

EDITORIAL

Estamos terminando o primeiro ano de mais uma gestão da SBGG-RJ.

O movimento é de continuidade de um projeto iniciado na Diretoria que nos precedeu, cuja característica circulou na agregação-expansão de profissionais diversos. Em alianças com outros atores sociais, insistimos na aproximação da pessoa idosa, acionando a difusão de conhecimentos através da socialização dos saberes em Geriatria e Gerontologia. Assim, a SBGG-RJ cresceu e não se fechou, e imprime o ritmo da qualificação profissional dos seus membros. Espreado-se para outros companheiros de trabalho, abre-se, agora, na atual gestão, em outras linhas de atuação que amplia e consolida o leque de atividades científicas, ressaltando-se os aspectos comunicacionais abarcados neste primeiro ano.

Vive-se o limiar de avanços apreciáveis no conhecimento, a partir de estudos já realizados sobre aspectos relevantes de etiopatogenia, do diagnóstico, do tratamento, como se fora a ponta do fio de um

intrincado e emaranhado novelo de causas e conseqüências interdependentes, desde os genéticos aos humorais-enzimáticos, tissulares, orgânicos e ambientais. No entanto muito há de se realizar ou ser reconhecido.

Para divulgar conhecimentos atualizados a SBGG-RJ vem realizando ou promovendo Cursos, Seminários, Simpósios e Jornadas, em consórcio com outras instituições, alcançando seus objetivos ainda que tenha que superar obstáculos de monta. Esforça-se, nesta linha de atualização de conhecimentos, em inserir em seus Boletins conteúdo informativo de natureza científica, selecionado pelo interesse maior da comunidade profissional.

É auspicioso registrar, mais ainda, que o Núcleo de Estudos sobre o Envelhecimento e Saúde do Idoso, da ENSP/FIOCRUZ e o Grupo de Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento e do Idoso, da UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE deram início a Programas de Educação continuada objetivando manter atualizados os conhecimentos, congregando os colegas das

sucessivas turmas e estimular os diplomados em seus Cursos de Especialização que venham conquistá-la, também, o título de especialista concedido, mediante concurso, pela SBGG-Associação Médica Brasileira.

A participação dos nossos consócios é de capital importância, posto que são multifatoriais os aspectos que a constituição do saber na especialidade impõe. A mensagem da Diretoria, parodiando Oswaldo Cruz, é: "não esmorecer para não desmerecer".

Com esse espírito, vimos desejar aos nossos sócios, parceiros e amigos a alegria e a esperança das festas de Natal e Ano Novo, que certamente irão acionar diversas realizações, na renovação deste BOLETIM e na ampliação da área de abrangência da próxima Jornada. Contamos, sempre, é claro, com o apoio e a participação de cada um, na construção deste projeto que, nascido na SBGG-RJ, pertence a todos os interessados em Geriatria e Gerontologia.

LOGO

NOTAS DA DIRETORIA

1. Visando à maior organização de calendário quanto a eventos de Gerontologia e Geriatria em 1996, a SBGG-RJ está se programando para desenvolver este nível de atividades, sempre nos meses ÍMPARES do ano. Para o primeiro semestre, já estão programados: um Simpósio em 09 de março e a III Jornada de Geriatria e Gerontologia, no período de 01 a 04 de maio. Os demais cursos e encontros serão planejados para os meses de julho, setembro e novembro. Com isso, esperamos viabilizar uma expansão coerente de atividades que não esbarre na simultaneidade de programas entre

instituições. Lembramos, mais uma vez, que o apoio formal da SBGG-RJ a eventos deve ser solicitado com a máxima antecedência possível, acrescido de dados da programação.

2. Estaremos, em 1996, reforçando as atividades do programa de "Cursos Avançados". Este programa tem por objetivo a promoção de eventos em nível de sensibilização ou atualização em Gerontologia e Geriatria nos diversos municípios do Estado do Rio. Já estamos com reserva de agenda para os municípios de Rio das Ostras e Volta Redonda no primeiro semestre e Campos no segundo semestre. Contatos para solicitação de agendamento podem ser feitos com a Dra. Sílvia Pereira, pelo telefone (021) 239-2289.

3. A partir do número 7, o nosso BOLETIM expandiu sua tiragem para 2000 exemplares trimestrais, visando ampliar a abrangência de divulgação. Os nossos sócios continuam tendo a prioridade de remessa, sendo os exemplares restantes distribuídos, dentro do possível, através do cadastro de instituições e profissionais, disponível em nossos arquivos. Visando à ampliação de novos dados de cadastro, solicitamos que os interessados enviem dados de nome e endereço para a SBGG-RJ.

4. Lembramos a todos que o próximo concurso para obtenção do título de especialista será realizado durante a IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 27 a 30 de outubro, Pousada do Rio Quente - Goiás. Informações sobre o concurso, na SBGG Nacional pelo telefone (011) 276-5678 ou 578-2425.

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
 Tel./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, INFOgraf - Serviços de Informática.

Edição Eletrônica: INFOgraph - Serviço de
 Informática - (021) 208-7497

Impressão: Gráfica La Salle

Edição Trimestral:

março - junho - setembro - dezembro

TRADUZINDO

UMA EXPLOÇÃO NO CONHECIMENTO GERIÁTRICO

Em 1994, John Morley e David Salomon, Editores do Journal of The American Geriatric Society publicaram um artigo especial, onde fazem uma revisão das conquistas que vinham acontecendo no conhecimento geriátrico (vale dizer gerontológico), num crescendo, nos últimos anos. Ao escreverem o artigo tiveram o propósito de difundir esses conhecimentos mais amplamente. Acreditamos ser oportuno também fazê-lo em português por partes. Para esta divulgação, comentaremos inicialmente os três primeiros tópicos do trabalho em tela, que, em seu todo, discorre sobre: BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO (Radicais Livres e ADN mitocondrial); DOENÇA DE ALZHEIMER; FATORES TRÓFICOS, PRESSÃO ARTERIAL, FRAGILIDADE E QUEDAS, ASSISTÊNCIA INSTITUCIONALIZADA, NUTRIÇÃO, QUESTÕES ÉTICAS, finalizando com comentários sobre a Geriatria e a Política. O trabalho consigna 155 referências bibliográficas, das quais algumas estão inseridas nos rodapés desta tradução.

BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Abriam-se enormes perspectivas no campo da Biologia e Engenharia Genética com a promoção da longevidade através de mutações (genéticas) no modelo mosca *Drosophila* e no nematóide *Caenorhabditis elegans*. Identificaram-se gerontogenes ("Age 1") cuja preeminência, ao se aproximar o final do ciclo de vida da espécie, determinaria a senescência pela produção de um "death compound".

Outros estudos têm evidenciado mutações ou cortes no ADN, associados ao envelhecimento celular. Constatou-se, mais ainda, que roedores criados com restrição nutricional desenvolvem mudanças hormonais (fisiologicamente favoráveis) e, em elevados níveis de glicose; a glicação nos tecidos produziria alterações típicas do envelhecimento. A glicação interviria na patogênese do decréscimo do desenrolamento do ADN e aumento de cortes no ADN, associados ao envelhecimento.

Sabe-se que as mutações de ADN mitocondrial são mais frequentes que as do ADN nuclear e aparentam ter maior significação no envelhecimento e nas doenças degenerativas e ela relacionados. Um marcado aumento das mutações do ADN somático, com o avançar da idade, é encontrado no cérebro e coração humanos. O declínio de ADN mitocondrial, com a idade, seria mais acentuado no sistema dopaminérgico estriatal (Doença de Parkinson). Estas mudanças jogam

importante papel na gênese de doenças relacionadas à idade, ou idade dependentes, tais como a Doença de Alzheimer e o Diabete Mellitus (tipo II). Os autores referem-se, ainda, aos estudos sobre a multiplicação dos fibroblastos e a procura de agentes que modulam seus ciclos.

A teoria sobre os Radicais Livres ressurgiu como uma das áreas mais estimulantes de investigação ("one of the most exciting areas of research.."). Sabe-se que, no caso de Doença de Parkinson, a monoaminoxidase B metaboliza a dopamina ao nível do gânglio basal, produzindo-se radicais hidroxil e superóxido, que contribuem para acelerar a doença. Daí a introdução de um inibidor específico da MAO-B, a seleginina (L-deprenyl), o qual, em ratos machos produziria, também, prolongamento de vida e da atividade sexual. Outras pesquisas correlacionam os Radicais Livres à Aterosclerose. Comentam os autores: se esta hipótese estiver correta, a terapêutica de reposição ortomolecular poderia melhorar o estado funcional na velhice.

DOENÇA DE ALZHEIMER (D.A.)

Morley e Salomon indicam, entre os progressos alcançados, a criação nos USA de Unidades Especiais para os portadores de D.A. e a liberação do Tacrine, pelo FDA. Ressaltam, contudo, que os maiores avanços ocorreram na patogênese da D.A., nos aspectos concernentes ao depósito no cérebro das placas símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide, as proteínas Tau, fosforiladas anormalmente e o acúmulo de emaranhados neuro-fibrilares. A proteína símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide provém de uma proteína precursora controlada por um gene do cromossoma 21. Sabe-se, por exemplo, que nos portadores da Síndrome de Dawn (trissomia do 21) a demência pode ocorrer em idade mais jovem, na manifesta presença, no cérebro, de proteína precursora símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide. Demonstrou-se que a proteína símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide: é encontrada no líquor; é produzida em culturas de células neuronais e é neurotóxica para as células cerebrais de roedores em culturas. Demonstrou-se que uma fração de proteína símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide produz efeito amnésico quando injetada nos ventrículos cerebrais ou diretamente no hipocampo de ratos. Neste modelo animal, a proteína símbolo 98 V "Symbol" \s 13 amilóide produzia amnésia para os fatos recentes, mas não para os fatos apreendidos previamente.

Os camundongos que fazem "senescência acelerada" constituiriam um modelo animal mais adequado, uma vez que prematuramente neles ocorrem distúrbios da memória do aprendizado. Além de deficiência colinérgica, fazem depósitos de placas amilóide "like" no S.N.C. Os efeitos amnésicos da proteína amilóide se devem à interações com os receptores do ácido gama aminobutírico e poderiam ser inibidos por alguns "small" peptídeos I. Parte dos efeitos neurotóxicos da proteína amilóide aparentemente se devem à ativação de sua Tau proteinoquinase I induzindo à formação da proteína 'Tau'.

Outras pesquisas sobre D.A. procuraram avaliar o efeito de proteína amilóide na ativação do complemento C1q e deste sobre o complexo C5b-9, de ataque à membrana 2.

De acordo com Rogers, Kerby e Hempelman³ a indometacina protegeria contra os efeitos dessa ativação do complemento, reduzindo significativamente as taxas de declínio cognitivo em pacientes portadores de D.A.

FATORES TRÓFICOS

Relacionado ao envelhecimento ocorre um significativo declínio nos níveis séricos de hormônios, como o estrogênio (na menopausa), o hormônio do crescimento, a testosterona e a dihidroepiandrosterona (DHEA). Daí o interesse despertado pela reposição hormonal para prolongar a vida e a situação funcional dos idosos. Havia sido verificado que a restrição dietética não só prolongava a vida de roedores, como neles produzia mudanças hormonais semelhantes àquelas observadas na velhice, sugerindo que algumas dessas mudanças podem ser adaptativas e protetoras do organismo.

O declínio no Hormônio do Crescimento (GH), com a idade, parece ser devido a um aumento na secreção, pelo hipotálamo, do peptídeo inibidor somatostatina, associado a uma redução na eficácia do fator de liberação do G.H.

Segundo Rudman, existiriam muitas similitudes entre a deficiência do GH e o processo de envelhecimento. Equivaleria a uma "menopausa do hormônio do crescimento". Rudman e pesquisadores associados avaliaram os efeitos da reposição do GH em pessoas idosas. Após 6 meses encontraram uma redução de 17% na massa adiposa, 6% de aumento da espessura da pele e um aumento de 13% na área muscular. Contudo, próximo a um ano, 9 entre 20 dos idosos objeto da pesquisa se afastaram do estudo devido à dor e ao desenvolvimento da síndrome do túnel do

carpo4. Outra abordagem utilizada foi a de administrar o GH apenas aos idosos que provavelmente iriam colher melhores benefícios. Assim, o GH foi aplicado em idosos portadores de desnutrição protéico calórica, resultando em efeito positivo sobre o balanço nitrogenado, demonstrando-se que o GH é indicado para os idosos severamente mal nutridos.

O declínio, com a idade, da testosterona disponível em tecidos (biodisponível), parece ser independente da ocorrência de impotência sexual, a qual freqüentemente também ocorre com o avançar da idade, parecendo ser conseqüente a um defeito no eixo hipotalâmico - hipofisário (hipogonadismo secundário). Terover demonstrou que a aplicação de testosterona em homens mais velhos produzia um aumento no hematócrito, uma redução na massa gordurosa, no colesterol sérico e na excreção urinária de hidroxiprolina. Outro resultado da aplicação de testosterona em homens idosos foi um aumento moderado na força muscular. Estudos realizados com animais sugeriram que o hormônio pode melhorar a memória de retenção⁵. Estes estudos reforçam a idéia de que a testosteroterapia poderia beneficiar a um subgrupo de homens mais idosos.

A dehidroepiandrosterona (DHEA) e seu sulfato (DHEAS) declinam acentuadamente com a idade. Segundo Daynes e colaboradores, o DHEA modularia o sistema imune e reverteria imunodeficiências encontradas em animais mais idosos. Pesquisas mostram que o DHEA melhora a memória e, em idosos asilados, haveria uma correlação entre seus níveis no organismo e o desempenho das atividades de vida diária. Por outro lado, o DHEA retardaria a perda óssea associada à idade⁶. São estudos que sugerem a DHEA terapia para a reversão de alguns dos distúrbios do envelhecimento.

Quanto à reposição estrogênica na mulher menopausada seus benefícios já estão bem comprovados.

Morley e Salomon também referem a associação com a progesterona na mulher que tem o útero na prevenção do câncer de endométrio, embora registrem ainda haver controvérsias quanto à redução do efeito benéfico do estrogênio sobre as doenças cardiovasculares, com a associação estrogênio-progesterona.

Comentando o estado da arte sobre a vitamina D, os autores referem-se haver uma redução no seu nível, devido à menor exposição ao sol, o uso de cremes fotoprotetores so-

lares (para prevenir o câncer de pelo) e menor capacidade de síntese do colecalciferol na pele, conversão diminuída da 25 (OH) vitamina D em 1,25 dehidroxivitamina D, assim como redução nos receptores da vitamina D no trato gastrointestinal, com o maior risco de deficiência de vitamina D e aumento das taxas de fraturas em idosos "Africans-Americans". A suplementação com a vitamina D reduz o número de fraturas em idosos internados em asilos. É recomendada àqueles que não se expõem ao sol regularmente ou que se alimentam pobremente. A vitamina D favorece na resposta do macrófago ao *Mycobacterium tuberculosis*⁷. Outros fatores tróficos têm sido observados quanto ao seu benefício potencial nos distúrbios degenerativos do SNC⁸, como por exemplo o Fator de Crescimento do Nervo ("Nerve growth factor"). Cautelosamente, os autores destacam que, até aquela época, não eram conhecidos quais os idosos que seriam beneficiados e quais os que sofreriam perdas com o uso de alguns desses hormônios tróficos. Concluem o tópico realçando a necessidade de novos estudos antes que a "cornucópia" da polifarmácia hormonal seja liberada para os idosos.

NOTAS COMPLEMENTARES

Os progressos alcançados no campo do saber gerontológico e geriátrico são muito promissores devido tanto as pesquisas em genética, com a (identificação de gerontogenes, interrupções, deleções e mutações) como nos aspectos, não menos importantes da patogenia das doenças crônicas não transmissíveis. Houve nítidos progressos nos cuidados aos idosos e no controle dos fatores de risco. A individualização do que cada idoso aspira e necessita em termos de qualidade de vida, dá uma idéia da miríade de situações conseqüentes às ecocircunstâncias, às co-morbidades e co-distúrbios funcionais que se agregam ou se opõem e que emergem em cada fase da vida. Infelizmente aos idosos (os mais idosos) pouco tempo resta para aguardar a aplicação prática e oportuna dos resultados alcançados nas pesquisas laboratoriais. Contudo, muitos benefícios os idosos podem colher com a evolução conceitual de velhice, da imagem contemporânea do idoso, seus papéis na família e na sociedade. Avanços estão sendo registrados no tipo e organização dos instrumentos disponíveis para melhorar sua qualidade de vida, preservando, restaurando ou incrementando funções vicariantes.

O interesse pelos estudos sobre os Radicais Livres também é comentado pelo professor emérito da Universidade de Rochester, T. Franklin Williams, em artigo publicado em 1994, no JAGS⁹. Referiu-se aos danos oxidativos produzidos pelos radicais livres sobre o ADN mitocondrial, embora revelasse sua simpatia pela teoria estocástica. O envelhecimento seria conseqüente à probabilidade de ação de múltiplos fatores de risco causando danos que não podem ser reparados e que, nem todos de alto risco genético vêm a sofrer de D.A., enquanto que outros, de baixo risco genético, são dela acometidos.

Há comentar ainda que os achados sobre os efeitos da Indometacina na doença de Alzheimer naturalmente serão motivo de estudos longitudinais comprobatórios para que melhor se possa avaliar suas indicações e contra-indicações. Da mesma forma, os efeitos adversos com o uso de fatores tróficos, servindo de exemplo, a testosterona e os riscos relativos ao câncer de próstata.

Mário A. Sayeg

Diretor Científico da SBGG-RJ

- 1 Flood, J.F., Roberts E., Sherman M.A. et al: "Topography of a binding site for small amnestic peptides deduced from structure - activity studies. Relation to amnestic effect of amyloid protein". Proc Natl.Acad.Sci(USA) 1994, in press.
- 2 Rogers J. Cooper N.R. Webster S. et al "Complement activation by amiloide in Alzheimer Disease". Proc. Natl. Acad. Sci. (USA) 89:10016-10020, 1992.
- 3 Rogers J., Kerby L.C., Hempelman S.R. et al "Clinical trial of Indomethacin in Alzheimer Disease". Neurology 43:1609-1611, 1993.
- 4 Rudman D, Feller A., Cohn I. et al "Growth Hormone in Elderly men. In Perry H.M.III, Morley J.E. Coe R.M., eds. "Aging and Musculoskeletal Disorders". Springer. New York, 1993, p. 267-279.
- 5 Flood J.F., Morley J.E., Roberts E. "Memory enhancing effects in male mice of pregnenolone and steroids metabolically derived from it. Proc. Natl. Acad. Sci. (USA) 1992; 89:1567-1571.
- 6 Rudman D., Shetty K.R., Mattson D.E. Plasma dehydroepiandrosterone sulfate in nursing home men. J.Am.Geriatr. Soc. 1990; 38:421-427.
- 7 Crowle A.J., Ross E.J. "Comparative abilities of various metabolites of vitamine D to protect cultured human macrophages against tubercule bacilli J. Leukocyte Biol. 1990; 47:545-550.
- 8 Salfran B.N. "Should intracerebroventricular nerve growth factor be used to treat Alzheimer's disease". Perspect Biol. Med. 1992; 35:471-486.
- 9 Williams T.F. "The Future of Aging Research: Its Relevance to Geriatric Care. JAGS 42:1214-1216, 1994.

Slides em cores para suas palestras?

INFograph - ☎ (021) 208-7497

DOENÇA DE ALZHEIMER: IRREVERSÍVEL MAS TRATÁVEL

Abordagens Terapêuticas

Aconselhamento

Após exclusão das causas reversíveis de demência, através de testes apropriados, esclarecer e explicar o diagnóstico, mesmo que seja difícil a aceitação pelo paciente e família. Informação e aconselhamento cuidadosos poderão mostrar os problemas prováveis, a duração doença e que tipos de alterações podem ser necessárias. Sendo a doença progressiva, é importante cuidar de medidas práticas, até mesmo legais, enquanto o paciente mantém sua capacidade de decisão.

Drogas

A farmacoterapia sintomática é útil em certas complicações da DA, devendo-se considerar previamente que pacientes com demência são suscetíveis à reações adversas. De maneira geral medicamentos que causem confusão mental, especialmente benzodiazepínicos e anticolinérgicos, devem ser evitados.

Agitação e delírio são melhor tratados com baixas doses de neurolépticos, como Haloperidol ou Tioridazina. Na depressão são indicados antidepressivos com baixa ação anticolinérgica, como nortriptilina, desipramina ou um dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

Tratar doenças concomitantes apropriadamente, de maneira que a função cognitiva não seja piorada.

Tacrina

É uma nova opção para o tratamento do paciente com DA. É um inibidor reversível central da colinesterase, com a propriedade de potencializar a função colinérgica. Um terço dos pacientes na fase inicial podem, temporariamente, estabilizar.

Estudos com 30 semanas de observação foram completados, mostrando benefício, mas a eficácia a longo prazo não foi estabelecida e está claro que a droga não cura a DA. No entanto, pacientes iniciais que tem uma boa qualidade de vida a preservar são candidatos. Inicia-se com dose de 10mg qid nas primeiras 6 semanas, e aumentada-se em 40mg/dia a cada 6 semanas até a dose máxima de 40 mg qid. A melhora clínica é testada pelo Mini Exame do Estado Mental (MMSE) em intervalos de 3 a 6 meses. Este teste é limitado mas aceitável para monitorar o curso. A prevenção do declínio esperado de 3 pontos no MMSE pode ser uma indicação de que o medicamento está estabilizando a doença. Várias situações devem ser considerados antes de iniciar a droga:

- Náusea, vômitos e diarreia podem se apresentar em um terço dos pacientes e disfunção hepática, na metade. Monitorar transaminases semanalmente por 18 a 24 semanas.
- O custo ultrapassa US 100,00 por mês.
- Falsa esperança pode surgir entre os familiares. Por esta razão é importante explicar que a tacrina não cura a DA e que o único benefício é a estabilização do curso.



TaCrinal[®]

(Tacrina)

Resgata a atividade cognitiva

- **Indicação**
Demência do tipo Alzheimer leve e moderada.
- **Ação**
Aumenta o nível de acetilcolina no tecido cerebral através da inibição reversível das enzimas colinesterases.
- **Apresentação**
Caixas com 30 e 100 cápsulas de 10, 20, 30 e 40 mg.



(Trecho de Alzheimer's Disease: It's irreversible but not untreatable, Christopher M. Filley, MD. Geriatrics July 1995 Vol. 50 No 7).

Tradução:
Norberto Seródio Boechat SBGG-RJ

Desempenho

Investindo no Recomeço

Este último texto sobre APOSENTADORIA conclui uma série de reflexões quanto à produção de vida das pessoas que saem do mercado produtivo. Excluídos da sociedade enquanto "inativos", recebem a classificação própria atribuída a um sujeito que tenha como único capital a sua força de trabalho.

Mais complexa ainda é a questão da mulher, pois ela carrega a chamada triplíce carga (trabalhadora, reprodutora e cuidadora), tido como trabalho invisível.

Terezinha Martinez, assistente social, membro da Comissão Científica da Associação Nacional de Gerontologia (ANG) vem finalizar as discussões sobre o tema Aposentadoria que o BOLETIM-SBGG-RJ suscitou no decorrer do exercício de 1995

O aposentado é aquela pessoa que, após anos de trabalho, adquire o direito a uma

remuneração mensal; direito esse que deve ser desfrutado com dignidade.

Enquanto ativo, o trabalho é fator determinante nas relações do homem, além de cumprir o papel de garantidor da sobrevivência. No entanto, o homem é uma parte deste processo e não o processo. E, exatamente na proximidade da aposentadoria, surgem questionamentos em relação ao projeto de vida - que ficou, de certa forma, limitado em oportunidades participativas, por conta das exigências do trabalho.

Inserido num cenário crescente de isolamento, esse homem, caracteristicamente de meia ou terceira idade, enfrenta outras distorções do sistema social, como por exemplo, a necessidade de sobreviver. Logo, fica pendente o caráter de pluridimensionalidade deste homem que

pode e deve repensar os seus horizontes, optando entre diversas possibilidades de atividades ligadas ao lazer, à cidadania, ao trabalho ou à família.

A grande meta da aposentadoria é descobrir-se diante de múltiplas potencialidades, é ter consciência de sua participação no processo social, atento não só ao crescimento da população idosa no país, mas principalmente, vivendo intensamente o seu projeto de vida - único, singular - desmistificando a invenção da inatividade social, que sempre associa o aposentado ao velho pijama e par de chinelos.

Terezinha Martinez
Assistente Social
Comissão Científica da Associação
Nacional de Gerontologia/ANG

DEPRESSÃO

Neste número, o *BOLETIM SBGG-RJ* fecha um ciclo de apresentação de temas focando os "3 Ds da Geriatria": delirium, demência e depressão.

Ao Dr. Norberto Boechat e à Dra. Vilma Câmara segue-se o Dr. José Roberto Blois discorrendo sobre depressão no idoso.

Esse assunto, dada à sua relevância enquanto categoria geronto-geriátrica é aqui tratado a partir de uma perspectiva histórica, apontando para a busca de formas de investigação e intervenção.

CONCEITO E HISTÓRICO

Depressão é um estado mental de humor deprimido, caracterizado por sentimentos de tristeza, desespero e desânimo. Ela pode ser colocada num espectro contínuo que vai da tristeza, vivenciada por indivíduos normais nas reações de luto, autolimitadas, até os quadros depressivos graves com ideação suicida.

Hipócrates (450-357 AC) já falava na mania e na melancolia ("bilis negra") e a descrevia como um estado de aversão à comida, desalento, insônia, irritabilidade e inquietação. Provavelmente os médicos gregos trouxeram o conceito dos antigos egípcios. Avicena, em obra de 1555, descreve o quadro com seus sintomas psíquicos e somáticos e o liga às causas cerebrais e extra cerebrais.

O desenvolvimento do conceito moderno de depressão começa com Falret, em 1850, com "insanidade circular" e com Kraepelin, o fundador da nosologia psiquiátrica, que a fundamenta como entidade com características e desenvolvimentos próprios.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência da depressão é maior no sexo feminino, embora acima dos 65 anos tenda a ser igual em ambos os sexos. Os distúrbios de humor têm distribuição igual nas diversas faixas etárias, mas a mania tem incidência menor no idoso e tende, quando aparece pela primeira vez nesta faixa etária, a apresentar-se junto a patologias cerebrais.

A depressão é de longe o quadro psiquiátrico mais encontrado no idoso mas o estudo epidemiológico é dificultado pelas características própri-

as da idade e nem sempre o diagnóstico preenche os requisitos estabelecidos no DSM-IV ou no CID-10.

ETIOLOGIA

Teorias Biológicas

Aminas Biogênicas

Referem-se a quatro compostos, também chamados monoaminas por possuírem um único grupo amina em cadeia lateral: as catecolaminas norepinefrina, epinefrina e dopamina; e a indolamina, serotonina. Essas aminas servem como neurotransmissores e têm papel preponderante nos processos cerebrais. Elas compartilham atividades enzimáticas comuns e são inativadas por uma enzima mitocondrial chamada monoaminoxidase. A noradrenalina está ligada à motivação direta, com aquilo que está imediatamente presente. Seu déficit leva, possivelmente, a uma aparente indiferença. A dopamina mostra-se relacionada com a habilidade em começar um plano de ação, seja em nível de movimento físico ou de desejo mental. Nas crianças sua diminuição implicaria no déficit de atenção, enquanto no adulto aquilo que seria atrativo, deixaria de sê-lo e suas necessidades internas não seriam satisfeitas. A serotonina tem a função de determinar a atividade como a de concluir que está no momento de descanso, após uma jornada de atividades, ou de achar que já se alimentou o suficiente. Estamos certos de que as pesquisas nesse campo serão muito importantes para elucidação e tratamento das diversas entidades psicopatológicas e especificamente no trato das várias expressões fenomenológicas da depressão.

NEUROENDOCRINOLOGIA

O eixo hipotalâmico-hipofisário-periférico, em interação com o sistema neuropsicológico, tem sido muito estudado nos últimos anos, trazendo importantes dados para o entendimento do processo depressivo. Por falhas do mecanismo homeostático no eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, sua desinibição leva a uma superprodução esteroidal. Esse estudo levou ao desenvolvimento do teste de supressão da dexametazona, embora de especificidade incerta na depressão. Outros achados dizem respeito ao Fator de Liberação da Corticotrofina (CRF) que

estaria aumentado na depressão maior. Também é bastante conhecida a relação entre depressão e hipotireoidismo, bem como o uso de hormônio tireoideano para potencializar os antidepressivos. Recentes estudos sugerem a relação entre o estímulo na produção de melatonina pela luz e a depressão.

FATORES HEREDITÁRIOS

Há muito se sabe da importância genética na predisposição familiar para o desenvolvimento das depressões bipolar e maior.

ACHADOS NEURORADIOLÓGICOS

Trabalhos têm descrito que pacientes idosos deprimidos apresentam na tomografia computadorizada um alargamento dos ventrículos laterais do cérebro, comparados com os de idosos saudáveis. Na ressonância magnética foi achada uma hiperintensidade na substância branca de pacientes depressivos idosos.

TEORIAS PSICOSSOCIAIS

Neste grupo destacam-se: a) as teorias psicodinâmicas que se baseiam na introjeção de perdas reais ou imaginárias de um objeto ou na auto-agressão (esta última discutível, mesmo para Freud); b) as teorias comportamentais onde o reforço de comportamentos negativos dar-se-ia em detrimento dos positivos; c) as teorias cognitivas, cuja proposta é a de que experiências primárias formariam conceitos negativos de si mesmo, do futuro e do mundo externo (esquemas cognitivos); d) as teorias interpessoais com base na relação do indivíduo com outros e com seu meio externo.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Adotam-se critérios do CID-10 e do DSM-IV. Um resumo desses critérios são aqui apresentados: 1) humor deprimido indicado por relato subjetivo ou por outras pessoas; 2) marcada diminuição do interesse ou do prazer na maioria das atividades; 3) diminuição ou aumento de peso e perda ou aumento do apetite; 4) insônia ou hipersônia; 5) agitação ou retardo psicomotor; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de desvalia ou de culpa inapropriada; 8) diminuição da habilidade em pensar ou concentrar-se; 9) pensamentos de morte ou ideação suicida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muitas condições levam a quadros depressivos, principalmente no idoso. O uso de remédios deve ser pesquisado pelo clínico, tais como reserpina, metildopa, clonidina, hidralazina, propranolol, digitálicos, cimetidina, esteróides, indometacina, levodopa, benzodiazepínicos, barbitúricos etc. Muitas doenças são desencadeadoras de depressão no idoso como as infecciosas, os diversos tipos de câncer, as endócrinas e, principalmente, as degenerativas como a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, a demência vascular etc.

TRATAMENTO

Considerando os múltiplos fatores em ação no sujeito idoso deprimido e considerando as diversas teorias etiológicas da depressão, é necessário uma abordagem que englobe todos esses dados na terapêutica: 1) identificar, retirar ou tratar fatores como remédios e/ou doenças concomitantes; 2) uso de antidepressivos considerando os efeitos colaterais e as características de cada indivíduo (ex. personalidade fóbica, obsessiva etc); os tricíclicos têm efeitos anticolinérgicos e podem alterar a condução cardíaca; a nortriptilina parece ser a que menos efeitos indesejáveis produz, mas a imipramina pode ser a mais indicada para uma depressão grave; os IMAO são excelentes para os idosos, embora tenham o problema das interações medicamentosas; os SSRI apresentam

poucos efeitos colaterais mas têm custo elevado e no caso da fluoxetina há a vantagem de uma longa permanência no organismo. Concluindo, não há um antidepressivo que seja específico para o idoso; 3) a eletroconvulsoterapia deve ser considerada como uma possibilidade nos casos graves com risco de suicídio e ideação psicótica, mas devem ser consideradas as condições de sua realização e a maneira como a família e o paciente a vêem; 4) a psicoterapia é indispensável, como dinâmica cognitiva ou comportamental; 5) situações ligadas ao paciente, como família, condições de vida etc, devem ser identificados e modificados quando necessário; 6) a manutenção do tratamento deve ser considerada, levando-se em conta as recidivas constantes e uma certa cronicidade da depressão no idoso.

Referências Bibliográficas

Boullousa O; Mato AL: Neuroquímica de los Estados Depressivos - Implicancias Fisiopatológicas y terapêuticas. *Psiquiatria Biológica* 2:63, 1994

Castilla del Pino, Estudio sobre la Depresión. *Fundamentos de Antropología Dialéctica*. Ediciones Peninsula, Barcelona, 1974.

Coffey C E; Cummins J L, editors: *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994

Schneider L S; Reynolds III C F; Lebowitz B D; Friedhoff A J, Editors: *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Results of the NIH Consensus*, Washington, DC, 1994.

Kaplan H I, Sadock B J, editors: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6 ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1995

Taborda J G, Prado Lima P, Busnello E D, et al: *Rotinas em Psiquiatria*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995

José Roberto Blois
Psiquiatra - PAM São Francisco Xavier

Convide

Reativada a SBGG-Espírito Santo

Em reunião no Vitória Palace Hotel, em 27 de outubro de 1995, com a presença de representantes das Regionais Rio de Janeiro, São Paulo, do Secretário Estadual de Saúde, além de membros das diversas áreas ligadas à medicina e ciências, locais, deu-se o reinício das atividades da SBGG-Espírito Santo. A importância do acontecimento pode ser avaliada pela platéia que lotou o salão de reuniões. Este recomeço veio preencher os anseios das autoridades das diversas áreas ligadas ao envelhecimento, já que também no Espírito Santo, acompanhando o fenômeno mundial, há explosão da população idosa, com projeção da magnitude dos problemas políticos-sociais, médicos e de atenção que esta população demanda e que terão, na SBGG local em veículo de luta e representação.

A Diretoria foi nomeada pelo Dr. Norton Sayeg, Presidente da SBGG Nacional, e ficou assim constituída:

Presidente:

Dr. Renato Lírio Morelato

1º Vice Presidente

Dra. Regina A. Viana Mesquita

2º Vice Presidente:

Dra. Maria da Penha Calimam

Tesoureira:

Dra. Arlene Ribeiro Modenesi

A SBGG-Espírito Santo ficará sediada na Associação Médica de Vitória, podendo ser contatada pelo telefone (027) 225-5712.

O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO COM A TOLERABILIDADE QUE FALTAVA

Verotina

FLUOXETINA

- VEROTINA É TÃO EFICAZ QUANTO OS TRICÍCLICOS E MAIS BEM TOLERADA.
- MÍNIMOS EFEITOS ANTICOLINÉRGICOS.
- NÃO CAUSA GANHO DE PESO.
- É BAIXO O NÚMERO DE PACIENTES QUE REPORTAM BOCA SECA COM VEROTINA.
- NÃO APRESENTA EFEITOS CARDIOVASCULARES.
- VEROTINA SE MOSTRA MUITO ÚTIL QUANDO A SEDAÇÃO NÃO É DESEJADA.
- DOSE ÚNICA DIÁRIA SEM A NECESSIDADE DE TITULAÇÃO.
- LONGA MEIA-VIDA PROTEGE NA OMISSÃO DE DOSE E EVITA O REBOTE COLINÉRGICO.
- SEGURANÇA NA SUPERDOSAGEM.

TRATAMENTOS REVOLUCIONÁRIOS

CASA DE SANTA ANA

A criação de espaços de atenção aos idosos e, principalmente, aqueles vocacionados aos cuidados da existência cotidiana ou seja, da preservação da sua autonomia e independência, exige a construção de equipamentos simples e otimizados para essa clientela.

A Casa de Santa Ana reflete e remete a uma prática gerontológica que é exemplar para os espaços carentes de recursos, tanto humano quanto físico.

Demonstra, assim, que esse é o caminho mais qualificado para o atendimento à pessoa idosa, pois compromete toda a comunidade em torno, além de ser um exemplo bem sucedido para sensibilizar os poderes públicos para co-laborarem.

O despertar para questões do envelhecimento aconteceu há seis anos quando, por absoluta falta de opção, iniciei um estágio numa instituição gerontológica. Jamais havia pensado em trabalhar com idosos, embora tivesse sempre uma identificação muito grande com pessoas mais velhas. O estágio de seis meses se prolongou por dois anos e foi uma experiência tão positiva que dali em diante decidi, ao terminar a Faculdade de Serviço Social, fazer da Gerontologia minha principal área de atuação. Lancei-me à busca de conhecimentos através, não apenas da leitura, mas, sobretudo, da prática. Para isto, visitei várias casas de repouso, asilos, clínicas etc, participando também de vários eventos científicos (seminários, foruns, jornadas). E de todos os dados que coletei, concluí que, exceto em algumas situações especiais, o melhor lugar para o velho viver é sua casa, com sua família ou com quem ele possa escolher.

Recém-saída de um estágio e recém-formada, procurei meu próprio espaço profissional, aprimorando mais os conhecimentos. Descobri a CASA SANTA ANA, instituição muito simples, localizada na Cidade de Deus, bairro pobre de Jacarepaguá- R.J., que foi criada pela Paróquia Pai Eterno e São José, para atender a um pequeno grupo de idosos. Funcionou muito precariamente durante mais ou menos quatro anos, "administrada" por pessoas da própria Paróquia, sobrevivendo com pouquíssimos recursos. Foi fechada porque estava em vias de desabamento. O primeiro contato com a

Casa foi feito através do pároco local e este, num primeiro instante, me revelou uma realidade bastante negativa a respeito do trabalho ali realizado e, principalmente, sobre o comportamento dos idosos. Ele disse algo que jamais esqueci: "Estes velhos não querem nada, eles querem comer, cochilar e esperar sentados a morte chegar", o que ocorreu, literalmente, com um dos idosos que frequentava a Casa. Segundo o padre, os gastos e o trabalho não compensavam os resultados. Portanto, para ele era melhor que a Casa permanecesse fechada. Aparentemente, em momento algum, ele demonstrou estar muito preocupado com o destino dos idosos: a Casa não iria funcionar e ponto final. Mas, e os idosos? O que eles acham da situação e para onde foram, perguntei. "Estão por ai, dois foram internados em asilos e os outros continuam frequentando a Paróquia". Demonstrando cansaço, falou um pouco mais sobre as dificuldades, o preconceito que os idosos enfrentavam em relação às pessoas da própria comunidade e das outras, de fora, que tinham medo de ajudar, face à suposta violência que havia ali. Para o padre, a Casa só deveria voltar a funcionar se tivesse condições de se auto-sustentar, através de trabalho voluntário e de uma assistente social que assumisse o compromisso de buscar recursos para a manutenção. "Algumas assistentes sociais tentaram e desistiram", disse ele. Esta última frase me soou como um recado.

As perspectivas de trabalhar sem remuneração, sem uma equipe técnica, sem recursos materiais, sem nada, não me agradaram nem um pouco. Porém, alguma coisa me dizia que aquele seria o lugar ideal para eu começar. Se eu falhasse, teria como desculpa a inexperiência de uma recém-formada. Incomodada com algumas palavras ditas pelo padre, decidi assumir aquela Casa e fazer tudo o que fosse possível para que ela voltasse a funcionar. Elaborei um projeto e, dias depois, voltei à comunidade disposta a devolver a Casa a seus verdadeiros donos. Mas, antes, precisava saber se eles "queriam alguma coisa". A maneira que encontrei de contactá-los foi através da Paróquia. Solicitei ao padre que durante a missa de domingo anunciasse que, numa segunda feira, às 10 horas, estaria na igreja uma assistente social que queria conhecer "os idosos da CASA DE

SANTA ANA". Desconfiando se o recado seria transmitido, fui pessoalmente à missa e me apresentei. Conversei com algumas pessoas, coletei alguns dados sobre a comunidade e sobre os idosos e alguns deles conheci ali, na hora. Com a perspectiva negativa de que talvez comparecessem apenas uns seis, no dia seguinte voltei e encontrei vinte idosos, sentados à minha espera. Estavam todos ali, exceto os que haviam sido internados. Os velhos que "não queriam nada" estavam ali. Alguns desconfiados, uns curiosos, outros zangados com a perda da Casa, alguns apáticos e conformados, mas havia também dois ou três entusiasmados com a possibilidade da reabertura da mesma. Diante daquele grupo, os motivos citados anteriormente para a realização do trabalho perderam o sentido. O que eu queria, na realidade, era mostrar para aquelas pessoas que elas ainda poderiam fazer muitas coisas por elas mesmas, que deveriam querer muitas coisas da vida e não apenas "sentar, comer e esperar a morte chegar".

As primeiras reuniões com o grupo foram muito difíceis. Não havia um espaço reservado para nós, os encontros aconteciam em algumas salas da Paróquia, quando havia permissão, nas ruas ou em frente à Casa. Na primeira reunião, quando falei para o grupo sobre a falta de recursos e a necessidade de irmos buscá-los juntos, a resposta negativa foi imediata. Na concepção dos idosos eu era jovem, sabia o que era melhor e sabia onde buscar ajuda. - "A senhora estudou e nós, não; a gente é velho, pobre e não consegue fazer mais nada". Lembrei-me das palavras do Padre "eles não querem mais nada". Um senhor do grupo perguntou em tom de brincadeira: -"A senhora veio aqui para ajudar a gente ou para botar os velhos para trabalhar?"

Depois de algumas reuniões com o grupo achei necessário conhecer



"Seja Sócio da SBGG-RJ"

**Tel.: 610-3567
259-8099**

melhor cada um deles e optamos, então, por entrevistas individuais, e ao finalizar essas entrevistas já tínhamos uma idéia geral de como deveríamos começar. O que fizemos e como fizemos, só num livro daria para contar. O que posso dizer é que através de um esforço tremendo, de muito trabalho, dedicação, união e solidariedade as coisas foram acontecendo e os recursos foram surgindo.

Começamos em setembro de 1991 e, em janeiro de 1992, estávamos com a casa reformada, equipada e pronta para ser reaberta. Foi um momento muito feliz para mim que não havia desistido, que tinha apostado em algo no qual acreditava e que havia conseguido implantar ali, naquela comunidade, com recursos reduzidos, uma alternativa utilizada por poucos, mas considerada, talvez, a mais apropriada por países do primeiro mundo. Uma alternativa adaptada, é claro, para as pessoas daquela Casa, daquela comunidade, mas que poderia perfeitamente ser utilizada e adaptada em qualquer comunidade carente do Brasil.

De todas as dificuldades enfrentadas durante a implantação do projeto, de todas as etapas vencidas e de todos os ganhos obtidos, ficou uma certeza: a vitória maior foi dos idosos que conseguiram superar as barreiras do preconceito, da pobreza, do sentimento de inutilidade, das deficiências e retirar o estigma de "eles não podem, eles não querem".

Para finalizar minha narrativa quero

informar que, atualmente, com apenas quatro anos de existência, a CASA SANTA ANA duplicou em tamanho, em quantidade, em número de idosos, em equipe multifuncional e multidisciplinar. É ainda um espaço muito carente de recursos humanos e materiais. Necessita também de maior apoio para melhorar cada vez mais o seu atendimento. Porém, mesmo com o pouco tempo de existência, vem se destacando cada vez mais pela proposta inovadora e, principalmente, por estar funcionando até hoje com recursos próprios, através de doações e pequenas parcerias da comunidade.

Durante um ano e meio, a Casa esteve ligada diretamente à Paróquia Pai Eterno e São Jorge. Em fevereiro de 1993 ela foi assumida por uma organização não governamental que, embora não tivesse recursos suficientes para sua manutenção, trouxe a ela, através de apoio técnico, administrativo e de recursos humanos, um progresso considerável. Essa organização é dirigida por um casal de holandeses e tem como objetivos principais oferecer apoio à criança carente, deficiente e à populações discriminadas e menos favorecidas, em geral. O trabalho com idosos em comunidades carentes foi para eles uma novidade e uma das razões pela qual assumiram o projeto. A organização da qual me refiro chama-se IBISS (Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social). Vale dizer que a maneira pela qual conseguimos sensibilizar esta ONG foi

muito especial, assim como foi especial toda a forma de buscarmos recursos para sobrevivermos nestes quatro anos. Gostaria de num futuro próximo contar com maiores detalhes, de que forma conseguimos os recursos e de como o projeto vem se desenvolvendo e se destacando através da sua divulgação, não apenas no Brasil, mas também em outros países.

Aproveito o momento para agradecer em meu nome e de todos os idosos da CASA SANTA ANA a oportunidade de divulgar nosso trabalho em um espaço tão especial como o do BOLETIM SBBG-RJ.

CASA SANTA ANA (CENTRO-DIA)
Trav. Débora, 107, Cidade de Deus,
Jacarepaguá, Rio de Janeiro, CEP
22.773.060 Tel 3489172

Para eventuais contatos e/ou trocas de experiências os endereços são:

Coordenadora Maria de Lourdes Braz
Rua Gustavo de Andrade, 275/305,
Irajá, Rio de Janeiro CEP 21.235.500
Telefones 361-2299 348-9172

IBISS
Rua Sete de Setembro, 43, 5 andar,
Centro, Rio de Janeiro CEP 20.050.002
Telefones: 242 0939 232-9144 242-
5424 FAX 252-5424

Maria de Lourdes Braz, Assistente Social
Coordenadora da Casa de Santa Ana-
IBISS

CONDUTA NÃO FARMACOLÓGICA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Neste artigo, a Dra Elizabeth Viana de Freitas analisa as repercussões das doenças vasculares, principalmente cerebrais e coronarianas, acentuando suas complicações, elevados custos sociais e representação quanto à morbi-mortalidade.

Com uma visão abrangente, clara, objetiva e atualizada, considera o fenômeno da transição demográfica e seu significado como realidade populacional.

Afirma a importância da atividade física orientada e disciplinada, principalmente sobre suas ações quanto ao controle da hipertensão arterial e demais benefícios para os idosos.

Atualmente, inúmeros pesquisadores têm sua atenção voltada para o importante fenômeno do envelhecimento populacional dos países em desenvolvimento (7;14;8). Consequência do declínio da mortalidade, caracte-

rística que marca o primeiro estágio da transição demográfica, a expectativa de vida vem aumentando significativamente. Paralelamente, a concomitante redução da taxa de natalidade vem mudando o perfil demográfico nos países da África, Ásia e América Latina. Esse processo, de cerne mais amplo e complexo, tem projetado nos últimos anos um significativo aumento da população de idosos no Brasil (Tab.1).

A repercussão nos Serviços de Saúde tem enorme importância, neste contexto, pela alta prevalência das Doenças Cardiovasculares (DCV) nos indivíduos com idade acima de 60 anos.

Em 1993 o Ministério da Saúde (MS) publicou dados estatísticos relativos às capitais brasileiras, que revelaram uma redução no coeficiente de mortalidade de aproximadamente 10 vezes por doença infecto contagio-

sa, entre 1940 e 1980, enquanto que, o coeficiente de mortalidade por neoplasias e por doenças do aparelho cardiovascular manteve-se inalterado. De 1980 a 1988, portanto em 9 anos, observou-se um aumento no coeficiente de mortalidade por DCV de 30% para 34%, correspondendo a um aumento de 13.3% no risco de morrer por DCV, sendo, na verdade, responsáveis por 40% dos óbitos dos indivíduos acima de 45 anos (12).

Em 1990, no município do Rio de Janeiro, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (16), no grupo de faixa etária acima de 60 anos, houve um coeficiente de mortalidade por DCV de aproximadamente 52%, seguido de 15% de mortalidade por neoplasias. Outro importante dado, obtido pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, é relativo ao atendimento por faixa etária no Programa de Hipertensão Arterial,

onde o maior número de pacientes inscritos tem idade acima de 50 anos (17).

A tendência das DCV nos idosos tem resultado em um grande número de pesquisas acerca do envelhecimento. Hoje, inúmeros estudos mostram a inegável influência da hipertensão arterial (HA) (18;2;1;6) e da dislipidemia no processo da aterosclerose (15), mostrando que o efetivo tratamento dessas doenças contribui, de forma inequívoca, para a redução da taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e por doença arterial coronariana (DAC) (18;2;1;5;6).

As alterações morfológicas do coração senil determinam mudanças de ordem hemodinâmica que levam a um equilíbrio mais tênue do aparelho cardiovascular. Há uma diminuição gradativa de reserva miocárdica, perda de elasticidade da aorta, aumento de resistência vascular periférica e caracteristicamente processo de calcificação nas estruturas cardíacas que, ao lado de outros processos degenerativos inerentes ao envelhecimento cardiovascular, levam ao aumento da incidência de determinadas patologias como a hipertensão arterial, doença arterial coronariana e a insuficiência cardíaca.

Abordamos a seguir alguns aspectos relativos ao tratamento não medicamentoso da HA.

A HA constitui-se atualmente na doença crônica mais comum da década, sendo responsável por um elevado custo financeiro. Os critérios diagnósticos têm se tornado mais rigorosos a, cada nova classificação, em consequência da sua elevada morbimortalidade. Especificamente, nos indivíduos idosos têm marcada importância pela sua alta prevalência e pelas graves complicações que determina. Pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 1993, pelo 5º relatório do Joint National Committee, dos Estados Unidos, realizado em 1992 e também pelo II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial realizado em 1994, o conceito de HA, para população geral, considera a cifra de 140 mm Hg para a sistólica e 90 mm Hg para a diastólica. Esse percentil define uma cifra a partir da qual o clínico já deverá intervir com as chamadas *medidas higiêno-dietéticas* que trazem em seu bojo uma "mudança de estilo de vida".

Para o idoso devemos considerar cifras acima de 160 mm Hg para a sistólica e 90 mm Hg para a diastólica como índices a partir dos quais devemos intervir, desde que tenhamos realizado um diagnóstico de certeza. Atualmente contamos com o inestimável auxílio da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), ao qual devemos recorrer sempre que houver dúvida acerca do diagnóstico.

Nos últimos 10 anos inúmeros ensaios vêm sendo realizados com o objetivo de se avaliar o real benefício do tratamento da HA. Dentre esses ensaios têm destacada importância trabalhos como o European Work Party on High Blood Pressure in the Elderly (EWPHE) (6) e o Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) (18) que mostraram, claramente, os benefícios trazidos pelo tratamento da HA para os idosos. Sua expressão, dentro da geriatria, toma-se ainda maior levando-se em conta que foram conclusões obtidas através de estudos realizados em grupos de idosos. Incontestavelmente, a HA é um fator desencadeante de lesões em órgãos alvo, em especial coração, rins, cérebro e sistema vascular devendo, portanto, a qualquer tempo da vida ser instituído tratamento adequado.

O primeiro passo frente à cifras elevadas de pressão arterial (PA), principalmente nos idosos que com frequência são portadores de múltiplas patologias, é a investigação do uso de medicamentos que possam atuar elevando a PA. Entre os mais comuns encontram-se os corticóides, os hormônios de tireóide e antidepressivos tricíclicos que podem levar mesmo a crises hipertensivas. Nessa circunstância o médico deverá suspender a droga ou, quando não for possível, reduzir a dose ao mínimo.

Em seguida, diagnosticada a HA, com o afastamento de fatores que interfiram com a PA, impõe-se a avaliação do grau de comprometimento dos órgãos alvo, conduta que definirá o tratamento adequado a ser instituído.

Os quadros de hipertensão leve, sem comprometimento de órgãos alvo, devem ser tratados com a preconização de medidas higiêno-dietéticas. Tal conduta determina importantes mudanças no estilo de vida, principalmente relativas a hábitos alimentares e a atividade física.

veis à dieta hipossódica. A ingestão diária de sódio não deve ultrapassar 5g de sal. A dieta hipossódica contribui para uma necessidade menor de medicamentos antihipertensivos. Os pacientes devem ser orientados a não adicionar sal aos alimentos e a observarem o teor de sódio contido nos alimentos industrializados. Outrossim, devem evitar pratos que sejam ricos em sódio como certos queijos, azeitonas, enlatados, embutidos (p. ex. presunto, mortadela), batatas fritas, carnes de charque, molhos industrializados, pizzas, entre outros.

Outro aspecto relativo à dieta é a correção do peso corporal. Os indivíduos obesos têm maior propensão a desenvolver doenças cardiovasculares e morte súbita. Além disso, as dislipidemias e o diabetes melito também costumam ter maior prevalência nesse grupo. Por outro lado, há estudos conclusivos de que mesmo pequenas perdas de peso são capazes de reduzir as cifras tensionais (21;22). Naturalmente, a associação de distúrbios metabólicos como dislipidemias e diabetes melito devem receber tratamento adequado e rigoroso, mesmo que não contribuam com aumento da PA. Esses distúrbios metabólicos atuam como importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DCV.

A obesidade encontra-se ligada ao fenômeno da resistência insulínica e da hiperinsulinemia que contribuem para a aceleração do processo da aterosclerose. Indiscutivelmente, a perda de peso, principalmente nos casos de obesidade central, é conduta que se impõe.

Paralelamente à mudança de hábitos alimentares, o paciente deve ser orientado no sentido de exercer uma atividade física. A atividade escolhida, principalmente caminhar, nadar ou andar de bicicleta, deve ser realizada sob orientação médica, e no caso de indivíduos acima de 35 anos somente após avaliação cardiovascular e realização de teste ergométrico. A atividade física deverá ser exercida por um tempo mínimo de 30 minutos e com uma frequência semanal de pelo menos 4 vezes. Os indivíduos idosos devem iniciar os exercícios de forma gradual e sob adequada observação.

A atividade física traz inúmeros benefícios como manutenção do peso corporal, melhor controle dos níveis de glicose e triglicerídeos, contribui para o abandono do hábito de fumar e traz inegável bem estar e autoconfiança. Além disso, facilita o controle da HA. Indivíduos que exercem uma atividade física têm menor probabilidade de virem a desenvolver HA.

Ao lado dessas medidas é imperiosa a restrição da ingestão de álcool, cujo consumo excessivo eleva a PA e dificulta o tratamento da HA. O consumo de bebida alcoólica não deve ultrapassar 30 g de etanol por dia, aproximadamente 60 ml de bebida destilada como uísque, 720 ml de cerveja ou 240 ml de vinho (4).

Uma dieta com baixo teor de cloreto de sódio pode reduzir a PA sistólica de 5 a 10 mmHg. Essa conduta tem-se mostrado particularmente eficaz em negros e em idosos, os quais são mais sensí-

Expectativa de Vida do Brasil

Período	Sexo	Ao nascer	60 anos	70 anos
1980	homem	61.0	17.7	11.4
1985	mulher	66.0	18.9	12.2
1995	homem	64.7	18.2	11.4
2000	mulher	70.4	20.3	13.2
2020	homem	69.0	18.7	12.1
2025	homem	75.3	21.8	14.3

Fonte: IBGE/CELADE

Outro fator que pode influir nos níveis tensionais é o fumo devendo o seu hábito ser desestimulado energeticamente pelo clínico. É sabidamente fator de risco para neoplasias, principalmente do aparelho respiratório, além de enfisema pulmonar, doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e morte súbita (4).

Essas são as medidas iniciais a serem tomadas nos pacientes hipertensos. Em geral, nos portadores de hipertensão leve são suficientes para manutenção dos níveis de PA em percentis adequados. Contudo, naqueles cuja PA não puder ser controlada através dessas medidas torna-se necessária a introdução de terapêutica medicamentosa.

Elizabete Viana de Freitas - "SBGG-RJ"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERY, A. et al. Efficacy of antihypertensive drug treatment according to age, sex, blood pressure and previous cardiovascular disease in patients over the age of 60. *Lancet*, 13: 589-592, 1986.
2. AUSTRALIAN NATIONAL BLOOD PRESSURE MANAGEMENT COMMITTEE. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet*, 1:1261-1267, 1980
3. CAMILLERI, J. P. Structural approach of vascular aging. *21(26)*: 1184-7, jul. 1992.
4. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL (II). *Arq. Bras. Cardiol.*, 63, 4: 333-337, out. 1994.
5. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DISLIPIDEMIAS. *Arq. Bras. Cardiol.*, 61(supl.): 1-1-1-13, 1993.
6. EUROPEAN WORKING PARTY ON HIGHT BLOOD PRESSURE IN THE ELDERLY. *J. Hypertension*, 9(3): 225-230, 1991.
7. GWARTKIN, D. R., BRANDEL, S. K. Life expectancy and population growth in the Third World. *Scientific American*, 246(5): 33-41, may. 1986.
8. HOOVER, S. I., SHEGEL, J. A. International demographic trends and perspectives on aging. *J. Cross. Cult. Geront.* 1: 5-30, 1985.
9. KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Publ.*, S. Paulo, 21(3): 200-210, 1987.
10. LUSCHER, T. F., DOHI, Y., TANNER, F. C. Endothelium dependent control of vascular tone, effects of age, hypertension and lipids. *Basic Res. Cardiol.* 86 suppl 2: 143-158, 1991.
11. LUSCHER, T. F., DOHI, Y., TANNER, F. C. Endothelial dysfunction in coronary artery disease. *Ann. Rev. Med.* 1(4): 395-418, 1993.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Doenças Cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 1993.
13. PERIODICAL ON AGEING 84. (United Nations). New York, 1(1), 1985.
14. RAMOS, L. R. Explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, 1, 1: 3-8, mar. 1993.
15. SCANDINAVIAN SINAVASTATIN SURVIVAL STUDY (4S). *Lancet* 344: 1383-1389, 1994
16. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. 1993.
17. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ. 1990 A 1993.
18. SYSTOLIC HYPERTENSION IN THE ELDERLY PROGRAM (SHEP). Final results of the systolic hypertension in the elderly program. *JAMA*, 265(24): 3255-3261, 1991.
19. VAN-HINSBERGH, V. W. Arteriosclerosis impairment of cellular interactions in teh arterial wall. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 673: 321-330, dec. 1992.

20. WORD HEALTH STATISTICS ANNUAL (World Health Organization). Geneva. 1982
21. STANLER, J. Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults. *Ann. Epidemiol.*; 1: 347-62, 1991
22. MACMAHON, S.; CUTTER, J.; BRITAIN, E. et al - Obesity and hypertension: epidemiological and clinical issues. *Eur Heart J*; 8: 57-70, 1987



Oxigen[®]
(Nimodipina)

Garante a oxigenação cerebral

O primeiro antagonista do cálcio específico para:

- Isquemia Cerebral
- Vasoespasmo pós hemorragia subaracnóidea
- Síndrome da disfunção cerebral crônica decorrente do envelhecimento

apresentação:

- caixas com 30 comprimidos de 30 mg;
- caixas com 1 frasco-ampola de 50 ml + perfusor de polietileno.



Envie seus temas livres para a
Jornada da SBGG-RJ

PRAZO 15/03/96

1º Prêmio de Tema Médico:
Passagem, estadia e inscrição para a Jornada Brasileira de Goiânia

Patrocínio: Laboratório LIBBS

Inf.: (021) 610-3567

Agenda

Fevereiro 96

4 a 16/2

Curso de Gerontologia Social - Instituto Sedes Sapientiae-SP - Inf. (011)262 3376

Março 96

9/3

Hold Mirador - Copacabana - 9 às 17h. Simpósio da SBGG-RJ

Temas: Hipertrofia Benigna da Próstata / Arritmias no Paciente Idoso.

Informações e Inscrições:

Rio: N. Sra. Copacabana, 1417/315 Tel. 267-7236

Niterói: R. Tabajaras, 231- S. Francisco, Tel. 610-3567

Apoio: Laboratório LIBBS

Cursos:

Especialização/Extensão em Gerontologia e Geriatria Multidisciplinar

Promoção: Universidade Federal Fluminense

Inscrições: Sub-Coordenação de Pós Graduação - CCM - Hospital Antonio Pedro, Niterói

Tel 620 2828 R 180

Abril/96

03 a 07/04

II Fórum Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica - Ouro Preto-MG

Informações: Telefax (031)227-1011 (031)275-2221

4/4 a 9/6

Curso de Especialização Sobre o Envelhecimento e a Saúde do Idoso

Promoção ENSP/FIOCRUZ

Inscrições: janeiro a março

Inf. 590 3789

17 a 19/04

Seminário de Educação em Saúde: a 3ª Idade nos Tempos atuais.

Centro de atividades do SESC da Tijuca-RJ

Inf.: (021)286-4202 - Divisão de Saúde do SESC

Maios/96

1 a 4/5

III Jornada de Geriatria e Gerontologia da SBGG RJ

Inf. (021) 610 3567 / 259 8099

"Ag. Oficial de Turismo: CONPAX - Tel.: (021)533-0775

6 a 10/5

Havana - Cuba

II Congresso Centro Americano e do Caribe de Geriatria e Verontologia.

Inf.: CONPAX Turismo: Tel. (021)933-0775

17 e 18/5

3º Simpósio Internacional de Climatério Rio Othon Palace Hotel - RJ

Informações: (021) 266-5486/246-1549

Outubro/96

27 a 30/10

IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Concurso para Título de Especialista

Revisão do Estatuto da SBGG

Pousada do Rio Quente - Goiás

Informações: Tel/Fax: (062) 223-5677

OSTEOPOROSE

QUANDO E A QUEM TRATAR?

RISCOS E BENEFÍCIOS DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Conforme anunciado no último BOLETIM, estamos complementando a série OSTEOPOROSE assinada pela Dra. Laura Maria Carvalho Mendonça.

Entendendo essa doença como "um fato não consumado", perpassou o diagnóstico e monitoramento, chegando a formas de intervenção terapêuticas mais adequadas à pessoa idosa.

O principal objetivo do tratamento da osteoporose é a prevenção de fraturas. Baseando-nos na densitometria óssea, todos os indivíduos que têm sua massa óssea 1.0 desvio padrão abaixo da curva de adultos jovens (young adults), devem ser tratados. O que varia é o tipo de tratamento que deverá ser utilizado.

A abordagem terapêutica pode ou não ser medicamentosa e depende do tipo da osteoporose e do grau de severidade da doença. Em mulheres na pós menopausa que se encontram, apenas, em desvio padrão abaixo dos jovens, mas ainda acima do limiar de fratura, a recomendação será no sentido de manter um estilo de vida saudável: exercícios físicos, bom aporte de cálcio na dieta e banhos de sol. Além disso, deverão, se possível, retirar os fatores de risco: fumo, abuso alcoólico e ingestão excessiva de carne vermelha. Essas pacientes deverão ser orientadas a manter um controle periódico sobre a massa óssea durante os cinco primeiros anos pós menopausal, já que é neste período que ocorre a perda óssea mais acelerada.

Mulheres no período pós menopáusicos e que apresentam densitometria revelando massa óssea inferior a 1.0 desvio padrão (sempre em relação à curva de adultos jovens) e acima de 2.5SD merecem atenção especial e são candidatas à terapia de reposição hormonal (TRH), caso não existam contra-indicações e o esquema seja aceito pela paciente. Mais adiante falaremos especificamente dos estrógenos e progestágenos.

Para aquelas pacientes com osteoporose densitométrica confirmada, podemos lançar mão não somente da TRH como também dos outros anti-reabsortivos ósseos, como a calcitonina de salmão e os bisfosfonatos.

A abordagem do portador de osteoporose senil é completamente diferente porque nestes casos há um componente de malácea associado à porose e esses pacientes necessitam de

reposição de cálcio e vitamina D. Apesar de ser uma osteoporose de baixa remodelação, muitas vezes precisamos associar drogas anti-reabsortivas na tentativa de aumentar um pouco a massa óssea trazendo-a acima do limiar de fratura. A calcitonina tem mostrado efeitos benéficos no tratamento da dor pós microfraturas vertebrais, muito comuns nesses indivíduos. Os que apresentam osteoporose secundária a outras doenças, hipoparatiroidismo p.ex., devem, antes de mais nada, ser tratados de suas doenças básicas. Sem isto o controle da osteoporose não se dará a despeito de qualquer medicação que se faça. Falemos especificamente de algumas novidades sobre as abordagens existentes.

Prevenção Primária

O ideal seria conseguir aumentar a massa óssea até a maturidade e prevenir a perda subsequente.

O pico de massa óssea é influenciado por fatores ambientais e genéticos. Questiona-se atualmente se os exercícios físicos, evitar o fumo e a imobilidade são capazes de alterar a massa esquelética na maturidade. Embora o papel preciso desses fatores ainda seja conjectura, é importante que se reconheça que, além dos fatores hormonais, existem determinantes do estilo de vida que diferenciam regionalmente a massa óssea das populações. Essa observação sugere que um estilo de vida, que inclua exercícios físicos e boa alimentação é importante para diminuir o risco de fratura. Não se conseguiu comprovar, até hoje, que haja aumento da massa óssea apenas com exercícios realizados na idade adulta, porém, todas as funções fisiológicas sofrem uma queda com a inatividade. No envelhecimento, a perda de força, flexibilidade e boa saúde cardiovascular contribuem para uma diminuição da atividade física. Alguns indivíduos podem, até mesmo, encontrar-se impossibilitados de executar exercícios tais que proporcionem estímulo adequado de carga para manter a massa óssea. Afortunadamente, parece que a força muscular pode melhorar em qualquer idade se o paciente seguir um programa de exercícios planejado com cuidado. É fundamental que se restabeleçam as funções fisiológicas para que o indivíduo seja capaz de executar os exercícios que realmente serão benéficos para manter a

massa óssea. Para aqueles de idade muito avançada e que sofrem de problemas cognitivos e coordenação motora, os exercícios devem visar principalmente o treino em evitar as quedas (treino de marcha etc, com fisioterapeuta). Os programas de exercícios podem diminuir a frequência das quedas e alguns exercícios específicos para a musculatura proximal dos membros inferiores parecem diminuir o risco de fratura do colo femoral. Quanto ao cálcio, a maioria dos trabalhos, atualmente, mostra que ele tem pouca influência na perda óssea pós menopausal e que a suplementação sozinha não prevenirá tal perda. A diminuição da ingestão de sódio, proteína e café é um método eficaz para poupar cálcio. Os suplementos de cálcio associados à vitamina D têm mais efeito nas mulheres de idade avançada com ingestão subnormal de cálcio ou em pacientes institucionalizados onde o hiperparatiroidismo é prevalente.

Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Evidências se acumulam quanto à prevenção da perda de massa óssea pós menopausal com o uso de estrógenos + progestágenos. A dose de estrógenos conjugados necessária para prevenir a perda óssea é de 0,625mg/dia, mas a resposta a essa dose é variável. Alguns pesquisadores mostram um aumento da massa óssea em 12% na coluna e 5% no colo femoral após um ano de tratamento em mulheres maiores de 66 anos. O risco de fratura de colo de fêmur se reduz em mais de 50%. A proteção será tanto maior quanto maior for o tempo de uso da medicação. A possibilidade de combinação de terapias contínuas, em doses baixas, que eliminam o sangramento menstrual, anima as mulheres a participar e aumenta a adesão ao tratamento por um prazo maior. A densitometria óssea é muitas vezes definitiva na decisão da mulher em iniciar a terapêutica quando a densidade óssea é baixa. Evidências diretas sugerem que o osso que foi preservado durante a TRH não se perde rapidamente após a interrupção do tratamento. Um trabalho prospectivo, com "follow-up" de sete anos após a interrupção da TRH, mostrou que o osso poupado durante o tratamento era mantido pelos sete anos subsequentes ou mais. Os efeitos do estrogênio sobre o câncer de endométrio estão bem estabelecidos. Há um aumento na incidência de câncer de endométrio em 2,4%, se compararmos às mulheres que

nunca usaram o hormônio. Quando se associa progesterona, não se observa mais o aumento do risco. Quanto ao câncer de mama, os achados são inconsistentes. Existem vários trabalhos prospectivos em andamento desde 1970. Alguns afirmam não haver aumento do risco com a TRH. Outros referem aumento do risco em 30% em pacientes que fazem uso do hormônio há mais de 15 anos. Não se evidenciou aumento da mortalidade. Parece plausível que exista uma predisposição genética individual ao aparecimento do câncer de mama e que a TRH só aceleraria esse desenvolvimento.

Calcitoninas e Bifosfonatos

Os estudos continuam mostrando um efeito positivo da calcitonina sobre a perda de massa óssea pós menopausa. Aparentemente 2/3 dos pacientes tratados parecem responder positivamente com aumento da massa óssea e redução da incidência de fraturas vertebrais. A calcitonina tem se mostrado eficaz também na diminuição do risco de fratura do quadril. A calcitonina nasal é bem

tolerada e tem significativo poder analgésico, muito bem utilizado em pacientes que sofrem fraturas de vértebras (doses mais elevadas).

Os bifosfonatos têm sido objeto de muitos estudos atualmente. O alendronato é o último bifosfonato a ser pesquisado e de provável aprovação pelo Food and Drug Administration (FDA) para o uso em osteoporose. É um anti-reabsortivo e o efeito esquelético principal é de um aumento da massa óssea na coluna (4-7% e no colo femural (2-3%), durante dois anos. Parece também reduzir o risco de fratura. Os efeitos a longo prazo sobre a mineralização e o metabolismo ósseo ainda são incertos.

Vitamina D

A qualidade do osso pode ser alterada pela deficiência de vitamina D, comum nos indivíduos idosos, particularmente nos institucionalizados e naqueles com fraturas de colo do fêmur. A deficiência de vitamina D gera hiperparatireoidismo secundário, aumentando o "turnover" ósseo e a perda de osso cortical,

principalmente. Além disso o osso neoformado pode ser mal mineralizado com acúmulo de tecido osteóide e consequente osteomalácea. Baixas doses de vitamina D no idoso suprimem a função do paratormônio e diminuem a perda de massa óssea. A associação de cálcio com vitamina D tem mostrado que diminui o risco de fratura no idoso. Os riscos de uma hipercalcemia são maiores quando se usa os derivados da vitamina D, tais como o calcitriol e o alfacalcidol. O quantitativo de vitamina D também pode ser aumentado com exposição solar, que no idoso deve ser três vezes maior do que no adulto jovem, já que a síntese de vitamina D pela pele está diminuída. Daí há aumento do risco de câncer de pele, preferindo-se a suplementação via oral.

Grandes estudos prospectivos estão em andamento nesta área e acreditamos que em futuro próximo a escolha da terapêutica da osteoporose será realizada com ainda maior segurança e eficácia.

Laura Maria Carvalho de Mendonça
Médica Responsável pela OSTEOLAB-Centro de Prevenção e Diagnóstico da Osteoporse

DESTAQUE

CASA SÃO LUIZ PARA A VELHICE

É bem conhecido o trabalho desenvolvido na Casa São Luiz para a Velhice, cujo alcance social é de relevância indiscutível. No entanto, a direção da Casa vem procurando novas perspectivas quanto à renovação de condutas por sua equipe multidisciplinar. Bem o mostra o recente programa de imunização antitetânica de seus internos, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Acompanhando dados da literatura mundial e alertados pela Secretaria Municipal de Saúde (Gerência do Programa do Idoso), percebeu-se estar diante de uma patologia bem mais próxima de nossa clientela do que podíamos imaginar. Portanto, de frente para essa realidade que assume proporções epidemiológicas significativas, é que a Casa São Luiz para a Velhice, Instituição que hoje abriga 356 idosos, promoveu um processo de vacinação que tem como objetivo imunizar sua população que, sabidamente, é exposta a situações de risco (quedas com feridas etc.).

Sensibilizados por essa questão, deu-se início à vacinação contra o tétano. Para tanto contactou-se o Posto de Saúde do Caju (área programática responsável) para que, via Secretaria Municipal de Saúde, conseguíssemos viabilidade para nosso intento. Prontamente, achou-se que a parceria seria extremamente efetiva.

Contudo, necessitava-se do aval de nossa clientela e participação dos familiares responsáveis.

Iniciou-se, então, um programa de esclarecimento demonstrando a pertinência da Campanha e até sugerindo que todos se preocupassem com sua própria imunização. Contamos com uma boa adesão por parte de nossos idosos, apesar do medo da via de administração e eventuais efeitos adversos serem possíveis.

Enquanto se aguardava a liberação das doses pelo Posto de Saúde, começamos o treinamento de vacinadores, profissionais de nossa Equipe, que tiveram aprendizado da técnica de administrar vacina antitetânica, orientados pela enfermagem do Posto de Saúde responsável pelo programa de Vacinação Contra o Tétano.

A divulgação interna da Campanha através de informativos, cartazes e palestras, minimizou a ansiedade e preocupação da maioria dos idosos.

Levantamos a possibilidade de incluir em nossos critérios de admissão a imunização anti-tetânica, questão que será melhor desenvolvida no decorrer da Campanha.

No dia 07/11/95 iniciamos a vacinação propriamente dita, quando foram imunizados 86 idosos e programou-se, junto ao Posto de Saúde do Caju, a aplicação em todos nossos idosos, 3 doses, até o segundo semestre do próximo ano.

Com esta medida protegemos a referida

população e contribuimos com a Secretaria Municipal de Saúde em mais um esforço de prevenção.

A Casa São Luiz para a Velhice, de maneira simples e eficaz, conseguiu oferecer aos idosos uma garantia de proteção, minimizando riscos preocupantes em nosso dia-a-dia.

"Equipe de Saúde da Casa São Luiz"

Prepare seus
TEMAS LIVRES
para a
JORNADA DE MAIO sua
Experiência é Importante
Prazo: 15.03.96

Comissão Editorial Coordenação

Ligia Py
Benigno Sobral
Josbel Pereira
Laura Machado
Mario Sayeg
Norberto Boechat
Sílvia Pereira



III JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG-RJ

QUALIDADE na Assistência ao Idoso

- IV FÓRUM DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
- IV FÓRUM DE MUNICÍPIOS
- IV FÓRUM DE INSTITUIÇÕES GERONTOLÓGICAS
- II ENCONTRO COM IDOSOS

1 a 4 de maio de 1996
Hotel Rio Othon Palace
Av. Atlântica, 3264 - Copacabana

Prezado Colega

A SBGG-RJ pretende fazer da IIIª Jornada de Geriatria e Gerontologia um evento denso e marcante, graças à relevância do tema escolhido.

QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO é projeção do visualizar, pois não há limites definitivos da QUALIDADE ou da sua busca. Esta maneira de pensar deve ser a meta na formação de recursos humanos específicos, para os quais a jornada pretende contribuir.

Assim a oportunidade do debate, revisão crítica, atualização, projetos e medidas propostas, é que enriquecerão, solidificarão o nosso encontro.

Temos aprendido que os TEMAS LIVRES são um meio decisivo de comunicação por sua objetividade e pluralidade de abordagem, sendo centros de atração específica, na troca enriquecedora. Portanto, preparem-nos orientando-se pelas instruções que se seguem.

A oportunidade de realização mais uma vez dos 3 FORUNS e o ENCONTRO COM IDOSOS completarão o espaço de discussão e do saber.

A programação científica contará com diversas mesas redondas e simpósios, reservando sempre espaço para discussões e debates participativos.

Como já foi dito anteriormente, esta jornada pretende concretizar o "Momento-Espaço" de reflexão, para um avanço no caminho do planejamento de novas e melhores formas de assistência à saúde da pessoa idosa.

Esperamos você!

SBGG-RJ Dezembro/95

PROGRAMA

TEMAS DA JORNADA

- Estratégias de Prevenção
- Diagnósticos Difíceis
- Otimização do Tratamento
- Superação de Seqüelas
- Desafios da Prática Geriátrica
- "Como Eu Trato"
- Recursos Comunitários de Promoção da Saúde
- Projeções para o Futuro
- Situações Emergenciais e Procedimentos de Risco
- Farmacologia em Geriatria
- Simpósio em Gerontologia

TEMAS LIVRES

- Premiação para os melhores trabalhos (Inscrições até 15/03/96)

Modalidades:

- Pesquisa Clínica
- Pesquisa Experimental
- Relatos de Experiência
- Pesquisa de Campo em Ciências Humanas
- Ensaio de REvisão Teórica

EVENTOS ESPECIAIS

"Vagas Limitadas"

- (1) IV Fórum Nacional de Municípios "Planejamento da Assistência à Saúde do Idoso"
- (2) IV Fórum Nacional de Instituições de Ensino Superior "Ensino, Pesquisa e Extensão em Geriatria e Gerontologia".
- (3) IV Fórum Nacional de Instituições Gerontológicas "Estratégias para a Qualidade Assistencial"

II Encontro com Idosos

CURSOS (vagas limitadas)

- (1) Fundamentos da Geriatria Clínica
- (2) Intervenções Gerontológicas
- (3) Reabilitação no Paciente Idoso
- (4) Gestão de Serviços Geriátricos e Gerontológicos

TAXAS DE INSCRIÇÃO: (EM REAIS)

	Até 20.02.96	Até 15.04.96	Após 15.04.96
a) Sócios SBGG - Acadêmicos e Residentes			
Jornada	60,00	80,00	100,00
Fórum	20,00	30,00	40,00
Curso	20,00	30,00	40,00
b) Demais Profissionais			
Jornada	80,00	100,00	120,00
Fórum	30,00	40,00	50,00
Curso	30,00	40,00	50,00
c) Acompanhantes			
	20,00	30,00	40,00

- A inscrição em CURSOS é exclusiva para inscritos na Jornada
- A inscrição em FÓRUNS poderá ser independente da participação na Jornada
- Inscritos na Jornada tem isenção de taxa de inscrição para participação em um Fórum, bastando selecionar a opção.

ATENÇÃO: Os 3 Fóruns e os Cursos 1 e 2 terão horários concomitantes.

QUALIDADE na Assistência ao Idoso

FICHA DE INSCRIÇÃO

- IV Fórum das Instituições de Ensino Superior •
- IV Fórum de Municípios •
- IV Fórum de Instituições Gerontológicas •
- II Encontro com Idosos •

ASSINALE AS OPÇÕES E PREENCHA O VALOR

Nome: _____ Data da Inscrição: ____/____/____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Categoria:

- Sócio SBGG Quites
- Acadêmico / Residente
- Demais Profissionais
- Acompanhante

Valor da Inscrição:

- Jornada R\$ _____
- Cursos [1] [2] [3] [4] R\$ _____
- Fóruns [1] [2] [3] R\$ _____
- Acompanhante R\$ _____
- Total R\$ _____

Em anexo, segue VIA CORREIO, cheque nominal à SBGG-RJ no valor de R\$ _____, referente à inscrição nos eventos, conforme assinalado. Cheque Nº _____ Banco Nº _____ Ag. Nº _____ Praça: _____

Favor remeter esta ficha para: Secretaria da III Jornada de Geriatria e Gerontologia da SBGG-RJ - Rua Visconde de Pirajá, 547 / 918 - Ipanema - CEP 22410-003 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (021) 259-8099



III JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG-RJ

QUALIDADE na Assistência ao Idoso

01 a 04 de maio de 1996 - Hotel Rio Hothon Palace

PROMOÇÃO:

- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- Seção Rio de Janeiro

INFORMAÇÕES:

Tel/fax (021) 610-3567 • Tel (021) 259-8099
Secretaria Executiva:
Rua Visconde de Pirajá, 547/918 - Ipanema - RJ - Cep 22410-003

APOIO:

- ENSP/FIOCRUZ • UFF • CONASEMS • MINISTÉRIO DA SAÚDE

EMPRESA OFICIAL DE TURISMO:

COMPAX Turismo
Av. Treze de Maio, 23 Conj. 1917 - Centro - RJ Cep 20031000
Tel. (021) 533-0775 Fax (021) 533-1420

FICHA DE INSCRIÇÃO DE TEMA LIVRE

INSTRUÇÕES: Serão aceitos para avaliação apenas trabalhos datilografados ou impressos por computador em letra n° 12, remetidos até o dia **15 de março de 1996**. Escreva o título em letra maiúscula. Nomeie o autor e co-autores pela ordem, citando: Sobrenome, vírgula, iniciais, ponto e vírgula, e assim por diante até o último autor. O resumo não deve ultrapassar o espaço reservado, evite parágrafos. O trabalho deve citar claramente: objetivos, metodologia e conclusões. Envie seu resumo para a Comissão de Temas Livres da Jornada, ane-

xando 5 xerocópias de boa qualidade. Aguarde resposta pelo correio quanto à aprovação do trabalho e forma de exposição (poster ou apresentação oral) até **01.04.96**. Será fornecido certificado **único** pra cada Tema Livre. A apresentação do trabalho somente poderá ser feita por profissionais inscritos na Jornada. A Comissão de Temas Livres tem caráter multidisciplinar, avaliando os trabalhos através de critérios quanto à qualidade e desenvolvimento e à relevância do tema. Os melhores trabalhos em cada modalidade serão premiados.

Nome completo do Autor: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cep: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Instituição: _____

Selecione a modalidade em que este trabalho se enquadra:

(a) Pesquisa Clínica (c) Relato de Experiência (e) Ensaio de Revisão Teórica

(b) Pesquisa Experimental (d) Pesquisa de Campo em Ciências Humanas

Título: _____

Autores: _____

Instituição _____

FÓRUMS EM ATIVIDADE

IV Fórum Nacional de Municípios "Planejamento da Assistência à Saúde do Idoso"

Já estamos nos aproximando da Realização do IV Fórum de Municípios, no período de 01 a 04 de maio de 1996, por ocasião da III Jornada de Geriatria e Gerontologia da SBGG-RJ.

O sucesso desse encontro dependerá, mais uma vez, da adesão dos colegas identificados com o problema, através de sua participação no evento, com troca de experiências, relatos, debates e trabalhos em conjunto.

Este Fórum contará, pela primeira vez, com o apoio do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), que estará divulgando e conclamando a participação de representantes dos diversos municípios do Brasil.

Esperamos que a exemplo do III Fórum realizado em Belo Horizonte, em 1994, o produto deste encontro viabilize maiores avanços para implementação de propostas concretas, viáveis e de qualidade na prestação pública de serviços de promoção e assistência à saúde dos idosos.

Convidamos os colegas para 2ª Reunião Preparatória do IV Fórum de Municípios, às 14 horas de 29 de fevereiro próximo, na sala de Reuniões do 4o andar ENSP/FIOCRUZ. O objetivo deste encontro é dar continuidade à preparação do programa e metodologia do Fórum. Contatos podem ser feitos através do telefone 234-1400.

Desejamos a todos um Feliz Ano Novo, contando com um número expressivo de colaboradores, lembrando que o esforço conjunto é o fator produtor de sucesso.

Até 29-02-96 na ENSP/FIOCRUZ.

Neidil Costa

IV Fórum Nacional de Instituições de Ensino Superior "Ensino, Pesquisa e Extensão em Geriatria e Gerontologia"

Enquanto reorganizamos esforços conjuntos para o próximo Fórum Nacional em maio de 1996, estamos dando continuidade à proposta de reuniões bimestrais do Fórum Regional do Rio de Janeiro. A última reunião ocorreu em outubro passado, na PUC-RJ, com representantes de 9 Instituições Universitárias, tendo por pauta o tema:

"Estratégias para a Pesquisa na Área de Geriatria e Gerontologia". Naquela oportunidade, também foi debatido o resultado das discussões realizadas, alguns dias antes, com 14 representantes de Instituições Universitárias de diversos estados, presentes no Curso de Gerontologia promovido pelo Instituto de Gerontologia da Faculdade Candido Mendes em associação com INIA-Malta. Através destes encontros foi elaborado um documento a ser encaminhado ao presidente da ANDIFE, cujo objetivo é sensibilizar o MEC para que representantes do Fórum Nacional tenham papel participativo na discussão e equacionamento das questões relacionadas ao envelhecimento populacional na área da Educação. Esta documentação também será encaminhada ao Ministério da Educação e do Desporto, ao Presidente do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Reitores e pró-Reitores de Instituições de Ensino Superior envolvidas neste Fórum ou de algum modo comprometidas com a questão gerontológica, e aos representantes de delegacias regionais do MEC.

Através das últimas discussões realizadas emergiram as seguintes propostas:

- Estimular os profissionais da área universitária envolvidos com a temática do idoso, para a realização de Mestrado e Doutorado em áreas similares, com elaboração de teses relacionadas à Geriatria e Gerontologia.

- Usar como estratégia fundamental para o desenvolvimento de pesquisas a obtenção de "bolsas de iniciação científica" pelas agências de fomento, e o estímulo a concursos com premiação para trabalhos científicos produzidos sem apoio prévio de tais agências.

- Durante o próximo Fórum Nacional, em Maio, estimular a participação dos profissionais da área, tanto nas mesas redondas, debates e relatos do Fórum, como na apresentação de relatos da experiência universitária através dos Temas Livres da Jornada.

- Elaborar e difundir entre as Instituições de Ensino Superior um calendário de trabalhos do Fórum Nacional.

- Continuar a coleta de dados de cadastro das Instituições Universitárias, caracterizando o seu perfil e potencial de atuação nesta área do Conhecimento, dando ênfase às que já possuem disciplinas de Geriatria e Gerontologia ou já desenvolveram projetos de pesquisa na área.

Estaremos marcando a próxima reunião do fórum regional para o próximo mês de março, mantendo, em breve, novos contatos por correspondência para todas as Instituições já cadastradas. Informações pelos telefones 610-3567/710-8257

Contamos com todos em Maio durante a Jornada.

Wilma Câmara

IV Fórum Nacional de Instituições Gerontológicas "Estratégias para a Qualidade Assistencial"

Passo a passo este Fórum caminha no desenvolvimento e ampliação dos debates sobre as questões da assistência Institucional do Idoso. Iniciado em 1993, durante o primeiro encontro, com relatos diversos de experiência nesta área, estamos progressivamente adquirindo níveis de discussão mais amadurecidos, visando a elaboração de propostas técnicas adequadas ao perfil de assistência que a população idosa, mais debilitada, nos apresenta.

Entendendo tanto a instituição asilar como a instituição promotora de serviços comunitários, e os de uma mesma corrente, apesar das especificidades diversas na prestação da assistência, o IV Fórum colocará em debate os diversos modelos, visando formulação de propostas cada vez mais qualificadas.

Sabemos que tanto a troca de experiências entre os profissionais presentes, como a promoção de espaços para apresentação teórica de temas relevantes, enriquecerão os novos trabalhos. Para tal, a comissão organizadora já está elaborando as dinâmicas para o evento.

Fazemos um convite à participação dos colegas, em especial aqueles que também possam se interessar em apresentar sua experiência de trabalho, através dos relatos em tema livre.

Estaremos nestes próximos meses atualizando o nosso cadastro de Instituições para que a correspondência referente à jornada a ao Fórum atinja a maior abrangência possível. Solicitamos a colaboração dos interessados, com envio de dados de identificação e endereço para a SBGG-RJ ou para a coordenação do Fórum, pelo telefone 278-4430.

Esperamos que o IV Fórum seja de grande contribuição para os avanços na qualidade assistencial ao idoso, contando, para isso, com sua presença ativa. Até lá,

Eliane Brandão

PONTO DE ENCONTRO

O depoimento deste cardiologista que se tornou geriatra demonstra a necessidade de uma reformulação da propedêutica médica nas suas várias disciplinas e não só quando se aborda especificamente a Geriatria.

O entendimento de quaisquer disciplinas implica no reconhecimento da extensão às outras bem como às áreas de conhecimento, pois trabalhamos, quase sempre, com objetos fronteirizos.

A surpresa e o espanto de Neif Sathler Musse é um alerta que felizmente se encaminhou para uma prática médica conveniente e qualificada.

Quando, em 1985, me iniciei na especialização em cardiologia pela Universidade do Rio de Janeiro, jamais poderia pensar que esse seria o primeiro passo para a aplicação de conhecimentos em outra especialização, nove anos mais tarde, que viria a ser a Geriatria.

Durante anos atendi incontáveis pacientes, a grande maioria, certamente, de idosos e percebi a identificação, significativamente mais harmoniosa, no relacionamento, com este grupo em particular. Entretanto, sempre esbarrei e sempre contestei, em uma nítida muralha, representada pela expressão comum na clínica cotidiana de que "isto é coisa de velho". Pois vejamos, quando os conhecimentos de um especialista não conseguem solucionar, no todo ou em parte, aquela patologia e ele diz que "aquilo é da idade", comporta-se como a raposa mirando as uvas e prejudica, certamente, o seu paciente.

Preocupava-me a peregrinação dos idosos por vários ambulatórios e especialidades, múltiplas receitas, inúmeros exames, vários ecocardiogramas (pedidos por médicos diferentes que sequer sabiam ou se interessavam por igual pedido de outro colega). E tome cardiologista para a hipertensão, endócrino para a diabetes, ortopedia para aquela artrose de joelho, otorrino para a vertigem, neuro para o Parkinson, além do farmacêutico da esquina (velho conhecido) etc, etc, etc. A vida passou-lhe a ser, por conseguinte, a vivência da doença e médicos e remédios e exames complementares, sempre a lembrar-lhe que as patologias estavam presentes e a morte se avizinhava.

Por isso, em 1994, resolvi entrar de peito aberto para a Geriatria: iniciei-me com o Dr. Mário Sayeg na ENSP-FIOCRUZ, obtive o título de especialista pela SBGG-AMB e iniciei os cursos de especialização na Universidade Federal Fluminense (sob a batuta da Dra. Vilma Câmara) e na PUC-RS (orientação do Prof. Yukio Moriguchi). O contato interdisciplinar - mola mestra e principal mecanismo ao desenvolvimento da Geriatria e Gerontologia - foi uma agradável surpresa e mostrou superioridade frente à multidisciplinaridade, à qual tinha e tenho restrições e a visão holística - enzima responsável pelo bom atendimento ao idoso - são o que há de fundamental na percepção das patologias e no adequado cuidado ao geronte.

O gerontólogo-geriatra, em particular, deve estar disposto a trabalhar em equipe harmônica, democraticamente e deve estar habilitado a prestar atendimento às principais patologias cardiológicas, (grande frequência

nesta faixa etária, levando, portanto, creio, certa dianteira, os cardiologistas), neurológicas, dermatológicas e endocrinológicas, para citar apenas as mais frequentes: será o clínico geral do idoso, o gerente responsável pelo acompanhamento médico e que encaminhará o mesmo, quando necessário, a outro especialista, recebendo-o de retorno e fazendo o seu seguimento. Sim, pois o idoso que se trata com o cardiologista, com o neurologista, com o endocrinologista e com o pneumologista, quando cai enfermo, a quem telefonará? O geriatra, muito provavelmente será a resposta.

Claramente percebeu que os idosos, por representarem minoria (ainda) e, principalmente, ao deixarem de contribuir como geradores de riqueza material, tendem a ser colocados para escanteio na primeira oportunidade que surgir. O geriatra, por absorver esse grupo, passa a fazer parte do todo e, frequentemente, é alvo de comentários pouco elogiosos como "médico de velhinhos", "assinante de atestados de óbitos" e "o que fizer já estará muito bom".

É clara a resistência ao reconhecimento da especialidade neste final de século. Mas, ao revermos a história, coincidentemente no início deste mesmo século, a Pediatria sofreu similar discriminação e firmou-se, entretanto, como a conhecemos nos dias de hoje. Mas esse é outro assunto e acreditamos que, muito provavelmente, a Geriatria será a especialidade do século XXI.

Neif Sathler Musse

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

1. Escreva à SBGG-RJ

Rua Imperatriz Leopoldina, 8/1208 CEP 20060-030 - Rio de Janeiro - RJ.

2. Calcule o número de páginas, subtraindo o número da 1ª página do artigo do número da 1ª página do artigo seguinte.

3. 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.

Artigos de Revistas Científicas

3348 Revben DB

A Randomized Trial of Comprehensive Geriatric Assessment in the Care of Hospitalized Patients
New Engl J Med May 18, 1995: 1345-1350

3570 Gordon M

Decisions and Care at the End of Life
Lancet, vol 346, Jul 15, 1995: 163-166

3554 Pawlson LG

The Healthcare Revolution: Change and Impact on Geriatric Medicine
JAGS 43: 707-711, 1995

3577 Thomson NM

Drugs and the Kidney in the Elderly
The Med Journ of Australia vol 162 May 1995: 543-547

3556 Piraino AJ

Managing Medication in the Elderly
Hospital Practice, June 15, 1995: 59-64

3568 Jarvik GP

Interactions of Apolipoprotein E Genotype, Total Cholesterol Level, Age, and Sex in Prediction of Alzheimer's Disease: A Case-Control Study
Neurology 45 June 1995: 1092-1096

3560 Draper BM

Prevention of Suicide in Old Age
The Med Journ Of Australia vol 162 15 May 1995: 533-534

3486 Ranga K

Clinical and Phenomenological Comparisons of Late Onset and Early Onset Depression
Am J Psychiatry 152: S, May 1995: 385-388

3165 Malone ML

Aggressive Behaviors Among the Institutionalized Elderly
JAGS 41: 853-856, 1993

3330 Hébuterne X

Acute Renutrition By Cyclic Enteral Nutrition in Elderly and Younger Patients
JAMA, Feb 22, 1995 vol 273, n 8: 638-642

3580 Barinaga M

Missing Alzheimer's Gene Found
Science vol 269 18 Aug 1995: 917-918

3581 Jameton A

Sustainable Justice and Resources in Support of the Disabled
The Mount Sinai Journal of Medicine: 62 (2), May 1995: 94-97

3582 Montgomery S

Serotonin, Sertraline and Depression
Journal of Psychopharmacology (2) Suppl 1995: 179-184

Diretoria da SBGG-RJ

Presidente

Arianna Kassiadou Menezes

1º Vice-Presidente

Ligia Py

3º Vice-Presidente

Dario Vasconcelos

Secretário Geral

Elisabete Viana de Freitas

1º Secretário Adjunto

Neidil Espinola

2º Secretário Adjunto

Ivana Viteck

1º Tesoureiro

Josbel Mendes Pereira

2º Tesoureiro

Valeria Martinez

Diretor Científico

Mario Sayeg

Bibliotecário

Norberto Boechat

1º Conselheiro

Vilma Camara

2º Conselheiro

Claudio Mota e Souza

3º Conselheiro

Neusa Eiras

Equipe de Assessores

André Junqueira

Benigno Sobral

Celeste Campos

Eliane Brandão

Helena Carvalho

Laura Machado

Sandra Costa e Silva