

DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE: A DEPRESSÃO É MAIS COMUM NO IDOSO, POR QUÊ? COMO SAIR DELA?

Sidineia Boiko Martins¹
Joana Ercilia Aguiar²

RESUMO: A depressão é uma doença muito comum na terceira idade, fase em que ocorrem várias adaptações e perdas, sejam fisiológicas, sociais ou psicológicas. São vários os fatores que desencadeiam a depressão, o que permite compreender as razões pelas quais muitas pessoas se tornam deprimidas na velhice. A depressão é o problema mais freqüente que os psiquiatras encontram no idoso. É um transtorno complexo, que se manifesta de diversos modos e muitas vezes passa despercebido pelas pessoas que cercam seu portador. Trata-se de uma doença perigosa e silenciosa. É de grande importância saber um pouco mais sobre como fugir da depressão, quais são os sintomas e tratamento.

PALAVRA CHAVE: Idoso; depressão; terceira idade.

DEPRESSION IN THE OLD AGE: WHY IS DEPRESSION MORE COMMON IN THE ELDERLY? HOW TO GET OUT OF IT?

ABSTRACT: Depression is a very common disease in the old age, when many changes and losses take place, be it physiological, social or psychological. Many factors are responsible for depression, which makes understandable the reasons why many people become depressive in the old age. Depression is the elderly most common

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

² Orientadora e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

problem treated by psychologists, and is a complex dysfunction that manifests itself in many different guises, and is many times unnoticed by the people that surround it. It is a silent and dangerous disease. It is of paramount importance to know more on how to escape depression, the symptoms and treatments.

KEYWORD: Elderly; depression; old age.

1. INTRODUÇÃO

Estimativas colocam a prevalência da depressão em idosos em taxas que variam de 10 a 25% dos idosos que vivem na comunidade e de 20 a 30% dos idosos residentes em instituições de cuidado prolongado.

A depressão não escolhe idade nem raça ou classe social. Simplesmente fica-se deprimido. Ficam deprimidos homens, mulheres, adolescentes, adultos, velhos, negros, amarelos, brancos; ricos ou pobres; solteiros ou casados; pais ou mães de família, com ou sem filhos; médicos, trabalhadores rurais, empresários, diaristas, donas-de-casa; empregados ou patrões; moradores de um condomínio de luxo ou de cabanas; nas favelas, no centro de uma cidade grande ou no campo.

“O número dos que sofrem de depressão no mundo cresce na mesma proporção que a esperança de vida. Cresce igualmente devido às rápidas transformações do meio físico e social para cada um de nós. Essas transformações constituem *stress* psicossociais, adaptações obrigatórias” (GÉRARD, 1994, p. 12).

A depressão ocorre quando o indivíduo não consegue se adaptar a uma nova situação. A velhice é uma das maiores transformações fisiológicas pelas quais passa uma pessoa, e dela ninguém está livre (a menos, é claro, que não sobreviva até a velhice). Todos querem viver até aos cem anos, porém ninguém quer envelhecer. “Começamos a morrer no dia em que nascemos” (BERMAN, 1989, p. 13). Tudo apenas depende de como e quando começar o processo de envelhecimento, seja ele lento ou tardio, rápido ou precoce. Com o

avanço da medicina, hoje se pode retardar a velhice; mas não é possível impedi-la.

2. DIAGNÓSTICO

A depressão do idoso pode ser diagnosticada como distúrbio primário ou secundário. Segue-se a classificação diagnóstica segundo Netto (1996).

Na **depressão primária** não há alterações patológicas comprovadas, e ela foi por muito tempo classificada em endógena, neurótica, reativa ou psicógena.

Endógena – pode ser bipolar (cíclica) ou unipolar (periódica, evolutiva). A bipolar é menos comum, ocorrendo alternâncias de distúrbios depressivos e maniformes. A unipolar é duas vezes mais comum em mulheres em idade de 20 a 50 anos. Geralmente correlaciona-se com o baixo nível socioeconômico e há referência nos antecedentes da história familiar. Os sintomas mais característicos são ausência de reatividade e alteração psicomotora (delírio, alucinações ou estupor depressivo).

Neurótica – é uma das condições crônicas caracterizadas por numerosos episódios de sintomas de depressão e transtornos psiquiátricos, como dependência do álcool e de drogas. Varia da adolescência até a senectude.

Reativa – Pode estar relacionada a fatores sociais, perda de autonomia e independência, inatividade, perda de reputação social, dificuldade financeira, mudança de residência, insônia severa, doença física ou mental do cônjuge, viuvez recente, presbiacúcia, prejuízos do estado locomotor, perda de parentes e amigos, entre outros.

A **Depressão secundária** ou sintomática: está relacionada a alterações patológicas. Ela podem decorrer de doenças orgânicas, recebendo denominação de depressão somatogênica (acidente vascular cerebral ou derrame, doenças de Parkinson etc.); pode também estar relacionada com doenças psíquicas, nas quais a depressão faz parte da sintomatologia da doença de base ou ser consequência do trabalho ou intoxicação medicamentosa.

A depressão não pode ser diagnosticada através de exames

laboratoriais, não tem sintomas precisos ou atípicos, é um sofrimento e seus sintomas podem confundir. Não obstante, se não for tratada, pode trazer serias conseqüências, e no idoso pode ser muitas vezes mortal. O diagnóstico se baseia na noção de uma mudança cujo objetivo é que o idoso aprenda a viver.

3. FATORES

Junto com a velhice vêm inúmeras complicações que limitam as atividades mais comuns que o idoso realizava, ocorrendo uma maior susceptibilidade do idoso às causas da depressão, podendo-se citar: não-aceitação da velhice, mudanças fisiológicas, psicológicas ou sociais e doenças fitopatológicas.

“Os idosos tendem a preservar uma imagem de saúde, justificando suas limitações através das doenças. É mais fácil acreditar que estão doentes e não velhos” (NETTO, 1996, p. 160).

Não é nada fácil a decisão da aposentadoria, de se separar daquilo a que se dedicou a vida toda; não é fácil aceitar que o corpo não é mais o mesmo, que sua vida não tem tanto significado para os outros que o cercam - amigo, filhos e netos. Antes o indivíduo era visto como herói pelo filho; hoje, como um velho sem utilidade perante a sociedade, que não respeita nada nem ninguém (NETTO, 1996).

Começam, também, as perdas comuns no idoso. Segundo Netto (1996), sobrevêm perdas físicas, como diminuição da visão e da audição, das forças, da precisão manual, da flexibilidade, da rapidez na execução das tarefas; pode reduzir-se a capacidade do autocuidado e ocorrer a perda da auto-estima, da independência, da memória e das funções intelectuais.

A redução pronunciada da capacidade sensorial (visão e audição) pode resultar no isolamento do idoso, levando ao início da depressão. Outras causas podem ser a aposentadoria - com redução de ganhos e ocupação -, a viuvez, o afastamento ou abandono dos filhos e familiares, como também a morte de parentes e amigos sadios.

4. SINTOMAS

Os sintomas podem se manifestar de diversas formas e a depres-

são pode ser até mesmo assintomática. Em cada indivíduo ela pode se manifestar de forma diferente, dependendo da personalidade e história de cada um. Os sintomas básicos podem aparecer com algumas queixas e alguns problemas do paciente, assim como alguns achados clínicos suspeitos de depressão (SCHNEIDER, 1985).

As manifestações mais comuns da depressão são os sintomas vegetativos, que incluem insônia, fadiga, anorexia, perda de peso, constipação e diminuição do interesse sexual. Pessoas deprimidas podem expressar autodepreciação, culpa, apatia, remorso, raiva, frustração, além de sentir-se como se atrapalhassem a vida dos outros. Podem ter problemas em suas relações pessoais e interações sociais e perder interesse pelas pessoas. Em alguns casos elas podem negligenciar as práticas higiênicas e é possível surgirem reclamações de sintomas físicos como dor de cabeça, indigestão e outros. Às vezes podem ainda apresentar momentos de confusão causada por desnutrição ou outros efeitos da depressão.

A primeira alteração é a mudança de humor, que não consiste apenas em tristeza. Essa mudança pode começar como uma espécie de tristeza, mas uma tristeza crônica, apresentando vários sintomas, como: irritabilidade, dificuldade de relacionamento familiar, social, pensamento negativo, lentidão ou agitação, dores musculares generalizadas, insônia ou sonolência, perda de apetite, e o mais grave: idéia de suicídio.

As taxas de suicídio aumentam com a idade e constituem um risco entre pessoas deprimidas. Todas as ameaças de suicídio têm que de ser levadas a sério. O indivíduo pode apresentar idéias como, por exemplo, o uso inapropriado de medicamento, seja com superdosagem seja com omissão ou diminuição de dose. A auto-imaginação é outro sinal, e pode acontecer em casa ou até mesmo em uma instituição, se os funcionários não estiverem atentos em monitorar a ingestão e o estado nutricional. O deprimido pode ignorar restrições dietéticas ou recusar terapias; caminhar em uma área perigosa, dirigir intoxicado e expor-se a outros riscos. Esses tipos de comportamento podem indicar a vontade de morrer.

As causas mais comuns para desejos suicidas são: perdas recentes, mudança de estilo de vida, comprometimento e problemas de saúde, mudança ou limitação nos sistemas de apoio e uma história familiar de suicídio. Desejos de suicídio podem ainda se manifestar como um agravamento da depressão.

O idoso com idéia suicida necessita de cuidados especiais e ime-

diatos. É preciso providenciar um local seguro, removendo objetos potencialmente utilizáveis para autodestruição.

Outro sintoma comum é a *ansiedade*, que pode ter início quando começam as adaptações para as limitações físicas, emocionais e socioeconômicas da velhice, bem como novos problemas que freqüentemente surgem com o envelhecimento. Os sintomas da ansiedade são: rigidez de pensamento e comportamento, insônia, fadiga, hostilidade, inquietude; acender cigarro após cigarro, marchar, fantasiar; confusão e aumento da dependência, aumento ou diminuição do apetite. O depressivo controla freqüente e excessivamente seus pertences como jóias, roupas, e se envolve em tarefas secundárias (por exemplo, dobrar um pedaço de tecido); apresenta dificuldade de concentração e nas atividades manuais.

O indivíduo com depressão não sabe mais viver com os outros, tudo se torna motivo de explosão de raiva ou angústia. Esta irritação é percebida por ele e mal suportada pelos que o cercam. O contato com os outros fica muito difícil, por isso tende a voltar-se para si mesmo, o que acarreta um isolamento doloroso, quando ele acha que não merece que alguém se interesse por ele.

Sintomas, segundo Gérald (1994):

- *A angústia ou ansiedade* - é uma condição de mal-estar muito habitual no indivíduo deprimido. Essa espera penosa de um perigo mal-definido é uma experiência pela qual passamos todos nós, deprimidos ou não; isso significa que todos temos uma experiência de depressão.

- *As perturbações de caráter* - são freqüentemente e muitas vezes precoces na sintomatologia depressiva. O mau humor, a irritação e até a raiva, a recusa e a violência espantam as pessoas que cercam o doente mas não o conheciam sob esse aspecto. As perturbações de caráter geram intolerância e mal-entendidos, pois podem esconder por muito tempo os outros sinais da depressão.

- *Instabilidade emocional*: a depressão provoca reações emocionais intempestivas, desproporcionais e sempre desagradáveis e tristes. São crises de lágrimas sem motivos ou por motivos fúteis,

grandes desordens emocionais desencadeadas antes de empreender qualquer coisa ou provocadas pela idéia de ficar sozinho, por exemplo.

- *Anestesia afetiva*: são queixas de não ter mais vida afetiva, com tendência principalmente a se sentir indiferente e até a não mais amar aqueles a quem amava até então. Essa anestesia afetiva dolorosamente sentida pelo indivíduo deprimido é fonte de culpa. Não existe realmente um vazio afetivo no indivíduo deprimido, mas a depressão impede o indivíduo de sentir e viver os sentimentos habituais, principalmente os mais agradáveis.

- *A dor mortal* é constante; a depressão é um sofrimento que vai do simples mal-estar ou de uma indisposição vaga, inexprimível, até à tortura moral, em que tudo é triste e desanimador, negro, e a idéia de morte tende a invadir a totalidade da vida psíquica. Esse é um estado difícil de descrever. O sofrimento moral pode ser tão grande que a razão emocional desaparece; algumas pessoas, ao sofrer de depressão, ficam mudas, imóveis, prostradas, como que estupefatas.

- *A depressão e a morte*: a perda de esperança e a impossibilidade de projetar o futuro no decorrer de uma depressão fazem naturalmente aparecer a idéia de morte. A morte está sempre presente no pensamento do depressivo; o pensamento pode se tornar cada vez maior e aí surgir a idéia de suicídio, responsável por alto nível de morte em idosos. A idéia de morte nem sempre é revelada pelo depressivo.

- *Desaceleramento* (inibição psicomotora) - é um distúrbio mental, causando lentidão de idéias, dificuldade de associar os pensamentos, e mais ainda, de desenvolver um raciocínio. A voz pode ser afetada pela desaceleração depressiva, surgindo problemas como tom monocórdio, diminuição do ritmo.

- *Funções intelectuais alteradas*: a diminuição de atenção, as dificuldades de concentração, a redução da capacidade de fixação e a alteração da memória são queixas naturais comuns do indivíduo deprimido. Esses problemas conduzem naturalmente a erros nas atividades cotidianas. A pessoa deprimida se sente diminuída com a convicção de ter mudado, de ter perdido suas capacidades ou ainda a sua auto-estima, sentimento freqüente no idoso.

- *Sono alterado ou insônia* - que também ocorre muito na

madrugada; o depressivo acorda e não consegue mais dormir. É como se tocasse um despertador na madrugada, sempre nos mesmo horário. Outros dormem demais devido ao cansaço, e não se sentem des-cansados ao acordar. Seu sono ruim é sentido como não-reparador.

- *Perda de apetite* - é um sintoma comum (principalmente no idoso). O emagrecimento pode ser considerável e evocar, por exemplo, um câncer digestivo, sobretudo porque em geral é acompanhado de prisão de ventre, língua suja, mau hálito e dificuldades de digestão.

Existem algumas *doenças que acompanham a depressão*, das quais as mais comuns são: devido ao uso de medicamentos, acidente vascular cerebral (derrame), devido so uso de medicamentos; doença de Parkinson, Alzheimer, tumores (câncer), lúpus, doenças endocrinopatas. Ou seja, se o idoso já tem uma doença crônica, aumentam muito mais as chances de ele desenvolver a depressão.

No mal de Parkinson e no tumor do cérebro muitas vezes a primeira manifestação dos sintomas da doença é a depressão. A depressão é uma doença secundária, uma doença orgânica. È comum também em casos de câncer, quando surge a depressão devido à idéia de morte ou à própria dor insuportável.

Algumas doenças menos sérias, mas com tratamento prolongado (como moléstia reumática), são normalmente acompanhadas de reações depressivas; outras doenças, como as virais - por exemplo, a gripe - vêm sempre acompanhadas de cansaço e indisposição e podem evoluir para uma depressão. As doenças endócrinas (insuficiência da tireóide ou supra-renal são as mais comuns) comportam manifestações psíquicas - na maioria dos casos, depressão.

O uso de medicamento prolongado ou até pelo resto da vida pode também desencadear uma depressão. Exemplo disso é o uso de medicamentos para a hipertensão arterial (mais conhecida como pressão alta): neste caso não se sabe se a depressão é devida ao uso dos remédios (efeito colateral) ou à hipertensão.

A depressão decorrente de cirurgias é geralmente devida ao uso da anestesia, podendo também ter como causas a mudança de ambiente ou a terapia intensiva realizada antes ou depois da cirurgia, tendo ainda como fatores barulho, luz, insônia, preocupação com o des-

conhecido. A depressão pode ocorrer dependendo das condições em que o idoso se encontra, por exemplo, se ele está preparado para a cirurgia, se tem expectativas negativa em relação ao tratamento.

Além disso, a depressão não tratada pode acarretar inúmeras conseqüências, como doenças cardíacas, pulmonares e gastrintestinais. O idoso depressivo fica mais vulnerável à desidratação, deficiência alimentar que leva à baixa de imunidade e pode causar infecções do trato intestinal, respiratório, renal, entre outras.

Tabela segundo Stuart (2001) - Comportamentos associados com a depressão:

AFETIVO	FISIOLÓGICOS	COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS
Raiva	Dor abdominal	Ambivalência	Agressividade
Ansiiedade	Anorexia	Confusão	Agitação
Apatia	Dor lombar	Incapacidade de concentrar-se	Alcoólismo
Amargura	Dor torácica	Indecisão	Nível alterado de atividade
Moral baixo	Constipação	Perda do interesse e da motivação	Drugadicação
Negação de sentimentos	Tontura	Pessimismo	Intolerância
Desânimo	Fadiga	Atribuição de culpa a si mesmo	Irritabilidade
Culpa	Cefaléia	Autodepreciação	Falta de espontaneidade
Falta de esperança	Impotência sexual	Pensamentos autodestrutivos	Dependência excessiva
Impotência	Indigestão	Incerteza	Fraca higiene pessoal
Solidão	Insônia		Retardo psicomotor
Baixa auto-estima	Laxidão		Isolamento social
Tristeza	Alterações menstruais		Propensão ao choro
Senso de inutilidade pessoal	Náuseas		Baixo nível de realização
	Hiper-tagia		Retrimento
	Ausência de resposta sexual		
	Perturbações do sono		
	Vômito		
	Alterações no peso		

5. TRATAMENTO

“O ser humano é considerado sadio quando é capaz de amar e de trabalhar. E isso acontece quando sua vida esta relativamente livre de problemas, quando a pessoa já se estabeleceu na vida, mesmo que haja inúmeras perturbações, e quando ele conseguir desenvolver uma posição positiva com relação a si mesmo e, por conseguinte, também com relação à depressão” (NUBER, 1991, p. 63).

Quem está depressivo não vai dar o seu diagnóstico sozinho, na maioria das vezes é preciso que quem esteja por perto (família, amigos ou profissionais de saúde) ajude a dar início ao tratamento. O psiquiatra ou o psicólogo irão encontrar a maneira mais correta de fazer o tratamento com medicamentos ou outros métodos.

Muitos têm medo de ir ao psiquiatra, mas quando se trata de depressão, precisam de ajuda. “Não somos crianças, mas precisamos de ajuda e de assistência”. A doença e o acúmulo de dificuldades excessivas nos fazem regredir à posição em que, como na infância, não agüentamos, sentimos-nos acuados em meio a opções claras, como a opção de escolher “tudo ou nada”. A pressão dos acontecimentos nos impede de conseguir o recuo necessário para analisar e resolver uma situação difícil. Não precisamos de um pai, mas de uma terceira pessoa, com técnicas psicológicas, acostumada ao sofrimento psíquico e a seu caráter normalmente irracional (CUCHE, 1994, p. 125). É preciso procurar ajuda de profissionais especializados (médicos, psicólogos, gerontólogos ou outros), que possam dar o diagnóstico e indicar a melhor forma de tratamento.

O tratamento vai diferir de um idoso para outro, de acordo com a gravidade em que se encontre. Geralmente é medicamentoso (uso de tranqüilizantes ansiolíticos, terapêuticos e antidepressivos) ou psicoterápico.

O tratamento ou prevenção pode ser também realizado de maneira simples, como a mudança de hábitos, observar e eliminar o que está causando a depressão, achar uma solução ou “adaptação”. É importante que o idoso se mantenha em uma ocupação de seu interesse, que exercite a mente e, de preferência, que tenha remuneração adequada e digna, ou trabalhos voluntários que possam preen-

cher o tempo e a alma. Aliás, quem tem mais a ensinar é o idoso, para que se sinta valorizado e estimulado ao convívio social.

Como superar as perdas? A perda do cônjuge exige coragem para enfrentar a solidão, mas e preciso coragem para amar de novo, precisa alcançar a necessária adaptação, para abrir seu coração e buscar amigos, filhos, netos. Deve ocupar o tempo que resta durante o dia ou que aumentou após a aposentadoria; deve buscar saborear cada passo da jornada e deleitar-se com a libertação da luta diária, analisar idéias novas, provar novas emoções, ter criatividade. Tudo depende da capacidade de aceitar as mudanças. Ninguém pode dizer como é envelhecer, cabendo a cada um descobrir sozinho.

“O mundo em que vivemos é um lugar de mudanças contínuas, de progressos. Os continentes em constantes movimentos, separando-se e colidindo, enviando terremotos pelo mundo. Montanhas surgem e sofrem erosão, transformando-se em planícies. Novas espécies animais surgem e se tornam extintas. Não temos escolha senão aceitar a turbulência do mundo da natureza. Somente em seu reino humano pode o amor emergente fazer uma diferença significativa. Há mais de dois milênios, Sófocles corretamente percebeu que “de todas as maravilhas conhecidas do homem, nenhuma é mais maravilhosa que o próprio homem”. Muitas vidas ocorrem experiências maravilhosas, tão comovedoras, a ponto de deixar a convicção de que a vida agora está completa, embora não necessariamente terminada” (BERMAN, 1989, p. 219).

É preciso encontrar um equilíbrio para conseguir viver. Acima de tudo, aceitar cada um como ele é, amar a si mesmo, ter amor próprio; principalmente, o idoso precisa contornar os seus problemas assim que vão aparecendo. Ele deve buscar aquilo que gostaria de fazer mas nunca tinha tempo, e o que fez ou faz deve continuar a fazer, e não desistir.

Abaixo, a lista de possíveis atividades positivas, segundo Stuart

(2001):

- Planejar algo que se gosta de fazer;
- dar um passeio (uma caminhada, uma ida ao *shopping* para fazer compras ou um piquenique);
- ir ao cinema ou a outra forma de entretenimento;
- viajar;
- ir a palestras, reuniões ou aulas;
- comparecer a uma reunião social;
- praticar esporte ou jogo;
- passar algum tempo em um projeto ou passatempo;
- entreter-se em casa (por exemplo, ler ou ouvir música, assistir TV);
- fazer algo apenas para você mesmo (comprar algo, cozinhar algo de que gosta ou vestir-se confortavelmente);
- passar algum tempo relaxando (por exemplo, pensando, sentado, cochilando ou em devaneios);
- cuidar de si mesmo ou tratar da própria aparência;
- persistir em uma tarefa difícil;
- cooperar com uma outra pessoa em uma tarefa comum para ambos;
- fazer algo especial para outra pessoa, ser generoso, sair da rotina para ajudar alguém;
- fazer contato com pessoas (por exemplo, telefonar, dar uma passada na casa de um amigo, marcar um encontro ou reunião ou ir a uma festa);
- iniciar conversas (por exemplo, em uma loja, festa ou na escola);
- discutir sobre um tópico interessante ou divertido;
- expressar-se abertamente, claramente ou com franqueza (expressando opinião, crítica ou raiva);
- brincar com crianças ou animais;
- cumprimentar ou elogiar alguém;
- mostrar fisicamente afeição ou amor,
- receber elogios, cumprimentos ou atenção.

Enquanto existir vida deve-se viver intensamente. Nada é para

sempre nem fácil de se fazer, porém pode ser prazeroso, dependendo de cada indivíduo. Tem-se que buscar a felicidade nas coisas mais simples e repetir a dose a cada segundo da vida.

REFERÊNCIAS

BERMAN, Phillip. L. **A coragem de Envelhecer**. New York, Traduzido por Barbora Teoto Lambet: Gente, 1989.

CUCHE, Henry, GÉRARD, Alain. **Não agüento mais**. 2ª ed., Campinas, SP: Papirus, 1994.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NETTO, Martheus Papaleo, **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

NUBER, Ursula. **Depressão: a doença mal compreendida**. São Paulo, SP: Pensamento, 1991.

SAYEG, Norton, SAYEG, Ana S. **Vamos Envelhecer Bem: manual do auto-cuidados e prevenção**, São Paulo: Graphis, 1996.

SCHEINER, J.; **Manual da Geriatria**, São Paulo: Roca, 1985.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**, 6ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2001.

VERZTMAN, Julio S.; **Tristeza e Depressão: Pensando nos problemas da vida**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

ZIMERMAN, Guite I. ; **Velhice: Aspectos Bio-psicossociais**. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2000.