

EDITORIAL *1961 - 1997* *GerAÇÕES de BrasilIDADES*

A história, mestra infalível e caprichosa, se tem feito através da **ação** dos homens. Esta, por sua vez, objeto do julgamento dos povos, ergue-se no correr das **gerações**.

E assim nos encontramos no final de um milênio, cuja história transformou **civilizações** e, privilegiadamente, caminhamos seu último século.

Século tecnologicamente luminar, em que profundas **modificações** cursaram com o indivíduo: vimos rompimento de regimes, quedas de muros, continentes revirando seus mapas, **estações** orbitando além, mas, sobretudo, deparamos na pesquisa pura, os caminhos do ilimitado.

Ilimitado sim, pois não podemos mais vislumbrar no saber um termo, um fim. Ao contrário, a cada passo - **AÇÃO** - um outro se firma e arranca ávido a penetrar espaços novos. Dessa maneira, cronologicamente, história / **idades**, constróem a sondagem dos mistérios.

Estamos aí, no fluxo do progresso, em nosso Brasil, também história depois de uma primeira missa, portos abertos e grilhões rompidos.

Nesse nosso novo país, num compartimento especial no campo das ciências médicas, num determinado momento de vislumbre, brilho e, por que não, de solidão de visionários, um grupo de homens iniciou o estudo do envelhecer. Impulsionada pela vontade uma **geração**, árdua, firme e desprendidamente, em noites insones de samurais, desencadeou as **AÇÕES** descortinadoras das trilhas da Gerontologia, que hoje nos permitem palmilhar o velho.

Continuadores da trajetória apresentam-se novos olhares, novas visões que, também, árdua e desprendidamente, com os mesmos anseios e ideais, conscientes desta nova era vivida e exigida, buscam nesse intercalar **gerações - idades**, as direções da grande construção social.

Gerações, idades, elos
Trabalho, **continuidade**, esperança

É em nome desses, de todas as **idades**, de todas as expectativas que esse Congresso do Brasil conclama você ao milênio que virá.

Norberto S. Boechat
Bibliotecário da SBGG-RJ

EXPEDIENTE

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

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

CGC 29548054/0001-78
Órgão filiado à AMB
Título de Utilidade Pública:
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: 4.000 exemplares
Distribuição: Sócios da SBGG-RJ,
Diretoria da SBGG, Diretoria das Seções
Regionais da SBGG, Bibliotecas
Universitárias, Bibliotecas Públicas e
Instituições Geriátricas e Gerontológicas.
Agradecimentos: ENSP/FIOCRUZ,
UERJ, UFF, UFRJ, INFOgraph.
Editoração Eletrônica: INFOgraph -
Serviços de Informática - (021) 208-7497
Edição Trimestral:
março - junho - setembro - dezembro
Impressão: Gráfica La Salle

DESEMPENHO

Dos cursos regulares que a UFF vem oferecendo para a sua formação e qualificação profissional em Geriatria e Gerontologia, o Dr. Assuero Luiz Saldanha e o Dr. Rodrigo Machado Saldanha trazem contribuição importante para os leitores do **BOLETIM SBGG-RJ**, com o tema **PRESCRIÇÃO EM GERIATRIA**, por certo sempre atual e necessário.

Prescrição Em Geriatria

Trabalho apresentado no Curso de Especialização Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia da UFF/ RJ

Uma abordagem Interdisciplinar sobre Prescrição

Com o acúmulo de conhecimento na área médica, houve uma fragmentação do saber, surgindo na medicina as especialidades e sub-especialidades e a elas foram se incorporando outros profissionais e seus conhecimentos específicos. Se a Iatrogenia já era considerada um dos 5 "Is" da Geriatria, certamente esta visão parcial, gerada pela multidisciplinaridade, onde se sabe muito de uma parte, mas falta a visão do todo, tende a se agravar.

Se antes tínhamos o médico, com seu poder de autoridade, a prescrever remédios e repousos e a promover mudanças nos hábitos dietéticos, com suas proibições aos pacientes, hoje temos a nutricionista atuando na dieta dos pacientes, temos o fisioterapeuta e o professor de Educação Física a prescrever exercícios, temos os psicólogos, os fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros... enfim uma gama de profissionais que, se atuarem de forma individual, fragmentando o ser de acordo com o seu conhecimento e, muitas vezes, desconhecendo o tratamento um do outro, tenderão a piorar o quadro iatrogênico.

Somente através de uma visão interdisciplinar, onde o conhecimento é o resultado de uma busca pela unidade do saber, uma conquista de todos, é que poderemos diminuir as iatrogenias na prática geriátrica, sendo o paciente o beneficiado.

É necessário que entendamos que a "iatrogenia pode ser subtrativa ou aditiva: a primeira provocada pela privação do tratamento baseado na crença, bastante equivocada, de que não é possível a recuperação funcional nesta faixa etária. A segunda causada pela imposição de terapêuticas (medicamentosas ou restritivas), ditas básicas para o equilíbrio funcional do paciente." (8)

Números sobre Prescrição Medicamentosa

(Outras formas de prescrição, não conseguimos números)

EUA
65 anos— 12% população usam
25% das drogas prescritas

Em qualquer instante idoso americano faz uso de 4,5 medicamentos prescritos

Recebe de 12 a 17 prescrições por ano.

10 bilhões de dólares/ano prescrição a idosos

Medicamentos mais prescritos - idosos / comunidade: Analgésicos (AINH), diuréticos, drogas cardiovasculares e sedativos.

Idosos Institucionalizados: Antipsicóticos, sedativos hipnóticos, diuréticos, anti-hipertensivos, analgésicos, medicações cardíacas e antibióticos. (1)

Além dos medicamentos por prescrição, as pessoas idosas consomem grandes quantidades de medicamentos que não foram prescritos. Mais de 2/3 das pessoas idosas fazem uso de pelo menos um tipo de medicamento sem prescrição e a média nacional é de 2,1 medicamentos.

Efeitos Produzidos com o Uso de Medicamentos

Vários benefícios são obtidos com o uso de medicamentos. Muitas doenças agudas e crônicas da velhice são favoráveis ao tratamento com medicamentos e o uso racional de medicamentos afetou profundamente a mortalidade e a morbidade de muitas doenças. Todavia podem ocorrer tanto efeitos adversos como benéficos associados ao uso de medicamentos.

Os testes farmacêuticos não são feitos em idosos. A idade é um risco independente para o desenvolvimento de reações adversas. Os testes farmacêuticos não são feitos em pessoas com mais de 75 anos. A indústria farmacêutica alega dificuldade em fazê-los porque não existe um padrão único de envelhecimento e devido ao fato desta população já ser portadoras de várias morbidades e fazer uso de diversos fármacos (11)

As reações adversas podem ser de dois tipos: (12)

Tipo A: Sobredose

Tipo B: Ligada à farmacodinâmica e à idiosincrasia.

Os efeitos adversos são comuns entre os idosos, ocorrendo com 2 vezes mais frequência do que em adultos jovens. (Mark H. Beers).

Cerca de 5% das admissões hospitalares de pessoas idosas são resultado de reações adversas.

"Estado de Letargia"- O declínio funcional, freqüentemente conhecido como "estado de Letargia", pode estar relacionado ao uso de medicamentos, como algumas reações relativamente vagas como fadiga, anorexia,

isolamento, fraqueza muscular e incapacidade de realizar tarefas que necessitem esforço físico.

De acordo com alguns estudos, as reações adversas a medicamentos em idosos se manifestam principalmente: na pele e tecido subcutâneo; aparelho gastrointestinal; sistema nervoso, além de manifestações psiquiátricas, cardiovasculares, metabólicas, nutricionais, respiratórias e hematológicas. (1)

Uso Apropriado de Medicamentos

Uso de medicação é apropriado somente quando seus benefícios potenciais se sobrepõem aos riscos potenciais.

Ex. Cimetidina

25% foi administrada sem uma indicação adequada

31% a 71% receberam medicação em doses altas inadequadas ou por um tempo prolongado.(1)

Alterações Morfológicas do Envelhecimento

Gordura corporal aos 25 anos - 15%;
aos 75 anos - 30%

A água corporal (principalmente a água intracelular) diminui de 42 % aos 25 anos para 33 % aos 75 anos. (10)

Farmacocinética

Refere-se ao modo como o organismo lida com os medicamentos.

Estuda a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação dos medicamentos.

Absorção

É importante considerar:

Dentes (A falta destes faz o paciente engolir grandes pedaços de alimento, que interagem com alguns medicamentos).

Diminuição do olfato e paladar.

Diminuição da motilidade do trato digestivo

Relaxamento do esfíncter esofágico, levando ao refluxo gastroesofágico.

Distribuição

Diminui a massa corporal

Diminui a água corporal total - (drogas hidrossolúveis, lítio, digoxina, furosemida, álcool e a cimetidina se distribuem em espaço menor e tenderão a alcançar níveis plasmáticos mais altos).

Aumenta a gordura corporal - leva a um aumento de volume de distribuição das drogas lipossolúveis, um período mais longo para serem eliminados do organismo. (ex. benzodiazepínicos, acetaminofem, prazosin, salicilatos etc.).

Diminui a albumina Sérica - por falta de ingestão, pela diminuição da síntese ou por aumento do catabolismo (aumento da droga livre eficaz) ex. hormônio tireoideano, warfarim, fenitoína, cimetidina, teofilina, alguns benzodiazepínicos.

Diminui a ligação das drogas às hemácias - aumenta substância livres.

Aumento de Alfa-1-ácido-glicoproteína - certas drogas como a lidocaína, que se ligam a esta glicoproteína, podem apresentar uma diminuição nas suas frações livres.

Metabolismo

Metabolismo Hepático

Diminuição do fluxo sangüíneo

Existem drogas que são rapidamente metabolizadas no fígado, como o propranolol e é limitado pelo fluxo sangüíneo hepático- um fenômeno chamado de metabolismo de fluxo limitado. Além disso, drogas que sofrem um metabolismo extenso na primeira vez que atravessam o fígado são capazes de alcançar níveis sangüíneos mais altos, caso o fluxo sangüíneo hepático esteja diminuído. (1)

Diminuição dos hepatócitos

Diminuição da massa hepática

Fases do Metabolismo

Fase I: Oxidação enzimática, redução e hidrólise de drogas e toxinas. Profundamente alterados no idoso. Drogas: acetaminofem, amitriptilina, barbitúricos, clordiazepóxido, diazepam, flurazepam, ibuprofen, labetalol, lidocaína, nortriptilina, propranolol, quinidina, teofilina, salicilatos, warfarim etc.

A família de enzimas do citocromo P450 é o principal catalizador das reações de biotransformação de fármacos. Esta via está diminuída com a idade. Os fármacos metabolizados pela mesma enzima competem entre si por um local de ligação nesta, diminuindo assim a taxa de metabolismo do fármaco de menor afinidade.

Fase II:

Conjugação - menos afetada com a idade.

Eliminação

A eliminação pode se dar por várias vias: bile, saliva, respiração. Contudo, a maioria desse processo se faz pelo rim.

Alterações renais:

Diminuição do fluxo Plasmático

Renal - 50%

Diminuição da filtração Glomerular - 30 a 40%

Diminuição da função Tubular - não concentra a urina, não consegue conservar sódio, aumenta ions hidrogênio

Diminuição da Clearance de creatinina - sem que aumente a creatinina plasmática por causa da diminuição da massa muscular.

Fórmula de Cockroft & Gault

Clearance de creatinina =

$$= \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso (em kg)}}{70 \times \text{Creatinina Plasmática}}$$

Multiplicar por 0,85 para sexo feminino

Exemplos de drogas que têm excreção renal e devem ser monitorizadas no idoso.

Antibióticos: aminoglicosídeos - Beta-bloqueadores: atenolol e sotalol

Cardiotônico: digoxina - Psicotrópico: lítio

Farmacodinâmica

Refere-se à maneira pela qual o organismo responde aos medicamentos.

Vê-se a intensidade e duração do efeito de uma concentração determinada de um fármaco no seu sítio de ação.

As modificações farmacodinâmicas se iniciam geralmente por volta dos 70 anos.

São de 2 tipos:

a) Relacionadas às mudanças nas reservas homeostáticas:

Redução na ação do sistema nervoso autônomo, com aumento da hipotensão ortostática e disfunções vesical e intestinal (sedativos, anticolinérgicos)

Menor controle postural (alteração na barorregulação, hipotensão postural, hipotensores, tricíclicos, neurolépticos, antiparkinsonianos)

Dificuldades de termorregulação (álcool, barbitúricos, tricíclicos, analgésicos)

Queda da capacidade de cognição.

Mudanças metabólicas como o aumento da intolerância à glicose e alterações de sensibilidade à ação e inibição enzimática.

Resposta imunitária diminuída, particularmente a celular.

b) Modificações nos Receptores e Sítios de Ação

Receptor - é uma molécula reconhecadora; só se acopla por seu ligante; é específico e seletivo.

É um polepeptídeo.

Receptores: Fisiológicos

Farmacológicos

Exemplos de receptores:

Colinérgicos

Adrenérgicos

Dopaminérgicos

Serominérgicos

Histaminérgicos

Opióides

Estrogênicos

Receptores beta-adrenérgicos reduzidos em número e em afinidade. (diminui resposta cronotrópica ao isoproterenol e ao propranolol) (5)

Número de beta-receptores nos adipócitos, eritrócitos, neuronios cerebrais e linfócitos.

Receptores alfa-adrenérgicos com menor capacidade de resposta a agonistas como prazosina e atensina.

Receptores colinérgicos reagem menos a drogas anticolinérgicas como a atropina.

Aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos, provavelmente relacionadas com o receptor GABA.

Polifarmácia

Devido ao fato das co-morbidades, é

comum vermos paciente usando vários fármacos.

Segundo Colley & Lucas (1993) a polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos uma droga desnecessária num rol de prescrições supostamente necessárias. (4).

Em um estudo sobre paciente externos idosos, aqueles que fizeram uso de menos de três medicamentos durante um ano, tiveram menos de 2% de chance de desenvolver uma reação adversa clinicamente relevante, enquanto que aqueles que utilizaram 10 drogas apresentavam uma chance maior do que 17%.

Na atualidade, o idoso geralmente é visto por diversos médicos especialistas, cada qual com sua prescrição específica, às vezes com duplicações do mesmo principio ativo, pois um médico desconhece a prescrição do outro.

Vemos também a cascata iatrogênica. A partir de um diagnóstico institui-se tratamento com um tipo de medicamento. Este causa algum efeito adverso: ao invés de modificar a dose ou suspender a dose, outra droga é prescrita. Não raro esta também causa efeitos adversos ou a sua interação medicamentosa causa.(4)

Interação Medicamentosa

Droga - alimento:

L- dopa e refeições ricas em proteínas
Cálcio - administrado simultaneamente à dieta rica em fibras.

Alendronatos junto às refeições

Droga - álcool:

Potencialização dos sedativos

Droga - Droga:

Beta bloqueador + hipoglicemiantes orais = mascara hipoglicemia
Benzodiazepínicos + cimetidina = estados confusionais
Piridoxina + L-Dopa = anula os efeitos
Nifedipina + Metildopa ou beta-bloqueador = hipotensão grave

Problemas encontrados na administração de medicamentos a idosos

- 1) Alta prevalência de deficits cognitivos (23 a 38% fazem uso incorreto)
- 2) Distúrbios visuais
- 3) Dificuldade motoras - frascos difíceis de manejar
- 4) Falta de orientação sobre o uso correto de medicamentos (orientações vagas como "às refeições")
- 5) Multiplicidade de doenças, de médicos e de medicamentos
- 6) Falta de simplificação do regime terapêutico
- 7) Desconhecimento do profissional sobre as formas de apresentação do remédio (manda fracionar cápsulas)

Adesão ao tratamento

Enfatiza-se, dentro do conceito de adesão, o comportamento aderente que pode ser compreendido como a habilidade do paciente para

desempenhar um papel ativo frente à situação terapêutica.(2)

Haynes mostra um levantamento de 36 estudos onde somente em 6 havia problemas de adesão com os idosos (2).

Segundo Brunner:

59% idosos com doenças crônicas cometem erros com as prescrições

25% desses erros são potencialmente graves.

Outros autores citam:

50% prescrições são utilizadas inadequadamente

14% a 21% doentes nunca seguem as prescrições.

Fatores que Influenciam a Não Adesão Medicamentosa -EPM (2)

Fatores Técnicos

Apresentação das drogas

Ideal seria apresentação geriátrica das drogas.

Dificuldade deglutição

Quantidade diária consumida (evitar muito fracionamento de horário e drogas, evitar prescrição tipo "dias alternados")

Tipos de medicação (enfermidades consideradas graves pelos próprios pacientes > adesão, cardiopatias, diabetes)

Sabor da medicação (mudança de paladar, ex. lítio, metronidazol)

Fatores Biológicos

Farmacocinética e farmacodinâmica

Efeitos colaterais, tóxicos e idiossincrásicos.

Não adesão inteligente.

Fatores Psicológicos e Sociais

Depressão

Negação ou medo da doença

Auto-estima diminuída

Idéias de Suicídio

Necessidade de sofrimento (auto punição, ligado a fanatismo religioso)

Relação médico-paciente

Fatores Predominantemente Sociais

Dificuldade econômica

Conselho de terceiros

Baixa percepção do custo-benefício da terapêutica (ex. tratamento de hipercolesterolemia em pacientes assintomáticos)

Suspensão de medicamentos para ingestão de bebidas alcoólicas.

Interrupção do tratamento antes do retorno subsequente

Fatores Mistos

Esquecimento

Nível educacional e cultural do paciente

Automedicação

Diagnóstico da Não Adesão

Médico não é o profissional mais adequado para avaliar.

Evitar perguntas autoritárias:

"Você está tomando os medicamentos como mandei?"

Preferir:

"A maior parte dos indivíduos tem dificuldade em lembrar-se de todos os medicamentos. Você tem tido alguma dificuldade de lembrar-se dos seus?" (2)

Pode-se constatar a não adesão fazendo-se:

Controle sérico das drogas

Contagem de comprimidos

Frequência da requisição das receitas.

Método para Promoção da Adesão Medicamentosa

Participação da equipe interdisciplinar

Simplificação do esquema terapêutico (usar doses únicas, evitar dias alternados, evitar instruções evasivas tipo, "às refeições" ou "vai ter que tomar para sempre"; marcar no calendário; avaliar as prescrições anteriores; receitar quantidade suficiente até a volta do paciente; paciente com déficit cognitivo solicitar outra pessoa para lembrar-lhe das drogas; fazer desenho de sol ou lua para identificar o período do dia; em pacientes analfabetos as vezes é útil informação da cor do remédio e do formato.

Regras Práticas ao Prescrever Medicamentos para o Idoso (6)

Trate apenas quando a qualidade de vida estiver prejudicada

Comece a medicar gradativamente
Aumente a medicação gradativamente

Inicie o tratamento com objetivos definidos

Organize um padrão de acompanhamento do tratamento

Analise a possibilidade de retirada de drogas regularmente

Limite o tempo de uso

Solicite que em cada consulta traga todos os medicamentos

Altere uma droga por vez

Prescreva o medicamento mais simples.

Placebo (Palavra latina) - Verbo no futuro que significa agradarei

É preciso ter cuidado com o uso de placebos. Paciente às vezes o usa em detrimento do medicamento mais importante.

Efeito do terapeuta (seu carisma) como placebo também tem que ser considerado.

O professor Jairo Ramos no seu "Atualização Terapêutica" há 40 anos nos ensina: (4)

"Se o que está fazendo não surtiu efeito, saiba abandoná-lo no momento oportuno. **Não seja um terapeuta teimoso.**

Se o que está fazendo é útil e eficaz, continue a fazê-lo. **Não seja um terapeuta nervoso. Se não souber o que deve ser feito, nada faça**."

"Primum non nocere"

Hipócrates

Referências Bibliográficas

1 - BEERS MARK H- Medicamentos para Idosos. In: CALKINS EVANS, et all. Geriatria Prática, 2ª ed., Revinter, RJ, pag 34 a 52, 1997.

2 - DIAZ ROSANA B - Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes Idosos. In: PAPALÉO NETO MATHEUS - Gerontologia, 1ª ed, Atheneu, SP, pag 230 a 241, 1996.

3 - MARUCCI MFN, GOMES MMBC - Interação Droga-Nutriente em Idosos. In: PAPALÉO NETO MATHEUS - Gerontologia, 1ª ed., Atheneu, SP, pag 273 a 283, 1996.

4 - RAMOS LR - Os Fármacos e o Idoso. In: GORZONI ML, TONIOLO NETO J, Terapêutica Clínica no Idoso, 1ª ed, Servier, SP, pag 3 a 6, 1995.

5 - TONIOLO NETO J, GORZONI ML - Farmacocinética e Farmacodinâmica no Idoso. In: Terapêutica Clínica No Idoso, 1ª ed. Servier, SP, pag 8 a 12, 1995.

6 - GORZONI ML, TONIOLO NETO J - Regras Práticas ao Prescrever Medicamento Para o Idoso. In: Terapêutica Clínica no Idoso, 1ª ed, Servier, SP, pag 195 a 197, 1995.

7 - PAPALÉO NETO MATHEUS, CARVALHO FILHO E., PASINI U - Farmacocinética e Farmacodinâmica das Drogas. In: CARVALHO FILHO E, PAPALÉO NETO MATHEUS, Geriatria - Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 1ª ed, Atheneu, SP, pag 409, 1994.

8 - CAMPOS CMT, PEREIRA SRM - Envelhecimento, Polipatologia e Polifarmácia: Cuidados na Prescrição Terapêutica. In: Caminhos do Envelhecer, SBGG-RJ, 1ª ed, Revinter, RJ, pag 171 a 176, 1994.

9 - BEARD K - Fármacos em Geriatria. In: ANZOLA PEREZ ELIAS et al. - La Atencion de Los Ancianos Un Desafio Para Los Años Noventa, Washington, D.C., OPS, pag 267 274, 1994.

10 - MORIGUCHI YUKIO, MORIGUCHI EMÍLIO - Biologia Geriátrica Ilustrada, 1ª ed, Fundo Editorial Byk, SP, 1988.

11 - GURWITZ JH, AVORN J- The Ambiguous Relation between Aging and Adverse Drug Reactions, Annals of Internal Medicine, Vol 114 number 11, June 1991.

12 - RIVERA JV, LÓPEZ HS - Efectos adversos de los medicamentos en los ancianos, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol 32 nº 3, 1994.

13 - STEEL K et al. - Iatrogenic Illness on a General Medical Service at a University Hospital, The New England Journal of Medicine, March 12, 1981

Assuero Luiz Saldanha

Médico do Núcleo da 3ª idade da AMAC/ Pref. Juiz de Fora Pós-Graduado em Geriatria pela PUC/RS
Pós-Graduando em Geriatria e Gerontologia pela UFF/ RJ

Rodrigo Machado Saldanha

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Endereço do autor :

Av Br.Rio Branco, 3489 / 702 - Centro CEP 36021-630 - Juiz de Fora - MG.

Convite

A SBGG-RS atende, simpaticamente, ao convite do BOLETIM SBGG-RJ para oferecer aos nossos leitores notícias do triplo evento que promoveram em julho passado, transcorrido com o sucesso já esperado.

Realizou-se em Porto Alegre, de 03 a 05 de julho, o 1º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 1º Fórum Internacional e II Jornada de Inverno da SBGG-RS. Com a participação de 450 congressistas. Este foi um encontro científico que reuniu todas as áreas envolvidas com os cuidados aos idosos.

Entre os temas abordados, destacaram-se a cardiogeriatrics, doença de Alzheimer, osteoporose, hormônio de crescimento, informática em Geriatria, nutrição e envelhecimento, infecções no idoso, climatério e menopausa, contando também com 50 trabalhos apresentados sob a forma de painéis

e sessões expositivas com slides, e que foram intensamente debatidos numa atmosfera informal, agradável e universitária.

Representando a SBGG-RJ, as Dras. Arianna Kassiadou Menezes e Elizabeth Viana de Freitas, contribuíram para o sucesso do evento com magníficas conferências, assim como os demais convidados nacionais e estrangeiros que nos honraram com suas presenças.

Paulo R.W. Hekman
Presidente da SBGG-RS

Assine a Revista
"Arquivos de Geriatria
e Gerontologia"
Tel: (021) 221-3235



Comissão Editorial

Coordenação
Ligia Py

Benigno Sobral

Elizabeth Viana de Freitas

Josbel Pereira

Laura Machado

Mario Sayeg

Norberto Boechat

Silvia Pereira

TEBONIN®

Extrato de Ginkgo biloba EGb761

80mg

UM MODO DE AÇÃO COMPLETO NOS DISTÚRBIOS DO ENVELHECIMENTO

- Segurança de emprego mesmo em pacientes mais fragilizados
- Eficácia Clínica demonstrada
- Posologia simples:
1 comprimido 2 vezes ao dia

EFICÁCIA TERAPÊUTICA COM EXCELENTE TOLERABILIDADE



Byk Química e Farmacêutica Ltda.
R. do Estilo Barroco, 721
CEP 04709-011 - S. Paulo - SP
Tel.: (011) 533.0244 - Fax.: (011) 533.4361

Maiores informações poderão ser obtidas
diretamente junto ao nosso Departamento Médico
ou através de nossos representantes


Byk Química

TRATAMENTOS "REVOLUCIONÁRIOS"

Do Distrito Federal, nos chega Maria Luciana Barros Leite, demonstrando alto grau de sensibilidade na ação criativa para observar e inventar formas de intervenção que atendem a verdadeiras demandas de idosos, em situações particularizadas.

Prática Alternativa do Serviço Social junto aos Idosos Institucionalizados durante o período noturno

Esta prática foi desenvolvida num período de dois anos em uma instituição de caráter filantrópico, o Lar dos Velhinhos Maria da Madalena, situado no Núcleo Bandeirante, uma das cidades satélites de Brasília. Esta instituição ocupa quatro pavilhões e abriga 170 homens e mulheres idosos.

O trabalho teve origem no atendimento à necessidade de adequar a intervenção do Serviço Social à prática, cada vez mais freqüente, junto ao idoso institucionalizado. Durante esses anos, pude perceber algumas particularidades que merecem especial atenção.

Observei que durante o dia existia uma maior dispersão e impedimentos para realizar trabalhos de grupo, devido a fatores tais como a expectativa e disponibilidade dos idosos em receber visitas de familiares, amigos e voluntários da comunidade, além de saídas constantes para a resolução de questões referentes à saúde (consultas) ou econômicas (recebimento de benefícios e compras) ou fazer visitas, etc, de outras atividades de rotina, estabelecidas em função da circunstância de vida deles.

Analisando o depoimento dos idosos, me deparei com uma realidade que, no primeiro momento, não se enquadrava nos critérios estabelecidos para que o trabalho viesse a ser fundamentado dentro de um referencial teórico de intervenção, de acordo com a realidade específica.

Para conseguir este conhecimento foi necessário adotar algumas práticas que não fazem parte da rotina de uma assistente social numa instituição de atendimento a idosos. Em primeiro lugar, senti necessidade de conviver com os idosos à noite para compreender rotina por eles vivenciada. Neste período procurei conversar individualmente com os idosos para identificar o interesse, a expectativa e disponibilidade de mudança da rotina noturna. Na observação da "rotina noturna" percebi questões que destaco:

· A noite era vivenciada como um período nulo sem atividade interna ou, muito menos, atividade externa.

· A rotina se limitava a trocar de roupa, ver televisão, ou deitar e ficar "pensando na vida sem perspectivas e sem possibilidade de sonhos positivos".

· Em função do reduzido número de servidores no turno da noite e devido ao medo que os idosos têm de não ter "socorro imediato", eles trocavam a noite pelo dia, dormindo

durante o dia e passando longos períodos da noite vigilantes.

No segundo momento procurei estabelecer contato com os servidores do noturno e com a direção da instituição. Os primeiros foram receptivos, acredito, uma vez que a proposta trazia a possibilidade de dinamizar o ambiente de trabalho e também haveria, certamente, a diminuição da demanda por serviços. Em relação à direção, houve um certo grau de resistência, principalmente em função do aumento de gastos com energia e combustível, além das horas extras a serem pagas aos motoristas. Este problema foi solucionado porque senti que havia conquistado um espaço de trabalho e nada melhor que a apresentação de resultados práticos para superar os obstáculos e receber apoio.

No terceiro momento, procurei identificar os espaços existentes na comunidade que pudessem ser utilizados no desenvolvimento desta proposta. Visitei organizações como o SESC, teatros, clubes, grupos de convivência e outros. Percebi, nesses contatos, grande disponibilidade em apoiar os idosos e em contribuir efetivamente para o exercício de sua cidadania, na medida em que se oportunizariam atividades ou vivências que estimulariam nos idosos o prazer de viver e o aumento da auto-estima. Além disso seria desmistificada a visão do idoso institucionalizado como um ser improdutivo, dependente e isolado.

O quarto momento se deu em função de se compartilhar com técnicos envolvidos na questão e com familiares e voluntários que convivem com os idosos, a razão desse trabalho, sua importância, e até, por que não dizer, a minha ousadia. Dessas pessoas não recebi apenas o "consentimento" para a viabilidade e adequação de minha proposta à realidade, mas principalmente recebi apoio concreto para efetivá-la. Os voluntários e técnicos, devido à disponibilidade de tempo, participavam das palestras e acompanhavam os idosos com dificuldades de ambulação nos passeios noturnos, jogos e atividades de grupo.

Atividades desenvolvidas

As atividades eram realizadas dentro da instituição, através de encontros semanais e fora da instituição, de acordo com a programação. O convite para que os idosos participassem das atividades se dava da seguinte forma: Pela manhã, no dia previsto, era distribuído um "folheto", com títulos como "Viva bem a idade que você tem" (programa do Ministério da Saúde) e junto a este, um "convite" com as informações sobre a programação, local e o horário. Durante todo o dia fazia-se uma chamada pelo "serviço de som" para a participação na atividade. Também se fixavam "cartazes - convites" nas varandas e nos corredores dos pavilhões. Finalmente, já no horário próximo à atividade, fazia-se uma mobilização individual e uma avaliação do

interesse e possibilidade de participação.

Quanto à atividade, era realizada na própria instituição: Utilizava-se o refeitório como espaço, uma vez que ali havia condições adequadas, inclusive para a preparação de chá. Começávamos às 19 horas, seguindo normalmente até às 20 h 30 min. A dinâmica dos encontros se dava de tal forma que se procurava sempre ter presente os seguintes aspectos:

- Convivência diária;
- Saúde;
- Conhecimento da rede de serviços como INSS, SESC, MS e outras instituições;
- Relação com profissionais da instituição, familiares e comunidade em geral;
- Troca de informações;
- Formação de grupos de trabalho;
- Direitos e deveres com relação à instituição;
- Discussão dos boletins informativos e retorno da discussão através de relatórios para a instituição de origem do boletim;
- Jogos de mesa, como dominó, dama, etc;
- Apresentações artísticas, como declaração de poemas, ou apresentações com instrumentos como violão, gaita, acordeon, órgão eletrônico;
- Exposição de artesanato;
- Preparação e distribuição de chá e lanche;
- Avaliação do Encontro, e;
- Apresentação de propostas para grupos de trabalho no decorrer da semana.

As atividades externas ocorriam tanto durante o dia como à noite. Dependia da característica da atividade. Sem dúvida que algumas foram estimuladas para que acontecessem à noite. Procuramos diversificar os tipos de atividades e principalmente programá-las de acordo com a época. Citarei algumas: festas juninas, bailes de carnaval, teatro, cinema, passeios noturnos na cidade na época de Natal, encontros no parque, circo e outros.

Ao desenvolver estas atividades era proporcionado ao idoso institucionalizado a possibilidade de restabelecer relações sociais com a comunidade e uma maior vivência coletiva. Como consequência, estimulava o rompimento da situação de isolamento social do idoso institucionalizado que tanto nos incomoda.

Acreditamos que ao desenvolver este trabalho nos foi possível identificar as potencialidades existentes nos idosos, na instituição, a disponibilidade dos servidores e da comunidade possibilitando um ambiente mais humano onde o idoso é valorizado e sua dignidade é reconhecida na medida em que a intervenção se deu de acordo com sua realidade.

Concretamente o anoitecer passou a ser um momento de expectativa, não no sentido de esperar o sono chegar, mas de realização e prazer.

Percebi que a criatividade e a ousadia devem fazer parte do cotidiano da Assistente Social preocupada com a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Maria Luciana Carneiro de Barros Leite

A autora é Assistente Social formada pela UFAI, em 1984, atualmente trabalhando no Ambulatório de Atendimento Integral à Saúde do Idoso - II Rgu. Pertence à ANG e SBGG-DF e também faz parte da diretoria da APAZ-DF

FORUNS EM ATIVIDADE

As coordenadoras dos FÓRUNS estão em franca atividade, organizando-se para o desempenho no Congresso, quando deverá ser inaugurada uma forma de interação, certamente muito estimulante para os novos caminhos que se abrem.

Forum Nacional dos Municípios

Relato da Reunião Preparatória realizada nos dias 18 e 19 de julho no Rio de Janeiro para o VI Forum Nacional dos Municípios do XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, nos dias 05 e 06/12/97 - RJ.

Tema central escolhido: **MUNICIPALIZAÇÃO E A DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS**

A **DESCENTRALIZAÇÃO**, fundamentalmente, propõe que o MUNICÍPIO seja o gestor integral de suas ações, no que tange ao planejamento, à instrumentalização, à execução e à supervisão. Assevera, ainda, que haja participação popular na administração e controle municipal, através dos Conselhos Municipais, buscando assegurar melhorias na qualidade de vida da população usuária.

Particularizando a questão para o indivíduo idoso, que representa o segmento populacional com maior crescimento exponencial, surge a preocupação com a conseqüente emergência de demandas de serviços municipais específicos e a imposição de desenvolvimento na área de capacitação de recursos humanos, necessária para dar resposta adequada à demanda.

Sendo assim, o VI FÓRUM DOS

MUNICÍPIOS elege como estratégia a discussão dos temas:

- Descentralização das ações - Municipalização.
- Criação de Conselhos Municipais do Idoso.
- Capacitação de recursos humanos multidisciplinares.

Propõe, ainda, uma inovação: a integração dos Fóruns Nacionais (dos Municípios, das Instituições de Ensino Superior e das Instituições Gerontológicas). No segundo dia dos trabalhos, os três Fóruns deverão reunir-se para, articulada e conjuntamente, desenvolver temática da capacitação de recursos humanos de todos os níveis.

Regina V. Mesquita
Coordenadora do

Forum Nacional dos Municípios

Forum Nacional das Instituições de Ensino Superior

Foi realizado no dia 18/07/97 a reunião prévia do Forum Nacional das Instituições de Ensino Superior (FNIES) no Instituto de Neurologia Deolindo Couto (UFRJ), no Rio de Janeiro.

A reunião teve duração de 4 horas com participantes do Rio de Janeiro, Campinas e Recife.

Os temas escolhidos para debate durante o XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia foram: Indicadores de Avaliação, Autonomia das IES e a Lei de Diretrizes e Bases.

Há a proposta de realizar a discussão do tema: Capacitação de Recursos Humanos em nível médio, junto com os outros Foruns.

A próxima reunião para conclusão do Programa será no dia 26/09/97, às 14 horas à rua Santa Luzia, 685 - 2º andar, no Rio de Janeiro.

Aproveito para convidar todos os participantes do Forum e os que estiverem interessados.

Vilma D. Camara
Coordenadora do FNIES

Forum das Instituições Gerontológicas

Estaremos realizando mais um Forum das Instituições Gerontológicas por ocasião do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, em 5 de dezembro próximo.

O tema central do Forum será "Ética e Técnica na Assistência ao Idoso Institucionalizado" e a programação proposta é a seguinte:

- ABERTURA / HISTÓRICO (10 min)
- Palestra de Abertura (60 min)
- "Diagnóstico Nacional das Instituições de Longa Permanência" - Jurilza Mendonça
- INTERVALO
- Palestra (60 min)
- "Avaliação dos Riscos Institucionais" - João Toniolo Neto
- ALMOÇO
- Palestra (40 min)
- "Critérios de Admissão na Instituição" - Eliane Brandão Vieira
- Mesa Redonda (20 min cada)
- "Como abordar / administrar as diversas ocorrências na Instituição. Alterações de comportamento (delirium / demência / depressão), quedas, incontinência urinária, úlcera de pressão" - Valéria Lino, Gisele Sanchés, Cybele, Jaqueline
- Reunião da CONATI - "Revendo Estratégias de Assessoria"

Qualquer informação pode ser adquirida com os membros da Comissão Regional RJ: Eliane Brandão Vieira - CGABEG / NUCLAI; Valéria Lino - ENSP-FIOCRUZ; Gisele Sanchés - Casa São Luiz para Velhice; Maria de Lourdes Braz - Casa Sant'ana e Enilda Ribeiro - Secretaria de Ação Social.

Estamos aguardando suas sugestões e esperando sua participação.

Eliane Brandão Vieira
Coordenadora do Forum das IGS



ATENÇÃO

O Estado do Rio de Janeiro já conta com um projeto de lei que preconiza um programa de vacinação para os idosos, cujo controle deverá ser assegurado por uma carteira de vacinação específica para esse fim.

Em defesa da saúde pública, particularizando, aqui, a nossa população idosa - a que mais cresce neste país - autoridades brasileiras no assunto, de acordo com orientação da OMS, priorizam as vacinas antitetânica, antipneumocócica e antigripal.

Ficamos na expectativa de que esse projeto de lei, de alta relevância no percurso da prevenção, venha a ser sancionado, o mais rápido possível, com aplicação imediata.

TRADUZINDO

A seção **TRADUZINDO**, já consagrada pelos nossos leitores, apresenta assuntos tratados no "Geriatrics", através da leitura atenta e interpretativa do Dr Norberto S. Boechat.

SUPER, HÍPER PARA OS SUPER-HORMÔNIOS

Popularidade de produtos não testados reflete a ânsia dos idosos na busca de saúde e vigor

Se tudo que ouve acerca dos "super-hormônios" é verdade, poder -se-ia permanecer forte, sadio, sexualmente ativo e repousado sem nenhum esforço. Bastariam umas poucas pílulas rotineiramente

Lojas especializadas, livros e televisão nos dizem que suplementos hormonais como dihidroepiandrosterona (DHEA), hormônio do crescimento humano (HGH), melatonina e testosterona são as respostas às questões humanas para o rejuvenescimento e eterna juventude. Infelizmente as pesquisas que garantem estas alegações são inteiramente inadequadas. Existem poucos ensaios clínicos humanos, não conhecemos dosagens seguras, mas sabemos os perigos do abuso de hormônios.

Nada disso foi suficiente para conter o híper. Lojas de alimentos aumentaram as vendas desde que o Health Dietary Supplement and Education Act, de 1994, liberou da aprovação pelo FDA estes suplementos. Novos livros como DHEA: A Practical Guide, The Super Hormone Promise e Melatonin Miracle são vendidos rapidamente.

Sustentando estas indicações, está a hipótese de que o declínio no nível hormonal constitui uma deficiência, que necessita ser reposta. A possibilidade, mesmo probabilidade que alguns destes declínios sejam fisiológicos e necessários contra outros efeitos deletérios do tempo não são considerados. O possível perigo de tomar estes suplementos são convenientemente descartados.

Testosterona e HGH necessitam prescrição, mas DHEA e melatonina podem ser obtidos livremente. Alguns indivíduos que os tomam relatam efeitos positivos. Eu poderia denominá-los como o famoso efeito placebo. Quais são as pretensões destas drogas "milagrosas", quais os fatos e riscos?

TESTOSTERONA

Pretensões: mantém musculatura, aumenta energia e libido. Custa cerca de \$100,00/mês.

Fatos: entre todos os casos de disfunção erétil, somente 4% são relacionados a baixos níveis de testosterona. Maioria dos homens, aos 70, ainda têm níveis normais de testosterona. Disfunção erétil é geralmente devida à doença cardíaca, aterosclerose, hipertensão e diabetes, bem como cigarro, medicamentos e alcoolismo.

Testosterona pode, de fato, desencadear ou estimular tumores

prostáticos, reduzir colesterol HDL e bloquear a produção de esperma (altas doses estão sendo testadas como contraceptivo). Pode aumentar células, viscosidade sanguínea e risco de stroke.

Hormônio do Crescimento

Pretensões: suplemento com HGH preserva massa corporal magra e pele, favorece a imunidade e melhora função cardíaca e renal. Um ano de tratamento custa \$10.000 a \$15.000.

Fatos: HGH é secretado pela pituitária anterior e afeta o metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. Não declina automaticamente com o envelhecimento; somente cerca de 1/3 de indivíduos acima de 65 têm níveis diminuídos. HGH em excesso causa retenção hídrica, provavelmente desencadeia falência cardíaca, aumento de órgãos e ossos, dor articular, síndrome do túnel do carpo e piora diabetes.

DHEA

Pretensões: melhora humor, aumenta energia e libido, neutraliza estresse, preserva músculos e melhora o sistema imune. Previne câncer e doenças do coração. Custa de \$5,00 a \$10,00/mês.

Fatos: DHEA, o esteróide mais abundante do corpo, participa da secreção de estrogênio e testosterona. Seus efeitos biológicos essenciais e riscos não são conhecidos. Não foi testado em nenhum ensaio longo e não podemos estar certos de sua pureza porque sua produção não está regulamentada. Algumas vezes DHEA é produzido a partir de inhamé mexicano, forma que não pode ser utilizada pelo organismo humano.

DHEA pode desencadear tumores porque aumenta o nível de estrogênio na mulher e testosterona no homem. Lesão hepática tem sido relatada

MELATONINA

Pretensões: melhora sono, protege células contra lesões pelos radicais livres, melhora imunidade, previne câncer. Um vidro com 60 comprimidos custa 47,00.

Fatos: é um hormônio natural da pineal que se sabe estar envolvido no ritmo circadiano ou biológico. Indústria farmacêutica não se interessou em investigar o hormônio natural porque não pode ser patenteado. Logo é produzido irregularmente e não testado. Usuários podem se sentir trôpegos e moderadamente deprimidos.

A demanda assinala a necessidade de mais pesquisas

O forte interesse público nestes compostos não controlados é expressão do desejo de manter vigor e saúde no envelhecimento. Considerando a expectativa de crescimento da população idosa no próximo milênio é necessário que se estude estes hormônios paralelamente à fisiologia e biologia básicas do envelhecimento. Necessitamos de

pesquisas básicas, não diferenciadas, bem como de estudos dirigidos especificamente.

O National Institute on Aging já mantém estudos de testosterona, HGH, DHEA e melatonina. Poderão ser de grande valor, já que os hormônios têm o papel de regular crescimento, metabolismo e reprodução. No entanto ensaio duplo-cego controlado de pelo menos 5 a 10 anos é necessário para examinar uma droga quanto a seus benefícios e riscos.

Nesse ínterim o indivíduo que deseja melhorar sua saúde deve tentar dois aspectos que sabemos positivos: exercício e dieta baixa em açúcar e calorias. Mas este estilo de vida requer disciplina que a maioria despreza. Se pudéssemos colocaríamos exercício e dieta numa pílula...

Robert N. Butler, MD, Editorial, Geriatrics, Vol 52 N° 2 February 1997

LIBERADOS PELO FDA

TRATAMENTO PARA IMPOTÊNCIA

Supositório uretral de prostadil (MUSE), sistema de liberação transuretral para tratar disfunção erétil. Aplicador descartável de plástico é inserido aproximadamente 1 polegada na uretra, onde a medicação é liberada e absorvida. O processo erétil começa 5 a 10 minutos após a aplicação e dura de 30 a 60 minutos. Disponível em 4 concentrações: 125, 250, 500 e 1000 microgramas. Recomenda-se dose inicial de 125 a 250, titulando sob supervisão médica a dose mínima eficaz. O sistema de liberação não deve ser usado em pacientes com anormalidade anatômica peniana ou com uretrite crônica ou aguda. Durante os ensaios os efeitos adversos foram dor leve a moderada no pênis, uretra ou testículos. Preapismo foi infrequente, ocorrendo em menos de 1% dos pacientes.

SPRAY NASAL DE NICOTINA

Indicado no auxílio ao abandono do fumo. De acordo com os produtores é benéfico para fumante inveterado devido ao esquema flexível de dosagem e rápido início de ação. A aprovação foi baseada nos resultados de três estudos clínicos nos quais 31 a 35% de fumantes que usaram o spray se libertaram do cigarro no final de 6 meses. Como outros produtos liberadores de nicotina, deve ser usado como parte de um amplo programa de abandono do fumo. A dosagem é individualizada, baseada na dependência de nicotina e nos sintomas de excesso da mesma. Uma dose é 1mg (2 jatos, um em cada narina). Recomenda-se uma a duas doses por hora, máximo de cinco por hora e 40 por dia. Não é recomendada para pacientes com doença nasal crônica, asma, broncoespasmo ou alergia. Durante os dois primeiros dias de tratamento, a maioria dos pacientes queixou-se de irritação nasal de moderada a severa.

(Geriatrics Vol. 52 - N° 3 - March 1997)

Norberto S. Boechat
Bibliotecário da SBGG-RJ

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

IV JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA SBBG-RJ



1961 - 1997
GerAÇÕES de BrasilIDADES



5 a 9 de dezembro de 1997
Hotel Intercontinental • São Conrado • Rio de Janeiro

- Prova para Título de Especialista • Eleição de Diretoria da SBBG • Reforma do Estatuto •
- VI Fórum Nacional das Instituições de Ensino Superior • VI Fórum Nacional dos Municípios •
- VI Fórum Nacional das Instituições Gerontológicas • IV Encontro com Idosos •

Data limite para envio de Temas-Livres • 15/09/97

Informações e Inscrições

JZ Congressos

Rua Conde de Irajá, 260 • 2º andar • Botafogo • RJ
Tel.: (021) 286-2846 • Fax: (021) 537-9134

Agência de Viagens

TORNOS Viagens e Turismo

Telefax: (021) 326-2306 • Tel.: (021) 431-1133 r 1806



**Neuro[®]
Care**

Profissionais especializados
à sua disposição
oito horas por dia

Agora mais um benefício!



**Neuro[®]
Care**

Linha Direta

0800-15-1036

Cod.: 42.809

*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

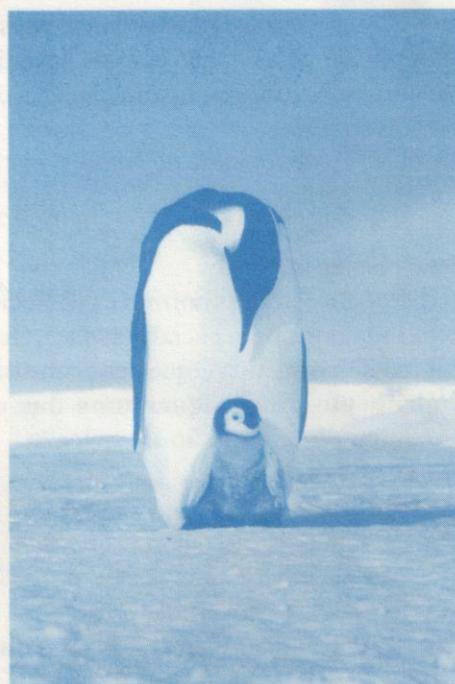


Oxigen[®]
(Paracetamol)

Tacrinal[®]
(Tacrinal)

DEPRILAN[®]

ALZHEIMER PARKINSON



*A qualidade de vida
depende de cuidados especiais*

NOTAS DA DIRETORIA

1. Os preparativos para o **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia** a ser realizado no Rio de Janeiro, com data já definida para 5 a 9 de dezembro de 1997, no Centro de Convenções do Hotel Intercontinental, já se encontram bastante adiantados. A Comissão Organizadora está trabalhando com todo afinco para oferecer aos congressistas um congresso de alto padrão científico. Programe-se para estar presente.
2. Durante o **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**, será aberta uma Assembleia Geral Extraordinária para discussão da mudança de estatuto. A fim de possibilitar a todos uma participação efetiva, nesse democrático processo, a SBGG-RJ publicou, no Boletim número 13, o Estatuto vigente na íntegra. Lembramos que, de acordo com a deliberação da Assembleia Geral da SBGG durante a IX Jornada de Geriatria e Gerontologia, foi criada uma comissão para compilação das propostas recebidas para possibilitar adequada discussão. A data limite, data de postagem de correio, para o envio das sugestões ficou estabelecida em 10 de setembro de 1997. Participam da comissão: Dr. Edson Rossi, Dra. Elizabete Viana de Freitas, Dr. Frederico Alberto de Azevedo Gomes, Dra. Liane Souza e Dra. Zally P. Vasconcellos. Estude o atual estatuto e caso tenha sugestões envie para nós.
3. Neste mesmo evento a SBGG elegerá seu novo Presidente Nacional e sua nova Diretoria. É da mais alta importância que

todos os sócios presentes compareçam à Assembleia Geral para participarem desse pleito fortalecendo, destarte, a nova Diretoria.

4. Por outro lado, a SBGG-RJ também elegerá sua nova Diretoria, em janeiro de 1998, para o triênio 1998/2000. Assim sendo, as chapas candidatas devem se inscrever 90 dias antes da eleição de acordo com o Artigo 21º do atual Estatuto.
5. Atendendo a solicitações a Comissão de Temas Livres do **XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia** resolveu prorrogar o prazo de recebimento para até o dia 15 de setembro de 1997, data de postagem de correio, de acordo com as condições já estabelecidas. Os trabalhos devem ser enviados para JZ Congressos: Rua Conde de Iraja 260, 2º andar, Botafogo - Rio de Janeiro CEP 22271-020. Participe e concorra à premiação do melhor trabalho de Geriatria e Gerontologia.
6. Reiteramos a necessidade de atualização cadastral de alguns sócios. Caso você seja sócio e não esteja recebendo este Boletim, por favor, nos escreva para que providenciemos correção de endereço.
7. A SBGG-RJ parabeniza a Seção Regional do Rio Grande do Sul pelo belíssimo evento que promoveu no início do mês.

*Elizabete Viana de Freitas
Arianna Kassiadou Menezes*



Enviem, o quanto antes,
sugestões para a
reforma do Estatuto



Participe do Boletim
da SBGG-RJ.
Envie sua colaboração



Remeta seu Tema Livre
para o XI Congresso da SBGG
até 15/09/97



Atualize seu cadastro



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



Regularize sua situação
com a SBGG.
Somente os sócios quites
podem votar e ser votados.



ATUALIZANDO

A questão do cuidado e do autocuidado imprime-se como nuclear na atenção às pessoas idosas. A excelência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP faz-se presente entre nós, com este tema que é "a essência da saúde e da enfermagem", como demonstra a nossa companheira Rosalina Rodrigues.

OCUIDAR E O AUTOCUIDADO: promoção da vida do idoso

O autocuidado é um tema antigo na cultura grega, em estreita correlação com o pensamento e a prática médica, sendo de grande repercussão, com dimensões e formas variadas. O autocuidado é uma atitude, uma maneira de se comportar, uma forma de viver, constituindo, assim, uma prática social com certo conhecimento e elaboração de um saber (FOUCAULT, 1985).

As palavras cuidar, autocuidado, cuidado de si são utilizadas largamente na literatura, consagradas por Sócrates como uma arte da existência (FOUCAULT, 1985).

Desde o início da existência do ser humano o termo cuidar passou a fazer parte do cotidiano da vida deste. O cuidar, o autocuidado e o cuidado ainda permanecem como conceitos fundamentais para a sobrevivência do ser humano.

Uma das grandes estudiosas da enfermagem, LEININGER, 1984 relata a importância do cuidado da vida humana. A autora ainda faz referência ao "cuidado popular" em que deve ser considerado a cultura, os valores, as crenças, os significados, levando em consideração todo o contexto em que vive o ser humano; enquanto que o conhecimento profissional é fundamentado em conhecimentos científicos.

COLLIÈRE, 1989 refere-se ao cuidar como sendo um ato indispensável, não só a vida do ser humano mas a perenidade de todo o grupo social. A autora ainda menciona que o "cuidar" é uma função primordial à sobrevivência de todo ser vivo.

Na enfermagem, o conceito de autocuidado aparece desde o surgimento da enfermagem moderna, quando várias questões são expressas na literatura a respeito do trabalho das enfermeiras, do conceito e avaliação da enfermagem e do relacionamento com as pessoas que recebem assistência de enfermagem.

VIRGINIA HENDERSON, na década de 50, enfatizou a participação do cliente no cuidado de si mesmo e definiu que a função da enfermagem é dar assistência ao indivíduo, sadio ou doente, no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la, atividades que ele

desempenharia somente se tivesse força, vontade ou o conhecimento necessário. E fazê-lo de modo a torná-lo independente o mais rápido possível.

Com base nesse conceito de HENDERSON (1962), vários estudiosos partiram do pressuposto de que a enfermagem deve contribuir cada vez mais para o desenvolvimento do campo de conhecimento próprio. Assim, sentiram a necessidade de se iniciar um processo de contribuição teórica na enfermagem. Dentre eles, pode-se destacar DOROTHÉA OREM, que influenciada pelo conceito de enfermagem de HENDERSON (1962), iniciou seu trabalho buscando responder "**o que é a enfermagem? em que difere de outras disciplinas?, em que se assemelha?**" Esta busca de respostas foi direcionada para outra questão: "**Qual é o domínio e quais são os limites da enfermagem como campo da prática e do conhecimento?**" (HARTWEG, 1991).

OREM, em 1965, desenvolveu duas premissas básicas sobre o autocuidado, revisadas em 1969. A primeira é a de que o autocuidado é uma conduta, é uma atividade aprendida através de relacionamento interpessoal e de comunicação. Já a segunda é a de que a pessoa tem o direito e a responsabilidade de se cuidar para manter a vida e a saúde, e ela pode, também, ter a responsabilidade para com outras pessoas. Sendo o autocuidado considerado uma conduta, "**reflete a essência do conceito: autocuidado é comportamento, existe em situações reais**" (OREM, 1991). Ainda no que diz respeito ao conceito de autocuidado, OREM (1980, 1985) refere que este processo precisa tornar-se o foco principal do pensamento e da postura da Enfermagem, que deve prover e administrar essas ações para serem aprendidas pelo homem, mas influenciadas por regras, valores sociais, hábitos, crenças, necessidades fisiológicas, práticas e pela interação com o ambiente. Quanto aos fatores condicionantes básicos para o autocuidado, a autora cita: idade, estado de saúde, estágio de desenvolvimento da pessoa, orientação sócio-cultural, elementos do sistema de cuidado da saúde, modelos de vida, fatores ambientais, viabilidade e adequação de recursos, que determinam o autocuidado que a pessoa pode desempenhar.

OREM, buscando o significado da enfermagem, continuou aprimorando seu trabalho com outros grupos de enfermeiras, estudantes e pesquisadoras, e revisou sua obra "Nursing: Concepts of Practice, 1985. Todos os conceitos foram formalizados e validados em 1970. Alguns refinamentos de expressão e maior desenvolvimento da estrutura têm ocorrido, mas ainda não foram feitas mudanças significativas.

O conceito de autocuidado para OREM (1991) é descrito como "**a prática**

de atividades que os indivíduos, pessoalmente, iniciam o desenvolvem em seu próprio benefício, na manutenção da vida, saúde e bem estar". Na prática diária, o autocuidado é uma necessidade do homem e, normalmente, é um processo voluntário da pessoa para consigo mesma. Assim, o termo autocuidado, a palavra auto é usada no senso de um "**ser total**". Tem a conotação de "**para si**", a própria pessoa agindo, e também, de "**dar cuidado para outros**", que é considerado como o agente do autocuidado dependente.

A prática do autocuidado consiste em atividades que pessoa realiza em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. É uma necessidade de todas as pessoas, e, se não for satisfeita, acarretará desequilíbrio, levando-as à doença e à morte.

O autocuidado é praticado por todos os seres humanos, enquanto parte de uma natureza, visando, assim, ao cuidar de si próprio. Segundo FOUCAULT (1985), o cuidado de si é um privilégio, um dom que assegura a liberdade, fazendo com que o próprio homem se torne objeto de toda prática exercida: "**aqueles que querem salvar-se, devem viver cuidando-se sem cessar**". Nunca é demasiado cedo ou tarde para assegurar a saúde.

O homem, no decorrer do curso da vida, aprende a cuidar de si e dos outros do seu meio, mas não podemos afirmar que, ao chegar à velhice, essa habilidade esteja preservada. É importante compreender que esse aprendizado também pode ocorrer na velhice, isto é, não há idade limite para o exercício da prática do autocuidado. É essencial que a pessoa esteja sempre atenta em relação ao seu autocuidado, principalmente na velhice. O importante na educação para o autocuidado do idoso é focalizar a independência, o vigor e a satisfação da vida. Devem-se considerar, ainda, as mudanças do processo de envelhecer nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O corpo que o idoso tem de cuidar não é mais de um jovem, cheio de vigor, mas, um corpo mais frágil, menos hígido e com algumas incapacidades, e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído para ser capaz de agenciar o cuidado.

Outro aspecto a ser considerado na educação do idoso para o autocuidado é utilizar os conhecimentos que permearam a vida de cada um, os seus valores, as suas crenças, adaptando-os à sua situação física, social e cultural. O autocuidado deve ser entendido dentro de uma abordagem holística para ajudar, proteger, recuperar o idoso procurando mantê-lo o máximo possível no seu domicílio (ANDRADE, 1996).

Considerando que o cuidado é a essência da saúde e da enfermagem, cabe a enfermeira geriátrica mediar o processo de cuidar de acordo com as necessidades e o contexto em que o idoso está inserido.

A conscientização para a prática do cuidar, cuidar de si e do autocuidado deve ser intensificada tanto pelo profissional da área da saúde quanto pela família dos idosos, para o exercício das práticas da saúde, como o cuidado com o corpo, exercícios, alimentação, interação social e outros.

É importante que a enfermeira geriátrica identifique as deficiências do idoso, para a implementação das medidas de autocuidado, necessárias à manutenção da saúde. Identifique também o potencial para a aprendizagem, as necessidades individuais, o nível de conscientização do idoso e da família, o relacionamento entre a enfermeira e o idoso, constituindo, assim, uma prática social livre, informal, de interação mútua para que ocorra o processo de cuidar e do autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, O.G. de Cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral: Representações do cuidador familiar. Ribeirão Preto, 1996. p. 176. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COLLIÉRE, M.F. Promover a vida Trad. de Maria Leonor Braga. Abecasis. Lisboa. Printipo-Damaia, 1989, 385 p.385.

FOUCAULT, M. História da sexualidade III: o cuidado de si. Rio de Janeiro. Graal, 1985.

HARTEWEG, D.L. Dorothea Orem: self care deficit theory. Newbery Park, Sage, 1991.

HENDERSON, V. Princípios básicos para cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, ABEn, 1962.

LEININGER, M. Care the essence of nursing and health. Thorofare, N.Y. John Wiley & Sons, 1984.

OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. 2ed. New York, McGraw Hill, 1980.

_____. Nursing: concepts of practice. 3ed. New York, McGraw Hill, 1985.

_____. Nursing: concepts of practice. 4ed. St. Louis, Mosby, 1991.

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Professor Doutor junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Notícias do Prelo

1 - Livros

Ricardo Nitri
NEUROPSICOLOGIA - Das Bases Anatômicas à Reabilitação
Clínica neurológica - Hosp. das Clínicas FMUSP, SP, 1996.

Ieda Lucia Lima Pereira
A TERCEIRA IDADE - Guia para viver com saúde e sabedoria.
Ed. Nova Fronteira: Carpe Diem, RJ 1996.

Edgar Morin
O HOMEM E A MORTE
Imago Editora, RJ, 1997.

Ricardo Moragas Moragas
GERONTOLOGIA SOCIAL: ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA
Paulinas Editora, 1997.

Flávio da Silva Fernandes.
AS PESSOAS IDOSAS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: DIREITO E GERONTOLOGIA.
Ltr Editora. 1997;

Leocir Pessini.
EUTANÁSIA E AMÉRICA LATINA: QUESTÕES ÉTICO-TEOLÓGICAS.
Editora Santuário. 1990;

2 - Artigos Científicos

Devanand DP
The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer Disease.
Arch. Gen. Psychiatry, 54: 267-268, Mar 1997.

Myllyl VV
Selegiline as the primary treatment of Parkinson's disease - a long term double-blind study.
Acta Neurol Scand, 95: 211-218, 1997.

Jensen E
Blood pressure in relation to medical, psychological and social variables in a population of 80-year old. Survival during 6 years.

Journal of Internal Medicine, 241:205-212, 1997.

Thomas RJ
Seizures and Epilepsy in the Elderly.
Arch Intern Med, 157: 605-617, Mar 24 1997

Bidikov I
Clinical decision-making with the woman after menopause.
Geriatrics, 52(3): 28-35, Mar 1997.

Butler RN
Late-life depression: how to make a difficult diagnosis.
Geriatrics, 52(3), 37-50, Mar 1997.

Hocking TL
Tuberculosis: A strategy to detect and treat new and reactivated infections.
Geriatrics, 52(3): 52-63, Mar 1997.

Reuben DB
The prevention for elderly persons (PEP) program: a model of municipal and academic partnership to meet the needs of older persons for preventive services.
JAGS, 45:223-232, 1997.

Eng C.
Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovate model of integrated geriatric care and financing.
JAGS 45:223-232, 1997.

McCartney JR
Sexual violence, post-traumatic stress disorder and dementia.
JAGS 45:76-78, 1997.

Hamel MB
Seriously ill hospitalized adults: do we spend less an older patients?
JAGS, 44: 1043-1048, 1996.

Schenkman M.
The relative importance of strength and balance in chair rise by functionally impaired older individuals.
JAGS 44:1441-1446, 1996.



AGENDA

1997

Agosto

Curso Interdisciplinar de Extensão de Geriatria e Gerontologia / UFF

Local: Hospital Universitário Antônio Pedro / UFF

Período: agosto/97 a janeiro/98.

XVI Congresso Internacional de Gerontologia

Adelaide - Austrália

19 a 24 de agosto

Informações: Centro de Estudos sobre Envelhecimento

Bedford Park, Adelaide SA

5042, Australia. Tel: 61 / 8 201 7552 Fax.: 61 8 201 7551

E-mail: gandrews@flinders.edu.au

Setembro

II Jornada de Geriatria e Gerontologia do Espírito Santo

Promoção: SBGG - Seção ES

Período: 11 a 13/09/1997

Local: Alice Vitória Hotel

Praça Getúlio Vargas, nº 5 - Centro

Telefone para contato: (027) 325-2161 (com Angelita)

VI Jornada Metropolitana de Geriatria e Gerontologia

"Envelhecimento em Tempos Modernos"

III Fórum Paranaense de Gerontologia Social

Curitiba 18 a 20 de setembro Informações : 342-1415

Jornada Médico-Social da 3ª Idade

X Simpósio de Reabilitação em Geriatria Campinas

26 a 28 de setembro

Informações: (019) 231-0866

Dezembro

XI Congresso Brasileiro, de Geriatria e Gerontologia

IV Jornada de Geriatria e Gerontologia da SBGG do Rio de Janeiro

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

Informações : JZ Congressos : Tel: 021 286-2846 - FAX: 021 537-9134

Tornos Turismo : Tel/ Fax : 021 326-2306 Tel: 021 431-1133

1999

Fevereiro

Congresso Pan Americano de Gerontologia

Santo Antonio, Texas

14 a 18 de fevereiro

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



Novos Sócios

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

Marco Oliveira Py

Emanuel Afonso de Souza Oliveira

Tamara Checcacci

Anne Albuquerque Sant'Anna

Liete Couto Quintal

Myrian de Jesus Jacintho Santos Lima

Morgana Abugeder Elias Meirelles

Inalva Lucia Cabo Pereira da Silva

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 Palleté, 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.

REMINISCÊNCIAS

O nosso querido Professor Raul Penido Filho retorna a esta seção, resgatando a história da SBGG, com a sua capacidade de registro, plena de conhecimento e emoção.

Quando retornei ao agradável convívio dos meus companheiros da SBGG atraído pelo renascimento das atividades positivas e criadoras da nova geração que rege os seus destinos, tenho rememorado uma série de acontecimentos. Concordei então em reunir alguns fatos ocorridos, já passado um quarto de século e pertencentes à sua memória, alicerce básico de toda a sociedade que deseja sobreviver.

A nossa Sociedade já possui uma história, já acumula lutas, privações e sucessos e, podemos já dizer com orgulho, mais sucessos e realizações do que desacertos.

Aliás, essas reminiscências não serão só minhas, convidarei outros colegas a enviarem as suas e ajudarem a construir sua memória e tradição. Desejaria hoje completar minhas recordações sobre o primeiro congresso realizado em 1969 nesta cidade a que se constituiu na fundação e divulgação da Gerontologia e Geriatria em nosso país.

Antes de continuar a relembrar os acontecimentos ocorridos nessas ocasiões, tive conhecimento da enorme perda que sofreu a SBGG com o desaparecimento de Uchoa Cavalcanti.

Paulo Celso Uchoa Cavalcanti

Se existe hoje uma Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, é pelo idealismo, pertinácia e dedicação desse médico, simples, dedicado e bom, sobretudo bom, que se chama Paulo Celso Uchoa Cavalcanti.

Conheci-o quando ingressei como estagiário no Hospital Miguel Couto. Já casado e pai de família, pois iniciei meus estudos de Medicina depois de formado em Direito, fui indicado pelo grande Lourenço Jorge para trabalhar na enfermagem chefiada por Uchoa. Embora apenas alguns anos mais velho do que eu, acolheu-me, não como um estudante de medicina, mas como amigo, conselheiro e protetor. Tudo de bom, de certo, que aprendi de Medicina, a ele devo. Filho de notável professor pernambucano e sendo eu também professor, acolheu-me como irmão e, como pensávamos identicamente em política, melhor ainda nos entendíamos.

O que caracterizava Paulo Uchoa era a sua extraordinária modéstia. Estudioso, culto e erudito, conservava-se sempre discreto e quando intervinha em discussões e controvérsias era calmo, positivo e conciliador. Não gostava de aparecer nem apreciava elogios.

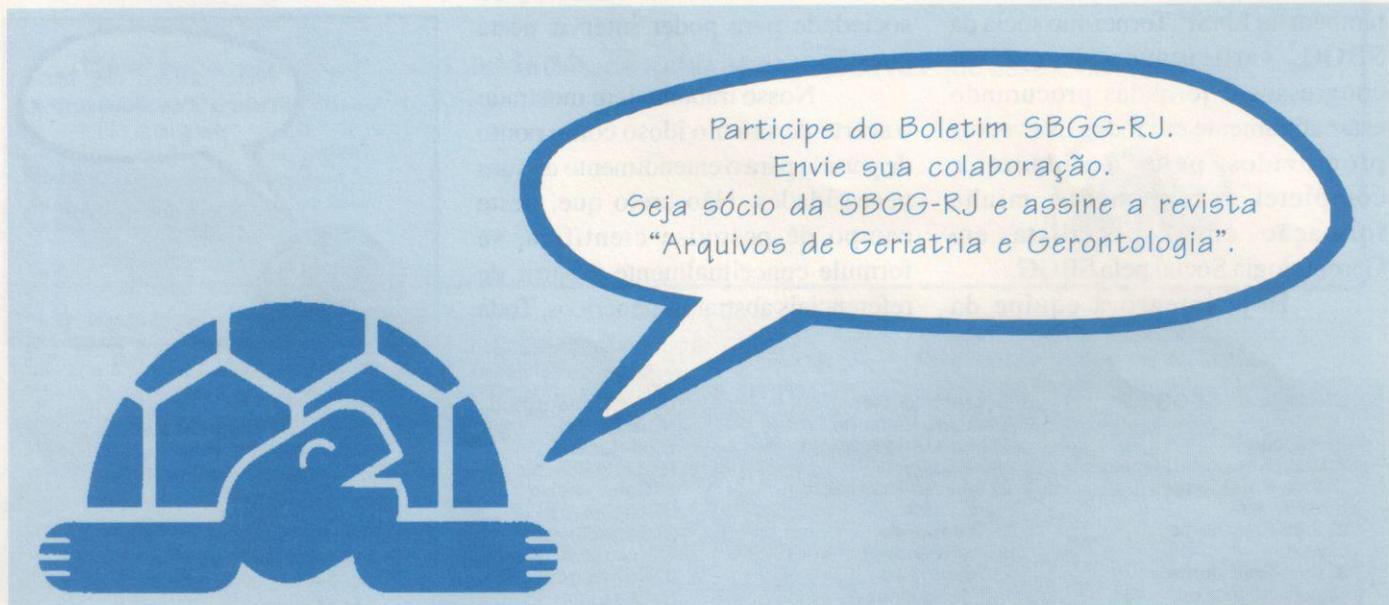
Era profundo conhecedor de Clínica Médica e Álvaro Lourenço Jorge, um dos maiores clínicos que o Brasil produziu, o tinha no mais alto conceito.

Quando Segadas Vianna chegou ao Hospital Miguel Couto, o Serviço de Clínica Médica passou por suas melhores fases após o período áureo de Lourenço Jorge. Ambos já se interessavam pelas reações dos idosos às enfermidades e discutiam sobretudo casos geriátricos. Mas a idéia inicial, a concepção da disciplina no currículo médico, a formação de uma Sociedade, partiu de Paulo Uchoa com o apoio total e imediato de Segadas Vianna.

Poder-se-ia escrever um livro sobre a geração da SBGG e sua lenta e positiva gestação, mas o que fica gravado para a posteridade é a marca inconfundível desse grande médico, pedra fundamental da Geriatria no Brasil.

Raul Penido Filho

Membro Fundador da SBGG



Participe do Boletim SBGG-RJ.
Envie sua colaboração.
Seja sócio da SBGG-RJ e assine a revista
"Arquivos de Geriatria e Gerontologia".

Ponto de Encontro

Determinação, ousadia, capacidade produtiva são as características da nossa amiga Sonia, que já vem trabalhando conosco, agora engajando-se nos preparativos do Congresso.

Em 1989, ao realizar para o Serviço Social um estudo de definição do perfil da demanda de atendimentos e serviços junto ao ambulatório do PAM-CPN/Niterói, constatei que a maioria da população usuária era idosa e buscava o atendimento em mais de uma especialidade por dia.

Através de uma sala de espera, passei a ouvir estas pessoas numa tentativa de entender essa busca de "audiência".

Nesse meu encontro com os idosos percebi estarem estas pessoas falando de outros males além dos físicos: os sociais, os psicológicos, os existenciais. Traziam nas queixas de sintomas, todo o acúmulo de vivências e suas seqüelas. Estavam ali a exigir uma atenção especial, à sua maneira.

Decidi concentrar-me neste trabalho e a sua complexidade exigia um estudo de aperfeiçoamento e especialização.

Procurei inicialmente o curso de Aperfeiçoamento da ENSP com o Dr. Mário Sayeg. A seguir, o curso de Especialização em Saúde do Idoso também na ENSP. Tornei-me sócia da SBGG, participando de cursos, congressos e jornadas procurando estar ativamente em todos os eventos promovidos pelas entidades e completei recentemente minha formação em Especialista em Gerontologia Social pela SBGG.

Hoje integro a equipe da

professora Vilma Duarte Câmara na UFF no curso de Especialização em Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar como voluntária e a partir de agosto/97 como aluna.

Percebo a importância das vivências que tive nas salas de espera para atender questões psico-sociais mais imediatas e vislumbrar outras alternativas de atendimento como os "Grupos de Convivência" - meu trabalho atual.

Neste momento, atuar no espaço institucional só já não basta. Nossa compreensão aponta para a necessidade de conquistar outros espaços de inserção social e política. Os grupos estão desafiados a avançar na direção de outras instâncias de luta, na concepção conceitual de velhice e no rompimento de preconceitos.

Como ouvintes de "mal estares" ampliamos nossa escuta numa perspectiva multidisciplinar. Temos um papel de "tradutores de demandas" e "visualizadores de possibilidades" de formulações. Essa nova realidade colocada pelo envelhecimento da população exige análises capazes de contribuir para o seu entendimento. A qualificação na área específica da Geriatria e da Gerontologia Social garante a formação de técnicos com esse perfil capaz de absorver e compreender os diversos "olhares" e "fazer" da sociedade para poder intervir nesta questão.

Nosso trabalho tem mostrado o acerto de situar o idoso como ponto de partida para o entendimento de suas necessidades. Não creio que, neste campo de pesquisa científica, se formule conceitualmente a partir de referenciais abstratos, genéricos. Toda

formulação na área de Gerontologia deve buscar no idoso a própria matriz dos ensaios e estudos de campo. No entanto, esse esforço será insuficiente se não mobilizarmos a sociedade para essa discussão.

Essa atuação que integra a escuta diferenciada, a multidisciplinaridade e a ação social comprometida sem dúvida será mais abrangente. No entanto, essa perspectiva permanecerá burocrática, fechada se não articular estes três eixos.

A formulação de políticas públicas capazes de atender as necessidades dos idosos vis-à-vis o seu papel e história social é cada vez menos tarefa de legisladores e cada vez mais dos segmentos que se organizam, como as ONG's, Entidades de Classes, Associações de Aposentados e profissionais comprometidos com a questão social. Nesse sentido, é fundamental a participação em entidades de classe congregadoras e formuladoras, como a SBGG, e que validam a atuação e a identificação qualificada do profissional no atendimento do usuário.

Esse aprendizado é constante até porque o envelhecimento é um processo dinâmico e que exige uma permanente ampliação dos nossos conceitos e práticas.

Percorro esse caminho certa de ter feito a minha opção profissional consciente do desafio.

Sônia Maria da Rocha
Assistente Social



Diretoria da SBGG-RJ

Presidente

Arianna Kassiadou Menezes

1º Vice-Presidente

Silvia Pereira

2º Vice-Presidente

Lígia Py

3º Vice-Presidente

Dario Vasconcelos

Secretário Geral

Elizabete Viana de Freitas

1º Secretário Adjunto

Neidil Espinola

2º Secretário Adjunto

Ivana Viteck

1º Tesoureiro

Josbel Mendes Pereira

2º Tesoureiro

Valeria Martinez

Diretor Científico

Mário 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