

EDITORIAL

Jornada 96

Nosso extenso programa de atividades continua em curso. A satisfação produzida pelos bons resultados dos cursos já realizados este ano, nos campos da Geriatria e Gerontologia, anima a Diretoria a prosseguir, porfiando em tornar realidade a programação de 1995 e do próximo ano.

Neste número do BOLETIM, a par de uma série de informações importantes, há que destacar aquelas relativas à Jornada Científica de Geriatria e Gerontologia que será re-

alizada no Rio Othon Palace Hotel de 1º a 4 de maio do ano vindouro e cujo tema central é "Qualidade na Assistência ao Idoso". Para tratar da qualidade, a organização da Jornada incorporará inovações, não apenas na seleção dos eventos como na abordagem dos mesmos, seqüencialmente sempre que possível, para viabilizar o propósito de ampliar e difundir conhecimentos, a troca de experiências entre os participantes e estimular a docência, as pesquisas e a prática profissional do melhor nível.

O trabalho profissional de geriatras e gerontólogos mais e mais está sendo reconhecido pela comunidade e pelos governos, assim como pelos idosos. Este trabalho, aliado ao

bom desempenho de instituições públicas e privadas, muito tem contribuído para a formação de uma "nova" opinião sobre os idosos. Felizmente, os programas hoje se voltam para a manutenção das capacidades, após os 60 anos e/ou para a recuperação dos mesmos sempre que possível.

O BOLETIM da SBGG-RJ abre espaços cada vez maiores para a divulgação científica e a informação atualizada, ratificando o compromisso de manter viva e atuante a interlocução com nossos sócios. Tragam suas críticas, sugestões e colaborações editoriais que, por certo, muito irão contribuir para mantermos a qualidade do BOLETIM SBGG-RJ.

NOTAS DA DIRETORIA

1. Está havendo uma solicitação da SBGG Nacional para que sejam enviadas, o mais breve possível, as propostas da SBGG-RJ para a reforma do estatuto da Sociedade. Os sócios que desejarem opinar, poderão solicitar cópia do estatuto, remetendo a seguir sua opinião por escrito para a SBGG-RJ.
2. A Diretoria da SBGG-RJ vem se preocupando cada vez mais com o uso inadequado que vem ocorrendo, especialmente na mídia, da denominação "especialista em geriatria" ou "geriatra". Gostaríamos de esclarecer que esta titulação só pode ser usada pelos profissionais que forem aprovados no concurso de provas e títulos para a especialidade, realizado anualmente pela SBGG, em cumprimento com as normas da AMB.
3. A SBGG Nacional solicita que todos os

colegas detentores do título de especialista em Geriatria e especialista em Gerontologia, remetam xerox do mesmo à Secretaria, a fim de que seja feita uma reorganização atualizada do cadastro.

4. Sócios que, por ventura, não tenham quitado a sua anuidade/95 em função de não recebimento do carnê de pagamento, devem remeter cheque nominal à SBGG, no valor de R\$ 55,00 para o endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3442 - São Paulo-SP. Os que mesmo estando quites receberam nova cobrança em função de problemas no cadastro, devem endereçar uma carta à SBGG notificando sua situação.
5. Por maior que seja o empenho da Diretoria da SBGG-RJ em atender a todos os convites para participação e apoio em diversos eventos relacionados à área da Geriatria e Gerontologia, isso nem sempre é possível em função dos compromissos prévios de

agenda, que têm sido cada vez mais volumosos. As orientações que se seguem têm o objetivo de aperfeiçoar esse campo de atuação:

- a) Divulgação de eventos científicos na agenda do Boletim da SBGG-RJ: deverá ser feita solicitação por escrito, endereçada à Secretaria em nome da Comissão Editorial, até 30 dias antes do prazo de emissão do Boletim (Março, Junho, Setembro, Dezembro).
- b) Solicitação de apoio da SBGG-RJ a eventos científicos: deverá ser remetida carta à Comissão Científica, contendo a data do mesmo e o temário, a fim de que seja apreciado na reunião ordinária de Diretoria que ocorre na 1ª quinzena de cada mês.
- c) Convites para representação da SBGG-RJ em eventos científicos e demais atividades de interesse, deverão ser remetidos com antecedência mínima de 30 dias.

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: 2.000 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
Impressão: Gráfica La Salle
Edição Trimestral: março - junho - setembro - dezembro

TRADUZINDO

O BOLETIM traduz assuntos de grande interesse em Geriatria e Gerontologia, a partir de textos clássicos e atuais, publicados em livros e periódicos de conhecido valor científico. Esperamos, assim, estar contribuindo para o enriquecimento dos profissionais interessados na área do envelhecimento humano.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Geriatrics, May 1995 vol.50 N° 5 p.13; 59.

Nova técnica que combina teste genético com tomografia por emissão de pósitron (PET) permite o diagnóstico da Doença de Alzheimer (DA) em seus primeiros estágios, como mostram os resultados do estudo que associa a um gen herdado, (ApoE-E4), à diminuição da função cerebral mostrada na PET, em pessoas sob risco de DA.

Nos pacientes sob risco, a predição pode ser de 20 anos, antes que iniciem a doença. O estudo foi realizado em indivíduos com idade média de 56 anos, com testes neuropsicológicos semelhantes. Três grupos foram comparados:

12 parentes de pacientes com DA com ApoE-E4, 19 parentes de pacientes com DA sem ApoE-E4 e 7 pacientes com provável doença de Alzheimer.

A PET mostrou que pacientes com ApoE-E4 têm diminuição importante do metabolismo parietal bem como significativa assimetria parietal esquerda em relação àqueles sem ApoE-E4. Por sua vez, os pacientes com DA têm o metabolismo ainda mais diminuído do que os com ApoE-E4.

Novos estudos epidemiológicos e de meta-análise estão sendo realizados, após o que será possível identificar o ApoE, dentro de um ano aproximadamente.

DOENÇA CORONARIANA E PRAVASTATINA

Pacientes com doença coronariana tratados com pravastatina mostram diminuição na necessidade de

revascularização, no número de internações, risco de *stroke* e falência cardíaca, de acordo com os dados do Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S).

O 4S mostra que o agente redutor de colesterol adicionado à aspirina e beta bloqueador pode ser uma conduta padrão para tratamento de pacientes pós-infarto do miocárdio.

O trabalho do 4S mostrou, no último ano, que a simvastatina, em pacientes com níveis de colesterol entre 212 e 309 mg, reduziu a mortalidade por causas cardíacas em 42%. O estudo foi realizado em 4.444 pacientes, seguidos por 5 anos e randomizado com 20 e 40 mg de simvastatina e placebo.

Eis os resultados:

- redução do número de eventos coronarianos hospitalizados em 32% e em 34% o número de dias de internação, diminuindo o tempo médio de 7.9 para 7.1 dias;
- redução do número de *strokes* e TIAs em 30% (placebo: 98, simvastatina: 70);
- redução da cirurgia por bypass ou angioplastia em 32% (placebo: 413, simvastatina: 279 pacientes);
- redução do risco de desenvolvimento de falência cardíaca em 20% (8.2% de pacientes simvastatina, 10.3% de pacientes placebo) e mortalidade por falência cardíaca em 19% (placebo: 31,6%, simvastatina: 25.5%).

O efeito benéfico da simvastatina é explicado por uma combinação de estabilização da placa e redução nas lipoproteínas de baixa densidade.

Tradução
Norberto Boechat
Geriatra

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO: ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Karuga, J. Psychological aspects of aging: coping and quality of life. In: Practice of geriatrics / [edited by] Evan Calkins, Amasa B. Ford, Paul R. Katz. 2nd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co, 12 p.150-1.

Não é correto assumir-se, automaticamente, que as pessoas idosas sejam mais estressadas, que promovam *enfrentamento* menos efetivamente e que tenham *qualidade de vida* inferiorizada. ROWE e KAHN enfatizam a necessidade de uma apreciação das diferenças individuais no envelhecimento e de uma distinção, não somente entre envelhecimento normal e patológico, mas também entre envelhecimento normal e envelhecimento bem sucedido. Argumentam que o impacto do envelhecimento é exagerado quando explica muitos dos declínios patológicos e supostamente "normais" observados nas pes-

soas idosas. Muitos desses declínios são devidos ao estilo de vida, aos hábitos e às dinâmicas psicossociais, que são extrínsecos ao envelhecimento e são modificáveis. O envelhecimento bem sucedido é marcado por uma redução de risco para doenças e pela evitação ou reversão de perdas funcionais. Mudanças positivas no estilo de vida dos pacientes, bem como o desenvolvimento da promoção efetiva da saúde e de abordagens de prevenção de doenças são essenciais para promover o envelhecimento bem sucedido das gerações do presente e do futuro.

Em recente pesquisa psicossocial, aparecem fatores psicológicos, tais como o desenvolvimento do senso de autonomia e o efetivo suporte social, como desempenhando papéis importantes na definição do envelhecimento bem sucedido. Fatores psicossociais podem ter efeitos fisiológicos diretos, além de influências indiretas sobre a saúde e o desempenho dos idosos, através de mudanças nas condutas de promoção da saúde, ou de acesso aos recursos de cuidados com a saúde.

Não há uma clara relação entre a idade da pessoa e o nível de estresse. O estresse tanto pode advir de eventos importantes da vida, como de dificuldade do dia-a-dia e, ainda, de tensões crônicas. Conquanto seja verdadeiro que estressores significativos, tais como o declínio da saúde ou a perda de familiares e amigos, são freqüentes na velhice, os padrões de perda e seus efeitos são individualizados. O modo como os indivíduos fazem o enfrentamento pode ser mais importante do que o nível absoluto de estresse que afeta o bem-estar dos idosos. Mais útil é observar o processo de adaptação como produto de: 1) nível de competência individual; 2) exigências e pressões do ambiente, os propalados modelos de "docilidade ambiental" ou de "enquadramento pessoa-ambiente". Isto sugere que o desempenho efetivo requer a combinação das exigências ambientais com as competências individuais. Para idosos com competências e recursos basais, uma exigência ambiental excessiva pode ser estressante. Por outro lado, para aquelas pessoas idosas com níveis mais elevados de recursos e de competência, um ambiente excessivamente seguro pode ser também desconcertante e, neste caso, desestimulante. Diversos estudos mostram que, ao realçar-se o senso de controle nos idosos, especialmente em ambientes desestimuladores, tais como as instituições, obtêm-se resultados benéficos para a saúde física e mental dessas pessoas. Convém lembrar que maximizar a autonomia não é uma panacéia. Para indivíduos com danos crônicos ou habilidades limitadas, esforços que focam a maximização da autonomia à custa do sentido de segurança, podem levar a prejuízos funcionais. Um caso em questão é o debate atual sobre a eficácia da orientação para a realidade e as vantagens das unidades de cuidados especializados para pacientes demenciados que ca-

Comissão Editorial

Coordenação
Ligia Py

Benigno Sobral
Josbel Pereira
Laura Machado
Mario Sayeg
Norberto Boechat
Silvia Pereira

recem reduzir demandas e estímulos ambientais.

Uma outra questão é se as pessoas idosas usam formas de enfrentamento diferentes daquelas usadas pelos adultos mais jovens. Caracteristicamente, os estilos de enfrentamento são diferenciados: os que são baseados na emoção - que têm como finalidade a regulação das emoções - e os que enfocam os problemas - que são direcionados para as mudanças no ambiente. Alguns estudos demonstram que as pessoas idosas, muito provavelmente, usam mais estratégias de enfrentamento baseadas na emoção do que as que são focalizadas no problema. O quadro geral, entretanto, sugere que há mínimas diferenças entre os estilos de enfrentamento das pessoas idosas e aqueles dos adultos mais jovens ou, ainda, que diferenças nos estilos de enfrentamento na vida adulta podem ser explicados pelo tipo de situação encontrada pela pessoa (por exemplo, relacionada à saúde ou ao trabalho). Pesquisas relativas a esse assunto revelam que traços de personalidade, especialmente neuroticismo e extroversão influenciando a seleção de estilos de enfrentamento, podem desempenhar um papel central na relação entre enfrentamento e bem-estar.

Podem existir diferenças entre as medidas de qualidade de vida, contudo essas medidas convergem. De um modo geral, o bem-estar subjetivo e o nível de afeto nas pessoas idosas é o mesmo de grupos mais jovens e parece ser estável longitudinalmente. O estudo clássico sobre "satisfação na vida", bem como estudos mais recentes, indicam que o estado de saúde é um fator importante que afeta a "satisfação de vida".

É interessante observar que a auto-avaliação da precariedade da saúde, acima e além da presença de problemas de saúde, dos fatores de risco ou das incapacidades, foi encontrada como significativamente preditiva da mortalidade quatro anos mais tarde.

Aceitação das mudanças, relações positivas com outras pessoas e senso de humor foram considerados como fatores adicionais importantes usados pelos idosos para definir o bem-estar e o envelhecimento bem sucedido.

Tradução
Ligia Py
Psicóloga Clínica



A tartaruga da SBGG lembra a todos que, no período de 01 a 04 de maio de 1996 estaremos realizando, mais uma vez, a

**JORNADA CIENTÍFICA
DA SBGG-RJ.**

INSCREVA-SE JÁ

NOTÍCIA

A SBGG-RJ apoiou e parabeniza o "I Curso Avançado de Treinamento em Gerontologia Social" organizado pelo Instituto Internacional do Envelhecimento (INIA - Nações Unidas) junto com o Instituto de Gerontologia da Faculdade Cândido Mendes. O evento foi realizado de 9 a 15 de outubro, no Rio de Janeiro, contando com a presença de vários especialistas em Geriatria e Gerontologia, representando diversos Estados do Brasil, Malta, Canadá e Inglaterra.

DESTAQUE DIA DO IDOSO - 27 de setembro

Um dia como outro qualquer? Não exatamente. É dia 27 de setembro e, não por acaso, encontro um amigo*, que embora profissionalmente distante de nossa área, se mostra sempre atento às questões existenciais do envelhecimento. Em sua sensibilidade, acompanha com interesse e senso crítico o trabalho que vimos realizando na SBGG-RJ.

Nossa conversa começa pelo lado que é tradicionalmente o mais significativo dessa data, ou seja, o de ser o dia de São Cosme e Damião: uma festa não para os Idosos, mas para as Crianças. Amor, carinho, simpatia e traduzem-se em prendas e doces, em gestos de oferecimento e sorrisos de parte a parte. É como se, por um passe de mágica, tocado pelo açúcar, o tempo se dissolvesse e voltássemos todos à infância. Quem não prova um pedacinho, ainda que seja antes de oferecer o último doce?

27 de setembro não é um dia só de festa para as Crianças, é também o Dia do Idoso. Meu amigo começa a pensar em voz alta. Ele fala sobre a vida, sobre o fluir do tempo, sobre a maturidade e também sobre o novo, a juventude. Discorre sobre o ciclo da existência como um círculo, onde o fim toca o começo, onde em qualquer ponto se pode ter um começo, exatamente porque ali também pode ser um fim. É uma agradável lição de filosofia, com frequentes referências a Hegel. Do particular transitamos para o universal. A vida de um indivíduo é a experiência de toda a humanidade. Em sua sucessão, a civilização grega, depois a romana e, mais tarde, a germânica cumprem um ciclo vital da existência. Em seu momento de maturidade indivíduos e civilizações se aproximam em suas marcas de generosidade. Mostram-se razoáveis, compreensivos, como se o futuro fosse todo um "déjà vu", não pela arrogância de quem sabe tudo, mas pela experiência de quem participou da construção do passado.

Nesse viver a história, todo o homem cumpriria uma trajetória de três etapas principais. Primeiro, apoiado sobre quatro pés: a criança a engatinhar. Segundo, com dois pés: condição normal para qualquer pessoa adulta. Por fim, com três pés, quando na maturidade já necessita de um apoio.

Meu amigo, para explicar melhor o que diz o filósofo, usa a mesma analogia que aparece no texto de Hegel. Ele fala de uma mesa. Com quatro pés, conforme a situação,

ela poderá necessitar de uma calço para ter estabilidade. Porém, tendo só três pés, ainda que isso possa surpreender aos menos avisados, ela será estável em qualquer terreno. A surpresa maior, contudo, é para aquele que queira manter-se estável só sobre dois pés. Ele terá que conservar-se em permanente movimento para não perder o equilíbrio. É o momento de risco da trajetória, é a parte difícil da vida, que exige força e determinação.

Entre o velho e o novo, entre a maturidade e a juventude se contrapõem ímpeto e ponderação, audácia e astúcia, ousadia e conhecimento. Ao impulso do jovem, o velho responde com a sabedoria e, por isso é, convocado em muitas culturas para compor o conselho daqueles que terão a última palavra, nas questões fundamentais. A experiência da história é passada para os mais jovens no embate do dia a dia e, assim, o passado comunica-se com o futuro. Na medida que tudo muda, muito permanece e não há algo radicalmente novo. Como o hoje foi o futuro do nosso passado, ele está sendo o passado do nosso futuro. Nessa cadeia, o indivíduo que teve o privilégio de já ter vivido a história, é o elo de ligação entre os sucessivos momentos de uma grande aventura - da maior de todas, que é a existência humana.

Com esta mensagem queremos homenagear especialmente os Idosos e, também, a todos os humanos em qualquer idade, porque aqui o nosso tema é a vida e a vida não tem idade. A trajetória de todos e a de cada um é a mesma, por isso somos todos igualmente responsáveis pelos caminhos através dos quais vamos deixando os anos para trás. Eles são os mesmos caminhos que nos levam a lugares saudáveis, cheios de alegria e de felicidade e, como a maturidade é só mais um momento da vida, por que não dizer - eles são ainda os caminhos que nos conduzem a lugares de esperança.

Que 27 de setembro se repita muitas vezes para todos nós!

Ligia Py

2º Vice-Presidente da SBGG-RJ

(*). Esta mensagem tem como referência uma conversa com o Professor FRANKLIN TREIN, do Departamento de Filosofia da UFRJ.

OSTEOPOROSE

Como Diagnosticar e Monitorar

A repercussão alcançada pelo artigo sobre OSTEOPOROSE leva-nos a prosseguir com outras discussões que podem aclarar, um pouco mais, alguns eixos ao focar o tema. Assim, de acordo com a autora, Dra. Laura Maria Carvalho Mendonça, trazemos agora o problema dos marcadores, pois traduzem, para o médico, caracteres diagnósticos que otimizam a leitura clínica para intervenções futuras. Em complemento à discussão do tema, o próximo BOLETIM trará um terceiro artigo que remeterá o especialista a formas de tratamento mais adequadas às pessoas portadoras de OSTEOPOROSE.

Nas últimas décadas foram imensos os avanços tecnológicos que nos possibilitaram o diagnóstico precoce e o acompanhamento eficaz dos indivíduos portadores de osteoporose. À densitometria óssea, já plenamente difundida e aceita em todo mundo, juntaram-se os marcadores bioquímicos e, mais recentemente, a morfometria digital por absorciometria.

Façamos uma breve análise destes métodos.

A DENSITOMETRIA ÓSSEA de coluna lombar e colo femoral é capaz de nos dar o diagnóstico preciso da doença osteoporótica. Estes dois sítios de análise só não serão suficientes em casos especiais. Nos casos de escoliose, hemiplegia e outras patologias que determinam diferença de carga entre os membros inferiores, há necessidade de se avaliar densitometricamente os dois fêmures.

O exame de corpo todo deve ser solicitado em casos de doenças endócrinas associadas ou quando se quer avaliar o cálcio corporal total e a composição corporal (gordura e massa muscular). Excluindo-se estes casos, não existem vantagens em se realizar o corpo todo ao invés da coluna e fêmur, já que a determinação da incidência de fratura é "sítio-dependente". O ideal seria que tivéssemos, em todas as mulheres de risco para desenvolver osteoporose, o "pool" de massa óssea formado por elas até a idade adulta. Estas seriam então seus próprios controles em exames comparativos futuros. Não sendo assim, o exame tem indicação precisa no início do climatério para avaliar a necessidade de terapia de reposição hormonal.

Segundo a "National Osteoporosis Foundation" as principais indicações de densitometria óssea, além da supra citada, são as que se seguem:

1. Em pacientes com osteopenia ao RX, antes de iniciar o tratamento.
2. Em paciente em uso de glicocorticóides a longo prazo (independente da dose)
3. Nos indivíduos com hiperparatireoidismo primário assintomático.
4. Em pacientes sendo tratados para osteoporose para monitorar alterações da massa óssea.

O exame poderá ser solicitado para controle anualmente, nos primeiros anos pós menopausa (fase de reabsorção rápida), e nos indivíduos com baixa massa óssea durante os 10 anos subsequentes. Intervalo menor entre as avaliações só se justifica em pacientes com osteoporose severa e alto "turnover" ósseo diagnosticado pelos marcadores bioquímicos. Segundo a OMS:

1. Densidade mineral óssea (BMD) até 1 desvio padrão abaixo do pico de adultos jovens exame normal
2. Entre -1 desvio padrão e -2,5 = osteopenia

3. Mais de -2,5 desvios padrões abaixo do pico de adultos jovens = osteoporose densitométrica.

A curva padrão ajustada para a idade é importante porque nos mostra o *status* esquelético do paciente. Indivíduos abaixo desta curva provavelmente apresentam causas adicionais para a osteoporose além da idade e devem ser investigados.

A MORFOMETRIA DIGITAL POR ABSORCIOMETRIA (MXA) é um exame extremamente recente, realizado por densitômetros de última geração (EXPERT - LUNAR), capazes de fornecer uma imagem muito próxima da radiológica e sem as distorções geométricas determinadas pelo cone de raios-X. Com ela estuda-se toda a coluna toracolombar em perfil e avalia-se a forma de cada vértebra. Conseguimos medir as alturas anterior, média e posterior dos corpos vertebrais e determinar a presença de microfaturas ou deformidades vertebrais sugestivas de osteoporose, tais como, a biconcavidade, o acunhamento anterior e os colapsos. Sabemos que as fraturas vertebrais são assintomáticas na maioria das vezes e diagnosticá-las é bastante importante. Segundo Maria W. Greenwald M.D. (1994) "a presença de uma fratura vertebral aumenta a chance de uma nova fratura em cinco vezes. A determinação de duas fraturas vertebrais aumenta em doze vezes a possibilidade para uma outra fratura osteoporótica, inclusive do colo do fêmur.

Muitos medicamentos, são comprovadamente capazes de aumentar a massa óssea. Vários estudos, no entanto, mostram que apesar de alguns aumentarem a massa óssea não diminuem a incidência de novas fraturas.

A MXA tem indicações específicas:

1. Monitorar a eficácia do tratamento da osteoporose.
2. Auxiliar no diagnóstico da osteoporose em pacientes portadores de osteoartrite importante da coluna lombar (falso-negativo à densitometria).
3. Determinar a gravidade da doença osteoporótica e monitorar o grau e o número de fraturas osteoporóticas.
4. Complementar o diagnóstico em indivíduos que apresentam BMD normal na coluna e baixo no fêmur.

Quanto aos MARCADORES BIOQUÍMICOS do metabolismo e doença óssea as controvérsias permanecem grandes. Quais são os mais sensíveis? Quais deles realmente acrescentarão alguma informação ao diagnóstico e acompanhamento da osteoporose? Inúmeros marcadores surgiram e caíram em desuso.

Alguns exames laboratoriais são necessários para se estabelecer o diagnóstico diferencial das osteopenias. Nesta linha devem ser solicitados sempre: hemograma e VHS, eletroforese de proteínas, cálcio e fósforo.

O VHS elevado e alterações da eletroforese de proteínas podem descartar ou acusar alguma doença inflamatória ou neoplásica (mieloma p.e).

O cálcio total e o fósforo séricos assim como o parafornônio (PTH) são importantes para o diagnóstico da osteoporose secundária às doenças endócrinas (hiper ou hipoparatiroidismo), deficiência ou intoxicação por vitamina D.

Os níveis sanguíneos de cálcio são man-

tidos pela ingestão de alimentos e pela mobilização de cálcio do tecido ósseo. Estes processos são regulados pelo PTH e vitamina D. Deficiência de PTH ou vitamina D causa hipocalcemia. Seus níveis estarão aumentados no hiperparatiroidismo primário e na intoxicação por vitamina D.

O PTH, atua na manutenção da concentração de cálcio no meio extracelular e previne a hipocalcemia. Mede-se o PTH para o estudo de doenças do metabolismo do cálcio, tais como: hiperparatiroidismo 1^{ário} e 2^{ário}, hipercalcemia maligna e hipotireoidismo. Esta medida é prejudicada pela presença de fragmentos terminais da molécula do PTH, os quais são derivados da secreção e do metabolismo periférico do PTH. A medida dos níveis de PTH bioativo requer um ensaio que meça apenas o PTH intacto e não reconheça os fragmentos terminais, como por exemplo: o imunoradiométrico (IRMA).

Os marcadores de formação óssea mais utilizados atualmente são a fosfatase alcalina óssea específica e a osteocalcina.

A fosfatase alcalina específica do tecido ósseo é produzida pelos osteoblastos, células responsáveis pela formação óssea, e liberada para circulação. Estudos têm indicado uma boa correlação entre esta fração da fosfatase alcalina e a síntese da matriz óssea. Esta medida funciona como um marcador da atividade. Os testes imunométricos devem distinguir as formas intestinal e hepática da forma derivada do tecido ósseo.

A osteocalcina-gla-proteína óssea (BGP), corresponde a 1-2% de toda proteína óssea. Essa proteína tem 3 resíduos de ácido gama-carboxiglutâmico (gla) ligados a hidroxiapatita. A BGP é produzida unicamente pelos osteoblastos e depende da vitamina D, K e C. A medida dos seus níveis fornece um marcador específico da atividade de formação óssea. Encontra-se aumentada no hiperparatiroidismo lário, convalescência de fraturas ósseas, doenças de Paget, hipertireoidismo e uso de vitamina D.

Quanto aos marcadores de reabsorção óssea, sabemos que as fibras de colágeno são ligadas por moléculas intercadeias conhecidas como cross-links de piridina.

Estes cross-links do colágeno foram identificados em todos os tecidos conectivos exceto na pele. Quando o colágeno se quebra pela ação da collagenase, produtos dessa hidrólise são excretados na urina ligados aos cross-links, incluindo a piridinolina e a desoxi-piridinolina. O colágeno ósseo é rico em desoxipiridinolina e está constantemente sendo renovado. Então, dessa forma, a desoxipiridinolina urinária é um marcador valioso da degradação da matriz óssea e da reabsorção óssea. Está elevado na osteoporose, no hiperparatiroidismo lário e no Paget. O seu retorno à linha de base indica terapia bem sucedida.

A hidroxiprolina é um aminoácido presente em quantidades consideráveis no colágeno e excretado na urina após a quebra do colágeno. Como a hidroxiprolina urinária é derivada quase que exclusivamente do colágeno, ela reflete a taxa de degradação dessa proteína. Os níveis desse aminoácido estão muito aumentados na doença de Paget e em menor grau no hiperparatiroidismo. Normalmente se dosa a hidroxiprolina total e livre na urina de 24h. A fosfatase ácida tartarato-resistente é outro bom marcador da reabsorção óssea, não disponível ainda em nosso meio para o uso clínico.

Concluindo, no follow-up de um paciente com suspeita de osteoporose inicialmente solicita-se a densitometria óssea e, dependendo do resultado complementa-se o estudo com a morfometria digital e as dosagens dos biomarcadores.

Laura Maria Carvalho de Mendonça
Reumatologista - UFRJ

Slides em cores para suas palestras?

INFOgraph - ☎ (021) 208-7497

Desempenho

Esta seção do BOLETIM segue buscando explicitar, para os nossos sócios, aspectos da atividade individual e institucional, demonstrativos do valor que representam para a sociedade. O articulista deste número é um cidadão brasileiro, de 72 anos de idade, aposentado como jornalista e publicitário, fundador e presidente da Associação dos Aposentados e Pensionistas da Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro (ASAPREV-RJ), nosso companheiro Roberto Pires. Pessoas - física e jurídica - refletem o grau de participação que assumem perante a sociedade brasileira, enquanto agentes promotores de discussão e de renovação da nossa organização social, na procura da qualidade de vida dos trabalhadores deste país. Somente a conscientização do papel social de cada um de nós constrói um posicionamento ético-comunitário a serviço, principalmente, dos excluídos.

ASAPREV-RJ - DEZ ANOS DE AÇÃO

Estamos completando este ano de 1995, dez anos de existência, voltados inteiramente para a luta pela dignidade da pessoa idosa e por seus direitos de cidadania.

A ASAPREV-RJ é resultado da união de profissionais de diferentes origens, aposentados pela Previdência Social.

Esta união tornou-se possível pela violação continuada do valor de nossos benefícios, a partir dos governos de exceção e que se vem prolongando nos governos que se sucederam, mesmo após a Constituição de 1988.

A consciência e a revolta em constatar a degradação de nosso nível de vida, facilitou e permitiu a estruturação de nossa entidade, criada exatamente para defender esses direitos nos mais diferentes campos: no político, junto aos Poderes Legislativos e Executivo; no Judiciário e no Administrativo, junto à autoridades previdenciárias. Des-

de os primeiros dias de nossa fundação, lançamo-nos na árdua tarefa de "varrer o entulho autoritário" que nos conduzia à miséria, à fome e até à morte, numa política que chamamos de "mata-o-velho", verdadeiro "apartheid etário" que vem se praticando no país.

PRIMEIRAS VITÓRIAS

Ainda antes da promulgação da Constituição de 1988, logramos, graças à nossa organização, revogar o famigerado Decreto-Lei 1910/81, que confiscava de 3 a 5% de nossos proventos. A seguir, conseguimos a promulgação da lei 7.604, de 26/5/87, que fixou o piso de benefícios em um salário mínimo. Participamos, a partir daí, para ver consagrados, na Constituição, os dispositivos necessários a assegurar um final de vida mais tranquilo.

Foi uma luta árdua, mas valeu a pena. Fazíamos extenuantes viagens a Brasília, de 22 horas, em ônibus desconfortáveis, muitas vezes sem dinheiro para a alimentação e alojamento, mas fizemos inserir na Constituição, os dispositivos que nos amparavam na doença, na invalidez, na velhice e na morte.

Mesmo com a Constituição em vigor, fomos vítimas de truques e manipulações dos governos civis. Quem não se lembra dos abonos concedidos ao salário mínimo que não contemplavam os benefícios em manutenção da Previdência Social? E os truques do governo Collor, em não estender aos aposentados e pensionistas o reajuste de 147%. Esta batalha, escrita com sangue, suor e lágrimas, ficará inserida na história como o quanto pode o movimento popular organizado.

AS NOVAS BATALHAS

Os idosos brasileiros não podem e não poderão ter o seu descanso merecido. Novas ameaças turvam o céu do país. Querem desconstitucionalizar o que logramos inserir na Constituição de 1988. Querem colocar nossos direitos em leis ordinárias - ordinárias na verdadeira acepção da palavra - que poderão ser alteradas à vontade dos donos do poder. Em suma, querem fazer da Previdência o que já fizeram com a saúde e com a educação, que se tornaram privilégio das minorias.

Não é por ranzinze, por pirraça de velho, que estamos contra a reforma da Previdência. Nem porque estamos sendo "massa de manobra" de correntes políticas partidárias - como disseram dois ministros - que nos posicionamos contra essas mudanças.

É por consciência de cidadãos, pelos antecedentes e pelo exemplo de outros países que estamos lutando contra as mudanças. Querem mudar a Previdência para fazer o que fizeram com a saúde, para entregá-la à ganância lucrativa dos grandes conglomerados financeiros e deixar os mais pobres à mingua de assistência.

É por isto e para isto que os aposentados estão mobilizados e mobilizando todas as forças vivas da sociedade, formando frentes parlamentares e das entidades civis e militares, em defesa da previdência pública.

Não queremos engrossar a corrente dos excluídos e não queremos ser considerados cidadãos de terceira classe.

Na Previdência Social Brasileira não há privilégios. Não há um caso de acumulação de aposentadorias e a unificação dos sistemas existentes não eliminará - por exemplo - o caso das múltiplas aposentadorias conseguidas por certas categorias que trabalharam simultaneamente em dois ou três empregos para melhorar o seu padrão de vida. É o caso dos médicos, dos professores e dos militares que, após se reformarem, voltam à atividade na empresa privada.

A luta dos aposentados brasileiros é uma luta de toda a nação brasileira. Queremos que o país retome o seu desenvolvimento pleno, que se amplie o mercado de trabalho, absorvendo a mão-de-obra marginalizada, que se puna com rigor os fraudadores, que se combata a corrupção, a sonegação e os desvios das contribuições dos trabalhadores e que a Previdência passe a ter uma gestão mais austera e compartilhada por seus próprios mantenedores..

Para isso é que a ASAPREV-RJ existe e está lutando.

Roberto Pires

Fundador e
Atual Presidente
da ASAPREV-RJ

Já está sendo organizada a III JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA SGBB-RJ, que acontecerá no período de 01 a 04 de maio de 1996, no Hotel Rio Othon Palace, em Copacabana, com o tema **QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO**. Prepare seus **Temas Livres!**



Atualizando

No último número do BOLETIM, com o tema Delirium apresentado pelo Dr Norberto Boechat, iniciamos a discussão do grupo de patologias que cursam, de maneira significativa, com distúrbios cognitivos e prejuízo da função social e quebra do continuum da vida de relação. Neste número, a Prof^a Vilma Camara, neurogeriatria, em recente aprovação no concurso de provas e título de especialista da SBBG, vem abordar Demência em sua representação como entidade clínica e epidemiológica, com repercussões no âmbito da saúde pública.

DEMÊNCIA

INTRODUÇÃO

Com o crescimento da população idosa mundial, a incidência de demências também aumentou. Estima-se que as demências ocorrem em cerca de 5% a 20% nos indivíduos após 65 anos de idade (Broe e Cols, 1976). Em certos países, como nos Estados Unidos da América, a demência se tornou um problema de Saúde Pública.

O declínio das funções cognitivas ocorre como conseqüência do processo de envelhecimento do organismo e deve ser tido como fenômeno universal. Mas há quadro clínico em que essas funções se apresentam com prejuízo maior do que o esperado nessa faixa etária. Nesses casos devemos pensar em demência.

Durante o envelhecimento, o declinar funcional do cérebro pode ocorrer por desequilíbrio na síntese dos neurotransmissores e suas enzimas metabólicas.

Na demência ocorre diminuição da glutamino descarboxilase e da colina-acetil transferase (CAT).

Perry e col. observaram correlação direta entre o grau de diminuição da atividade da CAT e o aumento de placas senis.

Seja qual for a causa da demência senil, alterações genéticas, lesões cerebrais isquêmicas ou insuficiência metabólica, ela será sempre caracterizada pela redução das taxas do metabolismo glicolítico e da atividade colinérgica.

CONCEITO

É uma síndrome que decorre de uma doença cerebral crônica e progressiva, onde há perturbações de múltiplas funções corticais superiores: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Não há obnubilação da consciência.

Há mudança de comportamento social, da motivação e da labilidade emocional.

Esse declínio interfere nas atividades da vida diária e social, determinando dependência e perda de autonomia (CID- 10).

EPIDEMIOLOGIA

Os estudos epidemiológicos ainda são escassos devido a algumas dificuldades no diagnóstico e na classificação. O declínio das funções cognitivas parece ter correlação com variáveis psicossociais e os resultados dos testes podem ser prejudicados e distorcidos

por distúrbios visuais, auditivos, uso de drogas e doenças concomitantes. Há diferenças quanto à prevalência de tipos de demência nos países ocidentais e orientais.

PREVALÊNCIA

Em torno de 65 anos - 10% a 15%
Em torno de 85 anos - 47%

Quanto à gravidade, a demência pode ser leve, moderada e grave, diretamente proporcional ao grau de dependência do paciente.

PRINCIPAIS SINTOMAS DO DECLÍNIO MENTAL NOS PACIENTES COM DEMÊNCIA

1. Disfunções Cognitivas: confusão mental, desorientação, diminuição de concentração, diminuição do alerta mental, esquecimento e memória recente comprometida.
2. Distúrbios Afetivos: instabilidade emocional, medo, ansiedade, humor deprimido, distúrbio do sono, insociabilidade, indiferença ao ambiente e falta de motivação e iniciativa.
3. Sintomas Somáticos: desequilíbrio, tonturas, vertigens, anorexia e fadiga.
4. Relacionamento interpessoal Comprometido: falta de cooperação, aborrecimento fácil, irritabilidade, hostilidade e comprometimento dos cuidados pessoais.

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

1. Anamnese
2. Exame clínico
3. Exame neurológico
4. Exames complementares de sangue e de LCR (líquido cefalorraquiano)
5. Exame de neuroimagem
6. Exame neuropsicológico, com Mini Exame do Estado Mental (MMSS) e outros.

CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS

- I - Demências Degenerativas - 75%
 - Doença de Alzheimer - 60%
 - Demência Vascular - 10%
 - Demência Mista - 05%
- II - Demências Secundárias a Doenças do Sistema Nervoso - 15%
 - Coréia de Huntington
 - Doença de Parkinson
 - Doença de Creutzfeld-Jacob
 - AIDS
 - Esclerose Lateral Amiotrófica
- III - Demências Reversíveis - 10%
 - Estados Tóxicos
 - Distúrbios Metabólicos
 - Lesões Intracranianas
 - Estados Pós-Anóxicos
 - Lúpus Eritematoso (doença do colágeno)
 - Hidrocefalia de Pressão Normal
 - Anemia Perniciosa
 - Agentes Sépticos

DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer é a principal causa de demência na maioria dos países ocidentais. Os dados epidemiológicos no Brasil ainda não são definitivos, embora já existam estudos de Nitrini et al (no prelo).

A prevalência aumenta com a idade, chegando a 10,8% nos indivíduos entre 80 e 89 anos de idade (Rocca et al - 1991).

Quanto à etiologia e à fisiopatologia, no momento atual, a teoria mais aceita é de que haja uma combinação de diferentes fatores genéticos e ambientais ligados ao processo de envelhecimento.

Clinicamente, a doença se caracteriza por distúrbio progressivo da memória, da linguagem, chegando ao mutismo, distúrbio da atenção, das habilidades viso-espaciais e construtivos e também alterações do comportamento.

É uma síndrome afaso-agnósica-aprática.

O quadro clínico se apresenta em três fases: inicial, de estado e terminal.

- O diagnóstico é considerado como:
- a) Possível, quando há sinais e sintomas que sugerem demência, sem existir uma doença que seja a causa destes distúrbios;
 - b) Provável, quando o quadro clínico de demência e alguns exames complementares, podem ajudar o diagnóstico;
 - c) Definitivo, quando confirmado o diagnóstico, após resultado histopatológico por biópsia ou necropsia.

DEMÊNCIA VASCULAR

O segundo tipo de demência mais frequente é a Demência Vascular, onde ocorre comprometimento das funções intelectuais produzido por enfartes cerebrais. A natureza da síndrome depende do número e localização dos enfartes cerebrais e o volume total do tecido cerebral danificado.

Clinicamente, o paciente tem progressivo declínio intelectual enquanto a personalidade se mantém relativamente intacta. A depressão é mais comum neste tipo de demência do que na Doença de Alzheimer.

A instalação é mais aguda e a evolução é com oscilações. O paciente tem história de hipertensão arterial e de episódios anteriores de acidente vascular cerebral ou isquemias transitórias. Outros distúrbios cardiovasculares são fatores de risco. Os pacientes, na maioria das vezes, apresentam sinais e sintomas neurológicos.

Na Demência Vascular o déficit motor pode ser inicial, ao contrário da Doença de Alzheimer, em que os déficits motores são tardios.

TRATAMENTO

O tratamento vai depender das hipóteses etiológicas da demência. Quando esta for tratável, ou seja, o agente etiológico for conhecido, a conduta terapêutica deve ser imediatamente efetuada. Portanto, a aborda-

*Digitação
de teses e
monografias?*

INFOgraph -

(021) 208-7497

“TRATAMENTOS REVOLUCIONÁRIOS”

gem terapêutica pode ser dividida em tratamento sintomático (dos sintomas cognitivos) e tratamento específico. Não pode ser esquecido o tratamento de sintomas associados como depressão, alucinações, distúrbios do sono e do comportamento.

Além do tratamento medicamentoso, os cuidados gerais são muito importantes.

Atualmente já se inclui no tratamento a estimulação cognitiva, que pode ser em abordagem individual, usando metodologia de estímulo-resposta ao potencial do paciente.

A estimulação cognitiva também deve ser realizada em dinâmica de grupo com pacientes e seus familiares e/ou cuidadores com atendimento por equipe interdisciplinar.

Este tratamento de estimulação cognitiva tem por objetivo desbloquear as áreas comprometidas, estimular as áreas não lesadas, socializar o paciente e recuperar a relação paciente/família e/ou cuidadores dentro da ação do binômio “educação-saúde”.

Quando necessário, manter o tratamento para as sequelas físicas com os profissionais específicos como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

Não existe conduta que faça parar o processo de atrofia cerebral, mas essas condutas conseguem retardar o tempo de evolução da doença, quanto aos distúrbios cognitivos e a socialização do paciente.

O objetivo é permitir que o paciente permaneça no seu lar o máximo de tempo possível e com melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BROE e COLS 1976.
 MARQUES, P.R.B.; JOANETTE, Y.; POISSANT, A.; S.K.A, B. Avaliação neuropsicológica adequada às demências. Arquivo de Neuropsiquiatria, v. 35, n. 1, p. 147-152, Março 1995.
 NITRINI, R.; MATHIAS, S.G.; CAMELLI, P., CARRILHO, P.E.; LEFEVRE, B.H.; PORTO, C. S. et al. Evaluation of 100 patients with dementia in São Paulo, Brazil: Correlations with socioeconomic status and education, Alzheimer Disease and Associated Disorders (no prelo).
 ROCCA, W.A.; HOFMAN, A.; BRAYNE, C.; BRETELER, M.M.B., COPELAND, J. R. M. et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980 - 1990 prevalence findings. Annals of Neurology 1991- 30: 381-390.
 RUGE, W.M. Influências sobre o metabolismo cerebral no idoso. Sandoz S.A. divisão farmacêutica p. 5-23 1994.
 SAYEG, N.; GORZONI, M.L. Doença de Alzheimer. Rev. Bras. Med. v. 50 n. 11 p. 1428-1450, Novembro 1993.
 SILVA, J.A.C.; RUCHEL, S.L. Laboratório Silva Araújo Roussel, 1992.

O artigo da Dra. Silvia Pereira publicado no último BOLETIM obteve grande aceitação dos nossos leitores. Atendendo a essa avaliação, temos a intenção de prosseguir na difusão de conhecimentos em Geriatria e Gerontologia que, de forma bem-humorado, atente para o óbvio que permeia o cotidiano das pessoas idosas, tantas vezes descuidado, engendrando perigos do comum que ameaçam e prejudicam a saúde dos nossos idosos, velando o bem-estar, a alegria e a comunicação, tão necessários à integração dessas pessoas no seu convívio familiar e social. Convidamos, desta vez, a Prof^ª Angela Mendonça, fonoaudióloga do Instituto de Neurologia Deolindo Couto/UFRJ, que vem acumulando ampla experiência no trato com idosos em sua prática profissional.

NO CHURRASCO

Família reunida em torno da churrasqueira. Era dia de festa. Tudo corria normalmente, até que alguém se lembrou da velha senhora - uma senhora pequena, magra, vestida com elegância discreta e entristecida nos seus 70 anos de vida.

- Mamãe! (exclamou em tom de ordem a filha mais velha), sente-se nesta cadeira. Logo depois o genro colocou em seu colo um prato cheio de alimento. A senhora angustiada, olhou para o prato - era um enorme prato com pedaços de picanha, nacos de lombo de porco e até uma enorme asa de frango, tudo isto, é claro, regado de muita maionese, farofa e arroz de carreteiro. A senhora agoniada, olhou em volta pedindo ajuda. Então, alguém traduziu: - Come, mamãe, não adianta chamar a atenção, fazendo greve de fome - todos olharam e a filha continuou - de uns tempos para cá, ela cismou que não quer comer e quase não conversa mais, nem parece aquela mulher falante de antes... deve ser velhice.

Estava dado o diagnóstico. A partir daí, o assunto central da festa passou a ser a senhora e seu novo comportamento. Ela, agoniada que estava com a situação, mais ainda ficou, até porque não era surda e tudo entendia. Desesperada, pôs-se a chorar.

Uma amiga da família, que participava do churrasco, aproximou-se dessa senhora com palavras gentis e ela, sentindo-se apoiada, confidenciou-lhe: - Sabe, eu sinto que estou bem de saúde nos meus 70 anos, mas umas coisas no meu corpo e na minha voz mostram uma outra pessoa, uma velhinha senil. Veja só, estou com a voz trêmula, com a respiração um pouco difícil e além disso tudo, quando eu me alimento, babo pelos cantos da boca e muitas vezes minha dentadura cai da boca. Que vergonha, meu Deus! - exclamou desamparada. Sabe, eu me sinto humilhada, e sem expressão perante a minha família e os meus amigos. Estou muito triste, sem vontade de fazer qualquer coisa na minha vida, sem vontade de me alimentar e até mesmo de falar.

A amiga, mobilizada com a situação, prometeu-lhe procurar orientação com um médico conhecido que trata de pessoas idosas, um geriatra.

A orientação médica foi de consultar uma fonoaudióloga. A consulta foi realizada,

as dúvidas esclarecidas e o problema encaminhado para uma solução.

O tempo passou... Novo churrasco e as amigas tornam a se encontrar. Surpresa!!!

A senhora estava novamente falante, alegre, segura de si e com a saúde dos seus 70 anos. A amiga ficou curiosa para saber o que havia acontecido. A senhora relatou, então, o que havia mudado com o tratamento: - Descobri, através da **terapia fonoaudiológica**, como é que eu só percebia partes do meu próprio corpo! Sabe por que? Porque eu só contava com as sensações para ter as informações a meu respeito. Era assim que eu censurava essas sensações porque eu me sentia diminuída aos meus próprios olhos! Eu tinha a impressão de não existir o bastante! Aprendi que quando a gente **não tem a posse do nosso corpo**, a gente não pode gozar dele e aí a gente se sente incapaz... e afunda! Eu não me conhecia em tudo que eu sou capaz com este corpo. Pude observar, sabe, que quando a **imagem do meu corpo** mostra uma outra imagem, uma imagem partida, só daquilo que não está bem não pode mesmo ser uma boa imagem! Além disso, é uma farsa, sabe? É uma imagem que está muito longe da realidade!

- Mas como foi que a senhora chegou a essas descobertas e a essa transformação? Foi somente com a terapia? Indagou-lhe a amiga.

- Bem, primeiramente tive que ir a um protético realizar uns pequenos ajustes na minha dentadura. Depois do ajuste, aprendi uma série de exercícios fonoaudiológicos que podem melhorar o **desempenho dos meus órgãos fonarticulatórios e corrigir as imperfeições do meu esquema mastigatório e bucal**. Com esses exercícios, fui diminuindo, estabilizando e recuperando as alterações que eu apresentava, acabando assim o que tanto me deixava infeliz.

A amiga dessa senhora pôde então compreender que a filosofia terapêutica baseia-se na consorciação do tempo interno (o sentimento individual afetivo articulado com o tempo externo) tempo-espaco a que estamos sujeitos, sem deixar ocorrer uma dicotomia, pois assim surgirá um desacordo entre a duração objetiva do tempo e o ritmo interior, envolvendo-nos numa situação de ruptura da seqüência sonora da vida. A partir daí, a pessoa vai descobrindo-se como um ser “fazedor”, capaz de estabelecer relacionamento entre os múltiplos eventos que ocorrem ao seu redor e dentro dela, como também se torna capaz de desenvolver a capacidade de “deixar sair” de si (e do seu corpo) toda uma linguagem de razões que permite direcionar a auto-regulação desse corpo, dentro de um “certo” ritmo, sincronizando as funções e realimentando as possibilidades. Com isso, aprende a minimizar e a lentificar o ritmo da deteriorização orgânica. A terapia estética aumenta a visão de totalidade e a transcendência do ser humano.

- Estou maravilhada com seus ganhos, disse-lhe a amiga.

- Eu também! Vamos comemorar comendo um churrasco?

- Vamos, é claro!

Angela Mendonça
Fonoaudióloga

Prof^ª Vilma Duarte Câmara

Prof^ª Adjunto IV - Neurologia / UFF
Geriatra / SBGG
Coordenadora do Setor de Demência HUAP / UFF

FORUNS em atividade

Já em clima de JORNADA, os Foruns criados pela SBGG-RJ, por ocasião da JORNADA CIENTÍFICA/93, articulam-se no preparo de suas atividades, organizando os encontros prévios com vistas ao nosso acontecimento científico maior para 1996.

FORUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Coordenação: Vilma Duarte Camara
1ª Conselheira da SBGG-RJ

Em 1993, durante a Jornada de Geriatria e Gerontologia, foi criado o Forum Nacional das Instituições de Ensino Superior (IES) (ver Boletim SBGG-RJ nº 6), que foi desdobrado no Rio de Janeiro em um Forum Regional, com reuniões realizados bimensalmente nas diversas IES/RJ.

Retomamos essa atividade no dia 25/8/95, às 13 horas no Salão Moniz de Aragão da UFRJ, na Av. Pasteur, 250, em um Encontro para o qual foram convidados representantes dos IES federais, estaduais e particulares que têm programas para idosos. Também foi aberto espaço para as IES que pretendem trabalhar na área de Geriatria e Gerontologia.

Cumprimos a pauta, trabalhamos na atualização das atividades realizadas em ensino, pesquisa e extensão nas IES. No decorrer do Encontro, fez-se sentir a necessidade de intercâmbio das ações entre essas Instituições, com objetivo de enriquecimento de nossa produção científica.

Assim, foi aprovada a proposta de trazer à discussão temas ligados às áreas de ações de Geriatria e Gerontologia em nível acadêmico.

Próxima reunião já está confirmada para 26/10/95, das 13 h às 17 h na Pontifícia Universidade Católica (PUC) na Rua Marquês de São Vicente, 225/RJ, e o tema para debate é "Estratégia para a Pesquisa".

Para o mês de outubro está prevista uma reunião da Comissão Coordenadora do Forum Nacional, que é composta por representantes de vários Estados do Brasil, com objetivos de informação e debate referentes às propostas nacionais, que já estão em andamento desde 1993.

Esses eventos têm como finalidade a preparação para o Encontro do Forum Nacional dos IES, que acontecerá na próxima Jornada Científica da SBGG/RJ de 01 a 04 de maio de 1996 e também para o Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia da SBGG, agendado para 1996, em Goiás

FORUM DOS MUNICÍPIOS

Coordenação: Neidil Costa
2ª Secretária Adjunta da SBGG-RJ

Além dos eventos realizador durante as Jornadas de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro em 1993 e 1994, foi possível

promover um outro Forum, em Belo Horizonte, de caráter nacional, em setembro/94, valendo-se do Congresso Brasileiro.

Nesse Forum foi possível aprovar um conjunto de recomendações harmoniosas e consistentes que visam contribuir para a melhoria de qualidade de vida dos idosos.

Esse Eventos serviram para consolidar o FORUM como um instrumento de articulação intermunicipal, evidenciando-se, também, a necessidade de participação de novos e importantes atores de representação nacional, para viabilização e disseminação desse esforço realizado pela SBGG-RJ.

Nesse sentido, destaca-se o firme apoio definido pelo presidente do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) Dr. Gilson Cantarino que aceitou colaborar com o FORUM.

De parte do Ministério da Saúde, a Dra. Sheyla Miranda da Silva e o Dr. Jorge Alexandre Silvestre, responsáveis pelo Programa Nacional de Saúde do Idoso, têm conferido apoio aos trabalhos empreendidos que convergem com seus propósitos. Para tanto, essas autoridades viabilizam a operacionalização do FORUM, divulgando sua existência.

Seus documentos e recomendações, assim como sua agenda de reuniões, culminarão com a principal, que será realizada durante a Jornada Científica da SBGG-RJ, no período de 01 a 04 de maio de 1996.

As inscrições para participação no Forum devem ser feitas até 20/03/96. Telefones para informações - 259-8099, 610-3567 (Tel/Fax)

FORUM DAS INSTITUIÇÕES GERONTOLÓGICAS

Coordenação: Eliane Brandão
Membro da Assessoria da SBGG-RJ

A SBGG-RJ vem, há 3 anos, abrindo espaço para as Instituições Gerontológicas discutirem a melhor maneira de assistir ao idoso, dentro das possibilidades e recursos de cada uma. Mas ocupar e desenvolver esse espaço não tem sido tarefa fácil. Não só pela participação de um número irrisório de representantes dessas instituições, como pela dificuldade de traçar-se uma pauta de debates, em função da diversidade de questões que as afligem.

Como entidade científica, a SBGG-RJ está preocupada e atenta a esse fato. Em Fóruns anteriores, foram apresentadas algumas propostas que, no entanto, fugiam à tentativa da parceria técnica pretendida. Objetivando ampliar a abrangência do nosso Forum, pensamos na inclusão dos trabalhos que se inclinam para a atenção às pessoas idosas em situação de usuárias externas, trabalhos esses sabidamente numerosos, alguns dos quais já apresentando metodologias próprias e resultados positivos.

Objetivando ampliar a abrangência

do nosso Forum, pensamos na inclusão dos trabalhos que se inclinam para a atenção às pessoas idosas em situação de usuárias externas, trabalhos esses sabidamente numerosos, alguns dos quais já apresentando metodologias próprias e resultados positivos.

Dessa forma com a finalidade de difundir e discutir diversas formas de atuação, além de outras questões emergentes, a SBGG-RJ convida todos os interessados na prestação de serviços geriátricos e gerontológicos, tanto em nível de usuários internos quanto externos, a participarem de uma plenária que será realizada no ENCONTRO GERONTOLÓGICO - RAZÕES DA ATENÇÃO AO IDOSO, na Sociedade de Medicina e Cirurgia, localizada à Av. Men de Sá, 197 - Centro - de 09 às 14 horas do dia 07 de outubro de 1995., onde esses e outros assuntos relevantes serão abordados.

A plenária ganhará sentido se profissionais que atuam nessas instituições estiverem conosco para o levantamento de questões e o conseqüente debate que deverá ser instaurado.

Contamos com seu apoio para a definição dos primeiros pontos a serem discutidos no próximo Forum das Instituições Gerontológicas, que será realizado por ocasião da Jornada Científica de Geriatria e Gerontologia promovida pela SBGG-RJ, em maio de 1996.

Esperamos você.

CONVITE

Espaço dos Companheiros das Regionais da SBGG

É a Bahia que nos chega, atendendo ao convite do BOLETIM SBGG-RJ para esta edição.

A SBGG-BA tem a grata satisfação de comunicar aos companheiros do Rio de Janeiro a posse de sua nova Diretoria, acontecida em julho de 1995, para o triênio 1995-1998, tendo como presidente a Dra. Josecy Peixoto. Essa Diretoria assumiu com grande expectativa de manter vivo o estímulo ao crescimento científico das nossas especialidades, mas também com o objetivo de desenvolver trabalho educacional e de resgate cultural com idosos da nossa comunidade. Dois encontros já marcaram a nossa caminhada: a inauguração da nossa sede na Associação Bahiana de Medicina, à rua Baependi, nº 162, Ondina, adquirida devido ao grande empenho da Diretoria anterior, presidida pelo Dr. Rômulo Meira e realização da I Feira do Idoso da Bahia, em 1º de outubro deste ano, no Pelourinho, onde instituições que trabalham com idosos, a comunidade e a SBGG integram suas ações, seguindo a linha básica de o idoso mostrar seu perfil, suas atividades, habilidades e potenciais.

SBGG-BA - Rua Baependi, nº 162 - Ondina
CEP 40170-070 - Salvador-BA
Tel/Fax: (071) - 351-1120



Instigado pelos trabalhos da IV Conferência Internacional da Mulher: ação para a igualdade, o desenvolvimento e a paz, o BOLETIM SBGG-RJ convida a Professora Maria Lúcia Rocha-Coutinho, pesquisadora e professora do Programa EICOS - Instituto de Psicologia/UFRJ, para falar de Mulher aos nossos sócios. Maria Lúcia é autora de **TECENDO POR TRÁS DOS PANOS: a mulher brasileira nas relações familiares**, editado pela Rocco, com data de 1994. A relevância deste trabalho, para a SBGG-RJ, ganha particular interesse por tratar-se de uma pesquisa, cujos sujeitos são mulheres de idade entre 60 e 75 anos e suas filhas, entre 35 e 45 anos. O BOLETIM SBGG-RJ associa-se ao coro de recomendações da leitura deste livro, às mulheres e aos homens, a todos aqueles, enfim, que se empenham na "crença de que a igualdade entre homens e mulheres não só é possível como pode tornar a vida bem mais agradável para ambos". Este e outro fragmento do livro de Maria Lúcia aqui estão como homenagem à mulher neste tempos da IV Conferência e como compromisso político-social com as questões de gênero que vivemos na atualidade.

Ser mulher e ser homem são categorias socialmente construídas e, portanto, o ser mulher, da mesma forma que o ser homem, é resultado de uma intrincada rede de significações sociais. Assim, apesar de constituírem, em geral, o grupo mais numeroso na maioria das sociedades (a metade ou mais da população de suas regiões ou países), o que é ser mulher diz respeito a mulheres de diferentes grupos étnicos e camadas sociais. Esta unidade - centrada no sexo - e diversidade simultâneas têm confundido muitos pesquisadores que tentaram fazer um estudo mais sério sobre a mulher.

Na busca de uma identidade feminina, quer através de um estudo histórico, quer através do exame de diferentes sociedades ou de diferentes grupos numa mesma sociedade, vários pesquisadores esbarraram na evidente opressão e subordinação femininas. A constatação da universalidade da opressão masculina sobre as mulheres levou vários destes pesquisadores à posição reducionista de transformação das mulheres em vítimas indefesas de uma sociedade dominada por homens. Tais pesquisadores deixaram de lado, no entan-

falando de mulher

to, importantes questões a respeito não só da mulher como também das formas de exercício do poder numa sociedade, desencadeando estudos circulares que pouco contribuíram para uma visão mais ampla da mulher.

Estes estudos deixaram, muitas vezes, de lado o importante fato de que as mulheres se constituem no único grupo socialmente marginalizado que, como uma totalidade, quase sempre recebeu tratamento desigual, uma vez que vários de seus membros partilham de maior intimidade com seus opressores - os membros do grupo masculino dominante nas sociedades - do que entre si mesmas. Isto é, embora por séculos a maioria das mulheres tenha sido excluída das posições de poder socialmente legitimadas, algumas delas, como membros de famílias, mães, irmãs ou esposas, estiveram mais próximas das posições reais de poder do que muitos homens. Deste modo, enquanto algumas mulheres sempre estiveram entre os trabalhadores mais explorados, outras encontravam-se não apenas entre os opressores, como também se identificavam com eles. Além disso, as mulheres brasileiras das classes mais abastadas, apesar de muitas vezes oprimidas por seus pais e/ou esposos, não deixaram de influenciar e oprimir aqueles que estavam sob seu domínio - o da casa -, como os escravos, agregados e empregados domésticos, estes últimos em sua maioria mulheres. Até hoje, a emancipação da mulher brasileira dessas classes sociais muitas vezes se dá, em grande parte, à custa da opressão e da exploração de outras mulheres (babás, cozinheiras e empregadas domésticas de modo geral), que assumem o trabalho menos valorizado da casa e o cuidado das crianças para que ela possa se lançar no mundo público de uma carreira ou profissão.

Podemos dizer, então, que ao longo de todos estes séculos as mulheres brasileiras, como as mulheres de modo geral, têm permanecido ao mesmo tempo no centro e na margem: tanto como parte dos grupos mais oprimidos em nossa sociedade (operários e traba-

lhadores domésticos, por exemplo), em decorrência de seu sexo, quanto como parte - de forma direta (como patroas e donas-de-casa) e de forma indireta (através de seus esposos industriais, banqueiros, políticos, entre outros) - dos grupos que detêm o poder, em decorrência de sua posição social. Assim, a situação da mulher, apesar de guardar certa semelhança com a dos chamados grupos "oprimidos", não pode ser igualada à deles. Com raras exceções, todos os membros destes grupos que sofrem discriminação geralmente compartilham o status inferior de todo o grupo, o mesmo não acontecendo com as mulheres.

As análises reducionistas que situam a questão sob o ponto de vista único da dominação macho-fêmea escamoteiam o fato de que o poder é relacional e de que, embora um dos indivíduos envolvidos numa relação possa ser mais forte, em qualquer tempo, do que o outro, sua força nunca é tão grande que o outro não possa ser capaz de influenciá-lo em algum momento. Assim, de seu lugar de subordinação na sociedade, as mulheres sempre articularam, a nosso ver, formas de subsistir e resistir a esse poder socialmente reconhecido dos homens na sociedade.

Confinadas por séculos no espaço da casa, onde reinavam quase que absolutas, enfeitando maridos e filhos com a máscara da perfeição, as delicadas e abnegadas mães e esposas encontraram formas especiais e silenciosas de articular sua resistência, em murmúrios que se perdiam, muitas vezes, no coro forte dos homens que as sufocavam. Nem vítimas, nem algozes, acreditamos que as mulheres ao longo dos anos foram tecendo modos de resistência a esta opressão masculina, formas de exercer um certo controle sobre suas vidas a despeito de uma situação social tão adversa.

Maria Lúcia Rocha Coutinho

Professora do Instituto de Psicologia da UFRJ



Seja Sócio da SBGG-RJ
Ligue
259-8099

Transparências coloridas para aulas?

INFOgraph - (021) 208-7497

SAÚDE ORAL DO IDOSO

A SBGG-RJ, comprometida com a difusão de conhecimentos cada vez mais amplamente, convida o Prof. ELÇON CORNACK a colaborar para o BOLETIM, com subsídios importantes de sua atividade acadêmica e prática profissional, sensíveis à relevância do cuidado com a saúde oral das pessoas idosas.

É difícil estudar o envelhecimento nos seres humanos. Nem sempre é possível distinguir claramente os processos de envelhecimento e os fatores externos que se relacionam com a doença e a incapacidade. Ele pode ser olhado tanto do ponto de vista biológico quanto do patológico, sugerindo representar um episódio terminal geneticamente determinado do desenvolvimento normal ou uma susceptibilidade agravada com os eventos e fatores agressivos do ambiente.

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade.

Os dentes diferem-se dos demais componentes calcificados do esqueleto por sua interação com o meio externo e pela ausência de intercâmbio químico ativo, que constitui parte da fisiologia básica do osso. Várias são as adaptações fisiológicas que se processam durante o ciclo vital da dentição normal, tais como: o desvio mesial dos dentes provocado pela força de oclusão; as alterações de cor com a idade, tornando os dentes mais escuros, com tonalidades de amarelo, castanho e cinza; um certo grau de atrição provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos, tais como o bruxismo; a mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com conseqüente redução de permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor nos dentes de pessoas idosas. A polpa dental deposita continuamente a dentina durante a vida de um dente normal, reduzindo assim o trabalho da câmara pulpar. Essa dentina depositada - conhecida como dentina secundária normal - é formada lentamente e se distribui de modo uniforme sobre as paredes da câmara pulpar, tanto da coroa quanto da raiz, variando, entretanto, conforme a localização do dente.

Os tecidos de suporte, conhecidos como tecidos periodontais, sofrem uma descrição clássica de retração da superfície dentária. A estrutura do tecido gengival clinicamente saudável não apresenta alterações de epitélio relacionadas com a idade, entretanto, a submucosa revela uma redução na celularidade, com aumento na textura do tecido fibroso.

A mucosa oral reflete, com o tempo, numerosos processos de envelhecimento. Nas regiões onde há ceratinização normal do epitélio, encontramos um espessamento com a senescência, associado a uma redução na

espessura da camada basal. Nas áreas onde não há ceratose, o epitélio senil adalgado torna-se mais vulnerável aos traumas. Associada à redução de espessura, a densidade celular é mais elevada na mucosa de pacientes idosos, sugerindo uma desidratação tecidual progressiva, por perda de água intracelular.

Na língua, costumam, com a idade, aparecer certas alterações nas estruturas básicas e as alterações na superfície por perda das papilas são facilmente identificadas. É comum verificar-se a atrofia das papilas filiformes no dorso da língua, conferindo um aspecto liso e acetinado à sua superfície, e a atrofia de dois terços das papilas circunvaladas na velhice, podendo ainda ocorrer a fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associada ao desenvolvimento de varicosidade nodular na superfície ventral, afetando o sistema venoso superficial. Essas alterações provocam uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda de apetite, e que pode resultar em problemas nutricionais.

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade.

Nas glândulas salivares há evidências da redução do volume e concentração de alguns constituintes salivares com a idade. A redução do fluxo salivar e conseqüente lubrificação dos tecidos orais afetam a mobilidade da língua, dificultando a deglutição dos alimentos. Existem evidências de redução de até 75% da atividade enzimática da saliva, em pessoas com mais de 60 anos. A viscosidade da saliva também é significativamente reduzida entre os idosos, entretanto os valores do pH da saliva tamponada apresentam diferenças significativas entre idosos que usam dentadura e pessoas jovens ou idosos com dentes naturais, com uma capacidade tampão maior para o primeiro grupo. A redução do volume salivar e de seus constituintes está associada com a atrofia que se estabelece com a idade, envolvendo não só as células secretoras como também os ductos, sendo a fibrose das estruturas glandulares uma alteração senil bastante comum.

Nas duas últimas décadas, cada vez mais se percebeu a importância da saliva na manutenção da integridade dos dentes e para os tecidos bucais (MANDEL, 1984 e 1989) e que uma função alterada das glândulas salivares pode ter conseqüências adversas para a manutenção da saúde bucal. Entre os indivíduos de meia-idade e idosos, as manifestações mais comuns de disfunção da glândula salivar são a hipossalivação crônica secundária à radiação por câncer na cabeça e pescoço, doenças como a Síndrome de Sjögren e uso de certas classes de medicamentos. Entre

as preocupações freqüentemente citadas associadas à hipossalivação crônica em adultos está a cárie dental. As alterações no fluxo salivar, em sua composição ou em ambos, nos idosos, pode ter um papel relevante na maior suscetibilidade à cárie dental, assim como em outras doenças ou distúrbios bucais.

Muitas medicações têm o poder de afetar a função da glândula salivar e de exacerbar o ressecamento bucal (Lewis et al. 1993). O uso regular de analgésicos, antiarrítmicos, anti-hipertensivos e diuréticos aumentam substancialmente com a idade, enquanto que o uso de anti-depressivos e anti-histamínicos permanece constante. Segundo relatos (Levy et al. 1988) os grupos de meia-idade e idosos consumiam cerca de 1,7 tipos diferentes de medicação por pessoa, e em geral o fluxo salivar diminuía e conforme o número de medicações com efeitos colaterais potencialmente hipossalivatórios, aumentava.

Apesar da comprovada importância da saliva na relação com a cárie, conforme descrito anteriormente, verificou-se que, em vários estudos realizados com adultos saudáveis, não foi encontrada uma relação forte entre a função salivar alterada e a cárie dental, e isso não chega a ser surpreendente. Tendo em vista a natureza multifatorial da cárie dental, os fatores de risco estudados separadamente do grupo geral de fatores de risco tenderam a ser precursores ruins do desenvolvimento da cárie.

Existem três classes gerais de fatores de risco: biológica, comportamental e intrínseca. Nessas três classes, o número de fatores de risco em potencial é extenso e as interações dos fatores protetores e patogênicos são complexas. Por exemplo, quando estão ausentes as propriedades de diluição e remoção da saliva, se prolonga o tempo de retenção dos fluoretos na cavidade oral. Dessa forma, enquanto a ausência quase completa de saliva pode ser isolada como um fator de risco dominante no desenvolvimento da cárie rampante nos indivíduos xerostômicos, a equação pode ser balanceada e o perfil de risco alterado por benefícios protetores do fluoreto. O trabalho sobre a relação de fatores salivares e a ocorrência de cárie é contínuo, e o papel da hipossalivação no desenvolvimento nos perfis de risco de cárie precisa ser elucidado.

As duas principais causas de perda dos elementos dentários são a cárie e a doença periodontal, que é o comprometimento das estruturas de suporte do dente, com destruição do osso alveolar. O prognóstico para tratamento dessas doenças depende, não apenas do tratamento clínico no consultório do profissional, mas passa principalmente pelos cuidados com a higienização bucal que é crucial para o sucesso na prevenção das doenças orais. Dois fatores são fundamentais para a cooperação do paciente: sua motivação e sua habilidade para escovar criteriosamente os seus dentes. A crescente perda de habilidades manuais por parte dos idosos tem sido examinada em alguns trabalhos, e já se define teste de observação direta - Teste de Performance de Higiene Oral (TPHO) - para se estabelecerem as habilidades ou/e inabilidades individuais, a fim de se prover o tipo de assistência necessária para os cuidados com a saúde bucal em casa (Doherty, et al. 1994).

Para aqueles envolvidos nos cuidados com os idosos, não existe a possibilidade de se interromper o processo de envelhecimento. O objetivo da prática geriátrica é possibilitar a existência de uma vida com um envelhecer bem sucedido. O papel do dentista na equipe de pesquisadores da Geriatria e Gerontologia é o de somar esforços no sentido de aumentar o conhecimento para a prevenção e a reabilitação da saúde oral do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DOHERTY, S.A. et al. - The oral Higiene Performance Test: Development and validation of dental dexterity scale for the elderly. *Spec. Care in Dentistry*, 14(4): 144-52, 1994.

FRANKS, A.T.S. & HEDEGARD, B. - *Odon-tologia Geriátrica*, Ed. Labor, Rio de Janeiro, 1ª Ed. 1973.

LEVY, S.M. et al. - Use of Medications with Dental Significance by a Non-Institutionalized Elderly Population. *Gerodontology*, 4:119-25, 1988.

LEWIS, I.K. et al - Use of Medications with Potencial Oral Adverse Drug Reactions in Community-Dwelling Elderly. *Spec. Care in Dentistry*, 13(4): 171-76, 1993.

LINDLE, J. - *Tratado de Periodontologia Clínica*, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2ª Ed. 1992.

MANDEL, I.D. - Oral Defenses and Diseases: Salivary Gland Funcions. *Gerontology*, 3:47-54.

MANDEL, I.D. - The Role of Saliva in Mantaining Oral Homeostasis. *JADA*, 119:298-304, 1989.

Elçon Cormack

Mestre em Odontologia pela UFF
Prof. Assistente do Departamento
de Odontologia Social da UFRJ

Comissões

Atendendo a uma necessidade de reorganização dos trabalhos, que favoreça maior agilização das nossas ações, apresentamos a você, amigo sócio, o primeiro quadro de Comissões com seus coordenadores e os telefones de contato. Como vimos insistindo, sua participação é fundamental, já que nós acreditamos que o desempenho da SBGG-RJ resulte verdadeiramente eficaz, na medida em que cumpra sua função agregadora e integradora na produção de conhecimentos e práticas em Geriatria e Gerontologia. Temos sempre presente que nossos sócios transcendem a figuração de um quadro de nomes, congregando uma Sociedade viva - dinâmica e transformadora.

COMISSÃO EDITORIAL

Coordenação

Ligia Py

Tel.: 205-3897

COMISSÃO ÉTICA

Coordenação

Mário Sayeg

Tel.: 512-4868

COMISSÃO DE REVISÃO

DO ESTATUTO

Coordenação

Elizabete Viana de Freitas

Tel.: 259-8099

COMISSÃO DE PARCERIA

INSTITUCIONAL

Coordenação

Arianna Kassidou Menezes

Tel.: 610-3567

COMISSÃO DE CURSOS

AVANÇADOS

Coordenação

Sílvia Pereira

Tel.: 239-2289

COMISSÃO DE RECURSOS

OPERACIONAIS

Coordenação

Celeste Thomaz

Tel.: 610-3567

COMISSÃO DE ACESSORIA

AOS SÓCIOS

Coordenação

Cláudio de Mota e Souza

Tel.: 502-0019

Agenda

SETEMBRO

29

Dia Mundial da Doença de Alzheimer

Ato público e Mesa-Redonda na Câmara Municipal-RJ.

29

10h - Homenagem ao Dr. Mario Sayeg na ALERJ

OUTUBRO

06/10

Inauguração da Sede Administrativa da SBGG e do Centro de Estudos e Pesquisas

Av. Brig. Luiz Antonio, 3442 - São Paulo-SP
Informações: (011) 276-5678 ou 578-2425

07/10

Encontro Gerontológico - Razões da Atenção ao Idoso

Promoção SBGG - RJ

09 a 15/10

Curso INIA-MALTA

Tema: Desenvolvimento da Prática Inter-profissional no Cuidado da Pessoa Idosa.

21/10

Evento Geriátrico - "De Especialista para Especialista"

Promoção SBGG-RJ - Apoio BYK

27 a 28/10

1º Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia do HUCFF-UFRJ

Local: R. Visconde Silva nº 52, 1º andar.

Informações: Tel.: 280-2010 Ramal 848

Promoção UFRJ

NOVEMBRO

10/11

VI Simpósio de Assistência Geriátrica e Gerontológica da Aeronáutica

Informações: Tel.: 462-0437 ou 462-2333 ramal 268

23/11

3ª Reunião Científica 95 - SBGG-RJ Complicações da Síndrome de Imobilidade

Promoção SBGG-RJ

Informações: 259-8099 / 610-3567

Horário: 19:30h às 22:00

26 à 30/11

2º Congresso do Comité Regional Latino Americano

7º Congresso Argentino de Gerontologia e Geriatria

Buenos Aires

Informações: Turismo Andino

Tel: 224-2420 - Fax: 224-6331

DEZEMBRO

06 a 08/12

1º Seminário de Preparação para Aposentadoria da UNATI - UERJ

Informações:

Telefax: 234-2167 - Tel.: 284-8322 ramal: 7236

07 a 08/12

3º Encontro sobre o Idoso e o Envelhecimento e 2º Simpósio Interdisciplinar de Demência - UFF

Hospital Univer. Antônio Pedro - Faculdade de Medicina - Tel.: 719-2828

Faça o seu trabalho aparecer!

Slides e transparências em cores.
Digitação de teses, currículos e apostilas.
Impressão em laser P&B ou jato de tinta colorida em papel comum ou especial.
Digitalização de fotografias coloridas.
Cartões de visita, receiptários, envelopes e etiquetas personalizadas.
Cuidamos do seu banco de dados.
Informatize seu consultório: Orientação e Implantação.
Compatibilizamos você com seu equipamento.
Consulte sobre nosso serviço de FaxExpress

INFograph

Fax 208-7497

R. Barão de Mesquita, 616 — loja 19 — Andaraí (quase esquina de R. Uruguai)

Ponto de encontro

Nosso encontro, desta vez, é com a Prof^a Dulcinéia da Matta Ribeiro Monteiro, psicóloga, dedicada ao estudo e à prática clínica da teoria de Jung, a partir de sua formação em Filosofia, Educação e Psicologia. A Prof^a Dulcinéia, chegada há pouco, vem participando da vida da SBGG-RJ, trazendo valiosa contribuição aos nossos eventos científicos.

Queremos retificar uma falha de impressão no PONTO DE ENCONTRO do último BOLETIM, no número de telefone para contato com o Dr. José Roberto Blois de Assis. O correto é 234-6851.

Na busca do saber, fui-me encantando pela Filosofia, Educação, até chegar na Psicologia. Entre os muitos referenciais teóricos, me identifiquei mais com a Psicologia Analítica de C.G. Jung. Na demanda do inconsciente pessoal ou arquetípico, Jung explorou a riqueza da vida simbólica como uma possibilidade de articulação do eixo ego-Self, eixo estruturante da vida psíquica.

A partir da referência junguiana, podemos utilizar a imagem de figura-fundo. Vemos que, na primeira metade da vida, nosso ego ocupa a figura. Nessa etapa, vivenciamos a afirmação heróica do ego ou a "diástole", na busca da realização afetiva, sexual, projeção profissional econômica... Somos dominados pela objetividade e delimitação do nosso espaço. Porém, com o advento da segunda metade da vida, deve acontecer um deslocamento. O Self passa a ser figura: isso traz uma "sístole", ficamos mais atentos às nossas potencialidades, à dimensão do tempo e ao significado da vida.

Nós nos permitimos vivenciar os opostos, podemos conciliar isto e aquilo, não precisamos tanto das exclusões. Podemos dizer que há uma operação resgate, há uma maior possibilidade de abandonarmos as máscaras da "persona" e passarmos a ser nós mesmos mais genuinamente. Este é o nosso processo de individuação. Com tantas perdas e limitações que sofremos a partir da meia idade, talvez este seja um dos encantos de nos tornarmos peregrinos dos "enta". Cabe a cada um, então, resgatar ou adquirir o direito de ser dono da própria vida, abrir-se à mutualidade,

chegar à convicção de que a morte não faz o que a vida não fez; abrir-se aos paradoxos e crescer na consciência do vivido, num constante ultrapassar-se. É esta inserção, a mais plena possível na vida, que prevenirá a tão conhecida depressão que atormenta o envelhecimento. O outono da vida revelará o que a primavera produziu.

Jung privilegiou muito a vida simbólica como expressão do Self. Quão rica deve ser esta expressão simbólica nos que vivenciam a terceira idade; quantos recursos poderemos vislumbrar no trabalho terapêutico, estimulando a expressão dos símbolos em suas inúmeras possibilidades.

Chego à SBGG-RJ através do convite da amiga Ligia Py e aqui reconheço a oportunidade de compartilhar idéias e ações, vislumbrando um horizonte promissor. Coloco-me disponível para contribuir nessa reflexão, crendo que quanto antes adquirirmos a consciência do sentido da "individuação", isto é, sem adiamentos, mais nos habilitaremos a um envelhecimento saudável.

Dulcinéia da Mata Ribeiro Monteiro
Psicóloga

Notícias do Prelo

Dando continuidade ao diálogo estabelecido entre a SBGG-RJ e os sócios, esta seção mantém disponível, para os interessados, material bibliográfico selecionado, sempre, a partir de critérios de qualidade e de atualização.

Conforme vimos divulgando, para receber os artigos desejados, em cópia xerox, entre em contacto conosco, seguindo esta orientação:

- Escreva à SBGG-RJ
Rua Imperatriz Leopoldina, 8/1208
CEP 20060-030 - Rio de Janeiro - RJ
- Calcule o número de páginas, subtraindo o número da 1ª página do artigo do número da 1ª página do artigo seguinte.
- Calcule o valor a ser pago por artigo, contando o número de páginas e utilizando a tabela de preços do COMUT - CNPq/IBICT, onde cada 05 páginas correspondem a R\$ 1,20.

Exemplo: R\$

- de 01 a 05 páginas - 1,20
- de 06 a 10 páginas - 2,40
- de 11 a 15 páginas - 3,60
- de 16 a 20 páginas - 4,80
- etc.

- Sua correspondência deve conter: nome do sócio; telefone para contacto; endereço; nome do periódico; número de referência (à esquerda do título); volume/número/ano; título do artigo; nome(s) do(s) autor(es); número de páginas; valor a ser pago.
- Anexe cheque nominal à SBGG-RJ com o valor correspondente, acrescido de R\$ 1,50 para a remessa postal e aguarde, pelo correio, a chegada dos artigos de seu interesse.

Livros:

5- Chopra JS (ED)
PROGRESS IN CEREBROVASCULAR DISEASE; Current Concepts in Stroke and Vascular Dementia. Edit. ELSEVIER, 1990, 141p.

6- Leonard M Martin
A ÉTICA MÉDICA DIANTE DO PACIENTE TERMINAL. Editora Santuário, Aparecida SP, 1993 399p.

7- Haddad, E.G.M.
O DIREITO À VELHICE: os aposentados e a previdência social. São Paulo, Cortez, 1993. 115 p. (Coleção Questões da Nossa Época; v.10)

Artigos de Revistas Científicas

(3486)

Ranga K

Clinical and Phenomenological Comparisons of Late-Onset and Early-Onset Depression.

Am J Psychiatry 152:5, May 1995: 785-788

(3487)

Rosenthal A J

Urinary incontinence in the elderly. Often simple to treat when properly evaluated. Postgraduate Medicine 97 (5), May 1995: 109-121

(3462)

Chelluri L

Intensive Care for Critically Ill Elderly: Mortality, Costs and Quality of Life. Review of the literature.

Arch Intern Med, 155: 1013-1022, May 22 1995

(3465)

Herbert M

Survival in Institutionalized Patients. Influence of Dementia and Loss of Functional Capacities.

Arch Neurol vol 52 May 1995: 469-476

Diretoria da SBGG-RJ

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

Secretário Geral
Elisabete Viana de Freitas
1º Secretário Adjunto
Neidil Espinola
2º Secretário Adjunto
Ivana Vitek
1º Tesoureiro
Josbel Mendes Pereira
2º Tesoureiro
Valeria Martinez

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

Equipe de Assesores

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