

2.2-Prevenção no curso de vida

2.2-Prevenção no curso de vida (39)

Sumário

- 2.2.1-Formas e significado da prevenção (39)
- 2.2.2-Aconselhamento para um envelhecimento positivo (42)
- 2.2.3-Prevenção de doenças corporais (44)
- 2.2.4-Prevenção da demência (47)
- 2.2.5-Prevenção de doenças psíquicas (49)
 - 2.2.5.1-Perturbações depressivas (50)
 - 2.2.5.2-Perturbações do sono (51)
 - 2.2.5.3-Dependência de medicamentos e drogas (52)
- 2.2.6-Prevenção do suicídio (53)
 - 2.2.6.1-Suicídio na população idosa (53)
 - 2.2.6.2-Prevenção primária, secundária e terciária (53)
 - 2.2.6.3-Formas de expressão do suicídio (54)
 - 2.2.6.4-Fatores de risco (55)
 - 2.2.6.5.-Campos de intervenção (55)
 - 2.2.6.6-O suicídio como uma doença (56)
- 2.2.7-Fontes de consulta (56)

2-Formas e significado da prevenção

Prevenção é a ação ou resultado de prevenir-se. Conjunto de medidas ou preparação antecipada (de algo) que visa prevenir (um mal), precaução, cautela. Prevenir é dispor com antecipação (algo) de modo que se evite mal ou danos. Impedir que aconteça, evitar.

A prevenção é um aspecto importante da Gerontologia Aplicada e medidas de intervenção preventivas direcionadas para pessoas idosas tem o objetivo central de assegurar a manutenção dos recursos e controlar o avanço no agravamento do estado de saúde.

A prevenção é também valiosa em idades avançadas. O objetivo de medidas preventivas situa-se sobretudo na manutenção, prevenção da piora da condição de saúde e preservação da autonomia individual. Através de medidas orientadas sobre exigências de saúde, sobretudo de fatores de proteção direcionados ao comportamento das pessoas, é possível que seja alcançado ganhos, não só do tempo de vida, mas também ganhos de vida em boas condições de saúde, com elevado bem-estar, através da compressão da morbidade.

A promoção da saúde deveria ser direcionada para todas as fases do curso de vida, porque os fundamentos de uma vida saudável devem ser incluídos antecipadamente na condução da vida diária. Não deveria ser focada exclusivamente em pessoas com idade avançada porque diz respeito a todos os grupos que ingressam na fase de envelhecimento (Schüz & Ziegelmann, 2012).

Em idades avançadas a prevenção oferece um campo de estudos que apresenta conteúdos valiosos para a pesquisa da Gerontologia Aplicada. Este significado é evidenciado pela Organização Mundial de Saúde, conforme citado por Schüz & Ziegelmann (2012) pelo fato da prevenção indicar que tem um grande valor com o objetivo de formular orientações precoces para pessoas idosas, para que possam usufruir um nível elevado de saúde, autoconfiança, independência e mantenham uma participação ativa na vida social (Weltgesundheitsorganisation, 1999).

Estes objetivos indicam sobretudo, que a prevenção na fase de envelhecimento não se situa apenas no estreito conceito do controle e redução do efeito de doenças. Dados atuais de relatórios institucionais da área de saúde indicam, por exemplo, que em grupos de idosos com 64 a 69 anos de idade, 62% sofrem de duas ou mais doenças. No grupo de 70 a 75 anos são cerca de 74% e no grupo de 76 a 81 anos são cerca de 80%.

Isto significa que, o ponto central da prevenção nos estágios mais avançados do envelhecimento, deve concentrar-se, sobretudo, em medidas de prevenção da piora do padrão de saúde, sobre a manutenção dos recursos de saúde ainda disponíveis e para evitar a incidência de novas doenças. Estas intervenções buscam alcançar a compressão da morbidade.

Na subdivisão das etapas de intervenção a prevenção pode ser dividida em Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária. Sobretudo, não deve deixar de ser considerado que, quando o objetivo é evitar o surgimento de doenças, no caso de doenças específicas como cardiovasculares, estas podem ser evitadas ou reduzidas preventivamente por medidas adequadas de atividade corporal e exercícios físicos.

Pontos de partida para prevenção no envelhecimento:

Os pontos de partida para prevenção, e o grau de sua influência, pelos quais são introduzidas propostas de prescrições de modificações na condução da saúde, são originados a partir de riscos e fatores de proteção para doenças do envelhecimento.

No grupo de idosos não se encontram apenas fatores que são dificilmente modificáveis (ex. predisposição genética, condições ambientais fixas), mas também fatores e variáveis alteráveis (ex. recursos ambientais modificáveis, fatores de risco comportamentais), e também fatores psicológicas e corporais que podem ser alterados. O grau de influência de cada uma destas modificações é variável sobre cada fator, pode atuar de forma simultânea ou ainda agir entre si de forma contrária.

Como exemplo, modificações da fisiologia (estudo das funções e do funcionamento normal dos seres vivos, especialmente dos processos físico-químicos que ocorrem nas células, tecidos, órgãos e sistemas dos seres vivo sadios) do envelhecimento, como a perda de massa muscular, pode ser compensada por treinamento físico orientado. Os efeitos de tais medidas podem ser efetivos e verificados, mesmo para pessoas bastante idosas (até mais de 80 anos). Por outro lado, modificações fisiológicas trazidas pelo envelhecimento podem ser influenciadas através de diferentes medidas de estabilidade, como por exemplo o rearranjo de recursos ambientais, como na substituição de equipamentos residenciais que dificultam a movimentação dentro das dependências da moradia.

Em outra forma a prevenção orienta-se para o modo de conduta individual, sobretudo sobre a capacidade da pessoa de incorporar modificações de comportamento, sobre o qual é decidido e complementado um Plano de Tratamento de Medidas Preventivas.

Enquanto que efeitos estáveis sobre o estado de saúde, como no caso de predisposição genética e alterações psicológicas são pouco influenciáveis, na melhor hipótese podem ser retardados, outros efeitos podem ser modificados em graus variáveis através da aplicação de medidas apropriadas. O resultado da adoção de uma medida preventiva adequada, depende de que seja direcionada para uma doença específica, ou se for uma medida genérica. Dentro do direcionamento a uma doença específica, atividade corporal por exemplo, pode ser apropriada para agir sobre a propensão da ocorrência de doenças cardiovasculares e também diabetes mellitus tipo II, e prover para o não surgimento de doenças demenciais.

Dentro de uma moldura de medidas gerais são abordadas por exemplo, prioridades de conduta para pessoas idosas como no caso de controle do tabagismo, consumo moderado de álcool, atividade corporal, nutrição fora do comum, ingestão irregular de medicamentos. A maioria destes hábitos tem a possibilidade de influenciar diversas causas de doenças.

Propostas de condutas orientadas a prevenção:

As sugestões que são relacionadas abaixo para orientar procedimentos, foram levantados em trabalhos considerados com maior grau de influência sobre a saúde no envelhecimento.

Também em pessoas com idades avançadas (80 anos ou mais) o ato de fumar ainda é um fator de risco significativo para mortalidade, o que significa, que ainda neste grupo seja possível conseguir melhoras de saúde, quando a pessoa parar de fumar. São susceptíveis a efeitos deletérios as vias respiratórias e doenças cardiovasculares, cujos danos podem ser reduzidos. Programas desenvolvidos para grupos alvo jovens, podem também ser aplicados a pessoa idosas, onde a taxa de sucesso é maior que no caso de jovens. Os argumentos repousam sobre ganhos de bem-estar na superação da dependência e no tempo de vida.

No caso da ingestão irregular de medicamentos por indivíduos idosos, muitas pessoas não se mantêm ligadas às orientações recomendadas para o seu uso. Ao lado de razões variáveis não intencionais, como o esquecimento ou troca de embalagem e tempo de consumo, idosos assumem motivações pessoais para alterar as recomendações de uso dos medicamentos. Isto fundamenta-se no fato de que pessoas idosas frequentemente lidam, ao mesmo tempo, com diversas doenças, com prescrições diversas, com diversos medicamentos. Na prática médica, pode acontecer que diferentes médicos prescrevem diferentes medicamentos, os quais interagem e podem causar efeitos colaterais indesejáveis.

O planejamento e a separação mecânica de medicamentos de uso diário e semanal podem ser organizados antecipadamente, sendo bastante útil para evitar erros não intencionais, mas medidas objetivas para evitar a modificação na prescrição precisam alcançar todo o conjunto de medicamentos através do esclarecimento

detalhado para o idoso, de como exatamente cada medicamento atua no controle das doenças.

Atividades corporais são recomendadas sistematicamente em muitos trabalhos de pesquisa, especialmente para pessoas idosas. O Colégio Americano para Medicina e Esporte, que divulga as mais importantes orientações para atividade corporal de idosos sugere por exemplo: para prevenção de quedas o treinamento de equilíbrio; para prevenção de restrições na capacidade de movimentação e flexibilidade, pelo menos exercícios durante 10 minutos, duas vezes por semana. Para melhora geral do estado de saúde, três vezes por semana durante 20 minutos, para exercícios com esforço elevado, ou cinco vezes por semana, por trinta minutos, para exercícios de esforço moderado. Na prática, apenas uma minoria de pessoas idosas alcança este nível de atividade sugeridas nas recomendações.

Para modificações efetivas e duradouras das atividades corporais, ao lado da disponibilização de estruturas nas quais idosos possam desenvolver atividades físicas há necessidade do apoio (um programa) e também são importantes fatores individuais como motivação e planejamento.

Pesam na prevenção da saúde corporal ainda aspectos ligados a saúde cognitiva, saúde bucal, nutrição, utilização de conhecimentos de programas e medidas preventivas como vacinação, que são relevantes para a incidência de restrições funcionais. A responsabilidade pessoal deve também ser promovida através de adequada orientação sobre o comportamento pessoal, colocando-se à prevenção, como o quarto pilar da ciência da saúde.

Uma medida preventiva relevante, seria ainda a condução de uma formação positiva para idosos, juntamente com a indicação sobre as principais possibilidades de influências positivas sobre a saúde em cada tempo do envelhecimento. Por isto, ao lado de modificações da conduta individual, também modificações da conduta da sociedade sobre conceitos de envelhecimento amigável, sobre a necessidades de recursos institucionais, privados e profissionais que ofereçam um ambiente de vivência saudável aos idosos. Isto envolve possibilidades individuais de acesso a estudo, recapitação profissional, acesso a postos de trabalho, a redes sociais, a engajamento comunitário e participação social.

Para que atinja um maior número possível de pessoas idosas, as medidas de prevenção precisam ser planejadas, aplicadas e avaliadas sistematicamente. Um claro esboço de ação efetiva é indispensável, no qual, todos os detalhes pertinentes das medidas de prevenção são colocados antecipadamente de forma bem fundamentada e em estreita relação com os resultados obtidos através de sua aplicação. (Schüz & Ziegelmann 2012).

2.2.2-Aconselhamento para um envelhecimento positivo

Aconselhamento para o desenvolvimento pessoal é comumente definido como ajuda profissional para a organização de processos de tomada de decisão e construção de uma orientação para o desenvolvimento de um plano de vida individual, que também é válido para um envelhecimento positivo. Coloca também um contexto

teórico, no qual o suporte intencional da própria vida ocupa um lugar central e se orienta sobre a escolha e implementação de objetivos de vida e a sua condução ao longo do curso de vida, dentro de um ambiente de possibilidades e restrições.

Um desenvolvimento intencional da vida incorpora processos de auto-observação, de auto avaliação e a implementação de objetivos que se situa sobre um fundamento de identidade e representações cognitivas que podem estar associadas a uma respectiva condição de vida. Pode conduzir a uma autorregulação efetiva baseada em numerosas observações precisas da própria pessoa e ligada a perturbações que ocorrem no seu curso de vida. Neste aspecto (interpretação do valor pessoal do próprio comportamento ou falsas concepções de suas próprias possibilidades de desenvolvimento) podem ser levantadas e equilibradas pela pessoa que atua como conselheiro. Na proposição de correções podem ser observadas e comparadas discrepâncias sobre expectativas e a capacidade atual de desenvolvimento da pessoa.

No objetivo geral como conduzir “uma boa vida” por exemplo, precisa ser caracterizado o seu significado sobre ações capazes de ser implementadas, a existência de meios adequados para sua realização e sua sintonização com outros objetivos pessoais, oportunidades disponíveis e restrições existentes. Tais processos dependem de competências de gestão, as quais são empregadas na reconstrução da situação de desenvolvimento, e de como estes conceitos são colocados e ajustados ao comportamento pessoal.

No aconselhamento para o desenvolvimento pessoal é colocado com grande valor, que o cliente explicita seus objetivos de desenvolvimento e que articulem seus projetos de forma concreta. Por outro lado, a isto pertence o levantamento das cadeias de meios e objetivos e seu retrabalho, através de um diálogo claro com o conselheiro. Neste aspecto pode ser importante que as estruturas conceituais do cliente sejam colocadas baseadas em fundamentos e dados da ciência ou da expertise do conselheiro, que deve trabalhar junto com o cliente, sobre quais meios, quais objetivos e qual plano de desenvolvimento, em dada situação, produz melhores resultados.

Planos de desenvolvimento pessoal contém uma sequência de sub objetivos, que se relacionam sobre um curto espaço de tempo e estão interligados com objetivos de longo prazo. A sequência estrutural de tais planos, com sub objetivos intermediários, permite manter a pessoa focada em resultados intermediários, motivando-a para avançar em direção a objetivos maiores. Sem objetivos claros planos de gestão de desenvolvimento pessoal, as intenções podem ficar presas a um desempenho rudimentar, os quais permanecem atrelados a sentimentos, desânimo e incapacidade de se ajudar.

O aconselhamento pode apoiar planos de vida no esclarecimento de objetivos e na construção de planos de desenvolvimento da vida como o uso do tempo, comportamento interpessoal, aproveitamento de recursos e autorregulação. Quando o padrão de “nada fazer para melhorar”, de adiar ou evitar decisões que conduzam a respostas emocionais, e frequentemente a perda de oportunidades, o trabalho de convencimento consegue eliminar tais atitudes, e é considerado que o aconselhamento é exitoso.

O aconselhamento para o desenvolvimento de um envelhecimento positivo tem por base as restrições progressivas de recursos individuais, apesar de elevada variabilidade, e incorporam um conjunto de características gerais que atingem o processo de envelhecimento. A redução da funcionalidade corporal e do potencial sensorial, que declinam a partir da meia idade de envelhecimento é acompanhada de redução da fluidez da inteligência, bem como no aumento de problemas crônico degenerativos. No entanto, através do avanço do conhecimento e tecnologia existe um amplo espaço de manobra para intervenções compensatórias (ex. visão, audição, dispositivos de mobilidade, cirurgias corretivas) as quais atuam sobre a manutenção do nível funcional e na prevenção do surgimento de novas perdas de recursos individuais.

Treinamento corporal, alimentação sadia, exames preventivos, suporte para habitação e ambiente amigável podem da mesma forma atuar de forma compensatória e em aspectos importantes da prevenção ou minimização de perdas funcionais. A compensação é prevista para ser aplicada em aspectos específicos e é bastante restrita em relação a condições funcionais anteriores em estágios mais jovens. Depende também da disponibilidade de recursos que podem estar em situações limitadas. Uma elevação do esforço no sentido compensatório que pode ser conduzido até metade dos anos de vida de 80 anos, indica ser valioso em diferentes aspectos positivos do envelhecimento.

Aconselhamento do desenvolvimento pessoal com relação à compensação de perdas funcionais orienta-se, sobretudo, sobre questões como o nível do esforço e a relação custo benefício. Os pontos considerados (manutenção funcional através da sobrecarga corporal do treinamento x manutenção através de descontração, suporte, prótese) precisam estar apoiados em conhecimentos científicos específicos em cada área problema. Por outro lado, as pessoas idosas passam a estar interligadas com uma elevação e crescimento do nível de conhecimento, descobertas e expertise, sobretudo no campo da regulação emocional, na vivência subjetiva do balanço do conjunto de ganhos e perdas que podem ser desfavoráveis com o avanço do tempo de vida.

Da mesma forma permanece a discrepâncias entre a qualidade de vida subjetiva desejada e a alcançada, mesmo quando ela se encontra estável. Em idosos jovens, investimentos para ganhos futuros são pessoalmente importantes no campo social e material para a qualidade de vida subjetiva. Já para idosos com idades mais avançadas, aspectos de uso do tempo livre, engajamento altruístico, participação religiosas tem maior valor. Estes dados indicam que ocorre um deslocamento da racionalidade individual com o avanço da idade sobre impulsos direcionados a competição, poder e sucesso.

É possível que com a manutenção do bom humor, seja possível trazer a vida para mais próximo de si mesmo e desfrutar, desta forma, o que ainda é possível e resignar-se com as coisas que não são mais possíveis de serem mudadas.

A exequibilidade e aplicabilidade de propostas de aconselhamento por si só não garantem um envelhecimento positivo, mas podem dar suporte ao desenvolvimento intencional pessoal, e desta maneira mobilizar recursos de desenvolvimento pessoal ainda disponíveis e não aproveitados (Gräser 2012).

2.2.3-Prevenção de doenças corporais

Prevenção é um dos pilares do sistema de saúde e apoia-se crescentemente sobre o foco da atenção antecipada em relação a ocorrência de efeitos de doenças. Em uma sociedade em que ocorre um aumento no prolongamento do curso de vida, a prevenção passou a desempenhar um papel significativo no controle das consequências dos efeitos acumulativos da redução das aptidões corporais e da morbidade. Ao mesmo tempo, o avanço do conhecimento científico passou a oferecer novas oportunidades de intervenção para a aplicação de medidas de prevenção das doenças que incidem sobre o processo de envelhecimento. Em uma população de idosos há o questionamento sobre a prevenção em situação de pessoas com idades avançadas, de como estas medidas precisam ser adaptadas, dimensionadas e avaliadas cientificamente.

Em uma sociedade que avança em idade surge naturalmente uma elevação da ocorrência de doenças crônicas e cujos efeitos são passíveis de redução através de medidas de prevenção. Na Alemanha, em grupos de pessoas com 65 anos por exemplo, a prevalência de doenças do coração (cardiopatias) e do aparelho circulatório (infarto, angina, trombose coronária) é de 19,1% em mulheres e em homens 28,3%. Para Diabetes mellitus tipo II a ocorrência é de 17,4% para mulheres e 18,72% para homens. A gravidade da incidência destas doenças pode ser influenciada por medidas de prevenção, a qual passou a ser um importante recurso da medicina para o sistema de saúde. (Diabetes mellitus tipo II é um distúrbio metabólico caracterizado pelo elevado nível de glicose no sangue no âmbito à resistência à insulina e pela insuficiência relativa à insulina. O tratamento é feito por exercícios físicos e alterações na dieta).

Enquanto as doenças são tratadas por medidas curativas, o princípio da prevenção é buscar evitar doenças, antes que estas venham a incidir sobre o indivíduo. A prevenção está focada no conceito de precaução e na promoção da saúde, o que significa a tomada antecipada de medidas que controlem os riscos decorrentes da incidência de doenças. A promoção da saúde, por sua vez, está ligada ao conceito de prevenção, por concentrar-se no desenvolvimento de recursos ligados à saúde, os quais, possam reduzir os riscos de incidência de doenças. Com o avanço da idade o significado da saúde desloca-se de um conjunto de doenças conhecidas para a intensidade com que afetam as capacidades funcionais e com isto, também, os objetivos e critérios de sucesso da prevenção. Assim, pessoas em idades avançadas que são atingidas por multimorbidade, passam a ser tratadas não apenas por único objetivo preventivo. Possíveis objetivos passam a ser o adiamento de efeitos de doenças, a obtenção de um grau mais ameno ou uma menor cronificação, um retardamento de perdas degenerativas durante o ciclo da doença e sobretudo, obter menores restrições funcionais e um maior estado de bem-estar, apesar da incidência de múltiplas doenças.

Na prevenção primária, existe para a pessoa com elevado tempo de vida, um grande número de medidas médicas, como no caso de intervenções medicamentosas. Ao mesmo tempo, acentua-se para cada medicamento usado a possibilidade de efeitos

colaterais indesejáveis por interações entre medicamentos. Resulta que, para cada recomendação medicamentosa, deve-se tomar preventivamente em consideração as prioridades relacionadas ao seu uso, baseadas em dados substanciais de estudos clínicos e epidemiológicos, os quais precisam estar disponibilizados para os clientes. Um grande leque de medidas de prevenção faz com que se torne necessário uma avaliação das medidas de prevenção. É preciso decidir se, como e para quem uma medida de prevenção é efetiva. Assim a efetividade deveria ser definida por resultados de estudos científicos associados clinicamente e orientados para um indivíduo específico para que se possa obter respostas relevantes. Além da efetividade, a capacidade de atuação deveria ser pesquisada para que medidas de prevenção sucessivas sejam melhoradas quanto a sua efetividade. Além disto, deveria também atuar para indivíduos de subgrupos relevantes de idosos. Deveria ainda ser considerada a necessidade de priorização e aspectos de economia da saúde como custos e benefícios da prevenção.

As especificidades da prevenção no envelhecimento precisam ser avaliadas por sua efetividade e poder ser adaptadas a subgrupos de idosos, como por exemplo, diabéticos, pessoas com restrições cognitivas, condições restritivas ligadas a barreiras ambientais, estilo de vida e características positivas e negativas do próprio envelhecimento que podem apresentar grande significado na tomada de decisão sobre adoção de medidas de prevenção. A heterogeneidade do envelhecimento precisa estar incluída neste cálculo.

A prevenção de quedas é relevante para pessoas com idades avançadas, e cujo objetivo é, por um lado minimizar sua ocorrência e por outro lado eliminar consequências de tratamento posterior. Existem amplas possibilidades de medidas de prevenção relacionadas ao uso do espaço privado e espaço público. No campo da fisioterapia é possível adotar medidas de treinamento para um melhor balanço do equilíbrio corporal, e exercícios físicos, e o medo de quedas precisa ser trabalhado psicologicamente. Boa percepção visual precisa ser promovida através de exames preventivos e uso de equipamento ótico. Além disto, medicamentos devem ser avaliados em relação a seus efeitos sobre o equilíbrio e sobre a necessidade de complementação nutricional para reforço da estrutura óssea através da suplementação de Cálcio e Vitamina D3.

Diversos objetivos preventivos de saúde são alcançados através da adoção regular de exercícios físicos. A atividade corporal atua no adiamento e redução de doenças coronárias, diabetes, na melhoria da saúde funcional, reduz o risco de quedas, retarda a desconstrução cognitiva e leva a uma melhor qualidade de vida. Para a elevação do nível de atividades físicas corporais em idosos podem ser adotadas diversas estratégias como o reforço na participação de grupos praticantes oferecidos pela comunidade, hábito de deslocamento a pé e a realização de caminhadas. Facilitar o acesso à informação e educação para a saúde, através de livros e palestras é considerado um primeiro passo como uma medida preventiva. Um segundo passo para modificação do comportamento sedentário é a reconstrução de competências para um estilo de vida ativo na busca da autossuficiência e auto regulação (Gellert & Hermann, 2012).

Após dezenas de anos, uma evolução recente de nosso conhecimento sobre o aparelho digestivo, revela que o nosso aparelho digestivo é o centro que governa nossa vida. Influencia o sistema nervoso o aparelho circulatório e o sistema imunitário através de nossa microbiota intestinal, o que resulta em efeitos relevantes no processo de envelhecimento. Isto deve levar a uma profunda reflexão sobre a nossa conduta na forma de como orientamos a nossa alimentação (Abdoun et al, 2016).

2.2.4-Prevenção da demência

A identificação de fatores de risco e de ganhos de proteção no caso de doenças que levam a demência, tem um grande significado social, em razão do crescimento significativo de sua prevalência no grupo de pessoas que alcançam idades avançadas. Nesta abordagem são destacados recursos de intervenção, sobretudo no campo do curso de vida individual, aos quais são adicionados resultados e conceitos atuais da pesquisa da Teoria sobre Reservas Cognitivas. Aborda uma revisão sobre os fatores de risco e medidas de proteção de doenças demenciais e o conhecimento sobre os fatores de risco que são relevantes para a implantação exitosa de medidas de prevenção.

A prevenção da demência vem se tornando de importância crescente no debate da saúde. Com fundamentação no alongamento do tempo de vida e da mudança do perfil populacional, no futuro irá aumentar a incidência de doenças degenerativas. Este fato salienta a enorme importância do reconhecimento e desenvolvimento de métodos de prevenção, o mais precocemente possível, para que se possa promover intervenções que tragam ganhos sobre o controle da demência.

Pesquisas indicam que 60 a 70% de todas as causas de demência são decorrentes da doença de Alzheimer (DA), pela qual ocorre um lento e progressivo padecimento da perda das atividades cognitivas. No entanto, é possível reconhecer com antecipação de 10 anos a sua predisposição em indivíduos, enquanto ainda a pessoa não está comprometida por deficiências de autonomia, e mesmo em idosos jovens já é possível detectar deficiências cognitivas ligadas a doença.

O déficit cognitivo individual resulta, não diretamente como consequência de modificações neurológicas, mas são moduladas em seu percurso através de diferentes fatores. Com base neste conhecimento o estudo epidemiológico tem seu foco voltado para a identificação de fatores de risco e de proteção que atuam na incidência da demência.

A capacidade funcional do cérebro humano, a influência de danos neurológicos, e um determinado grau reações compensatórias, estão alicerçadas sobre o conceito de reserva cognitiva. Este conceito orienta-se através da observação clínica de que o dano cerebral, em determinada medida, não é possível de ser caracterizado, e denota uma elevada variação entre indivíduos. Em pessoas falecidas em decorrência da DA foi observado que modificações cerebrais não apresentaram deficiências cognitivas ao longo do tempo de vida. Apesar de modificações patológicas do cérebro, isto não conduziu ao diagnóstico de uma sintomatologia clínica. Em estudos subsequentes foi demonstrado que pessoas com atrofia relevantes não foram afetadas clinicamente da mesma maneira que pessoas com atrofia cerebrais menores. Isto resulta na

compreensão de que ocorre uma capacidade individual de compensação na atividade cerebral em pessoas afetadas pela DA. Decorre destas constatações, que tanto em idosos jovens com em idades avançadas há a possibilidade de serem influenciados recursos individuais cerebrais de forma prolongada.

A reserva cognitiva e sua função compensatória é influenciada por diversos fatores como características individuais, nível de atividade cerebral e formação educacional, mas apesar de pesquisas intensivas, ainda não há consenso sobre exatamente quais fatores afetam a reserva cognitiva e como eles interagem.

Apesar de diferenças individuais, as deficiências cognitivas em relação a doenças da mente estão baseadas fundamentalmente sobre modificações do cérebro. Para estas modificações contam a formação e destruição de placas amiloides, uma redução de sinapses e a degeneração de neurônios. Ao lado da ação direta de fatores de risco sobre a função cerebral, são relatados efeitos indiretos de risco e de proteção, cujo comportamento pode influenciar, ou não influenciar o desempenho cerebral.

Entre os fatores indiretos não influenciáveis contam a fase em que se encontra o indivíduo no curso de vida, a predisposição genética e doenças corporais. A demência está altamente correlacionada com o tempo de vida. Enquanto no grupo de faixa etária de 65 a 69 anos, apenas 1% dos indivíduos são afetados por doenças demenciais, após 90 anos de idade, 35% das pessoas são atingidas. Os dados também demonstram que as mulheres, de um modo geral são mais afetadas que os homens, o que decorre do fato de que elas alcançam um maior tempo de vida, compondo a maioria dos pacientes sob tratamento no grupo DA.

Entre os fatores diretos influenciáveis contam o hábito do uso de estimulantes como álcool, cafeína, nicotina e o padrão nutricional. Outros fatores que são incluídos são o tipo de formação educacional bem como o nível de atividade cognitiva e corporal.

Enquanto que um consumo crônico e desmesurado de álcool pode afetar continuamente a capacidade funcional do cérebro, alguns estudos também indicam uma função de proteção sobre a capacidade cognitiva de idosos, quando o consumo de álcool é leve e comedido. No entanto estes resultados não permitem ainda considerar que possa ser incluída como uma medida primária de prevenção.

Os resultados atuais do consumo de cafeína indicam uma interligação positiva entre o seu consumo e uma redução do risco de demência, embora não possa ser classificada como uma medida preventiva.

A interação entre o consumo de nicotina e o desenvolvimento cognitivo está bem caracterizada como fator de risco individual.

Com base em pesquisas científicas não é possível estabelecer uma relação clara sobre a influência de hábitos alimentares sobre riscos a doença de DA. Estudos consideram que uma dieta com alto conteúdo de gordura e colesterol, bem como sobrepeso elevam o risco. Neste sentido a dieta mediterrânea, baseada no consumo regular de frutas, legumes, peixe e produtos alimentares ricos em Ômega 3, são considerados redutores de risco.

Um grande número de estudos tem constatado que existe uma interação forte entre o nível de capacitação cognitiva e a incidência de DA. A incidência e a prevalência

em pessoas com elevado nível de formação são significativamente mais baixas que em pessoas com baixo grau de escolaridade. Uma função protetiva decorrente de atividades dedicadas ao uso do tempo livre estimuladas cognitivamente puderam ser estabelecidas em diversos estudos epidemiológicos. Diversos estudos epidemiológicos partem da hipótese de que a atividade corporal regular possa retardar o início da incidência de DA, o que, no entanto, ainda não foi comprovado como efeito protetivo.

Na prevenção de doenças que levam a demência o conhecimento preciso dos fatores que podem exercer influência sobre as causas da doença são de grande significado. Uma prevenção otimizada, situa-se tanto quanto possível na desativação dos fatores de risco conhecidos e ativação dos fatores de proteção disponíveis. São considerados com grande relevo na prevenção o nível de formação educacional, o status sócio econômico, a atividade cognitiva e a atividade corporal. Os resultados de pesquisas confirmam que podem ser utilizados recursos implicados na reserva cognitiva que oferecem funções protetivas sobre a evolução da demência, tanto a nível individual como em pessoas com idades avançadas (Sattler, Wendelstein & Schöder, 2012).

2.2.5-Prevenção de doenças psíquicas

Cerca de um quarto de pessoas com 65 anos ou mais é atingida por doenças psíquicas. Ao lado de serem afetadas por deficiências cognitivas leves e quadros de perturbação por demência, ocorre sobretudo a depressão, perturbações do sono e doenças que decorrem de efeitos de dependência do consumo de substâncias que podem causar efeitos corporais danosos. No grupo de pessoas idosas apresenta-se também dificuldades de que seja efetuado um diagnóstico preciso de causas específicas, sobretudo em caso de manifestações depressivas, que podem resultar de múltiplos fatores incidentes.

A prevenção exitosa de doenças psíquicas requer a participação de um trabalho integrado de profissionais de diferentes especialidades e depende para sua aplicação, em muitos casos, de facilidades financeiras individuais e de acesso a estruturas institucionais adequadas. Com avanço do tempo de vida, medidas preventivas passam a representar uma importante contribuição ao sistema de saúde. Não somente a indivíduos idosos em si, mas também, para a sociedade como um todo, pelo ônus social que representa a capacidade de financiamento do tratamento de doenças psíquicas.

A prevenção de doenças psíquicas assume relevância pelo alongamento do tempo de vida e mudança demográfica. Estudos epidemiológicos indicam que um quarto da população da Alemanha padece de algum tipo de perturbação psíquica. Embora a demência esteja associada a pessoas com alto grau de envelhecimento, a incidência da depressão, suicídio, perturbações do sono e doenças resultantes de dependência de drogas não pode ser subestimada. Perturbações individuais e doenças decorrentes da esquizofrenia são menos relevantes em grupos de idosos.

A redução da prevalência de doenças psíquicas que atingem a fase de envelhecimento necessita de conhecimentos sobre fatores de prevenção do risco e de proteção, bem como, do desenvolvimento de programas de prevenção orientados

para grupos de risco. Neste aspecto podem ser feitas diferenciações entre medidas de prevenção primária, secundária e terciária.

As medidas de prevenção primária têm por intenção evitar o surgimento de novas doenças neurológicas e lançam seu foco sobre a população em geral. Buscam medidas de prevenção que possam evitar ou reduzir os fatores de risco e promover fatores de proteção que controlem a sua ocorrência. A aplicação de medidas de prevenção secundária baseia-se na intervenção precoce sobre uma população de risco e objetiva impedir a manifestação da doença. Com a ajuda de medidas de prevenção terciária é buscado eliminar uma determinada perturbação específica ou adotar providências que minimizem ou venham a causar novos danos funcionais. A seguir são abordados fatores de risco e aspectos de prevenção indicados em quadros de doenças não demenciais.

2.2.5.1-Perturbações depressivas.

É constatado que frequência de doenças depressivas não aumenta em estados avançados do envelhecimento. No entanto é verificado que a prevalência é de nível mais baixo em ambiente residencial (0,9% a 9,4%) e maior em contexto institucional (14% a 42%) e que ao longo do curso de vida ocorre uma prevalência de 9,5% em pessoas com idades de 61 a 65 anos.

Os preditores mais importantes para perturbações causadas pela depressão estão ligadas ao gênero feminino, doenças somáticas, danos funcionais e cognitivos, perda de ânimo para contatos sociais e histórico de depressões precedentes. São também incluídas como causadoras de perturbações depressivas individuais, doenças neuróticas e o medo e perturbações causadas por dependência de drogas.

A depressão no envelhecimento está associada a uma elevação da morbidade (conjunto de causas capazes de produzir uma doença), e mortalidade associada ao risco de suicídio. Isto restringe a qualidade de vida de forma elevada e coloca uma sobrecarga para a família, para a sociedade, bem como sobre toda a economia social e institucional.

O diagnóstico da depressão em idosos é dificultado pela dissimulação e comportamento que pode mascarar sua presença. Isto pode levar a um insuficiente reconhecimento de suas causas e a um tratamento adequado.

Na prevenção é importante considerar, ao lado de aspectos corporais, psicológicos, sociais e ambientais, também aspectos comportamentais. Situações de perdas individuais podem ser importantes no tratamento. A perda de familiares e pessoas da rede social, a perda de papéis sociais e profissionais, bem como a redução de capacidades funcionais corporais, que afetam a autonomia, podem influir no desenvolvimento da depressão. Junto com estes fatores pode ainda estar contribuindo a inatividade, a baixa disposição para atividades corporais, a perda de perspectivas futuras e a redução da autoconfiança. Na prevenção primária e secundária, tem que ser considerado também, que rupturas e perdas sociais são frequentemente fatos, que possibilitam acertos na adoção de medidas de tratamento para solucionar doenças depressivas.

Um dos objetivos da prevenção psicológica primária na depressão é a adoção de estratégias e competências que possam combater as condições que agem como sobrecarga na vida individual e afetam a autoconfiança. Pertence a esta categoria de tratamento, por sua efetividade, métodos psicológicos e psicoterapia interpessoal, bem como terapia cognitiva. Psicoterapia é o tratamento de doenças e problemas psíquicos que utiliza em geral técnicas sugestivas, persuasivas, reeducativas, relaxantes.

Sob o conceito de medidas primárias sociais, são entendidas todas as medidas que atuam contra o isolamento social. Nela a manutenção e a reconstrução de uma nova rede social tem um papel especialmente importante. Ofertas de apoio e aconselhamento, como grupos de ajuda, deveriam estar próximos aos locais de moradia e poderiam ser disponibilizados em centros comunitários públicos. Neste campo de intervenção situam-se medidas que atuam contra o isolamento social, que agem na construção de uma nova rede social, como no caso de comunidades que elegem morar em condomínios residenciais para idosos.

Ao lado de aspectos psicossociais, deve ser considerada a prevenção primária somática (que diz respeito ao corpo). Pesquisas neuropsiquiátricas mostram que modificações morfológicas cerebrais tardias devem ser consideradas pela possibilidade de poder ter levado a modificações cérebro vasculares. É particularmente importante caracterizar fatores de risco que influenciam como pressão arterial elevada, excesso de peso, tabagismo e falta de exercícios corporais.

Nutrição rica em colesterol, gorduras e álcool, em quantidades elevadas deve ser evitada, é recomendado o consumo regular de frutas, verduras e peixes.

Os sintomas de depressão podem também decorrer de um efeito colateral do uso de numerosos medicamentos prescritos, como por exemplo para doenças cardiovasculares, devendo ser reavaliada a sua indicação no sentido da possibilidade de uma redução da sistemática de seu uso. Para isto, uma adequada farmacoterapia desempenha um papel importante de controle da polifarmacia.

A prevenção secundária da depressão em idades avançadas comporta o reconhecimento e tratamento precoce e a delimitação das diferentes causas que influem na sua manifestação, o que favorece um tratamento antecipado que pode reprimir a forma somatizada da depressão.

A intervenção precoce na depressão através de medidas terapêuticas é importante, não apenas para evitar sua cronificação, mas também pela elevada propensão ao suicídio e mortalidade neste grupo de pacientes. Na prevenção terciária da depressão em idosos é também considerada a profilaxia medicamentosa como por exemplo através do uso de estímulo a neurotransmissores que agem na produção de serotonina e de lítio.

2.2.5.2-Perturbações do sono.

Estudos epidemiológicos mostram que perturbações do sono aumentam com o avanço da idade, afetam um quarto da população de idosos e que mulheres são mais afetadas que homens. Com o avanço da idade eleva-se também a ocorrência de problemas decorrentes de doenças corporais e psíquicas que passam a afetar o sono.

Doenças que afetam o aparelho circulatório, do estômago, sistema digestivo e doenças crônicas atuam negativamente sobre a qualidade do sono. Também o consumo de substâncias como o álcool, cafeína, psicofarmacos e medicamentos de controle da pressão arterial podem conduzir a insônia ou a sonolência. Além disso, perturbações do sono estão também influenciadas por doenças psíquicas como depressão e demência, fatores ligados a natureza comportamental como stress, excitação, falta de exercício e hábitos de sono inadequados. Muitas vezes o tratamento da insônia é efetuado por terapia medicamentosa através da ingestão de medicamentos que causam sono e atuam de forma rápida, embora esta terapia esteja ligada a desvantagens, como sobretudo o desenvolvimento de tolerância, dependência, modificação da estrutura do sono, alteração do humor, fadiga matinal.

A psicoterapia e prevenção estão focadas em medidas psicoeducativas que incluem o esclarecimento e aconselhamento sobre a higiene do sono e com o apoio de técnicas de descontração e exercícios corporais regulares.

2.2.5.3-Dependência de medicamentos e drogas.

O estudo do uso inadequado de medicamentos e álcool por idosos precisa ser avaliado e mostra que um terço dos medicamentos prescritos acabam sendo usados fora das prescrições. Neste grupo incluem-se tranquilizantes, antidepressivos e para indução do sono, que são adotados como consequência de perdas afetivas, redução de aptidões funcionais e solidão. Cerca de 24.6% de pessoas com 70 anos ou mais são tratadas com psicofarmacos, destacando-se a prevalência (13,2%) de Benzodiazepina.

A prescrição de psicofarmacos é muitas vezes indicada genericamente para tratamento de perturbações não claramente especificadas, mas deveria estar verificada por exigência médica obrigatória relacionada a sensibilização e dependência.

Para pessoas envelhecidas devem ser prescritas doses reduzidas e devem ser monitorados, por precaução, as funções corporais, como fígado, rins e coração.

O uso abusivo de medicamentos múltiplos pode conduzir a uma reação adversa acumulada e mesmo conduzir ao falecimento. O grupo de idosos mais afetado ao uso de Benzodiazepina forma a maior população dos asilos, nos quais prevalece a internação de longa permanência. Na perspectiva da prevenção é de se recomendar que a indicação de psicofarmacos esteja incluída em um contexto de tratamento psicoterapêutico, de forma que o uso de componentes farmacológicos esteja associado a componentes psicoterapêuticos e psicológicos.

Após 2011, os médicos franceses vêm trabalhando sobre uma lista de medicamentos considerados “essenciais” para a saúde da população. 150 a 200 vem sendo avaliados como o número necessário e suficiente para tratar 95% das doenças que ocorrem na França. É uma proposta provocante em um país onde mais de 5.000 medicamentos são disponibilizados, sob mais de 15.000 formas diferentes, e onde o consumo de medicamentos é 40% superior aos principais países vizinhos da Europa. Pela primeira vez, as agências sanitárias serão obrigadas, pela lei, a fazer uma triagem entre todos os medicamentos, que são considerados essenciais para a boa saúde, e os supérfluos. Milhares de medicamentos não servem para nada (Tourbe & Rambert, 2015).

A prevalência do alcoolismo em idosos, apesar de baixa, por condicionar um tempo de vida mais curto, atinge assim mesmo, 3% em homens com 65 anos ou mais e 0,5% em mulheres. Condições de abuso do uso de álcool por homens com 70 anos ou mais chega a 24% e em mulheres 2,10%.

A maioria dos idosos, passam apenas a depender do álcool após 60 anos de idade. É considerado que, como no caso da depressão, intervenções psicológicas, sociais e somáticas, estas possam atuar em conjunto na indução da dependência do álcool. A prevenção ainda está pouco apoiada em conhecimento científico. Para a mudança do hábito, embora pouco eficazes, são adotadas medidas de aconselhamento, grupos de autoajuda e otimização do ambiente social. Rupturas críticas como a morte de pessoas próximas pode levar a uma modificação do comportamento de consumo e desenvolver dependência, assim como perdas funcionais, desgaste dos recursos corporais e depressão. Nestas condições é indispensável realizar, com precedência, um diagnóstico para introduzir terapias que possam ser efetivas. Intervenções que são comumente recomendadas são o aconselhamento, a participação em palestras, a otimização do ambiente social.

Por outro lado, pessoas que adquirem dependência mais tardiamente no curso devida, são caracterizadas por sua maior integração social, e com isto, apresentam uma maior estabilidade de sua estrutura pessoal, resultando em menor sucesso no tratamento da dependência de álcool. Nestes casos é recomendado que sejam adotadas medidas que possam controlar o seu uso abusivo em vez da supressão do seu consumo social (Kuzma, Pantel, & Schröder, 2012).

2.2.6- Prevenção do Suicídio.

Em todos os países o número de suicídios em idosos é elevado. Como fatores predisponentes de risco para uma tentativa de suicídio após os 70 anos de idade, contam sobretudo pessoas que vivem só, baixo nível de formação escolar, tratamento pregresso psiquiátrico, tentativas precedentes, doença depressiva e psíquica, mau uso de substâncias, sofrimento corporal e isolamento social. O objetivo da prevenção do suicídio situa-se no tratamento através de apoio sistematizado e terapia que vise a minimização da pressão dos fatores predisponentes, a melhora do ambiente social, fortalecimento dos recursos individuais e o reforço de medidas psicoeducativas.

2.2.6.1-Suicídio na população idosa

Uma grande parte das pessoas idosas manifesta um crescente sentimento de perda de ânimo ou uma forte experiência emocional ligada a perda de recursos, que se torna resistente e ao mesmo tempo, a população idosa apresenta, em dois terços dos países, níveis mais elevados de suicídio que em outros grupos humanos. Dados estatísticos da Alemanha de 2006 indicam que o suicídio em homens com 60 anos ou mais chega a 22,1%, e em mulheres alcança 27,8% do total de pessoas suicidas. Em mulheres com 70 anos ou mais o número chega a 32%, e 23,6% em homens. Estes números, no entanto, podem ser maiores que os indicados pelos dados oficiais, já que a motivação para o suicídio em idades avançadas é maior. Como métodos de suicídio são empregados mais comumente o enforcamento, estrangulamento e sufocamento,

seguinte-se o emprego de armas de fogo por homens e envenenamento por mulheres.

(Kessler, 2012).

2.2.6.2-Prevenção primária, secundária e terciária

Condicionado pela a mudança demográfica, persiste o risco, de que no futuro o número absoluto de suicídios de pessoas idosas venha a se elevar. Esta tendência mostra que a prevenção do suicídio em idosos venha a se tornar uma importante política pública de prevenção da área de saúde, bem como uma exigência de terapêutica individual.

Em princípio são distinguidos três tipos de medidas possíveis de prevenção designadas como primária, secundária e terciária.

A prevenção primária do suicídio tem por alvo impedir, evitar, uma primeira tentativa de suicídio através de um espectro diverso de medidas preventivas, como por exemplo, através da melhoria da estrutura psicológica, psiquiátrica, de cuidados a idosos, através de campanhas de esclarecimento na mídia e sobre a limitação da disponibilidade de meios que podem ser usados para o ato suicida. São medidas que se situam primariamente no campo das políticas públicas de saúde.

A prevenção secundária baseia-se no reconhecimento e tratamento de pessoas propensas a cometer suicídio. O objetivo é, em uma situação individual de crise (para pessoas que estão afetadas por doenças psíquicas ou que tenham um histórico de tendência ao suicídio), reconhecer e reduzir o risco de comportamento suicida através de adequado aconselhamento, supervisão e medidas de tratamento.

A prevenção terciária tem por alvo (em pessoas que já tentaram procedimentos de suicídio) introduzir um tratamento ótimo e melhorar com isto a sua prognose (conhecimento antecipado).

Tanto na prevenção secundária como na terciária, desempenham uma função central psicólogos, médicos, profissionais do serviço social e pessoas ligadas a serviços de cuidados a idosos. Dentro destes critérios de abordagem é possível adotar medidas de prevenção de forma geral, seja seletiva para grupos de risco (pacientes em instalações geriátricas) ou para pacientes individuais que manifestem tendências suicidas.

2.2.6.3-Formas de expressão do suicídio

Para a expressão do suicídio contribuem o tédio (a vida não é mais considerada como um valor), desejo de morrer (pensamentos de morte, querer morrer), bem como tentativas anteriores de suicídio. Pode influir primariamente o avanço de perdas funcionais, a perda de autonomia. Em idosos é também frequente que ocorram comportamentos passivos ligados ao desânimo como o desinteresse pela alimentação e conseqüente desnutrição, omissão do uso de medicamentos e o não cumprimento de prescrições médicas.

A psicologia da morte descreve um conceito no qual é considerado que a pessoa, na verdade deseje realmente não mais continuar a viver, que não deseje mais conduzir uma vida prolongada difícil, influenciada por condições como a morte do

parceiro ou perdas funcionais graves. Apoio profissional frequentemente subestima o risco de suicídio em idosos, mesmo quando ocorre através de contato frequente com o paciente. Ao lado da falta de qualificação no campo do reconhecimento do suicídio, é também constatado que pessoas idosas, que tem a intenção de suicídio, raramente manifestam esta intenção.

Em pacientes idosos, que se submetem a tratamento psicológico, o número de ocorrências é significativamente mais baixo. Para avaliação da predisposição ao suicídio, os psicólogos e médicos dispõe de sistemas de entrevista e de questionamentos como por exemplo o “Geriatric Mental Status Interviews”.

2.2.6.4-Fatores de risco

Os fundamentos para introdução de medidas preventivas de suicídio em indivíduos idosos precisam estar baseados em dados de pesquisas médicas, psicológicas, epidemiológicos. No entanto, ainda existe pouco conhecimento sobre as interações complexas dos fatores de risco e fatores protetivos da etiologia (estudo das causas das doenças) da propensão suicídio. Todos os estudos realizados internacionalmente caracterizam que, além de um histórico biográfico de tentativa de suicídio, perturbações afetivas são o principal fator de risco para todas as formas de suicídio em idosos.

Em estudos sistemáticos realizados ficou evidenciado que em 86% das pessoas idosas que se envolveram em tentativas de suicídio, houve uma motivação por uma perturbação afetiva (sobretudo depressão). Apesar da pouca consistência dos dados, pode-se afirmar que, multimorbidade, restrições funcionais, fracas perspectivas de cura de doenças e dores contínuas elevam significativamente a tendência ao suicídio.

Contribuem neste sentido a perda de esperança, a ausência de sentimentos positivos, a consciência sobre a limitação do tempo de vida, além do sentimento da falta de apoio de outra pessoa, em geral familiares.

A viuvez é um fator de risco elevado em homens com idade avançada. Contribuem neste sentido a perda de esperança, a ausência de sentimentos positivos, idade avançada, além do sentimento da perda da pessoa mais próxima. Para o desenvolvimento de medidas preventivas, faltam ao lado do conhecimento sobre fatores, psiquiátricos, médicos, dados de pesquisa sobre fatores de risco psicológicos e psicossociais, e que são fundamentais para o delineamento de medidas de intervenção.

2.2.6.5-Campos de intervenção

Medidas concretas de prevenção do suicídio em pessoas idosas podem ser direcionadas a três áreas, no campo social, campo da informação e educação e na melhoria do setor de cuidados a idosos, para as quais são indicados programas de prevenção.

No campo social, da política de apoio a idosos e estruturação de condições amigáveis a idosos situam-se primariamente medidas na esfera da saúde e de política

social. Além disto devem ser consideradas medidas contra a discriminação de idosos, na promoção da integração social, através de projetos intergeracionais.

No campo da informação, esclarecimento e educação a finalidade é a orientação sobre a mudança de conduta da população, bem como na formação de recursos humanos especializados para lidar com a problemática do suicídio. Incorpora medidas de implementação de políticas sociais focadas na informação e esclarecimento da população em geral sobre os riscos de suicídio no envelhecimento, na desconstrução de falsos conceitos ligados a tolerância do suicídio de idosos. Uma medida relevante é a inclusão do tema em currículos de cursos ligados à saúde.

No campo da melhoria da estrutura do setor de cuidados a idosos, da medicina psicossocial que se orienta sobre a implantação de serviços itinerantes de apoio a idosos, que possam atuar no controle de crises e estejam ligados a redes locais e regionais de serviços de saúde. Particularmente relevante é a intensificação da organização de serviços de aconselhamento gerontopsiquiátrico e clínicas que ofereçam cuidados psicoterapêuticos mais robustos para idosos. Pessoas que atuam continuamente em contato com idosos podem ser orientadas sobre o reconhecimento precoce de pessoas com tendências suicidas e que poderiam estar integradas aos programas de serviços psicoterapêuticos e de cuidados a idosos (Kessler 2012).

2.2.6.6-O suicídio como uma doença

Segundo Barnéoud (2015) o suicídio encobre uma verdadeira doença. Adversidade social, problemas psicológicos, mas não somente estes, por baixo da decisão do ato escondem-se também predisposições biológicas, uma descoberta que muda a visão do flagelo. Segundo a autora, mais de 80.000 pessoas suicidaram-se no mundo em 2012 (OMS). A mortalidade masculina por suicídio ocorre de maneira generalizada com exceção da China. Na França, embora com esperança de vida elevada, também manifesta uma taxa de suicídio entre as mais elevadas da Europa (uma morte em 50). Em um recente estudo do Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale – France), mostrou que a taxa de mortandade por suicídio aumenta com a taxa de desemprego. No entanto, se as dificuldades sociais contam para o ato, muitas pessoas que vivem em situações difíceis não se suicidam, colocando a questão de uma possível predisposição biológica para o suicídio.

O suicídio passou a ser considerado como um fato social pela publicação do livro “Le Suicide” do sociólogo Durkheim em 1897, que descreveu o fato, de que certas tentativas contra a vida se desviam essencialmente em razão de fatores exteriores ao indivíduo, profissionais (desemprego e assédio) ou afetivos (divórcio, rupturas, perdas de pessoas próximas).

Posteriormente a medicina constatou que 90% das pessoas que se suicidavam sofriam de alguma doença mental, sobretudo depressão (doença psiquiátrica, crônica, recorrente, que produz uma alteração do humor, caracterizado por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima, culpa, assim como distúrbios do sono e apetite), mas também esquizofrenia (doença psiquiátrica endógena que se caracteriza pela perda do contato com a realidade) e problemas bipolares (doença psiquiátrica caracterizada

pela alternância de períodos de depressão e hiperexcitabilidade ou mania). Constataram também que menos de 20% das pessoas atingidas por tais problemas passavam finalmente ao ato. Isto levou a constatação de que a adversidade social e os problemas psicológicos são duas condições necessárias, mas não suficientes para que ocorra o ato.

Mais recentemente, pelo avanço das neurociências, da biologia molecular e da genética, os conhecimentos revolucionaram a compreensão do suicídio, pois elas indicam que seria uma doença biológica por inteiro. Vulnerabilidade para as condições de suicídio permitiram aos pesquisadores e numerosos médicos estimar que somente as pessoas portadoras de uma certa vulnerabilidade de origem biológica se suicidam (Barnéoud, 2015).

2.2.7-Fontes de consulta

ABDOUN,P,E, BETTAYEB,A,K, GRACCI,F & RAMBERT,H. Les super-pouvoirs du ventre.

In: Cience & Vie, Mondadori France, nº 1183, avril 2016, pg 49

BARNÉOUD, L. Suicide, il cache une vraie maladie, In: Science & Vie, Avril 2015, nº 1171,

France, Mondadori, page 86

KESSLER,E,M. Suizidprävention. In: Wahl,H,W, Römer,C,T, & Ziegelmann,J,P.

Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

KUZMA,E, PANTEL,J & SCHRÖDER,J. Prävention psychischer Krankheiten im Alter. In:

Wahls,,H,W, Römer,CT & Ziegelmann,J,P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

GELLERT,P. & HERRMANN,W,J. Prävention körperlicher Erkrankungen. In: Wahl,H,W,

Römer,C,T, & Ziegelmann,J,P. Angewandte Gerontologie,Stuttgart,Kohlhammer,2012

GRÄSER,H, Entwicklungsberatung, In: Wahl,W,H, Römer,T,C, & Ziegelmann,P,J,

Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

SATTLER,C, WENDELSTEIN,B, & SCHRÖDER,J. Prävention dementieller Erkrankungen

Im Alter. In: Wahl,H,W, Römer,C,T & Ziegelmann,J,P. Angewandte Gerontologie Stuttgart, Kohlhammer, 2012

SCHÜZ,B, & ZIEGELMANN,J,P. Formen und Bedeutung von Prävention, In: Wahl,N,W,

Römer,T,C, & Ziegelmann,J,P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

TOURBE, C. & RAMBERT,H. Des milliers de médicaments ne servent à rien. In Science

& Vie, Mondadori France, nº 1171, avril 2015

WELTGESUNDSHEITORGANIZATION. Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im

21. Jahrhundert. Kopenhagen: Westgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa