boletim parabeniza a Comissão Executiva da IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, especialmente o Dr. Marlos Borges e a Dra. Elisa Franco, pela realização do evento onde aconteceram importantes foruns, debates, encontros científicos e importantíssimas reuniões deliberativas das Diretorias da SBGG.



Com grande alegria a SBGG-RJ constatou que a IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia realizou-se em clima de confraternização e união mostrando, além do seu crescimento científico, um grande amadurecimento e fortalecimento da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.



Outro ponto marcante da IX Jornada foi a destacada participação dos Temas Livres e Posters, revelando o interesse cada vez maior pelo estudo da Geriatria e Gerontologia.



Estiveram presentes ao evento os vencedores dos Temas Livres da

III Jornada de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro, realizada em maio deste ano, que tiveram suas despesas arcadas, a título de premiação, pela SBGG-RJ. Parabéns novamente, a Profa. Dina Frutuoso e ao Dr. Manoel Odasso.



A SBGG-RJ comunica que, após aprovação em Assembléia Geral, o XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia será realizado no Rio de Janeiro, já com data marcada para 5 a 9 de dezembro/97 no Centro de Convenções do Hotel Intercontinental. Assim sendo, a partir de agora estaremos recebendo sugestões para a composição do Programa Científico.



Estaremos recebendo, desde já, Temas Livres e Posters para o XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, lembrando que no evento será agraciado o melhor trabalho de Geriatria e Gerontologia. A data limite para recebimento será até 30 de junho de 1997, data de postagem. Esclarecemos que os trabalhos serão submetidos a apreciação de uma Comissão

Nacional de alto nível, objetivando a premiação ainda a ser estabelecida. Envie o seu trabalho, o quanto antes. Só concorrerão os trabalhos que chegarem no prazo e atenderem às normas exigidas.



Durante o evento será discutida a mudança de Estatuto, nossa Carta Magna, onde se apoiam todas as deliberações da nossa Sociedade. Sendo assunto da maior representatividade, convocamos todos os nossos sócios a enviar, o mais breve possível, suas sugestões. Estamos publicando, em anexo, o atual Estatuto para que todos os sócios possam opinar.



No próximo ano também será realizado o Congresso Mundial de Geriatria e Gerontologia em Adelaide, Austrália, onde será votada a sede do Congresso Mundial do ano 2005. O Brasil, especificamente, o Rio de Janeiro, já está definido como representante da América Latina, concorrendo com outros países. Programe-se para integrar e fortalecer a delegação brasileira.



Remetam sugestões para a reforma de Estatuto

Enviem, o quanto antes, seus Temas Livres para o XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia

# Notícias do Prelo

A produção científica na área da Geriatria e Gerontologia é cada vez mais volumosa enriquecendo os acervos bibliográficos e aumentando as oportunidades para a formação consistente na especialidade. Bancos de dados bibliográficos internacionais são hoje facilmente acessados pela Internet e por diversos cadastros informatizados de literatura científica, tornando a informática uma grande aliada da divulgação de conhecimento. A SBGG-RJ continua selecionando para o leitor, títulos de interesse, dando continuidade a seu compromisso com a difusão da especialidade. Interessados em cópias xerox dos artigos científicos, podem fazer sua solicitação pelo tel/fax (021) 610-3567.

## 1. Artigos Científicos

•Calil LC  
Prescrição de psicofármacos por médicos clínicos  
Revista Brasileira de Medicina, 53 (9): 912-917, 1996.

•Caldana RP  
A Morte Auxiliada por Médicos. Considerações sobre a Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio.  
ARS Curandi, 29(7): 78-90, 1996

•Carvalho F<sup>o</sup> ET  
Como Diagnosticar e tratar Hipertensão Arterial Sistólica no Idoso  
Revista Brasileira de Medicina, 53(10): 988-1000, 1996

•4304  
Gudmundsson A  
Geriatric assessment: Making it work in primary care practice  
Geriatrics, 51(3): 55-65, 1996

•4317  
Aylin P  
Home visiting by general practitioners in England and Wales  
BMJ, 313:207-10, 1996

•4319  
Pulliciano P  
Neuroimaging Criteria for Vascular Dementia  
Arch. Neurol 53:723-723, 1996

•4321  
Mossey JN  
Effectiveness of a Psychosocial Interventions, Interpersonal Counseling, for Subdysthymic Depression in Medically Ill Elderly  
Journal of Gerontology, 51A (4): N 172-N178: 1996.

•4344  
Carlson JE  
Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing  
Geriatrics, 51 (7): 26-35, 1996.

•4292  
Janssens JP  
Community - Acquired Pneumonia in Older Patients  
JAGS 44: 539-544, 1996.

•Mendonça Lima CA  
Aging and Mental Health: Epidemiological Considerations. *Psiquiatria Biológica* 4(4): 193-198, 1996.

## 2. Livros

Matheus Papaleo Netto  
*Gerontologia*  
São Paulo, Editora Atheneu, 1996

Ligia Py  
*Testemunhas Vivas da História*  
Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1996

José Carlos Zanelli, Nabal Silva  
*Programa de Preparação para Aposentadoria*  
Florianópolis: Insular, 1996.

Hemógenes  
*Saúde na Terceira Idade*  
Rio de Janeiro: Nova Era, 1996

## PONTO DE ENCONTRO

*Dra. Mariza Miranda Theme Filha vem demonstrar, neste simpático encontro, duas características muito interessantes: perplexidade e curiosidade, que confluem para o seu refinado senso de observação e orientam a sua busca, competente e conseqüente, nos caminhos da Geriatria e Gerontologia.*

No vasto campo da medicina, desde o tempo da graduação na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, fui despertando para duas especialidades que considero importantes para a formação integral do médico: a clínica médica e a epidemiologia. Após a conclusão da Residência Médica procurei aprofundar meus conhecimentos em epidemiologia, inicialmente na Escola Nacional de Saúde Pública e posteriormente no mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Durante meus 15 anos de prática clínica, hospitalar e ambulatorial, fui

notando aquilo que os estudos demográficos e epidemiológicos já apontavam: o envelhecimento da população brasileira, fruto de conquistas no campo social e médico.

Se por um lado, como epidemiologista, estava atenta às discussões sobre a necessidade de se traçar um modelo de atenção à saúde do idoso que desse conta das suas especificidades, na clínica, me deparava a cada dia com um número crescente de pacientes que demandavam uma atenção diferenciada. Fui percebendo o grande hiato que havia na minha formação clínica. Enquanto a epidemiologia já discutia os problemas da transição epidemiológica (o aumento das doenças crônico-degenerativa e a diminuição da importância relativa das doenças infecciosas) o currículo das escolas médicas não dava a necessária importância a este fenômeno.

Foi na prática diária que fui percebendo que eu lidava com um grupo especial: sua fisiologia, formas de adoecimento, respostas terapêuticas se

tornaram um desafio e um constante aprendizado. A consciência da importância da multidisciplinaridade no atendimento ao idoso, os problemas em relação a sua inserção familiar, foram, pouco a pouco, despertando em mim a necessidade de discutir e aprofundar meus conhecimentos em geriatria e gerontologia. Eram tantas as dúvidas!

Foi com grande prazer que participei de uma exposição da Dra. Sílvia Pereira, na ocasião assistente do Programa de Atenção ao Idoso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobre a fisiologia do envelhecimento. Naquele momento era como se eu estivesse revendo um filme muito familiar. A cada exemplo, um flashback de uma situação já vivida. Neste momento descobri a SBGG - RJ.

Associo-me à SBGG-RJ reconhecendo uma oportunidade de compartilhar e contribuir de forma mais estreita das discussões sobre estas duas "novas" especialidades: a geriatria e a gerontologia.

**Mariza Miranda Theme Filha**  
Médica

### Diretoria da SBGG-RJ

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

**Secretário Geral**  
Elizabeth Vianna de Freitas  
**1º Secretário Adjunto**  
Neidil Espinola  
**2º Secretário Adjunto**  
Ivana Vitek  
**1º Tesoureiro**  
Josbel Mendes Pereira  
**2º Tesoureiro**  
Valeria Martinez

**Diretor Científico**  
Mario Sayeg  
**Bibliotecário**  
Norberto Boechat  
**1º Conselheiro**  
Vilma Camara  
**2º Conselheiro**  
Claudio Mota e Souza  
**3º Conselheiro**  
Neusa Eiras

### Equipe de Assessores

André Junqueira  
Benigno Sobral  
Celeste Campos  
Eliane Brandão  
Helena Carvalho  
Laura Machado  
Sandra Costa e Silva