MARIA CRISTINA DINIZ GONÇALVES EZEQUIEL

O IDOSO E A VELHICE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MARIA CRISTINA DINIZ GONÇALVES EZEQUIEL

O IDOSO E A VELHICE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª. Drª Maria Cecília Sonzogno

SÃO PAULO

2005

Ezequiel, Maria Cristina Diniz Gonçalves

O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de medicina: um estudo de representações sociais / Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel. -- São Paulo, 2005.
xiv, 165f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

The elderly and the aging as seen by medical students – a social representation study.

1. Representação Social 2.Idoso 3. Velhice 4. Estudantes de Medicina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ESCOLA PAULISTA DE NEDICINA

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Chefe do Departamento:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do curso de Pós-graduação:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

MARIA CRISTINA DINIZ GONÇALVES EZEQUIEL

O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de medicina: um estudo de representações sociais

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca: Profª Drª. Maria Cecília Sonzogno

Profa. Dra. Vera Maria N.S. Placco _____

Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos _____

Profa. Dra. Sylvia Helena S. S. Batista _____

Aprovada em:_____/_____/_____

Dedico esse trabalho,

Ao amor da minha vida, meu querido Floriano, pelo seu total desprendimento, compreensão, companheirismo e amor.. Aos nossos filhos, Raquel e Carlos Augusto, Tiago e Nilane e ao nosso neto, Murilo... Vocês são a razão da minha existência!

À minha mãe, Maria Alice, pela compreensão, carinho, amor, preocupação, dedicação, obrigada! Você é o esteio da família, nossa força e nossa alegria! Ao meu inesquecível pai, que foi exemplo de coragem, confiança, otimismo, alegria, modelo!

Aos meus irmãos, Arnaldo e Márcia, Cecinha e Zé, Tereza e Virgílio e aos sobrinhos Roberta e Miguel, Caio e Bruno, Andréa e Marcela, vocês estão sempre comigo...

Aos meus tios Floriano e Antonieta,
por terem me dado o amor da minha vida!

Agradecimentos

À Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), pela oportunidade, incentivo, confiança e apoio total e irrestrito, em especial à Dra. Maria Isabel Sá Earp de Resende Chaves - Supervisora Geral da Fundação Octacílio Gualberto e ao Dr. Antônio Carlos Castor Maciel - Diretor da FMP, meus queridos amigos.

Ao Prof. Guillermo Lopez Lopez - professor titular da Disciplina de Clínica Médica, pela escolha do meu nome para fazer o mestrado entre tantos outros colegas, compreensão pela minha ausência neste início de ano (2005) na assistência com o quarto ano. Devo a volta à docência a você! Nunca esquecerei!

À querida professora e amiga Maria Cecília Sonzogno, minha orientadora, pelo privilégio de receber, além de suas orientações, os bons fluidos, o incentivo e o carinho, o sorriso sempre presente, a tranqüilidade, a confiança e a amizade.

Aos professores do curso de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, que tão bem souberam transmitir informações imprescindíveis à elaboração de nosso conhecimento nesse campo da ciência. Um carinho especial às professoras Sylvia Helena S. da Silva, Otília Seiffert, Lídia Moreno e ao nosso grande coordenador Nildo Batista, amigos, conselheiros, eternos professores. Maia, não vou esquecer da sua ajuda no colorido da figura da minha tese, obrigada!!!!

Aos colegas do curso, pelo carinho, amizade, cumplicidade e também ensinamentos. Em especial às minhas grandes companheiras de estudo, quarto, das horas tristes e das muitas alegres, Claudia Vasconcellos Midão, Eneida Quadrio Martins Veiga e Patrícia Maciel Pachá. Obrigada Marilene, pelas dicas bibliográficas.

Aos funcionários do CEDESS, sempre tão solícitos e amigos. Obrigada!

Ao grande Prof. Ruy, por ser amigo de verdade, pela compreensão nas horas de ausência. Você sempre me apoiou e incentivou na elaboração deste trabalho. Às Profa. Cláudia e Solange, vocês foram maravilhosas me ajudando e substituindo nas horas mais difíceis da tese, obrigada!

Ao professor e amigo do coração João Miranda, que me introduziu ao mundo fantástico das Representações Sociais. Fiquei encantada pelo tema. Agradeço, também, pela sua participação esplêndida no grupo focal.

À Profa. Cláudia Gorini, sempre pronta a ajudar em todos os momentos, de todas as formas, com alegria e amizade fraterna.

Aos meus queridos alunos, que foram solícitos, entenderam o significado deste estudo e participaram com vontade e interesse da pesquisa.

Aos estudiosos da Representação Social, Moscovici, Jodelet, Guareschi (em especial pela força), Abric, Sá, Spink, Jovchelovitch, Minayo, muito obrigada por serem meus companheiros e professores por tanto tempo!

À minha filha amada que, com sua eficiência e inteligência, me ajudou a categorizar e tabular todo o questionário. Sinto saudades..

Minha querida Nilane, pela paciência, competência na transcrição da gravação do 'grupo focal'.

À amiga Renata, obrigada por toda ajuda para a confecção deste trabalho.

À querida Irmã Cecília, que não se cansou de buscar 'pensamentos', sonetos, 'falas' para enriquecer este trabalho.

Aos meus mais diletos pacientes, que souberam esperar, entender minhas ausências, em especial ao Raimundo. Seu presente ficou comigo nas horas mais cruciais do trabalho.

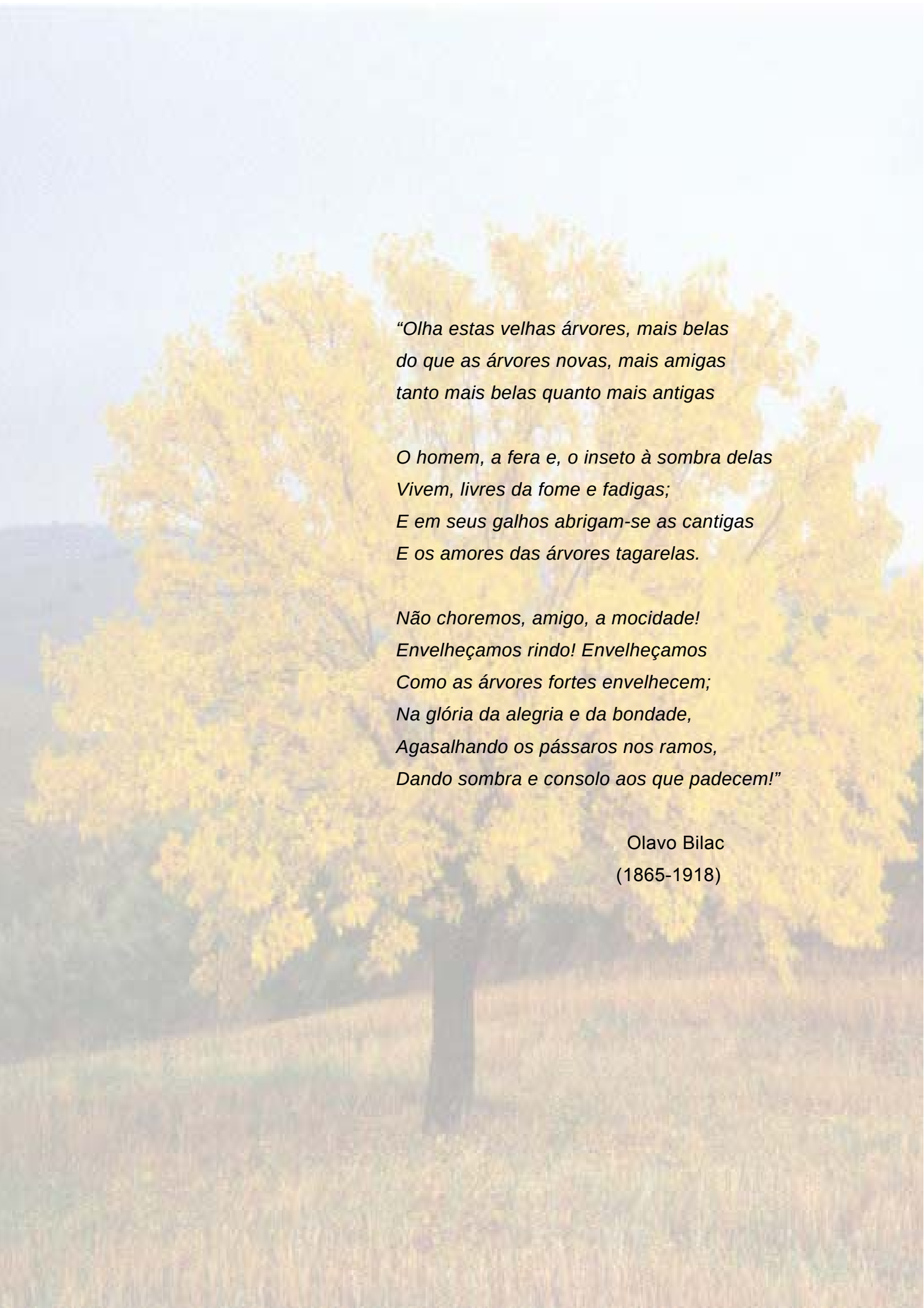
Minhas amigas e funcionárias, Tereza e Inês, pelo cuidado comigo, meus filhos, meu (nosso) neto, a casa, etc., meu muitíssimo obrigada!

Aos funcionários e amigos da Faculdade de Medicina de Petrópolis, em especial, Eduardo, Tereza, Vera, Wolmer, Jaqueline, Júlia, Adriana, Adriano e Leonardo.

À Iracema, tão solícita quando pedi toda a estatística de permanência dos pacientes.

A todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, contribuíram muito para a construção deste trabalho de AMOR...

A Deus, por ter me dado o privilégio de estar viva, e receber todas as graças, dons e alegrias... Obrigada!



“Olha estas velhas árvores, mais belas
do que as árvores novas, mais amigas
tanto mais belas quanto mais antigas

O homem, a fera e, o inseto à sombra delas
Vivem, livres da fome e fadigas;
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das árvores tagarelas.

Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo! Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem;
Na glória da alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!”

Olavo Bilac
(1865-1918)

“Podemos nos tornar poderosos pelo conhecimento, mas atingimos a plenitude pela simplicidade”

(Tagore)

Sumário

Dedicatória..... v

Agradecimentos..... Vi

Listas..... Xii

Resumo..... Xiii

Abstract..... Xiv

1. INTRODUÇÃO..... 1

2. REFERENCIAL TEÓRICO..... 9

2.1 Conceitos de Representação Social – Um passeio no tempo e na história..... 9

2.2 Representação Social na Saúde – É uma realidade? 26

2.3 Velhice e o Processo de Envelhecimento – Entre Mitos e Preconceitos o desejável e o real..... 35

2.4 O Idoso e a Velhice na Sociedade Brasileira Atual..... 47

3. OBJETIVOS..... 62

4. O PROCESSO DA PESQUISA..... 64

4.1 Contexto Institucional..... 65

4.2 Método..... 66

4.3 Os sujeitos em Estudo..... 67

4.4 Instrumentos..... 68

4.5 Procedimentos..... 72

4.6 Análise de Dados..... 74

5. NOSSAS DESCOBERTAS..... 79

5.1 Conhecendo os estudantes de medicina..... 80

5.2 Conhecendo as concepções de idoso e velhice..... 90

5.3 Descobrindo o que mais os incomoda na velhice..... 94

5.4 Conhecendo o que sentem na assistência a um paciente idoso..... 99

5.5 Definindo velhice com associação de palavras..... 105

5.6 Visitando uma situação do cotidiano: encontros, discussões, reflexões sobre o velho e o envelhecer..... 110

5.7 Morte, finitude, sentimentos: como os estudantes lidam com isto?..... 125

5.8 Conhecendo a concepção que os estudantes têm da velhice ao se verem no papel de velhos 129

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 132

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 138

Anexos..... 157

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição por cor, idade e naturalidade dos estudantes..... 80

Tabela 2 – Distribuição de freqüência relacionada à ascendência estrangeira, religião..... 83

Tabela 3 – Distribuição de freqüência relacionada à cidade onde residem e com quem residem..... 84

Tabela 4 – Distribuição de freqüência relacionada à idade e profissão dos pais..... 85

Tabela 5 – Distribuição de freqüência relacionada à existência e convivência com avós..... 86

Tabela 6 – Distribuição de freqüência relacionada à atividades extra-curriculares, livros significativos e atividade remunerada..... 88

Tabela 7 – Distribuição de freqüência relacionada à faixa etária com que gostaria de trabalhar..... 89

Tabela 8 – Distribuição de freqüência relacionada à idade a partir da qual considera uma pessoa idosa..... 90

Tabela 9 – Distribuição de freqüência relacionada à pessoa mais idosa com que convive, a que mais influenciou em sua vida e de que forma..... 91

Tabela 10 – Distribuição de freqüência relacionada ao conhecimento em relação ao processo de envelhecimento e como obteve as informações..... 92

Resumo

Este estudo teve como objetivos analisar as Representações Sociais que estudantes de Medicina têm do idoso e da velhice, buscando apreender as concepções sob a ótica do estudante do 4º.ano da faculdade de Medicina de Petrópolis; discutir as relações que este estudante tem com o idoso e a velhice e identificar suas dificuldades, anseios e expectativas no manejo com os pacientes idosos. Fizemos revisão bibliográfica sobre conceitos de Representações Sociais, Representações Sociais e Saúde, Velhice e o Processo de Envelhecimento, e o Idoso e a Velhice na Sociedade Brasileira Atual, falando de índices demográficos, de como estamos nos relacionando com os idosos, tentando mostrar que a "causa" deles é uma causa de todos nós. Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo que utilizou como instrumentos o questionário com perguntas semi-estruturadas e a técnica do 'grupo focal'. A população de estudo foi composta por noventa e seis estudantes que cursaram o 4º. ano de medicina, no ano de 2004. A análise dos dados foi realizada utilizando dois procedimentos: cálculo de freqüência de ocorrência e porcentagens, e análise temática dentro dos critérios de análise de conteúdo. Os resultados foram discutidos e encontraram-se concepções da velhice, como 'sabedoria' e 'experiência' para amenizar o fato de ser um período de perdas, incapacidades, dependência, doença e proximidade da morte. Podem ter qualidade de vida, se puderem trabalhar, ter lazer, serem respeitados. Os velhos são teimosos, não aceitam a velhice, mas são pacientes que reconhecem o trabalho dos estudantes como futuros médicos. Relacionam-se bem quando são identificados como avós e parentes. As atitudes estão diretamente relacionadas ao vínculo e são negativas quanto maior for o medo e a angústia sentidos pelos estudantes, por associarem velhice à doença e à morte. Revelam saberem pouco sobre o processo de envelhecimento, fato que dificulta a relação médico/paciente por se sentirem impotentes, com limites. Consideramos a importância da educação permanente no estímulo à construção do conhecimento nesta área, visto que a velhice é uma realidade e a população idosa está em crescente progressão. Relevamos a necessidade imperiosa de introduzir estudantes de medicina nas comunidades, nos primeiros anos de graduação, para que tenham o contato com a população saudável no sentido pleno da palavra, visando que se crie vínculo e implante nos estudantes de medicina de hoje, o senso de responsabilidade social.

Abstract

This study had as objectives to analyze the Social Representations that students of Medicine have of the senior and of the old age, looking for to apprehend the conceptions as seen as by student's of the 4th grade of the Petropolis Medical Scholl – Rio de Janeiro; the relationships that this student has with the senior and the old age to discuss and to identify their difficulties, longings and expectations in the handling with the senior patients. We made bibliographical revision on concepts of Social Representations, Social Representations and Health, Old age and the Process of Aging, and the Senior and the Old age in the Current Brazilian Society, speaking about demographic indexes, of as we are linking with the seniors, trying to show that their "cause" is a cause of all of us. This is a research of qualitative stamp that it used as instruments the questionnaire with semi-structured questions and the technique of the ‘focus groups’. The study population was composed by ninety six students that studied the 4th grade of medicine, in the year of 2004. The analysis of the data was accomplished using two procedures: calculation of occurrence frequency and percentages, and thematic analysis inside of the criteria of content analysis. The results were discussed and they were conceptions of the old age, as 'wisdom' and 'experience' to soften the fact of being a period of losses, incapacities, dependence, disease and proximity of the death. They can have life quality, if they could work, to have leisure, they be respected. The old ones are stubborn, they don't accept the old age, but they are patient that recognize the students' work as future medical doctors. They link well when they are identified as grandparents and relatives. The attitudes are directly related to the bond and they are negative as adult is the fear, the anguish felt by the students, for they associate old age to the disease and the death. The students demonstrated very little factual knowledge about the process of ageing, a fact that impairs the student-patient relationship by intensifying the feelings of helplessness and of limitation, normally expressed by medical students. We consider that the introduction of a policy of continuous education represents a permanent stimulus for the construction of knowledge in this area, helping make the students understand that the ever increasing presence of the elderly in our society is a fact of life. It is thus very important to introduce medical students directly into the community, at an even earlier stage of their curriculum, permitting them to establish a relationship to the healthy members of the community in order to increase their bonding capacity as well as to help them develop more elaborately their sense of social responsibility.

Relação de afeto intergeracional simbolizando carinho, segurança, apoio, amor…

1. INTRODUÇÃO

> *"A história das ciências, como a de todas as idéias humanas, é de sonhos irresponsáveis, de teimosias e de erros. Porém, a ciência é uma das raras atividades humanas, talvez a única, na qual os erros são sistematicamente assinalados e, com o tempo, constantemente corrigidos."*
>
> *(Popper, citado por Morin, 2001, p.59)*

Após 22 anos de observação diária, seja como docente da Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), atualmente do 4º ano, ou como médica intensivista do Hospital Santa Teresa, tendo sido coordenadora e diarista por 11 anos, mantendo contato com alunos do 4º ano da mesma faculdade, fico extremamente preocupada com a relação médico-paciente que eles mantêm com os idosos.

Sentimo-nos responsáveis e percebemos a necessidade de pesquisar, identificar, apreender e entender os diversos tipos de comportamentos, reações, atitudes e emoções apresentadas por esses estudantes frente ao paciente idoso.

Na observação aleatória, temos a impressão de que, na maioria das vezes, as reações são negativas, com sensações de fracasso, impotência, insucessos, insegurança, medo, o que muito me preocupa. Em nossas buscas por pensamentos solidários, encontramos 14 trabalhos, dentre eles os dos seguintes autores: Bayne (1974) do Canadá, Perrotta *et al* (1981), Warren *et al* (1983), Coccaro, Mille (1984), Austin (1985), Duthie *et al* (1987), Adelman *et al* (1992) e Intrieri *et al* (1993), entre outros dos Estados Unidos, Sainsburry *et al*, (1994) da Nova Zelândia, Shahidi, Devlen, (1993) da Inglaterra, que compartilham da mesma impressão e desenvolveram trabalhos com inclusões de cursos sobre idoso e o processo de envelhecimento normal, senescência, e o patológico, senilidade, aos currículos institucionais, no intuito de transformar as atitudes e relações inicialmente vazias em ricas e compensadoras.

Para Deary *et al* (1991), existe um consenso de que estudantes de Medicina apresentam atitudes negativas frente ao paciente idoso sendo um

dos objetivos do ensino de conhecimentos geriátricos na graduação o de melhorar estas atitudes. Os autores ainda citam grandes trabalhos nesta área realizados por Spence *et al* (1968), Traines (1991).

Levenson *et al* (1980), fizeram uma pesquisa na qual entrevistaram 267 estudantes do 4º ano de três diferentes escolas de Medicina nos Estados Unidos. Quando questionados, 70% dos estudantes declararam não sentir necessidade de treinamento em Geriatria e Gerontologia. Embora suas atitudes frente aos pacientes idosos demonstrassem relação com conceitos negativos, idéias estereotipadas dos mesmos, muito mais do que em relação a qualquer pessoa de outros grupos etários.

No nosso país, o interesse pelo maior conhecimento sobre a velhice e o processo de envelhecimento vem crescendo lentamente, um pouco desencontrado com a explosão demográfica que a nós chega.

No Brasil, o processo de envelhecimento caminha de maneira ascendente e chegou num momento de crise econômica "(...) em que as desigualdades e os problemas sociais parecem recrudescer." (Ferrari, 1999, p.201). Acredito que este seja um dos motivos fundamentais para explicar as dificuldades encontradas e para a superação dos mesmos.

O número crescente de idosos implica em aumento das demandas sociais, o que representa grande desafio político, social, cultural e econômico. Com isto, o tema "envelhecimento", antes só estudado no campo da Geriatria e Gerontologia, hoje ganha espaço em outras áreas do conhecimento e não pode ser diferente na área da Saúde.

Queremos nossos estudantes de Medicina cientes da importância do conhecimento do processo do envelhecimento, de suas implicações na vida das pessoas, das famílias e da sociedade.

Temos que aproveitar o momento feliz, no qual as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina (2001) ditam normas para que nós da Academia preparemos nossos alunos para a sociedade, com compromisso e responsabilidade sociais, para que criem vínculos com seus pacientes e entendam as suas demandas, sejam elas biológicas, psicológicas, ou sociais (Brasil, 2001).

O estudo sobre o processo de envelhecimento na Universidade vem ocorrendo desde meados de 1970, e tem sido objeto de teses e dissertações, mas só a partir da década de 90, principalmente na região sudeste, com o surgimento dos cursos de pós-graduação em Psicologia, Educação, Ciências Sociais, Saúde Pública, Enfermagem e Medicina é que houve um crescimento significativo (Papaléo Netto, 2002).

No ano de 2000, no II Encontro das Universidades, realizado em Recife, ficaram registradas a compreensão e aceitação da existência de mais uma área do Conhecimento Científico ─ , a "Ciência do Envelhecimento", o que mostrou:

> *"(...) a relevância para a Ciência Brasileira visto que aglutinará pesquisas cuja interatividade potencializará o manejo do envelhecimento em todas as suas áreas de atuação e de construção do saber."*
>
> *(Papaléo Netto, 2002, p.7)*

Segundo Pessini, Queiroz (2002), existe uma necessidade urgente de que surjam oportunidades educacionais voltadas para o cuidado do idoso para todos os profissionais da área da saúde.

Estamos vivendo mudanças demográficas em que a população idosa, principalmente a "de maior idade" – aqueles com 85 anos ou mais –, cresceu em mais de 50% por década desde 1940 (Calkins, 1997). Esses são alguns dos "longevos" que mais têm necessidades de cuidados médicos, internam mais, têm mais comorbidades, são mais carentes dos cuidados especiais.

Os pacientes idosos são hospitalizados mais vezes durante o ano e têm longa permanência hospitalar. Num dos Hospitais de Ensino da nossa Faculdade, o Centro de Recuperação de Adultos do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp (CRA / HMNSE), o tempo de permanência é de, em média, oito a quinze (8 a 15) dias, enquanto o de adultos em geral é de três a cinco (3 a 5) dias (RGM do Brasil Informática – Sistema AIH – HMNSE, 2004).

Os pacientes hospitalizados têm doenças mais graves, mais debilitantes, o que dificulta a comunicação, têm menos interesse pelo quê os cercam, entendem menos as instruções médicas e interagem menos com o seu médico.

Quando apresentam um “caso interessante”, atraem a atenção dos internos e demais estudantes no hospital, o que contribui para aumentar a confusão do paciente com tantas pessoas diferentes ao seu redor. Como fazer uma ligação e com quem? (Coy, Miller, 2000).

O fato de estar hospitalizado já é suficiente para explicar a desorientação em muitos pacientes, principalmente nos mais idosos. Adelman *et al* (1987) estimam que isso ocorra aproximadamente em 40 % dos idosos com mais de 65 anos.

Um outro problema muito importante é que a maioria das escolas médicas prepara os alunos para lidar com problemas agudos, urgentes e de cunho puramente biomédico, indo de encontro às necessidades do paciente idoso que são, o cuidado a longo prazo – daqueles que são portadores de doenças crônicas –, carinho e atenção, escuta, muito mais do que tratamentos curativos de doenças específicas (Jahnigen, Scheifer, 1986).

Sem dúvida, um dos grandes desafios atuais da educação médica é a necessidade de formar médicos que respondam às demandas sociais, com uma visão técnica e humanista, com competência, embasadas em conhecimentos científicos, tendo habilidades psicomotoras, atitudes adequadas, comportamentos éticos e compromisso social (Batista, 1998).

Acreditamos fielmente que para isso precisamos conhecer os nossos estudantes, suas representações, sua bagagem cultural, suas idéias, seus anseios, dúvidas e certezas, para que possamos como professores e educadores, enfatizar a proposta da multidimensionalidade, tentando avançar no entendimento das três dimensões fundamentais do conhecimento: técnico, humano e político-social.

Vários trabalhos têm mostrado a importância da relação interativa médico-paciente na evolução positiva de doenças crônicas dos idosos

(Tennstedt, 2000; Aldeman *et al*, 2000; Coy, Miller, 2000). Como seria a evolução em relações desajustadas, sem equilíbrio, interesse e parceria?

Temos, pois, outras perguntas:

Quem são os sujeitos do nosso estudo, estes estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis? Que concepções de Idoso e de Velhice eles têm? Como é a relação interpessoal destes estudantes com os idosos? Quais são as Representações Sociais que eles têm do Idoso e da Velhice? Quais são as suas atitudes frente aos pacientes idosos?

Acredita-se que às habilidades de relações humanas incorpore-se o sentimento positivo que aproxima os sujeitos e camadas sociais (Teves, Rangel, 1999). Precisamos, pois, aproximar nossos estudantes de Medicina de seus pacientes idosos.

Para conseguirmos êxito, é preciso antes de qualquer outra ação, que nos debrucemos na observação de suas atitudes frente a eles, tentando entendê-las, estudá-las, avaliá-las, analisá-las, para que depois tentemos uma aproximação mais sincera, forte, duradoura, respeitosa e de amor entre eles.

Segundo Minayo (citada por Teves, Rangel, 1999), só após o conhecimento das representações sociais podemos trabalhar mudanças, pela reflexão das mesmas e suas conseqüências na produção de comportamentos, no intuito de alcançar a visão multidimensional do problema.

Do que mais o mundo contemporâneo necessita é de ética e democracia. Neste campo não se verificam avanços que se comparem aos da área de ciência e tecnologia. O cientista, além de responsável pelo avanço científico-tecnológico, precisa sentir-se responsável também pelo avanço humano (Luckesi, 1991).

Onde vemos este avanço, se com o crescimento da população de idosos ainda encontramos preconceitos, estereótipos e atitudes negativas?

> *"O envelhecimento e a velhice são cercados de inúmeras falsas crenças, de estereótipos e preconceitos, todos solidamente arraigados nos indivíduos, nos grupos e nas instituições sociais"*
>
> *(Neri et al, 2002, p.979)*

Precisamos lutar contra conceitos e atitudes negativas, no intuito de dar uma melhor qualidade de assistência a nossos pacientes idosos e uma melhor relação médico-paciente, o que certamente se reverterá numa melhor qualidade de vida para pacientes e médicos.

Precisamos formar médicos que invistam em saúde, em prevenção, no desenvolvimento de métodos, técnicas, que não só prolonguem a expectativa de vida dos indivíduos, mas lhes dêem qualidade de vida fisiológica e funcional (Kaplan *et al*, 1989).

Aí, encontrar-se-ão as diferenças na formação de um médico comprometido, que mantém vínculo e respeito pelo seu paciente, e que se sente responsável pela sua recuperação, sendo seu maior cúmplice.

Fazendo parte do Corpo Docente da Faculdade de Medicina de Petrópolis, sinto a necessidade de me aproximar, para melhor compreender qual a representação que os estudantes do 4º ano têm do idoso, saudável ou não, para tentar entendê-los, identificando "modelos", buscando explicações, correlacionar interferências, verificar conseqüências sobre a relação médico-paciente, investir com vontade e muita determinação nas transformações, nas construções e re-construções de relações mais estáveis, de mão dupla, que tragam prazer e alegria para todos.

Isto será feito através desse estudo, numa tentativa confiante de conhecer a "visão de mundo" desses estudantes.

"Visão de mundo" definida por Lukács (1974) é:

> *"(...) precisamente este conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que reúnem os membros de um grupo (mais freqüentemente de uma classe social) e as opõem aos outros grupos."*
>
> *(citado por Minayo, 1993, p.170)*

Víctora *et al (2000, p.124)* dizem que:

> *"Uma pesquisa pode auxiliar a compreender a visão de mundo de um determinado grupo, e a partir dessa visão, as ações podem ser desencadeadas com o objetivo de interferir em alguns comportamentos (...). Não há como alterar comportamentos de fato sem restabelecer alguns fundamentos dessa visão de mundo."*

Queremos entender "para quê", "como", "com que finalidade" e o "por quê" das atitudes e comportamentos frente aos pacientes idosos, e só assim conseguiremos interferir de maneira consciente, determinada e fundamentada na "visão de mundo" desses estudantes, com a intenção de aproximá-los da situação demográfica, histórica, cultural e social dos idosos na realidade atual.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

> *"A opinião (...) torna sociais as ciências e científicas as sociedades."*
>
> *(Moscovici, 1978, p.28)*

2.1 Conceitos de Representação Social – Um passeio no tempo e na história

Ao estudarmos Representações Sociais, nos deparamos com um mundo de conceitos e interpretações daquilo que está relacionado ao sujeito como ser que pensa, que sente, fala, critica, vive e convive, aprende, ensina, reflete em sociedade, e a relação entre ele e o sistema que o abarca. Pensar em Representações Sociais é descobrir a importância do olhar para saberes, sejam eles formais ou não, com olhos interessados em ver além da clivagem entre ciência e "senso comum", mas acreditando que ambos são construções sociais e, portanto, sujeitos às influências do contexto sócio-histórico-cultural e têmporo-espacial.

Para Roazzi (2002, p.82)

> *"(...) adotar o "constructo" das representações sociais significa buscar compreender não somente o que e como as pessoas representam um objeto cujo conteúdo possui um valor socialmente evidente e relevante, mas também por que e para que o fazem daquela forma".*

De acordo com Spink (1993, p. 302)

> *"Trata-se, evidentemente de inserir o estudo das representações sociais entre os esforços de desconstrução da retórica da verdade, componente intrínseco da Revolução Científica que inaugura a modernidade das sociedades".*

Dessa forma, este estudo que ora inicio sobre Representações Sociais tem como prioridade descortinar, expor os "por quês" e "para quês" olhamos dessa ou daquela maneira para um objeto ou fenômeno e o representamos socialmente exatamente como os enxergamos, no sentido mais completo da visão. Qual o real significado, qual a importância, qual a influência desse objeto para o meu cotidiano e como eu ajo sobre ele.

Vários são os estudiosos do assunto, tanto no campo da Sociologia, Antropologia como Psicologia Social – disciplinas que se interessam pela relação entre o indivíduo e sociedade (Farr, 1999).

Segundo Jodelet (citada por Spink, 1993, p.304),

> *"(...) as representações sociais, enquanto conceito transdisciplinar, interessam a todas as ciências humanas".*

Como acontece com todas as novas teorias, por ocasionar mudanças na forma de pensar, refletir, a teoria das Representações Sociais enfrentou um período de grande resistência, ficando encoberta por uma década, com o predomínio das teorias Marxistas na Europa, retornando a surgir na década de setenta com apoio de adeptos de diversas áreas do saber (Jodelet, citada por Silva, 1989).

Tentaremos tecer breves comentários sobre as diversas conceituações e reforçar a importância delas no desabrochar do conhecimento científico e seus efeitos sobre o homem, seus pensamentos, idéias, conflitos, mitos na inter-relação dos sujeitos e na prática real do cotidiano.

Para melhor entendermos as definições de Representações Sociais, nos reportamos, a priori, à identidade do indivíduo.

Segundo Moscovici (1978), o indivíduo projeta sua identidade no objeto que representa, portanto, a identidade é uma questão '*chave'* na representação de qualquer objeto.

Para Santos (2000), a identidade deve ser considerada uma questão central na teoria das Representações Sociais, já que se traduz em especificidade para formar um conhecimento e representá-lo, sob ponto de vista teórico-metodológico, nas ações sociais e demais estratégias para se alcançar êxito nas intervenções que visem transformações no meio social.

Seguiremos, pois, a ordem de primeiro saber quem sou, o que represento para mim mesmo, para posteriormente estudar, avaliar e interpretar as diversas definições sobre um assunto de importância indiscutível e ímpar, o que o mundo, as pessoas, a sociedade representam para mim e para o grupo.

Para Bakhtin (1992, p. 378),

> *"Tudo que me diz respeito, a começar por meu nome, e que penetra em minha consciência, vem-me do mundo exterior, da boca dos outros (da mãe, etc.), e me é dado com a entonação, com o tom emotivo dos valores deles. Tomo consciência de mim originalmente, através dos outros: deles recebo a palavra, a fama e o tom que servirão para a formação original da representação que terei de mim mesmo."*

Identidade é definida, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001, p.1565), como:

> *"Estado do que não muda, do que fica sempre igual. Consciência da persistência da mesma personalidade."*

O Dicionário de Língua Portuguesa também define identidade: (Ferreira, 1997, p 255)

> *"(...) como o reconhecimento de que um indivíduo é o próprio de quem se trata, é a prova de que somos uma pessoa determinada e não outra".*

Nesse sentido, essa definição é conservadora, estática, e está ligada à idéia da imutabilidade, negando, pois, o caráter dinâmico do ser humano.

Segundo os estudos da Psicologia, desde o seu nascimento, o indivíduo desenvolve relações sociais as quais vão determinar sua socialização e sua identidade. Vejamos o que diz Scheibe: "A socialização é a formação da identidade que ocorre como uma consciência da interação social" (citado por Abdalla, 1998, p.20).

Observamos, pois, ser a construção da identidade um processo dinâmico, dialético, intimamente imbricado com as relações sociais que estabelecemos, aonde, em movimentos de idas e vindas, vai personalizando de maneira mutável e provisória e está sempre se reorganizando.

A nossa identidade é algo que construímos ao longo da nossa vida e o fazemos através das relações sociais que estabelecemos e da maneira como assimilamos o que é real, o que é certo, o quê e como queremos ser, e, portanto, estamos em constante observação e imitamos aquilo que aprovamos e rejeitamos o que repugnamos.

A construção do processo identitário articula componentes psicológicos e sociológicos, fazendo uma interestruturação entre identidade social e individual dos atores sociais. Na realidade, nos apropriamos de modelos precedentes, transformando-os e dando-lhes individualidade, um caráter particular.

A relação entre seres humanos é feita através de trocas de significados, de representações sociais que trazemos, influenciados pelo nosso conhecimento cultural, nossa vivência prática, nossa interpretação individual do que significa para nós o representado no sentido social, psicológico, o conhecimento formal transformado, organizado, partindo da subjetividade para o real, concreto e atual que pode ser modificado a cada momento, segundo nossos interesses, nossas necessidades, nossas vontades e conveniências. Essa relação acontece através da empatia, da simpatia, mas também da oposição, da diferenciação, do confronto de idéias e conflitos (Abdalla, 1998).

> *"As representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, estão necessariamente radicadas no espaço público e nos processamentos através dos quais o ser humano desenvolve uma identidade, cria símbolos e se abre para a diversidade de um mundo de outros"* (Jovchelovitch, 1999, p. 65).

Vemos, pois, que Representações Sociais estão em constante construção e são elaboradas, transformadas, acrescidas, enriquecidas e modificadas de acordo com novos interesses, fatos, relações, trocas e acontecimentos no cotidiano dos seres sociais.

Segundo Arruda (2002, p.68), a teoria das Representações Sociais amplia e revoluciona a abrangência da Psicologia Social, pois ao estudá-las, ressalta aspectos como: "(...) o afeto, os valores, a pertença e a sistemática através da qual o objeto se incorpora ao subjetivo".

Para Farr, "O indivíduo tanto é um agente de mudança na sociedade como é um produto dessa sociedade" (1999, p.51).

> *"Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a visão contemporânea do senso comum".*
>
> (Moscovici, 1981, p. 181).

Segundo Jodelet, representação social é:

> *"uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"*, e completa esclarecendo que *"qualificar esse saber como 'prático' se refere à experiência a partir da qual ele é profundo, nos quadros e condições nos quais o é, e sobretudo ao fato de que a representação serve para se agir sobre o mundo e sobre os outros"* (1989, p. 43-45)

"A representação se constrói nessa ação de conhecer / re-conhecer / fazer o conhecimento" (Eizirik, citado por Teves, Rangel, 1999, p. 128).

"Por que" representações sociais? Segundo Abric (citado por Sá, 1999, p. 43-44) as representações sociais têm quatro funções essenciais que são:

- *"Funções de saber: elas permitem compreender e explicar a realidade"*. Facilitam e são imprescindíveis para a comunicação social.

- *"Funções identitárias: elas definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos (...)"*. Dessa forma situa os indivíduos e os grupos de acordo com sua identidade pessoal prazerosa, segundo valores sociais e historicamente determinados e assim imprime um papel importante no controle social.
- *"Funções de orientação: elas guiam os comportamentos e as práticas"*. (...) *"Elas definem o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social"*.
- *"Funções justificatórias*: elas permitem justificar o posterior, as tomadas de posição e os comportamentos (...)". Permitem que os atores sociais expliquem e justifiquem suas condutas, isto é, suas atitudes frente às situações do dia-a-dia.

Nas três últimas décadas, essa noção possibilitou um avanço muito importante para a Psicologia Social. O conceito passou a abranger algo novo em relação à noção de atitude, o que significa que os indivíduos, frente a objetos cotidianos, têm relações que não são mais vistas como singulares e sim como reatualização de saberes compartilhados nos grupos (Sá, 1999).

O trabalho pioneiro de Moscovici realizado em 1961 sobre a teoria das Representações Sociais foi classificado como uma forma sociológica de Psicologia Social. Para ele, quando se estuda Representações Sociais, não podemos separar o sujeito "puro" do objeto "puro" e sim relacioná-los. Compactuamos com sua afirmação de que "(...) não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito" (Moscovici, 1999, p. 12).

Em seu trabalho realizado em 1961, Moscovici nos mostra que a análise das Representações Sociais objetiva três dimensões que são:

A primeira se refere à estrutura interna dos conteúdos das proposições relativas a um determinado objeto da representação. Através dela, constatamos que uma representação é uma unidade de elemento ordenado, estruturado e hierarquizado.

A segunda refere-se à quantidade e à qualidade de informações que o grupo possui a respeito de determinado assunto social, ou seja, tudo aquilo que a pessoa conhece sobre o objeto da representação.

Por último, temos a atitude, que reflete as orientações positivas ou negativas em relação ao objeto socialmente representado, seja ela atitude favorável, desfavorável ou neutra (Moscovici, citado por Veloz, Schulze, 1999, p. 483).

Atitudes são concretizações de sentimentos pró ou contra pessoas e coisas com quem entramos em contato. Elas vão se materializando durante nosso processo de socialização, são o resultado da aprendizagem do senso comum e do conhecimento formal, podem surgir atendendo a funções, que são cognitivas, afetivas e comportamentais e são conseqüências de características individuais de personalidade ou de determinantes sociais.

As atitudes figuram dentre os chamados "construtos hipotéticos" utilizados como elementos importantes na explicação do comportamento humano. As atitudes, pois, são determinantes na tomada de posição frente aos outros e aos acontecimentos. É em função delas que se avaliam sentimentos, comportamentos e escolhas. Muitos estudos têm demonstrado exaustivamente que as atitudes constituem poderosos preditores do comportamento (Rodrigues *et al*, 2000).

Conforme Moscovici (1978), há dois processos principais envolvidos na elaboração das representações sociais, quais sejam: ancoragem e objetivação.

Ancoragem refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído, onde cada "objeto" previamente conhecido passa a adquirir um determinado valor hierárquico para um grupo de indivíduos. Ancorar é classificar e denominar. "(...) coisas que não são classificadas nem denominadas, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras" (Moscovici, 1984, p. 30).

Para Jodelet (citada por Sá, 1996), ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas mudanças ocorridas em tal processo.

Já a objetivação significa tornar tangível algo abstrato, sendo o processo através do qual se criam imagens equivalentes não verbais. É a operação através da qual se torna real, concreta a figura ou imagem. "Na objetivação, materializa-se a palavra." E mais, "(...) o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar" (Jodelet, citada por Sá, 1996, p. 98).

Em suma, para se entender "por quê" Representações Sociais no estudo de fatos, fenômenos e pessoas, devemos nos reportar a Moscovici quando diz que:

> *"No todo a dinâmica dos relacionamentos é uma dinâmica de familiarização, onde objetos, indivíduos e eventos são percebidos e compreendidos em relação a encontros ou paradigmas prévios. Como resultado, a memória prevalece sobre a educação, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, a imagem sobre a 'realidade'" (Moscovici, 1984, p.23-24).*

Farr (1999) escreve que Durkheim foi um dos fundadores da Ciência Social na França, da Sociologia moderna. Em 1898, argumentou que Representações Sociais não poderiam ser reduzidas a representações individuais e defendeu a independência da sociologia com relação à psicologia. Durkheim foi dos estudiosos, na época, o que mais se mostrou hostil à psicologia, mais precisamente à psicologia do indivíduo. Ele fez a distinção entre sociologia (o estudo das representações coletivas) e psicologia (o estudo das representações individuais). Por causa disso, quando Moscovici propôs que se estudassem Representações Sociais, esse novo campo foi classificado como uma forma sociológica, e não psicológica da Psicologia Social.

O pensamento de Durkheim opõe o individual ao coletivo e dá a estes elementos um caráter estático e isolado. O conceito de Representações Coletivas, é, portanto, insuficiente para explicar as mudanças que ocorrem de forma muito rápida em consonância com o desenvolvimento tecnológico e transformações cotidianas sociais e individuais.

Farr (1994), quando diferencia os dois conceitos de Representação: Coletiva e Social, destaca que o primeiro é mais apropriado para um contexto de sociedades menos complexas, enquanto o segundo, criado por Moscovici em 1961, se volta para sociedades mais modernas aquelas, pois,

> *"(...) caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas." (p. 44-45).*

Minayo (1994), quando fala sobre Durkheim, observa que a concepção positivista do mesmo sobre a representação coletiva tem sido muito criticada, pois ressalta o poder de coerção, quase que absoluto atribuído à sociedade sobre os indivíduos.

Moscovici (2001), também diferenciando as representações diz que:

> *"As representações individuais têm por substrato a consciência de cada um; as representações coletivas, a sociedade em sua totalidade." (p.47)*

Continua dizendo que a representação coletiva é homogênea e vivida por todos os membros de um grupo assim como eles partilham a língua natal, e tem como função a preservação do vínculo entre eles para que pensem e ajam de modo uniforme.

Sob o ponto de vista Marxista, para Minayo (1994, p. 92)

> *"(...) a visão durkheimiana elimina o pluralismo fundamental da realidade social em particular as lutas e antagonismos de classe."*

O homem é um ser racional, essencialmente social e, portanto, imita, pensa, reflete, opina, traça idéias, discute com seus pares. Graças a estas características, ele tem a capacidade de intervir no meio em que vive, socializar idéias e transformar sua realidade e sua história. Ao longo dos anos, as Representações Sociais se re-constroem e interferem nas atitudes e comportamentos.

Para complementar nosso pensamento, recorremos a Moscovici que disse:

> *"(...) a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos." (Moscovici, 1978, p.26)*

Recorremos também a Jodelet em suas explicações:

> *"As representações sociais (...) sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação." (citada por Spink, 1993, p. 300)*

Moscovici também se posiciona em relação à comunicação.

> *"(...) a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos."*
>
> *(Moscovici, 1978, p. 26)*

Ao mesmo tempo em que a comunicação é peça fundamental para a socialização das Representações Sociais devemos estar atentos para o fato de que ela pode ser usada para desvirtuá-las e distorcê-las.

> *"A comunicação social é responsável pelo modo como se forjam as representações sociais, assim como determinam a formação do processo representacional estruturado em três níveis: 1/ cognitivo (refere-se ao acesso desigual das informações, interesses ou implicações dos sujeitos, necessidade de agir em relação aos outros); 2/ formação de Representação Social (objetivação e ancoragem); 3/ edificação das condutas (opiniões, atitudes, estereótipos)".*
>
> *(Jodelet, citada por Moreira, 2001, p. 64)*

Para Max Weber (citado por Minayo, 1999), as representações sociais são elaboradas através de termos como "idéias", "espírito", "concepção", "mentalidade", usados muitas vezes como sinônimos, e trabalha de forma muito particular a noção de "visão de mundo". Para ele, a vida social – conduta cotidiana dos indivíduos – é carregada de significado cultural. Essa significação é dada tanto pela base material como pelas idéias, dentro de uma relação adequada, em que ambas se condicionam mutuamente.

Segundo Jodelet, o sujeito é autor da construção mental e ele a pode transformar à medida que se desenvolve. Ela delimita cinco características fundamentais na construção das representações sociais que são: o aspecto referencial, que se traduz em que elas sempre são a referência de alguém para alguma coisa; seu caráter imaginativo e construtivo, que a faz autônoma e criativa e finalmente a natureza social, o fato de "os elementos que estruturam a representação advêm de uma cultura comum e estes elementos são aqueles da linguagem" (Jodelet, citada por Guareschi, Jovchelovitch, 1999, p. 76). Ainda, considerando as definições de Jodelet, as Representações Sociais devem ser estudadas.

> *"(...) articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm".*
>
> *(citada por Minayo, 1999, p. 121)*

As dimensões cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representações sociais.

> *"É quando as pessoas se encontram para falar, argumentar, discutir o cotidiano, ou quando elas estão expostas às instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e à herança histórico-cultural de suas sociedades, que as representações sociais são formadas".*
>
> *(Moscovici, 1999, p. 20).*

Segundo Moscovici, (1978, p. 63)

> *"(...) a estrutura de cada representação (…) tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica (…) em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura"*

As representações sociais são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que embora pertença a todos, transcende, a cada um, individualmente. Nesse sentido elas são espaços potenciais de fabricação comum, aonde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida em comum, o espaço público (Guareschi, Jovchelovitch, 1999).

Segundo Minayo (1999) as Representações Sociais possuem núcleos positivos de transformação e resistência na forma de conhecer a realidade. Isto quer dizer que devemos analisá-las criticamente, pois correspondem às situações reais da vida. Nas representações podemos encontrar elementos tanto de dominação como resistência, conflitos, contradições, como conformismo de pensamento coletivo ou de grupos.

É muito importante saber que compartilhar Representações Sociais não significa que aja constantemente homogeneidade do conhecimento entre os atores envolvidos. Ao contrário, é a riqueza e a pluralidade de conhecimentos que faz desse tema uma fonte sempre fecunda de estudos, reflexões e transformações. As contradições são imprescindíveis para perpetuar o caráter crítico e de construção social contínua das Representações Sociais.

Santos diz que:

> "*Mesmo considerando que uma Representação Social é uma teoria compartilhada por um grupo de sujeitos, não se pode afirmar que cada membro do grupo compartilhe inteiramente com o conjunto de significados dessa representação em qualquer momento e sob quaisquer circunstâncias. (...) ao estudar a Representação social de um dado objeto, busca-se compreender a articulação entre o consensual e o heterogêneo, entre o coletivo e o individual".* (2000, p.155)

Para Minayo,

> *"(...) representação social é um termo filosófico que significa reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento"* (1999, p. 89).

Segundo Salles (1991, p. 13), *"representação social é a significação que os indivíduos atribuem à sua realidade e que é expressa pela linguagem"*. E continua dizendo que as representações sociais transcendem ao indivíduo, uma vez que são reproduzidas socialmente no processo histórico do desenvolvimento das relações humanas. Em 1993, ele completa sua definição relacionada à interação entre humanos, no dia-a-dia e como isso influencia nas atitudes cotidianas.

> *"Representações Sociais são afirmações que os indivíduos fazem sobre sua realidade e sobre sua interação com outros homens, é como apreendem a vida cotidiana. E essa representação social orienta o comportamento do indivíduo no seu agir de todo dia, na sua cotidianidade"* (Salles, citado por Abdalla, 1998, p. 21).

Segundo Spink, *(1993, p.303-4)*

> *"(...) a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam e, ainda, uma expressão da realidade intra-individual, uma exteriorização do objeto*

> *"(…) as representações não são, assim, meras expressões cognitivas, são permeadas também pelo afeto".*

Aprendemos que estudar os conceitos de Representações Sociais nos leva a avaliar a importância dos pontos de vista epistêmicos, psicodinâmicos e sociais. Isto quer dizer, dando ênfase ao cognitivo, emocional

e atitudinal do sujeito que vive e convive em sociedade, sempre contextualizando em relação aos saberes, conhecimentos da sociedade em questão, dentro de um período histórico, respeitando todo o desenvolvimento cultural construído previamente.

O fato de privilegiarmos o conceito de Representações Sociais em detrimento aos das Representações Coletivas é que observamos o cuidado de Moscovici, em acrescentar ao segundo conceito, outros elementos que vieram adicionar informações e conhecimentos dentro do campo de estudo, sem dissociar o binômio homem/meio social. Pensamos, pois, que a interligação entre eles é real e imprescindível para o entendimento dos fatos, fenômenos e história através dos tempos.

Como disse Morin, (1983, *p. 123*)

> *"(...) tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados, mas sim que concorram para uma visão poliocular".*

Às proposições originais básicas de Moscovici em Aix-en-Provence, aderem-se três correntes teóricas complementares, que na realidade são desdobramentos da primeira com enfoques pessoais vibrantes e de aprofundamento, que são: a teoria liberada por Denise Jodelet, em Paris, a mais fiel à teoria original, embora mais objetiva e sistematizada; uma 2ª com perspectiva mais sociológica, liderada por Willen Doise, em Genebra; e a terceira, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural, liderada por Jean Claude Abric e mais recentemente com as críticas pós-modernistas às representações, surge o posicionamento de Wolfgang Wagner (Sá, 1998).

Todas essas definições nos fazem perceber que vivemos e agimos diariamente segundo as Representações Sociais que construímos e

reconstruímos ao longo de nossas vidas, e quão importante é sabermos que elas existem, para que tornando-as conscientes, possamos trabalhá-las visando vivermos de uma maneira mais participativa e solidária, aprendendo a viver como "seres sociais".

Para sintetizar a importância do estudo das Representações Sociais no mundo, nas batalhas constantes e ferrenhas do dia-a-dia, seja na educação, na saúde, na política, na história, para promover mudanças, transformações, tenho que me reportar a Moscovici.

> *"Em síntese, minha posição pessoal é de que a teoria das representações sociais (...) permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar a oportunidade que cada método disponível possa oferecer." (1994, p.15)*

2.2 Representação Social na Saúde – É uma realidade?

> *"A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os seguimentos sociais" (Minayo, 1993, p. 15).*

O estudo da Representação Social na Saúde é um campo vasto que deve ser explorado, analisado, interpretado e levado em consideração se pensarmos em intervenções para transformação. As transformações para serem seguras, transparentes, eficazes, devem ser fundamentadas em atitudes, ações, comportamentos, idéias, interesses comuns à coletividade em questão, levando em consideração todo o contexto sócio-histórico e cultural.

Alguns aspectos do estudo das Representações Sociais são universalmente observáveis e outros são peculiares a cada sociedade e isto requer atenção, dedicação, interesse, conhecimento, vontade que serão tanto maiores quanto maior o estímulo do Estado, ou institucional, coletivo e individual.

O mergulho profundo nesse campo das representações nos aproxima da realidade do dia-a-dia, daquilo que vem enraizado no saber do "senso comum" e se exteriorizará como saber científico.

Minayo diz que:

> *"Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria, explicitamente ou no 'silêncio do corpo', é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre indivíduo, a sociedade e seu ecossistema"* (1993, p.194)

Cada vez mais se verifica a importância do estudo das Representações Sociais no processo saúde/doença, em especial em doenças estigmatizantes e cobertas de mitos e preconceitos como Tuberculose, Hanseníase, Epilepsia, Câncer e AIDS.

O número crescente de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado versando sobre o assunto "Representações Sociais na Saúde" demonstra o interesse e a grande repercussão positiva e propositiva dos diversos atores da área da Saúde nas transformações e intervenções neste campo, inclusive atingindo Políticas Públicas de Saúde (Oliveira *et al*, 2000).

A partir dos anos 50, através de esforços conjugados da Organização Pan-Americana de Saúde e da Fundação Milbank, deu-se início à concretização da instituição de saberes sociais na formação do médico. A constituição da Medicina Social veio atender à crise da Medicina oficial no período pós-guerra e à constatação da necessidade da formação de profissionais mais envolvidos com os "problemas sociais" e mais compatíveis com a situação de saúde vigente no país (Spink, 2003).

A situação de saúde vigente no nosso país ainda é muito precária, mas tem sido, ultimamente, voltada para a prevenção de doenças e promoção de saúde.

> *"As representações são formas de conhecimento social que orientam a ação, individual ou institucional, para a prevenção da doença e a promoção ou recuperação da Saúde".*
>
> *(Spink, 2003, p. 38)*

É aí onde entramos e, fazendo interlocução com idosos, vemos a necessidade premente do estudo das Representações Sociais da velhice, do velho, do processo de envelhecimento para que possamos promover saúde, postergar incapacidades e respeitar a autonomia, independência e o exercício da cidadania do idoso em uma sociedade consciente e preparada para lidar com suas peculiaridades.

Não podemos deixar nossos estudantes de Medicina fora deste contexto, longe da convivência com a coletividade e das representações sociais que seus pacientes – sejam de qualquer classe social, etnia, gênero e idade – têm da saúde que é nosso melhor trunfo, como médicos, núcleo principal de nossa atenção e trabalho.

Não há como dissociar as ações das Representações Sociais, e é através delas que encontramos e reconstruímos a cada dia, a nossa prática e o nosso saber.

Herzlich (1991, p. 25) disse que:

> *"Uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias e as relações de sentido que são exigidas".*

Quando se estuda as modalidades de representação do fenômeno saúde/doença, privilegia-se não só atores especialistas – doutores, curandeiros, mágicos, rezadores –, mas também a população como um todo,

que traz na bagagem da vida as experiências do “senso-comum”. Neste ponto, como era de se esperar, “(...) há um imbricamento e influência mútua de forma dinâmica entre as modalidades” (Minayo, 1994, p. 92).

Dentre os estudos clássicos sobre Representações Sociais na saúde, integrando a primeira corrente de pesquisadores, aqueles que centraram esforços nas teorias do “senso comum”, encontra-se a pesquisa de Claudine Herzlich, publicada na França em 1969 (Spink, 2003).

Segundo Spink (2003), Herzlich estudou as representações da saúde/doença, vigentes na época. Nesta pesquisa, a doença surgia do conflito entre o social (mediado pelo estilo de vida) e a resistência de cada indivíduo (a reserva de saúde própria individual). Ao mesmo tempo em que a saúde representava a integração na sociedade através das atividades e participações produtivas, a doença representava a exclusão da sociedade pela inutilidade, na produção.

Outros estudos sucederam-no ainda dentro desta corrente, como o de Denise Jodelet (1989), também na França, sobre Representações Sociais da loucura em uma comunidade rural, onde os pacientes psiquiátricos, egressos de hospitais, eram albergados.

Outras correntes se seguiram neste campo das Representações Sociais na saúde/doença como a que explorou a interface entre representações e o comportamento e outra, a interface entre o saber popular e o saber oficial.

Destacam-se, Moscovici sobre a Representação Social da Psicanálise, na França, em 1961 e Boltanski em 1969, sobre as Práticas de Puericultura nas Classes Trabalhadoras Francesas.

Não há dúvida, nos dias atuais, que o estudo das Representações Sociais no campo da Saúde tem o seu lugar de destaque, pois é uma forma de conhecimento prático, social que orienta as ações, aproximando-as das reais necessidades da população.

Os estudos nesta área vêm crescendo e tomando vulto, e já têm o reconhecimento da elite pensante do meio científico.

> *"(...) a meu ver, a importância da doença, da saúde, do corpo, dos fenômenos biológicos como objetos metafóricos, com suportes do sentido de nossa relação social, aumentou consideravelmente nos últimos quinze anos" (Herzlich, 1991, p.34).*

O "tema" Representações Sociais veio para ficar no Brasil, e já em 2000, a publicação de Sá e Arruda, mostrava que as produções eram de 867 trabalhos, publicados de 1988 a 1997 em diversas modalidades como: livros, artigos em periódicos científicos, comunicações, capítulos de livros, teses e dissertações (Sá e Arruda, 2000).

Quando se fala do processo saúde / doença, não adianta só transmitir informações, mas sim conscientizar, tornar familiar o que parece incomum, aproximar o que está distante e tornar transparente o que parece opaco. Temos que partir para a educação permanente, para a construção de saberes nesta área.

Lembrando Herzlich (1991), a saúde e a doença são objetos privilegiados para o estudo das Representações Sociais com visões do biológico e social de maneira indissociável.

Certamente usando as Representações Sociais através da "objetivação" e "ancoragem" conseguir-se-á reconstruir, analisar, reformular e transformar conhecimentos prévios tornando-os próprios do indivíduo que vai utilizá-los, com a certeza do investimento em algo familiar, necessário e imprescindível para o seu próprio bem e da coletividade.

A saúde é só a ponta do 'iceberg' de acontecimentos que são interligados e interdependentes quando se pensa em qualidade de vida dos sujeitos sociais.

Minayo (1993, p.192) quando fala sobre Representações Sociais de saúde/doença diz que:

> *"A representação da saúde como direito coletivo é uma bandeira de transformação das condições de vida e de trabalho e que em última instância aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais de produção: melhores salários, acesso à terra, a empregos, a saneamento básico, a transporte, à moradia, à educação, ao lazer e a condições de trabalho seguras".*

O estudo do processo saúde/doença, abrange um campo muito mais amplo do que se pode imaginar de início.

As representações da saúde, doença, tratamento, cura, estão vinculadas, numa sociedade, às vivências, às experiências, e aos contextos sociais, culturais e religiosos. Interferem na imagem que o sujeito doente faz de si e como ele vai agir com a doença e lidar com a sua saúde.

> *"Seja qual for a dinâmica efetiva do 'ficar doente', no plano de representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade), a legitimidade da definição de sua situação. Disso retira atitudes e comportamentos em relação a seu estado e assim se torna doente para o outro para a sociedade"*
>
> *(Minayo, 1993, p.177)*

As atitudes frente a um paciente doente podem ser interferidas e modificadas dependendo da Representação Social que se faz do doente e da doença.

As doenças podem ser interpretadas como castigo, maldição, destino, fatalidade como pagamento de promessas, entre outros e podem ser

recebidas e percebidas de acordo com o "peso" das Representações Sociais construídas ao longo da vida de uma pessoa.

Lidamos com o imaginário e o real todos os dias de nossas vidas e através da reorganização de nosso pensamento, usando as táticas da objetivação e ancoragem, conseguimos reconstruir as Representações Sociais sobre o objeto em questão, e agir sobre o real e a realidade do cotidiano. Em síntese, as Representações Sociais orientam nossas ações.

Para Durand,

> *"Todo pensamento humano é uma re-presentação, isto é, passa por articulações simbólicas. (...) no homem não há uma solução de continuidade entre o 'imaginário' e o "simbólico". Por conseqüência, o imaginário constitui o conector obrigatório pelo qual forma-se qualquer representação humana." (citado por Komatsu, 2000 ,p. 41)*

Acredito, concordando plenamente com Moscovici, que as Representações Sociais são elementos fundamentais para a transformação das atitudes, comportamentos e condutas e que devem ser exaustivamente exploradas visando a atuação do pesquisador em relação ao objeto de pesquisa, em especial, no campo da saúde.

> *"(...) a representação contribui exclusivamente para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais" (Moscovici, 1978, p.77).*

A autora Herzlich (1991) afirma que lhe parece:

> *"(...) impossível reduzir o funcionamento das representações ao princípio objetivo da distância que separa leigos e médicos, detentores do saber dominante. (...) a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa. (...) em um plano geral, a história da medicina nos mostra de que modo as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com vai-e-vem entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum".*
>
> *(Herzlich, citada por Sevalho, 1993, p.4)*

O limite entre o que é saber do 'senso comum' e saber científico às vezes é tão tênue, e todos, professores, educadores, estudantes devemos estar preparados para discuti-los e aproximá-los da realidade do cotidiano, que é história da vida de cada um de nós.

Moscovici (2003, p.301) diz que:

> *"(...) os conceitos espontâneos, ou do senso comum, e os científicos possuem duas origens distintas e possivelmente opostas: a primeira, na escola ou no partido; e a segunda, no ambiente familiar. No processo de comunicação do professor ao aluno, essas representações se chocam e se transformam reciprocamente".*

Moscovici (2003, p.336) também nos alerta que:

> *"Nunca devemos esquecer que nós adquirimos a marca do conhecimento do senso comum cedo na infância, quando nós começamos a nos relacionar, comunicar e falar. [...] o conhecimento do senso comum, por isso não pode ser tão distorcido e errado, como algumas vezes se supôs. Ele serve muito bem a seus propósitos na vida digna de ser vivida por séculos (...)"*

Quando se estuda Representações Sociais na Saúde, assim como em outras áreas, valoriza-se todo o arsenal de conhecimentos prévios e trabalha-se com eles de maneira a adequá-los às necessidades mais prementes de uma coletividade.

Sociedades diferentes, em tempos diferentes, culturalmente definidas, requerem trabalhos diferentes e que atendam às suas peculiaridades. Por isso, estudar Representações sociais consiste em significar e re-significar saberes de forma contínua e reflexiva.

Herzlich (1991, p. 28) comenta que:

> *"Uma Representação Social (...) permite em princípio compreender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua aproximação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores."*

As representações Sociais, pois, estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la. É uma via de mão dupla que mantém um fluxo constante num vai-e-vem de reflexões, assimilações e transformações.

Temos certeza, pois, de que devemos nos aprofundar no estudo das Representações Sociais no campo do Processo saúde/doença, para que possamos ter uma visão muito mais ampla, mais real e mais científica do que é ser e estar saudável e do que é ser e estar doente, dentro do contexto sócio-histórico-cultural e geográfico da comunidade ou sociedade onde atuamos como médicos, estudantes de Medicina, enfermeiros ou agentes de saúde.

Este primeiro passo será fundamental, se realmente queremos implantar qualquer trabalho que tenha como objetivo a transformação do investimento na área da saúde, quer seja de caráter institucional ou individual.

2.3 Velhice e o Processo de Envelhecimento – Entre Mitos e Preconceitos, o desejável e o real

> *"O processo de envelhecimento e sua conseqüência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização."*
>
> *(Papaléo Netto, 2002, p.2)*

Durante muito tempo pensava-se que o indivíduo ao nascer trazia um suprimento de energia em quantidade limitada e que com o passar do tempo ela decairia lentamente e o indivíduo adoeceria e chegava, então, ao final de vida (Haber, citado por Groisman, 2002).

Com isto, não havia lugar para a criação de terapêutica diferente para a senilidade e poucos eram os médicos que se dedicavam ao desenvolvimento de novos tratamentos e investimentos para perpetuar a vida dos idosos.

É a partir do Século XIX que a geriatria, embora ainda não tivesse este nome, começou a existir, sendo favorecida pelo surgimento de diversos asilos repletos de pessoas idosas na França (Beauvoir,1990).

Um grupo de médicos franceses, entre eles Bichat, Broussais, Charcot e Louis propuseram uma nova maneira de entender e tratar os pacientes idosos, passando a considerar a velhice não como a diminuição de energia ou o resultado só do avanço dos anos, mas de maneira mais individualizada sobre as condições fisiológicas e anatômicas (Haber, citado por Groisman, 2002).

Os clínicos franceses passaram a ver a velhice como um estágio irreversível do ciclo da vida. Numerosos textos passaram a descrever a fisiologia e anatomopatologia da velhice, e ela passou a ser vista como um estado patológico qualitativamente diferente, por ter natureza distinta.

Sem dúvida alguma, o século XX marcou, graças aos conhecimentos adquiridos – os quais desenvolveram a Geriatria e a Gerontologia –, grandes avanços nos estudos e pesquisas relacionadas ao processo de envelhecimento.

Desde os pioneiros, Elie Metchnikoff, 1903 e Ignatz Leo Nasher, 1909, que estabeleceram os fundamentos científicos da Gerontologia e Geriatria respectivamente, o interesse, a atenção, o respeito e as investigações no campo do envelhecimento vêm crescendo de maneira impressionante e satisfatória.

Nasher, nascido em Viena e criado nos Estados Unidos, não se conformando com a relação inevitável, até então, entre velhice e doença – tratados como sinônimos –, dedicou-se ao estudo da senescência e introduziu o termo “Geriatria”, publicado no New York Medical Journal, em 1909.

Em 1912, a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque foi fundada por ele e em 1914, lançou o livro: “Geriatrics: the diseases of old age and their treatments” (Katz, citado por Groisman,2002).

Estava lançada a sorte! E daí os novos seguidores foram surgindo.

Os geriatras se limitavam a tratar somente as doenças apresentadas pelos idosos, e não as condições normais da velhice.

Desde então, começaram a surgir as dificuldades para se traçar um limite entre o estado normal e o patológico na velhice, entre saúde e doença.

Essas contradições do modelo original da geriatria deixaram a noção do envelhecimento como patológico e eles descreveram esse estágio da vida como uma “progressiva doença” (Haber, citado por Groisman, 2002).

À noção biologicista, foram, aos poucos se agregando a noção de entidade demográfica, uma população que esperava algo mais dos seus médicos do que simplesmente um tratamento para uma “doença sem cura”.

A Gerontologia como disciplina foi introduzida pelo russo Metchnikoff, um médico do Instituto Pasteur, em 1903. Ele teve a preocupação maior de estudar meios de prolongar a vida através de procedimentos médicos.

Na década de vinte, em 1922, o psicólogo G. Stanley Hall publicou “Scenescence: The Last Half of Life”, que revolucionou as antigas idéias de que “velhice” era o inverso da “adolescência”. Doutor Hall começou a chamar a atenção para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na velhice.

Em 1938 foi lançado na Alemanha o primeiro periódico especializado, sendo o segundo nos Estados Unidos, em 1946.

Em 1945 foi fundada a primeira Sociedade de Gerontologia dos Estados Unidos e, em 1961, foi fundada no Brasil a Sociedade de Geriatria – SBG e como também foram se associando pessoas não médicas com extremo interesse na especialidade, passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, a partir de 1968 (Papaléo Netto, 2002).

Através de evidências históricas, médicas, literárias, biológicas, fisiológicas e comportamentais, procurou-se comprovar recursos que as pessoas idosas dispunham, até então não descobertos (Lopes, citado por Papaléo Netto, 2002).

Segundo Leonard Hayflick (1997), um dos maiores nomes da biogerontologia, o atraso na busca do conhecimento na gerontologia biomédica se deveu a principalmente três fenômenos: os cientistas relutavam em entrar num campo até então dominado por leigos e charlatões; faltavam bases concretas e bem fundamentadas que explicassem o processo; faltavam investimentos em pesquisa.

Mas, aos poucos, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, principalmente França, Alemanha e Inglaterra, o número de pesquisas e livros foi tomando vulto. Entre os anos de 1969 e 1979, as pesquisas sobre o processo de envelhecimento e a velhice cresceram 270% (Papaléo Netto, 2002).

Do ponto de vista social, pode-se dizer que nos países em desenvolvimento, em especial num mundo essencialmente capitalista, com sociedades industrializadas e urbanizadas, o interesse é dirigido para a assistência materno-infantil e aos jovens, ficando os idosos para segundo plano.

Para Papaléo Netto (2002,p.4)

> *"A sociedade moderna encontra-se hoje diante de uma situação contraditória: de um lado, defronta-se com o crescimento acelerado da população de idosos, e, de outro, omite-se perante a velhice ou adota atitudes preconceituosas contra a pessoa idosa, retardando destarte a implementação de ações que visam minorar o pesado fardo dos que ingressam na terceira idade".*

Em 1960, a Medicina Geriátrica foi inserida no Currículo Médico em pouquíssimas faculdades. São várias as explicações para este fato: falta de experiência da academia; falta de titulação para ocupar cargos na docência, currículos com grades lotadas, sem tempo disponível; poucos recursos financeiros; disciplinas já existentes não tinham interesse em ceder horários.

Em 1977, uma grande pesquisa realizada pela "American Medical Association" mostrou que só 0,2% dos médicos que participaram tinham interesse em Geriatria. Somente 15 professores dentre 22.000 eram especialmente envolvidos na especialidade (Brooks, 1993).

Hoje a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia tem inscritos 430 médicos titulados na especialidade e 122 gerontólogos (SBGG, 2005).

No Brasil, o processo de ingresso da Universidade na área do estudo do envelhecimento e da velhice vem ocorrendo desde meados de 1970, e manifestou-se com o crescimento do número apresentado de dissertações de mestrado e teses de doutorado na área.

A partir da década de noventa, especialmente na Região Sudeste, com o surgimento de cursos de pós-graduação em Psicologia, Educação, Ciências Sociais, Saúde Pública Enfermagem e Medicina é que houve o crescimento significativo (Papaléo Netto, 2002).

A velhice deve ser considerada uma fase do desenvolvimento humano, como todas as outras, repleta de anseios, medos, inseguranças, perdas, tristezas, lutas, decepções, mas também de ganhos, alegrias, concretizações de sonhos, realizações, atitudes e decisões.

Segundo Lahud (2004), a velhice não nos é dada, ela é construída através dos anos, desde a infância. Precisamos, pois, estar sempre atentos às diferentes ideologias que vêem os velhos de maneiras diferentes.

Uns consideram-nos depositários de saberes, memória de vida de um povo, enquanto outros desvalorizam sua presença, atribuem-lhes o esteriótipo do desvalor, o preconceito de inutilidade e o estigma de feiúra (Beauvoir, 1990).

Não se pode defini-la somente abordando o item cronológico, mas também pela visão das condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais.

O processo de envelhecimento é muito pessoal e certamente não se esconde que as limitações físicas, com o passar do tempo se agravam, mas existem potencialidades únicas e distintas que são inerentes a “ele” e só são adquiridas com o viver: serenidade, experiência, maturidade, vivência.

O envelhecer no sentido biológico transcende a história e, mesmo com suas características próprias, o processo é sentido de maneira variável, segundo o contexto social e psicológico.

Não há como dissociar biológico, social, psicológico, ambiental, pois cada um vê-se no espelho da vida da maneira que lhe foi transmitida, ensinada, trabalhada, experienciada, como lhe convém.

Mas, afinal por quê e como envelhecemos?

Várias são as teorias que se propõem a explicar o fenômeno, porém cada uma com o próprio conjunto de conceitos, fatos e indicadores, em relação às diversas áreas do conhecimento, a saber: biológico, genético, psicológico, sociológico, ambiental.

Zeckel-Neto e Cunha, (2002), descreveram a classificação de Arking para as teorias Biológicas do Envelhecimento que são: Teorias Estocásticas, (danos celulares que ocorrem ao acaso); Teorias de Uso e Desgaste; a Teoria das Proteínas Alteradas; Teoria das Mutações Somáticas; Teoria do Erro Catastrófico; Teoria da Desdiferenciação; Teoria do Dano Oxidativo e de Radicais Livres; a Teoria da Lipofucsina e o Acúmulo de Detritos; a Teoria das Mudanças Pós-tradução em Proteínas; Teorias Sistêmicas; Teorias Metabólicas; Teorias Genéticas; Teoria da Apoptose; Teoria da Fagocitose; Teorias Neuroendócrinas; Teorias imunológicas.

Esta classificação foi por nós também escolhida, pois segue uma discussão linear que vai como uma teia, envolvendo os demais tópicos e teorias, levando ainda que não totalmente conclusiva, a algumas explicações mais plausíveis de serem aceitas.

Não acreditamos que 'uma' teoria dê conta, sozinha, de um processo tão complexo, e que se necessita de várias cadeias de acontecimentos para acontecer.

Conforme escrito por Zeckel-Neto e Cunha,

> *"(...) ainda falta muita investigação para se chegar a um consenso sobre conceitos básicos que se possam definir o processo de envelhecimento."* (2002,p.4)

Uma pesquisa documental desenvolvida por Stavenuiter (1995), sobre diferentes experiências de vida e auto-imagem dos idosos no Século XIX em Netherlands, mostrou que os idosos referiram-se ao envelhecimento como um processo difícil, mas também ao qual incluíam felicidade, principalmente quando se relacionavam com crianças e netos. Boa saúde, nível sócio-econômico elevado, presença de parceiros vivos e com saúde foram fatores importantes e determinantes para a qualificação positiva do envelhecer.

O envelhecimento é vivenciado de maneira heterogênea pela população. Pessoas com a mesma idade cronológica podem estar em estágios completamente distintos do processo de envelhecimento (Groisman, 2002).

Sabe-se que fatores ambientais, culturais, familiares, genéticos, emocionais, sociais e econômicos influenciam de maneira incisiva na evolução do processo de envelhecimento.

Portanto, o envelhecimento não deve ser definido pela idade de uma pessoa, mas pelos efeitos do tempo em seu organismo como um todo (Brookstein *et al*, 1993; Caldas, 1998; Groisman, 2002).

Para Escoffier-Lambiotte,

> *"O envelhecimento, e depois a morte, não estão, portanto, relacionados a um tipo de desgaste energético, como um número dado de batimentos cardíacos, mas sobrevém quando um determinado programa de crescimento e de maturação chegou a seu termo."*
>
> *(citado por Beauvoir, 1990, p.32-33)*

O envelhecimento é um período no qual as doenças crônico-degenerativas geram incapacidades e dependências de tal forma que, na maioria das vezes, a preocupação com a saúde refere-se muito mais a problemas com o manejo cotidiano dessas incapacidades do que com o processo biológico e fisiopatológico dessas enfermidades.

São consideradas doenças crônico-degenerativas, entre outras: as cardiovasculares, tais como Hipertensão Arterial, Doença Coronariana Aterosclerótica, Acidentes Vasculares Cerebrais, Arteriopatias periféricas; Osteoporose, Osteoartrose, Diabetes Mellitus e suas complicações e Doenças Pulmonares Crônicas.

Temos que conscientizar não só o idoso, mas a sua família, acompanhantes, cuidadores e o seu médico, em especial, de que existem peculiaridades no processo do envelhecimento, para que todos possam enfrentá-lo, embasados em conhecimentos científicos e estudos prévios bem sedimentados.

A inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis do processo de envelhecimento justifica a dificuldade em se definir a idade biológica. A demarcação entre a idade adulta e o envelhecimento, é fixada de maneira arbitrária, mas de uma certa forma, necessária, mais por fatores sócio-econômicos e legais do que biológicos (Papaléo Netto, 2002).

Segundo Neri (2001), o início exato da velhice é difícil de ser fixado, também porque a sociedade tem visões diferentes do fenômeno envelhecer e do velho, sendo preconceituosa com aqueles que têm origem menos abastadas e é benevolente com os que gozam a vida em níveis sócio-econômicos mais elevados.

Por vezes, existem divisas muito tênues entre a juventude e a velhice. Bourdieu chegou a dizer que: "(...) a fronteira entre a juventude e a velhice é um objeto de disputas em todas as sociedades" (1983, p.112).

A dimensão biológico-funcional deve ser considerada no envelhecimento de cada indivíduo. A constatação de que há declínio funcional de um idoso não deve parar aí, e sim é imprescindível caracterizar as limitações frente às possibilidades de adaptação, reabilitação e suporte que possam ser oferecidas a cada pessoa idosa.

Na velhice, o maior desafio talvez seja enfrentar com garbo e sem medos os limites físicos, emocionais e mentais, muitas vezes impostos pelo tempo. É saber viver com as dificuldades, adaptando-se e "arranjando-se" com aquilo de bom que a vida lhe deu.

> *"Viver significa adaptação ou possibilidade de constante auto-regulação, tanto em termos biológicos quanto em termos psicológicos e sociais." (Neri, 1999, p.121)*

Precisamos aprender a entender, acomodar nosso estilo pessoal e social de viver. É preciso re-aprender a viver para ter qualidade de vida, para bem viver.

A capacidade de adaptação, na realidade é o maior trunfo que o idoso pode ter para o bem viver. Adaptação às perdas orgânicas, funcionais, emocionais, de entes queridos, da posição social e familiar, a convivência em uma sociedade que ainda cultiva mitos e preconceitos sobre o que é ser "velho", "peso" para os familiares, "carga" para a sociedade, sinal de decadência e decrepitude (Neri, 2001).

Quanto mais consumista e capitalista for a sociedade à qual o idoso pertença, maior serão as dificuldades para enfrentar e superar o imaginário do belo, rico e novo como protótipo de felicidade e sucesso.

Na maioria das sociedades ainda se tem muito medo de envelhecer e de conviver com a velhice, o que leva a população a procurar fórmulas mágicas de "fonte da juventude eterna", como se fosse possível passar pela vida, ter anos vividos e não envelhecer.

O processo de envelhecimento é inexorável e depende de nós, de como temos a Representação do velho e da velhice, de como nos situamos no contexto social e de como nos impomos como seres humanos que queremos viver a realidade de forma tranqüila e ativa, recebendo e fazendo críticas, participando e influenciando as ações dentro da sociedade em que vivemos.

A velhice e o envelhecimento são realidades heterogêneas, variam conforme o tempo na história, o lugar, a cultura, as classes sociais, histórias de vida pessoais, educação, estilo de vida, o gênero, as profissões, etnias, fatores genéticos e ambientais, dentre outros indicadores que conformam as trajetórias de vida de indivíduos e da sociedade (Neri,1999).

Muitos pensam que ser idoso é passar o tempo todo dormindo ou sentado em uma cadeira de balanço, esperando que as horas passem bem depressa para que chegue a sua hora de "partir". Ou que velho não sonha, só espera, não age, não tem vontades, só resmunga, não tem palavras, não tem novas idéias, enfim, não tem vida.

Será que é isto que queremos para a nossa velhice? Se não morrermos antes, estaremos velhos mais cedo do que imaginamos, principalmente se pensamos como algumas pessoas referidas acima.

Para Rubem Alves (2001), em sua maneira poética de lidar com os fatos e fenômenos, a velhice é algo que cresce dentro da gente como uma flor num jardim. Precisamos, pois receber esta flor com carinho e depende de nós, mais do que qualquer outro, cultivá-la e mantê-la bem viva em nosso interior.

Segundo Beauvoir (1999), a velhice é concebida como resultado dialético de necessidades fisiológicas, simbólicas e estruturais, combinadas e justapostas pelos atores sociais em meio a condições contextuais vigentes, que apontam para a possibilidade de uma maior aproximação com a realidade, em função da complexidade de fatores considerados.

Se reconhecermos que ser "velho" é aprender a viver uma nova fase da vida com "déficits" funcionais e cognitivos, com limites inerentes à idade, a curtir com naturalidade o conhecimento acumulado, a socializar tudo que aprendeu e apreendeu durante uma vida, certamente compreenderemos muito melhor os nosso pacientes, nossos entes queridos e um dia, a nós mesmos.

Para Debert, quando se fala em como avaliar o processo de envelhecimento,diz que: "A mesma perspectiva orienta a análise das outras etapas da vida, como infância, adolescência e juventude." (1998, p.50)

Segundo as experiências de Ávila (1978, p. 25)

> *"O velho sadio não é psicológica nem fisiologicamente velho. O que caracteriza a velhice não é a quantidade dos anos vividos, nem o estado das artérias, como dizia Metchnikoff, nem é a anormalidade endócrina, como dizia Pende. O que caracteriza a velhice é a perda dos ideais da juventude, é a desorientação com a mentalidade do seu tempo, é o desinteresse pelo cotidiano nacional e internacional, é o humor irritadiço, é a desconfiança no futuro, o desamor ao trabalho."*

Já Prado (1998, p.20) nos sugere que:

> *"(...) se considere a velhice como uma etapa da existência humana, com suas características específicas, assim como a infância, adolescência e a vida adulta, porém que se pense em outros espaços socialmente reconhecidos e valorizados, além das universidades abertas para a terceira idade, nos quais a pessoa idosa possa ocupar o seu lugar de agente social participativo na construção de uma sociedade mais humana e solidária".*

E o que nos fala o Art. 8º., Capítulo I – Do Direito à Vida, do título II – Dos Direitos Fundamentais, do Estatuto do Idoso?

> *"O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente" (2003, p.1)*

Como podemos avaliar, não é fácil definir velhice, e o processo de envelhecimento – etapa inevitável para chegarmos a ela –, passa por fases tão complexas e sofre interferências tão enérgicas, mas passíveis de tantas mudanças que dependem de tantas variáveis, que nos leva a pensar que nós devemos nos educar e nos preparar para traçarmos que caminhos iremos seguir e se possível, escolhê-lo de antemão.

Vejamos que conselho nos dá Morin,

> *"(...) devemos, de qualquer modo, conquistar o nosso presente, quer dizer, viver de forma não só utilitária e funcional, mas de forma poética, sendo o estado poético aquele a que ascendemos pelo amor, a comunhão, a festa, o júbilo e que culmina em êxtase"* (1995 p. 332)

Acreditamos que envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, a vontade interior de continuar vivendo, mesmo com suas perdas: da capacidade de adaptação às mudanças biológicas e psico-sociais, do encontro de apoio e suporte de familiares, de seus pares, e de Políticas Públicas de Saúde sérias e realmente voltadas para o interesse na saúde plena do idoso.

O incentivo à manutenção das atividades físicas, intelectuais e sociais alavanca, sem dúvida, a existência do idoso, dando-lhe força, confiança e auto-estima para continuar sendo um cidadão, uma pessoa criativa, útil e participativa na sociedade.

Em qualquer lugar em que o idoso esteja, seja local de saúde ou de doença, deve ser visto e respeitado por suas características, suas peculiaridades e sua história de vida.

Nossos estudantes e nós, professores, precisamos ser treinados a ouvirmos estórias e histórias de velhos com interesse, sem tédio, pois são as produções de vida que eles trazem, são as experiências acumuladas, os erros explicitados para que não façamos o mesmo, os aprendizados de anos, as vivências, são coisas do coração.

Quando, como médicos, treinamos os nossos olhares, os nossos ouvidos, enxergamos além de doenças e doentes; enxergamos indivíduos biológicos permeados pelo afeto, por vieses psico-sociais, psico-culturais, fisiológicos, patológicos, religiosos, objetivos e subjetivos, enxergamos "pessoas". E só assim estaremos realmente nos preparando para tratá-las.

Devemos aprender a viver a vida a cada dia, a cada momento, a cada segundo com liberdade, alegria e força interior.

Pensando assim, me reporto ao Antônio Negri, quando comentando sobre seu livro "Exílio" em "O Globo", sábado, 4 de agosto de 2001, p. 2.

> *"A vida é uma prisão quando não a construímos e quando o tempo da vida não é apreendido livremente. (...) a graça da vida é a capacidade de captar o tempo e traduzi-lo em processo ético, de alegria".*

2.4 O Idoso e a Velhice na Sociedade Brasileira Atual

> *"Velhice é um fenômeno biológico (...), acarreta conseqüências psicológicas (...), como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua própria história." (Beauvoir, 1990, p.15)*

O tema envelhecimento muito tem enriquecido as discussões médicas, filosóficas, políticas, culturais e sociais em todo o mundo.

O envelhecimento populacional é universal, e não mais um privilégio dos países desenvolvidos.

> *"(…) já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países de terceiro mundo (…)"* e *"(…) projeções demográficas indicam que, de 1980 até o final do século, cerca de três quartos do aumento da população ocorrerão em tais países"*
>
> *(Kalache, et al., 1987, p. 200).*

No Brasil, com o aumento sensível da expectativa de vida, a discrepância na distribuição de rendas, o sistema de saúde precário, o grande número de doenças crônico-degenerativas incapacitantes nos põe frente à constatação do total despreparo para dar o atendimento a uma população que envelhece. Essa nova realidade é um desafio. Para muitos estudiosos, isto pesa de modo desfavorável no processo de envelhecimento do nosso país. Vejamos o que comenta Ferrari (1999, p. 201) sobre isto:

> *"O processo de envelhecimento caminha de maneira ascendente e chegou num momento de crise econômica em que as desigualdades e os problemas sociais parecem recrudescer".*

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o número de adultos e idosos vem alterando a pirâmide populacional, diferentemente dos países desenvolvidos onde essa transição ocorreu de forma lenta e progressiva ao longo de mais ou menos cem anos.

Como em outros países da América Latina, o envelhecimento no Brasil é predominantemente nas áreas urbanas, sendo resultado do movimento de migração que teve início na década de sessenta em busca de empregos nas indústrias, estimulado pela política de desenvolvimento da época. Essa população começou a ter acesso aos serviços de saúde e saneamento além de programas de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais o que levou à diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade respectivamente.

As regiões mais urbanizadas são a Sudeste e a Sul, locais onde a população idosa tem seu maior contingente. Segundo o Censo do IBGE (1991|2000) – esta população é de 97.520.027 habitantes acima de 60 anos de idade.

Projeções para 2025 mostram que o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, em torno de 32 milhões de pessoas com 60 anos de idade e mais (Ramos, 2002).

Com todas as dificuldades ainda por serem vencidas, não restam dúvidas sobre os avanços, com as conquistas tecnológicas no campo da Saúde, em especial, vacinas, antibióticos, quimioterápicos, meios diagnósticos mais precisos que favorecem a prevenção de doenças, cura de algumas e promoção da saúde. Este conjunto de medidas levou a queda da mortalidade infantil, e a um aumento na expectativa de vida ao nascer que para nós passou de 37,7 anos em 1900 para 68 anos de idade em 2000 (Gordilho *et al*, 2000).

Com o aumento da expectativa de vida, têm-se hoje famílias constituídas por várias gerações, que têm a necessidade da convivência, tolerância, comunicação para o bem viver.

A feminilização do envelhecimento já se faz evidente em todo o país. Para Veras; (1994), há três fatores que influenciam diretamente a maior sobrevida das mulheres idosas: diferença de exposição às causas de risco de trabalho, pois acidentes de trabalho acontecem mais com homens; diferenças de consumo de álcool e tabaco, fatores de risco para o surgimento de doenças coronarianas e cerebrais, embora atualmente as estatísticas mostrem que os números estejam mudando; diferenças de atitudes em relação à doença, pois as mulheres são mais atentas ao aparecimento delas e como usam mais os serviços de saúde, têm a oportunidade de terem diagnósticos mais precoces.

Mesmo com o maior número de mulheres na população, observa-se que, no momento no qual mais se precisa da família, como unidade indispensável e importantíssima para o cuidado e apoio aos mais idosos, vê-se um período de conflitos sociais, emocionais, econômicos, religiosos, conjunturais e culturais (Debert, 1998)

O número crescente de divórcios, segundo e terceiros casamentos, busca incessante de empregos, mulheres querendo e necessitando trabalhar, muitas delas sendo o chefe da família, fatos que concorrem para a instabilidade familiar. A liberdade, a autonomia nem sempre vem acompanhada de responsabilidade e compromisso, o que pode muitas vezes trazer à tona o caos. A quem cabe, nos dias de hoje, com essa vida de compromissos que se somam e se acumulam, com os riscos constantes da perda do emprego, com a competição ferrenha e luta diária por um lugar na sociedade, o papel de 'cuidador' dos seus idosos?

Associado à transição demográfica, observa-se a mudança epidemiológica. A expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase vinte e cinco anos nesses últimos cinqüenta anos, e a expectativa de vida ao nascer era de 63 anos para homens e 65 anos para mulheres segundo o último Censo do IBGE (1999/2000).

Em menos de quarenta anos, o perfil epidemiológico mudou de doenças infecciosas para crônico-degenerativas, próprias das idades mais avançadas. As despesas com tratamentos médico-hospitalares aumentam. O tempo de permanência em leitos hospitalares também. É um desafio para as políticas públicas em nosso país. As doenças dos idosos são múltiplas, além de terem evolução lenta e arrastada, necessitando de equipes multidisciplinares e intervenções contínuas, além de pessoal preparado, consciente da importância da promoção da saúde a qualquer custo, do estímulo ao auto-cuidado, da reintrodução do idoso na sociedade como produtor também e não só produto.

A maioria dos idosos (85%) apresenta, pelo menos, uma das doenças crônicas e 30% deles têm Hipertensão Arterial Sistêmica que requer tratamento contínuo e mesmo assim, leva o indivíduo a complicações ateroscleróticas graves e muitas vezes incapacitantes, como o Acidente Vascular Cerebral. Embora em número bem menor, 10% da população de idosos possuem no mínimo cinco doenças crônicas (Ramos; Veras; Kalache, 1993).

Os velhos, em nossa sociedade, são estigmatizados porque apresentam vários atributos físicos e funcionais negativos conhecidos como: cabelos brancos, rugas, calvície, pouca mobilidade, declínio, fraqueza, dependência, deficiência, impossibilidade e, assim por diante, assumem total força e presença, que passam a definir prioritariamente o indivíduo como um todo, não respeitando suas particularidades. A identidade social é estática e limitada, configurada por uma representação que passa a definir todos aqueles indivíduos que apresentam características físicas semelhantes. Porém, nem todos os indivíduos que se mostram com tais características são necessariamente indivíduos que possuem tais atributos (Monteiro, 2001).

Como discutimos anteriormente nos conceitos de Representações Sociais, identidade é muito mais do que simplesmente estigmas físicos e funcionais. Ela não é estática, ao contrário, é um processo dinâmico que envolve atributos emocionais e que amadurece ao longo dos anos de vida.

No minidicionário (Ferreira, 1997) a palavra '*velho'* significa antigo, gasto pelo uso, desusado, obsoleto.

Também no dicionário Houaiss de língua Portuguesa, velho significa:

> *"Que não é novo, que tem muito tempo de vida ou existência. Que se contrapõe ao moderno; antiquado, desatualizado, obsoleto." (2001, p.2838)*

É isso que pensamos do sujeito idoso? É assim que queremos ser considerados quando tivermos nossos 60 anos ou mais?

Todo ser humano é sujeito repleto de sentimentos e desejos apresentando-se múltiplo em sua unidade. Então, se considerarmos os velhos deterministicamente como objetos, perpassaremos a sua subjetividade, caindo no modelo angustiante da velhice, classificando-os como fazemos com os objetos.

Felizmente, nem todos têm pensamentos negativos sobre a velhice e alguns aprendem a gostar desta fase na vida onde aproveitam as experiências, a sabedoria e a alegria do convívio com entes queridos para distribuir amor e ter uma qualidade de vida.

Segundo Baltes e Smith (1999) dos conteúdos representacionais da velhice, as palavras "experiência" e "sabedoria" são exemplos de objetivos e conquistas positivas dos idosos que são valorizados pela sociedade.

No Brasil, o crescimento populacional tem particularidades, visto que o percentual de população jovem é ainda bem importante. Nas próximas décadas, as estimativas indicam que o crescimento da população idosa será de aproximadamente 7%. Nas primeiras décadas do século XXI, o país poderá ser comparado às nações desenvolvidas, em relação às características populacionais, pois quase 15% da sua população estarão nesta faixa etária (SEAD, citado por Sanchez, 1998, p. 4).

O que é pior,

> *"(...) em muitas regiões, os idosos são rejeitados seja direta ou indiretamente. A sociedade brasileira não parece estar preparando seus cidadãos para esse processo".*
>
> *(Santos, 1990, p.23).*

A evolução demográfica da população brasileira vem sendo marcada, nas cinco últimas décadas, por transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, uma vez que as imigrações internacionais deixaram de ter influência a partir de 1940, sendo a saída de brasileiros para o exterior um fenômeno muito recente (Berquó, 1999).

O crescimento da população idosa torna-se cada vez mais relevante porque já supera o crescimento da população total. Com efeito, isso já ocorria em 1940 e se manteve nos últimos 50 anos. Enquanto o crescimento médio anual do período 1940-50 era de 2,34%, o da população idosa era 2,57%. A partir de 1960, a população total, como percebemos, teve seu crescimento desacelerado, o que só ocorreu em 1991 com a população de 65 anos e mais.

O crescimento da população idosa afeta diretamente a razão de dependência, ainda quando se leva em conta que quase um quinto do contingente de idosos participa da atividade econômica do país (Berquó, 1999).

Em 1998, Berquó já chamava atenção para a feminilização do envelhecimento e suas conseqüências para as políticas sociais, em especial, as de saúde. Também, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres tem-se mantido sistematicamente superior àquela correspondente aos homens idosos.

No último Censo Demográfico do IBGE (1999/2000), a população de pessoas idosas do gênero feminino superou em 3.270.820 a do masculino.

Esse fato, por sua vez, é decorrente de uma situação de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito na população brasileira. Desde 1950 as mulheres têm correspondido à maior esperança de vida ao nascer, ou seja, tem lhes cabido um maior número de anos por viver. Em 1980, enquanto a esperança de vida para os homens era de 59 anos, as mulheres correspondiam 65 anos, ou seja, chance de viver seis anos a mais do que os homens. Em 1991, essa diferença cresceu para sete anos. Projeções para 2010 e 2020 mantêm uma diferença em torno de seis anos.

Buscando as principais causas de morte em mulheres e homens de 60 anos e mais, verifica-se que as cinco primeiras são as mesmas para ambos

os sexos. Por ordem, as mais importantes são: doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, neoplasias malignas, doenças da circulação pulmonar e outras doenças do coração e do aparelho respiratório. Doenças que requerem internações freqüentes como veremos mais adiante.

Em relação à população de idosos e regiões do país, os resultados do último Censo Demográfico do IBGE (1991/2000), indicam que na região Sudeste, 9,3%, da população é constituída por idosos com 60 anos ou mais, na Sul, 9,2%, na região Nordeste, 8,4%, região Centro-Oeste, 6,6% e na região Norte, 5,5%.

Ao longo dos últimos 40 anos, a população idosa esteve concentrada nas áreas urbanas, particularmente o contingente feminino. Dos anos 50 aos 70, houve um predomínio desse grupo etário residindo no meio urbano, em comparação à proporção da população total, para ambos os sexos, muito embora a presença feminina idosa vivendo em áreas urbanas fosse mais acentuada. Isso aumentou a busca por serviços médicos.

É interessante observar que a maior concentração de idosos nas áreas urbanas está presente em todas as grandes regiões do país, como atestam as razões de sexo das pessoas de 65 anos e mais. Por outro lado, ocorre o oposto no meio rural.

Em relação à educação, para a população idosa, a situação é mais grave, pois 40% dos homens e 48% das mulheres declararam-se analfabetos no último censo.

A composição étnica dos idosos no Brasil revela que 60,8% são brancos e 38,1% são pretos, cabendo aos asiáticos e indígenas menos de 1%.

O fato de a grande maioria da população negra (composta de autodeclarados pardos e pretos) no Brasil pertencer aos estratos mais pobres da população, explica que dentre os idosos sua participação relativa seja menor do que com relação à população total.

Com uma sobre-mortalidade em relação à população branca, característica desde períodos históricos, apenas 5,1% da população negra chegou a atingir 60 anos e mais, na última década, em comparação com os 6% correspondentes aos idosos brancos.

A situação familiar das pessoas nessa fase da vida reflete o efeito acumulado de eventos sócio-econômico-demográfico e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. O tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações vão conformando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade.

Neste sentido, é de extrema importância conhecer em que estruturas familiares ou domésticas estão inseridos os idosos, isto é, as pessoas com 60 anos e mais de idade.

Como se está observando, já não é privilégio de poucos alcançar a idade avançada. Estamos nos preparando para lidar com esse contingente de idosos?

Lendo uma entrevista realizada pela *"Geriatrics"* em dezembro de 1999 com o Dr. Dychtwald, psicólogo e gerontólogo, um dos autores do livro "Age wave" publicado em 1989, que analisava o impacto do crescimento da população idosa na economia, trabalho e relacionamento familiar, observamos afirmações simples, mas bem atuais e verdadeiras. Ele disse: "O século XX foi do domínio dos jovens, mas o século XXI pertencerá ao idoso". Por causa dos cuidados médicos, vamos ter idosos com vigor, vitalidade e expectativa de vida prolongada.

> *"A ironia está em que o sucesso do tratamento médico no passado produziu uma legião de longevos que lutam contra problemas que o sistema americano de saúde está mal preparado para lidar; são doenças crônico-degenerativas, tais como: doença cardíaca, câncer, osteoartrite, osteoporose e a doença de Alzheimer" (Dychtwald, 1999, p.25)*.

Que diremos nós do nosso sistema de saúde?

O desenvolvimento tecnológico foi espetacular, mas o homem esqueceu-se de que criou armas e situações que podem funcionar a favor ou contra ele mesmo.

> *"Depois de três séculos de prodigioso desenvolvimento científico, torna-se intoleravelmente alienante concluir (...) que a acumulação de tanto conhecimento sobre o mundo se tenha traduzido em tão pouca sabedoria do mundo, do homem consigo próprio, com os outros, com a natureza." (Santos, citado por Goergen, 1998, p. 1)*

Outro ponto importante é quanto à relação médico-paciente. Com o explosivo crescimento da população idosa e o uso crescente dos serviços de saúde, é de surpreender que pouco se saiba sobre as maneiras de relacionamento entre médicos e seus pacientes idosos (Adelman, Greene, Ory, 2000).

Para alguns gerontologistas, a população de idosos é subdividida em três grupos com diferentes faixas etárias, a saber: grupo de idosos-jovens que é composto por indivíduos com idade entre 60 a 74 anos, o grupo de médio-idosos, aquele no qual as idades variam entre 75 a 84 anos, e o grupo de idosos-velhos, em que as idades variam de 85 anos ou mais. Cada um desses grupos tem sua perspectiva histórica individual e deve ter um diferente suporte social e necessidades psicológicas, assim como apresentam problemas médicos diferentes. Por exemplo, os idosos com 85 anos ou mais são aqueles que mais estão susceptíveis a declínio cognitivo, incapacidades, dependências e são aqueles que mais internam.

Se nós compararmos o atendimento do adulto como dos idosos, esse último certamente será mais complicado no sentido da comunicação por causa dos déficits sensoriais, cognitivos, limitações funcionais e a freqüente presença da terceira pessoa.

Esta pessoa – que deve ser um parente próximo ou um cuidador –, tão importante na comunicação e muitas vezes na decodificação da linguagem falada e corporal dos idosos, pode interferir de maneira benéfica ou não, às vezes até prejudicando esse relacionamento. Além disso, não deixemos de lembrar das atitudes preconceituosas contra os idosos, apresentadas pelos próprios profissionais da saúde.

A origem das crenças preconceituosas contra os idosos é multidimensional. Nossos medos quanto ao envelhecer, a proximidade da morte, tudo leva a crer que: envelhecimento ainda é um assunto cheio de tabus em nossa sociedade. Esse movimento de fuga do "ser velho" contribui para o desenvolvimento de atitudes preconceituosas contra o envelhecimento (Adelman, Greene, Ory, 2000).

Preconceitos contra o envelhecimento, a produção de falsas crenças sobre pessoas idosas, é pernicioso para o sistema médico de saúde. A literatura descreve alguns exemplos de comportamentos médicos preconceituosos contra idosos, mas não temos estudos documentados sobre a magnitude desse problema. Esse preconceito pode se manifestar de inúmeras formas, entre elas:

- Os médicos podem trivializar ou subestimar os problemas médicos dos idosos por acharem que eles fazem parte do envelhecimento natural.
- Médicos podem ser menos agressivos em presença de certas patologias ou problemas psiquiátricos quando o paciente é idoso.
- Os médicos podem usar termos pejorativos para nomear certas patologias em idosos.
- Alguns médicos dispensam menos atenção e tempo para pacientes idosos.
- Alguns médicos consideram os idosos pacientes mais "difíceis" comparados com os adultos.
- A dificuldade para a realização de transplante em paciente com 65 anos ou mais. Especialmente o transplante renal (Adelman, Greene, Ory, 2000).

Diferentemente de outros preconceitos, tais como contra preferência sexual ou raça, o preconceito contra a velhice tem enfoque muito perigoso e pessoal, porque nós todos vamos envelhecer se formos privilegiados o suficiente para sobrevivermos.

Se um indivíduo se torna idoso e incorpora um significativo desgosto pelo envelhecimento e pela pessoa idosa ele se tornará objeto de sua própria discriminação. Esse auto-preconceito tem ônus muito pesado e certamente influenciará de maneira negativa no seu processo de envelhecimento saudável.

Agindo assim, essas pessoas trivializam qualquer tipo de sintoma de doenças que são comuns aos idosos alegando ser tudo natural e "da idade". Essas pessoas podem ser leigas ou profissionais de saúde e, segundo Adelman, Greene, Charon (1986), esses últimos são mais susceptíveis a desenvolver atitudes preconceituosas contra o envelhecimento. Eles estão, por sua própria profissão, mais expostos à população mais carente, frágil, doente, confusa, demenciada e hospitalizada, lhes oferecendo imagens distorcidas do envelhecimento.

Os idosos saudáveis não fazem parte da amostra de idosos que se apresentam para médicos ou estudantes de medicina, principalmente nos hospitais terciários. O preconceito contra o envelhecimento pode ser, algumas vezes, considerados como um "mal" ocupacional que leva o profissional de saúde a subestimar o cuidado médico.

Por exemplo, se um médico acredita que depressão é "doença de velho", ele perderá oportunidade de tratar uma doença curável. Muitos estudos mostram que pelo fato de serem idosos, certos pacientes são tratados menos agressivamente. Bacon disse que:

> *"(...) se a mente humana fosse depurada dos seus preconceitos e das atitudes precipitadas, advindas das relações entre os homens, haveria espaço para o progresso do verdadeiro método científico. O mais importante esforço da vontade consiste em evitar os preconceitos, isto é, o costume de emitirmos juízos sobre coisas que não conhecemos de forma clara e distinta."*
> (citado por Georgen,1998, p.8)

Hoje, olhar pela velhice é uma prioridade, independente do ônus financeiro que ela possa acarretar. A medicina moderna está muito preocupada com o lado financeiro do tratamento, com índices de produtividade e curas biomédicas e é tempo para repensarmos a ciência no seu novo paradigma, numa visão mais global e humanista em que os avanços tecnológicos se integrem com as necessidades da população que adoece. Que esse seja um processo contínuo, interativo, multidimensional de colaboração mútua e satisfatória.

O objetivo principal em melhorar a relação entre o paciente idoso e seu médico é o de desenvolver um encontro médico que promova uma "cura" não só biológica, mas também psicossocial. Curar no seu sentido amplo só pode acontecer quando a ciência e a arte da medicina são vistas como processos interdependentes e inseparáveis (Adelman, Greene, Ory, 2000).

O perfil demográfico brasileiro mudou numa velocidade tal que dificultou, além do que normalmente acontece com qualquer mudança brusca e inesperada, a imperiosa e indispensável mudança de conceitos e valores da nossa sociedade sobre o envelhecer e o ser "velho". Isto causa, até hoje, lentidão na superação de preconceitos, mitos, e no reconhecimento da dignidade do idoso e no olhar para as suas necessidades mais prementes (Pessini, Queiroz, 2002).

Sabemos que a velhice, em si, não constitui um problema de saúde pública, mas o que muito preocupa os estudiosos é em que circunstâncias o envelhecimento no Brasil está ocorrendo e como estarão amparadas as pessoas que envelhecem nesse país. Ações políticas devem ser repensadas e estratégias reestruturadas no sentido de promover um envelhecimento em condições favoráveis à prevenção da capacidade funcional da autonomia e independência.

Para que isso aconteça, sabe-se que não são poucos os investimentos a serem feitos para a capacidade de pessoal, equipamentos especializados e reestruturação dos espaços físicos.

É necessário que haja uma articulação compactuada entre Estado, Sociedade e Família para que o idoso exerça sua cidadania de maneira plena e satisfatória (Pessini, Queiroz, 2002).

Vejamos o que nos fala o Art. 9º do Capítulo I – Do Direito à Vida, do título II – Dos Direitos Fundamentais, do Estatuto do Idoso:

> *"É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade."* (2003, p. 1)

Vamos, pois, começar nos bancos das escolas médicas, alertando para um problema de futuro próximo que já nos dá sinais na atualidade da carência de conhecimento nessa área do envelhecimento, da necessidade de um olhar não caridoso, mas de respeito, de valorização da cidadania, da individualidade e complexidade do ser uma pessoa que envelhece. Não cessam os estudos e os esforços têm sido enormes para acelerar os programas de ações preventivas, detecção precoce de déficits funcionais e estímulo à promoção de saúde.

Mesmo com todo o entusiasmo em relação às políticas públicas de saúde voltadas para o tema "idoso e a velhice", ainda hoje é difícil envelhecer em nosso país.

Segundo Dr. Serafim Borges – Coordenador da Câmara Técnica de Geriatria e Gerontologia do CREMERJ –, comentando sobre o Estatuto do Idoso, no V Fórum da Câmara Técnica de Geriatria e Gerontologia do CREMERJ, disse que: "(...) as dificuldades realmente existem e que, mesmo com o surgimento do Estatuto do Idoso, até hoje ele está sendo muito pouco cumprido" (Borges, 2004, p.16).

Temos que desenvolver mais "cabeças pensantes" com ânimo, força, coragem e muita vontade de mudar o que se critica hoje em relação à atenção ao idoso em todos os sentidos, seja no biológico, social, psíquico, cultural, econômico, ambiental e relacional.

E que a nossa luta dentro das Escolas Médicas seja no sentido de multiplicar em número e intensidade de força aqueles que olharão os idosos com o olhar de respeito, apreço e consideração, dando-lhes a oportunidade de ter qualidade de vida.

Nós, professores, temos que ter, fazendo parte de nosso projeto de vida como educadores, um espaço dedicado ao estudo da população de pacientes idosos, que, além de crescer a cada ano de maneira geométrica, merece atenção especial, respeito, carinho, porque não dizer, devoção.

Eles são aqueles que abriram os caminhos para nós, nos precederam, nos ensinaram a dar os primeiros passos e a crescer.

Vamos lutar contra os preconceitos e Representações Sociais distorcidas, para que os idosos sejam vistos e reconhecidos como um grupo de cidadãos que têm direito à vida digna e ao nosso mais puro reconhecimento.

Vamos mostrar que somos capazes e que não nos rendemos facilmente frente às dificuldades que a sociedade nos impõe. Devemos sempre lembrar que "nós" somos esta sociedade, temos direitos e deveres e somos responsáveis pelo rumo dos acontecimentos!

> *"Desconhecer nossos direitos torna-nos seres dependentes. Ignorar nossas capacidades e nossos poderes de luta e transformação conduz-nos ao entreguismo e ao comodismo social e histórico. Os detentores de qualquer tipo de poder aproveitam-se de nossas alienações"*.
>
> *(Luckesi, 1991, p. 57).*

Felizmente, hoje já se observa um movimento maior daqueles que pensam na velhice de maneira mais séria, com a responsabilidade devida, e isto vem ao encontro do grande e assustador aumento do número de idosos na população mundial. A população idosa cresce e com ela os problemas de ordem médica psico-social e econômica. Cresce também o número de geriatras e gerontologistas e outros interessados em pesquisa qualitativa neste campo tão vasto e ainda muito por ser explorado.

É o momento certo de se fazer crescer o sentimento de busca pelo saber, de levantar dúvidas e estimular reflexões nesta área, em nossos estudantes de medicina, inclusive corroborando com as intenções mais profícuas das Novas Diretrizes Curriculares (Brasil, 2001).

Que sejam eles estudantes preparados para construírem seus conhecimentos, críticos e embebidos de interesse no ser humano, no seu bem-estar, na sua qualidade de vida, que busquem de maneira incessante o saber, troquem, aprendam e ensinem num ciclo contínuo e infindável em direção a "uma" Medicina mais humana, justa e igualitária, despida de preconceitos e ações isoladas e só de cunho particular.

Ainda somos minoria, mas a luta deve continuar...

Mudar as Representações Sociais e conseqüentemente as atitudes frente ao idoso e à velhice é um desafio. Desafio que nos toca profundamente e de maneira concreta, pois que sentiremos "na pele" em pouco tempo a pressão deste arsenal de preconceitos, mitos, ditos e apreciações deturpadas pelo espelho da vida que não mente, mas reflete aquilo que queremos ver, ou não, na maioria das vezes.

Para que isto aconteça, nós, sociedade, precisamos interferir, levantar bandeira e agitá-la, para que seja vista, aplaudida e respeitada, em prol da mudança paradigmática do que é ser "velho" na atualidade.

A consciência da mudança tem que ser implantada não só na sociedade de maneira geral, mas no núcleo familiar, nas casas, nas comunidades, nas escolas, nas universidades, nos hospitais, sempre torcendo para que os respingos da chuva de transformações acertem em cheio as cabeças e os corações dos homens.

Todas as forças e energias devem estar concentradas e dirigidas para que o idoso supere suas dificuldades, adapte-se às mudanças físicas, funcionais e econômicas, gerencie e transponha obstáculos à participação na sociedade. Que encontre solidários na luta para exercer plenamente sua cidadania, tenha acesso a meios pessoais e tecnológicos que propiciem prevenção de doenças, reabilitação das já existentes e promoção da saúde em seu sentido mais amplo. Tenha qualidade de vida e seja feliz!

3. OBJETIVOS

Geral

- Analisar as Representações Sociais que o estudante do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis tem do idoso e da velhice.

Específicos

- Apreender os conceitos e as concepções de idoso e velhice do estudante do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis

- Discutir as relações que este estudante tem com o idoso e a velhice

- Identificar suas dificuldades, anseios e expectativas no manejo do paciente idoso.

4. O PROCESSO DA PESQUISA

4.1 Contexto Institucional

A disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Petrópolis é ministrada durante o 4° ano do curso, com carga horária global de 620 horas / aluno, distribuídos em atividades práticas de enfermaria, 18 horas e 4horas em aulas teóricas semanais, com duração total de 40 semanas teóricas e 40 práticas.

A turma é dividida em quatros grupos com cerca de 30 alunos que sob a forma de rodízio passam por três módulos de Clínica Médica e um de Doenças Infecto-parasitárias. Cada módulo tem a duração média de oito semanas e aquele grupo que está freqüentando a enfermaria no módulo de DIP – Doenças Infecto-parasitárias –, só acompanha as aulas teóricas da Clínica Médica. Na realidade, trabalhamos com três grupos de 30 alunos que compartilham das atividades em três hospitais com diferentes perfis, a saber: Clínica de Recuperação de Adultos/Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp, com predomínio de pacientes agudos ou crônicos agudizados; Hospital Alcides Carneiro, que também presta atendimento a pacientes com doenças agudas, com maior complexidade, pois é um hospital de maior porte e em processo de certificação pelo MEC para consolidar o seu papel de Hospital de Ensino. E o Sanatório Oswaldo Cruz, que presta atendimento a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes.

Temos um grande contingente de pacientes idosos que são assistidos nos 3 hospitais acima citados. A cada ano, o número de idosos cresce, como era de se esperar, de acordo com a realidade estatística de nosso país.

Como exemplo, no ano de 1998, o percentual de idosos – 60 anos de idade ou mais –, internados na Clínica de Recuperação para Adultos - CRA, hospital onde leciono diariamente, foi de 33,2%; em 1999, esse percentual subiu para 33,7%, no ano de 2000, para 43,43%. Em 2004, o percentual foi de 43,48%, o que mostra ainda um número crescente de internações hospitalares de pacientes idosos (RGM do Brasil Informática - Sistema AIH do HMNSE, 2004).

4.2 O Método

Para a realização desta dissertação de Mestrado, apoiamo-nos na abordagem qualitativa, com enfoque nas Representações Sociais que o estudante do quarto ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis tem dos idosos e da velhice, visto que essa abordagem atende ao objetivo proposto. As representações, segundo Rangel (1999, p.62) "oferecem possibilidades de estudo de preocupações e conceitos que refletem e orientam pensamentos, opiniões e ações."

A abordagem qualitativa, segundo os ensinamentos de Minayo (1994, p. 21-22), diz que:

> *"A pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares (...) trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".*

Com isso aprendemos que através da abordagem qualitativa, nos aproximamos muito mais do que queremos observar, aproveitando não só o que é realizado, mas nos interamos com as emoções despertadas pelos questionamentos, reações que muitas vezes dizem mais do que as palavras como, choro, riso, silêncio, expressão de raiva, descontentamento, alegrias, piedade e outros, personificando as respostas, dando um significado muito profundo ao que colhemos, uma característica ímpar que muito enriquece a pesquisa.

Para Víctora *et al*, *(2000, p. 125)*

> *"O grande mérito da pesquisa qualitativa é a possibilidade de apreender o que não é evidente, aquilo que ultrapassa o nível discursivo dos indivíduos, de descobrir e de explicar o que não é percebido pelo expectador comum".*

Trata-se de uma pesquisa qualitativa estratégica, segundo a classificação de Bulmer para pesquisa social (citado por Minayo, 1993).

A identificação com a pesquisa qualitativa se deu principalmente por percebermos que objeto e sujeito se relacionam de maneira tão coesa que se confundem e se fundem em busca do êxito na pesquisa, da concretização dos objetivos.

Minayo muito bem define esta relação entre objeto e sujeito na pesquisa social: "Na pesquisa Social o 'objeto' é também o sujeito e interage permanentemente com o investigador" (1994, p. 35)

O estudo das representações sociais não pode ser analisado de maneira distante, imparcial e matemática. A abordagem qualitativa estuda os significados das ações e relações humanas e nos ajuda a compreender melhor a realidade humana na vida cotidiana e no meio social. Segundo Moscovici (1978, p.26), "(...) uma representação fala tanto quanto mostra, comunica quanto exprime." Não é só a fala, mas o gesto, a ação do cotidiano que importam, que exprimem o seu significado e o seu valor.

4.3 Os sujeitos em Estudo

Participaram da primeira fase deste estudo (aplicação de questionário semi-estruturado), noventa e seis estudantes, de ambos os sexos, que estavam cursando o 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

Da segunda fase, 'grupo focal', participaram quinze estudantes, selecionados de maneira aleatória, desse mesmo grupo.

É no 4° ano que os alunos da Faculdade de Medicina de Petrópolis têm seu primeiro paciente, aquele que será acompanhado dia após dia por ele, tentando uma relação mais significativa no sentido do "ato médico". "Senhor Fulano é *meu* paciente" é uma fala que costumamos ouvir deles com orgulho.

Os leitos lhes são atribuídos de maneira aleatória, fixa, e o acompanhamento é feito durante todo o módulo (oito semanas) e eles têm, em geral, contato com pacientes jovens, adultos e idosos, com doenças agudas, crônicas e/ou degenerativas, ou terminais.

Aos poucos os alunos vão adquirindo o conhecimento técnico, associado ao aperfeiçoamento das habilidades e atitudes à beira do leito. Eles trazem os seus conceitos e representações, conhecimentos do "senso comum" associados às informações de anos anteriores dentro e fora da Escola Médica e o conhecimento elaborado pelo senso crítico.

4.4 Instrumentos

Na busca por literatura que nos orientasse melhor sobre a escolha dos procedimentos metodológicos, encontramos apoio nos livros de Minayo (1993), Sá (1998), Guareschi, Jovchelovitch (1999), Jodelet (2001), Moreira (2001), Spink (2003).

Para Farr (1993), a teoria das Representações Sociais, a *grande teoria,* não privilegia nenhum método de pesquisa em especial, o que nos libera para um amplo espectro de escolha metodológica, desde que adeqüe e dê respostas às nossas mais prementes dúvidas (citado por Sá, 1998).

Para nossa pesquisa em Representações Sociais escolhemos, pois, como instrumentos, o questionário semi-estruturado e a técnica do grupo focal.

O questionário é um instrumento constituído por perguntas diretas e outras de cunho associativo. Neste estudo foi apresentado em duas partes, sendo a primeira intitulada "Conhecendo você", com perguntas sobre gênero, idade, naturalidade, caracterização dos pais, moradia, com quem

vivem, livros que marcaram sua vida, tipo de leitura, atividades extracurriculares, no intuito de conhecermos o perfil sócio-cultural dos sujeitos da pesquisa e suas cotidianidades.

Apesar do grande número de desvantagens encontradas no questionário, encontramos nas vantagens um pré-requisito básico para a primeira aproximação dos sujeitos com o objeto da pesquisa, principalmente porque o tema Representações Sociais situa-se distante do dia-a-dia dos estudantes de Medicina.

Palmore (1977) reforça a idéia de que é interessante e útil descobrir-se idade, sexo, raça, religião, região onde vivem, nível socioeconômico dos sujeitos de uma pesquisa quando se trata do grau de conhecimento sobre o processo de envelhecimento.

A segunda parte intitulada "Conhecendo sua visão do Idoso e da Velhice", foi elaborada com perguntas que fizeram emergir Representações Sociais que os sujeitos da pesquisa têm do Idoso e da Velhice.

Algumas perguntas tais como: se convive ou conviveu com avós, existência de uma pessoa idosa que os estudantes considerem importantes em suas vidas, em sua formação/educação, foram inspiradas pelo grande questionário realizado na pesquisa de Perrotta *et al* (1987) na State University of New York, em Buffalo, na qual eles estudaram e analisaram atitudes dos estudantes do primeiro ano da Faculdade de Medicina frente à geriatria e pacientes geriátricos.

Cada vez que nos aprofundamos no assunto, vemos a necessidade quase constante de ajustes e consertos. Isto nos mostra que, no campo das Representações Sociais, as quais se transformam e influenciam as atitudes e os comportamentos, assim como nas ciências, o que é verdade hoje, poderá não ser amanhã.

A pesquisa exige seriedade e engajamento do pesquisador com a sua escolha metodológica e instrumental.

Com a pré-análise do questionário, observamos que faltavam dados importantes da comunicação, do comportamento, das falas, do tom das mesmas, dos gestos, expressões que nos aproximassem das representações mais reais, puras e profundas de nossos estudantes.

Para mergulhamos mais fundo no assunto, necessitaríamos de uma técnica, um instrumento que pudesse simular uma situação do cotidiano dos estudantes, um local de discussões, reflexões, trocas e assim fizemos a opção pelo "grupo focal" ou "focus groups" – criada por Millward, em 1995 (Sá, 1998).

Para Minayo (1993, p.129)

> *"O grupo focal consiste numa técnica de invejável importância para se tratar de questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos".*

Para Lefèvre (2003), o pensamento em grupo, quando comparado com o pensamento obtido individualmente parece ser mais um fenômeno psicossocial do que social, o que para ele implica num dado menos genuíno, quando se quer reconstituir o pensamento de uma coletividade sob o ângulo social.

Através da simulação de uma situação do cotidiano, consegue-se extrair dos participantes do grupo suas expressões mais espontâneas e, portanto, mais fidedignas e reveladoras de suas opiniões sobre fenômenos ou objetos, ou pessoas, suas Representações Sociais.

> *"(...) as representações sociais determinam o campo das comunicações possíveis dos valores ou das idéias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos e regem subseqüentemente as condutas desejáveis ou admitidas" (Moscovici, 1978, p. 51).*

As pessoas ou grupos têm representações sociais sobre um fato, um fenômeno, um objeto ao seu redor e é através dos sentimentos que afloram destas representações que elas emitem suas opiniões e agem.

Com a Representação Social a pessoa significa e re-significa os fenômenos e objetos que permeiam o seu cotidiano.

> *"(...) quando o indivíduo exprime sua opinião sobre um objeto, somos levados a supor que ele já representou algo desse objeto, que o estímulo e a resposta se formam em conjunto."* (Moscovici, 1978, p. 48)

Ao praticarmos nosso cotidiano convivemos, aprendemos, criamos, re-inventamos, discutimos e transformamos nosso ambiente, nosso trabalho, nossas concepções de mundo, nossas Representações Sociais.

Quando se fala de interação entre práticas sociais e as próprias representações, temos que nos reportar a Abric (1994, p.229-230),

> *"(...) a determinação das práticas e dos comportamentos pelo sistema de representação parece – ao menos em certas situações – indiscutível. Vimos mais precisamente que as representações constituídas, e às vezes profundamente ancoradas na história da coletividade, permitem explicar as escolhas efetuadas pelos indivíduos, o tipo de relações que eles estabelecem com os parceiros, a natureza de seu engajamento em uma situação ou suas práticas cotidianas".*

Foi elaborado um roteiro de perguntas norteadoras que assumiram o papel de fagulhas que incendiaram os interesses dos estudantes em participar da pesquisa, que estimularam posicionamentos, questionamentos, conversas e discussões.

Utilizamos, também, o teste por associação livre de palavras tanto em duas questões do questionário, como no grupo focal.

O teste de associação de palavras compreende verificar: Freqüência de aparecimento, ordenação de forma decrescente, classificação das unidades de significação em categorias, e análise dos resultados em função de variáveis externas: gênero, idade, contato com idosos, entre outras (Bardin, 2003).

4.5 Procedimentos

Em 2003 foi aplicado o pré-teste do questionário, o que muito ajudou, pois, críticas surgiram, descobertas de algumas inconsistências foram corrigidas no questionário definitivo.

O pré-teste tem importância fundamental na descoberta de falhas existentes como: inconsistência ou complexidade das questões; ambigüidade, linguagem inacessível; perguntas superficiais, etc. (Marconi, Lakatos, 2003).

Após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, a busca pelos dados teve início.

Questionário:

Em 12 de março de 2004, a coleta de dados foi realizada a partir do questionário para 96 estudantes que cursavam o quarto ano.

A todos os participantes foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I). A aplicação do questionário (Anexo II) se deu em sala de aula, após explicação detalhada sobre a importância da veracidade e autenticidade das respostas. O tempo utilizado para responder ao questionário foi de aproximadamente vinte minutos.

Foi realizada uma pré-análise para avaliação de conteúdo e verificou-se a necessidade de aprofundamento dos dados que em muitos casos deixavam dúvidas. Optou-se, pois, pelo uso da técnica do grupo focal que foi realizada no dia sete (7) de outubro de 2004.

Grupo focal:

A escolha do local foi cuidadosamente planejada para que os estudantes e o coordenador encontrassem no ambiente adequado, tranqüilo, o lugar apropriado para discussões amigáveis, mas positivas, verdadeiras, cheias de entusiasmo e carregadas de emoções que aflorassem com total liberdade de expressão e confiança.

Fizemos, pois, um grupo de quinze estudantes escolhidos pelo método aleatório, através de uma tábua de números aleatórios (Levin, 1987).

Estes alunos foram comunicados e convidados a participar um dia antes da realização do grupo focal e, confirmada a presença, foram informados sobre local, horário de início e término, que teria quinze componentes, mais três pessoas relatoras e um facilitador. A sessão foi gravada para exposição em vídeo (Sistema VHS). Souberam também, de antemão, que seria uma pesquisa de complementação da Tese de Mestrado, já iniciada com o questionário realizado em março de 2004. Após as explicações, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Foi elaborado para o grupo focal um roteiro de questões (Anexo IV).

Não houve nossa participação direta, a não ser para agradecimentos e para explicação breve da sessão, antes do início da técnica e da filmagem.

Apresentamos os participantes da pesquisa, o facilitador, que é biólogo, Mestre em Biologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professor dos primeiros e segundos anos da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Depois as três relatoras, sendo duas colegas de turma, escolhidas por nós pelas características de personalidade, por terem compromisso, atenção, responsabilidade, excelente senso de observação, e a terceira integrante é médica, professora do Eixo da Saúde da Família da nossa faculdade, uma pessoa ímpar e extremamente envolvida com a promoção da saúde de seus pacientes. Com um detalhe importante, os estudantes não a conheciam.

A intenção foi ter pessoas conhecidas, da mesma faixa etária, colegas de turma que estavam acostumadas aos gestos, jeitos e linguagem, para que conseguissem captar de forma mais aproximada possível todas as expressões e sentimentos, mesmo os mais encobertos. Ao mesmo tempo,

compreendemos ser importante ter alguém que, de maneira proposital e intencional, passasse a percebê-los, analisá-los sem que para isto já os tivesse conhecido em outras ocasiões.

No estudo das Representações Sociais, é imprescindível que se observe nas falas, nos comportamentos, não só características epistemológicas, valorizando o cognitivo, que é muito importante, mas percebendo toda a emoção e demais características psicodinâmicas.

Para Jodelet,

> *"(...) os suportes pelos quais as Representações Sociais são veiculadas na vida cotidiana são os discursos das pessoas e ou grupos que as mantêm e os comportamentos e práticas sociais". (citada por Sá, 1998, p.73)*

Nossa não participação foi amplamente discutida e analisada conjuntamente por professores do Mestrado ao qual faço parte, no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS – UNIFESP/EPM. Concluímos ser inconveniente nossa presença, visto que sou professora atualmente do 4º ano, amante dos idosos e a minha presença poderia intimidá-los ou até mesmo inibi-los, privando-os de exprimir suas mais claras, puras, objetivas e fidedignas representações.

4.6 Análise dos Resultados

Após leitura exaustiva das respostas do questionário, separamos aquelas de cunho quantitativo, referentes a dados pessoais, para computarmos freqüência de ocorrência e cálculo de porcentagem simples, e as que mereciam uma avaliação qualitativa, foram objeto de uma pré-análise, categorização, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A transcrição do 'grupo focal' foi submetida a uma modalidade de análise de conteúdo.

Quando pensamos em que consiste a análise de conteúdo, vemos que é um processo através do qual articulam-se idéias do que se entende da linguagem expressa de maneira crítica, reflexiva, dinâmica e interpretativa. Considerando a linguagem – expressão da existência humana –, da comunicação entre seres sociais, que sofre interferências do tempo, momento histórico-social e situação geográfica.

A análise de conteúdo tem por função principal desvendar aquilo que parece não estar tão claro, ou foi escondido por algum motivo pelo locutor.

Para completar o pensamento reportamo-nos a Bardin, quando define a análise de conteúdo como:

> *"(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (qualitativos ou não)" (Bardin, 2003, p.38)*

Para Richardson (1999, p.222)

> *"(...) a análise de conteúdo é um tema central para todas as ciências humanas e com o transcurso do tempo tem-se transformado em um instrumento importante para o estudo da interação entre indivíduos".*

Apreciamos e nos identificamos com comparação feita por Mucchielli, quando diz que:

> *"O conteúdo para o usuário da análise de conteúdo é como o líquido para o químico analista. Tudo está lá e não há nada fora. Os componentes químicos estão dentro e presentes por definição. Nada mais há o que se fazer do que analisar o que se dispõe..."*
>
> (citado por Franco, 2003, p.23),

Estaremos fazendo uma grande mistura nesse mar de informações, mexendo, temperando, até atingirmos o sabor, não mais salgado, mas o doce das descobertas das Representações Sociais mais claras e esclarecedoras das atitudes e comportamentos de estudantes de medicina frente ao paciente idoso.

Ainda, falando sobre o estudo da Análise de Conteúdo, Franco (2003) comenta

> *"(...) a complexidade de sua manifestação que envolve a interação entre interlocutor e locutor, o contexto social de sua produção, a influência manipuladora, ideológica e idealizada presentes em muitas mensagens, os impactos que provocam os efeitos que orientam diferentes comportamentos e ações e as condições históricas, sociais, mutáveis que influenciam crenças, conceitos e* ***Representações Sociais*** *elaboradas e transmitidas via mensagens, discursos e enunciados." (Franco, 2003, p. 10) (grifo nosso)*

Dentre as subdivisões possíveis da Análise de Conteúdo, utilizamos a Análise Temática, que é considerada pelos estudiosos da análise de conteúdo como a maneira de valorizar a unidade de registro mais útil, e é a mais antiga e explorada dentre todas (Minayo 1994; Richardson, 1999; Bardin, 2003;Franco, 2003).

> *"Consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira" (Richardson, 1999, p.243)*

Na Análise de Conteúdo lançamos mão da categorização que consiste em agrupar as respostas de sentido equivalente num conjunto ao qual se dá um nome que expressa este sentido equivalente.

Encontramos, portanto, a maneira mais adequada de analisarmos as 'falas', os 'discursos' dos atores em nossa pesquisa sobre Representações Sociais.

Categorizar, significa separar no texto, após leitura exaustiva, Unidades de Registro (palavra; frase ou oração; tema) e Unidades de Contexto.

Outra finalidade da Análise de Conteúdo é a possibilidade da inferência.

Franco (2003, p. 24) nos explica que:

> *"(...) uma importante finalidade da análise de conteúdo é produzir inferências sobre qualquer um dos elementos básicos do processo de comunicação...".*

A inferência é um procedimento intermediário entre a descrição de características do texto já elaborado e a interpretação do mesmo (Bardin, 2003).

Chegamos à conclusão que para fazer inferências é preciso identificar quem fala, o quê, para quê, com que efeito e para quem, em que contexto sócio-histórico-cultural e identificarmos características específicas das mensagens. Só assim, inferindo suposições próprias, embasadas em experiências científicas anteriores, poderemos interpretar nossos resultados.

Depreendemos, com o decorrer das avaliações, o quão importante é saber olhar para os discursos e sentir nas palavras, significados diferentes em situações diferentes, e como isso interfere na interpretação que fazemos daquilo que lemos.

O sentido da palavra é conhecido como algo que é produzido historicamente pelo uso e o discurso como o efeito de sentido entre locutores posicionados em diferentes perspectivas, dentro de um contexto cultural e geográfico (Brandão, 1998).

Segundo Pêcheux,

> *"(...) se uma palavra, expressão, proposição podem receber sentidos diferentes (...) conforme referiam a tal ou tal formação discursiva, é porque (...) elas não têm um sentido que lhes seriam "próprio" enquanto ligado à sua literalidade, mas seu sentido se constitui em cada formação discursiva, nas relações que entretêm com outras palavras, expressões proposições da mesma formação discursiva".*
>
> (citado por Brandão, 1998, p.65)

Cada palavra tem seu sentido denotativo e conotativo e devemos estar atentos para seu significado no tempo e no lugar.

Sentido conotativo que é dado à coisa designada implica

> *"em um estado de espírito, um julgamento, um certo grau de afetividade, que variam conforme a experiência, o temperamento, a sensibilidade, a cultura e os hábitos do falante ou ouvinte, do autor ou leitor" (Garcia, 2003, p.180)*

Olhemos, portanto, para as 'falas' dos locutores, como detetives em busca de significados mais coerentes, que explicitem as idéias, as intenções, literalmente os recados, pois assim é possível eleger as unidades de registro ou de contexto para melhor categorizá-las.

5. NOSSAS DESCOBERTAS

5.1 "Conhecendo estes estudantes de Medicina"

> *"(...) a ciência se constrói numa entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. (Minayo,1994, p.77)*

A primeira parte do questionário foi elaborada com quinze (15) perguntas diretas para que conhecêssemos o perfil sócio-cultural desses estudantes.

Os sujeitos da pesquisa, noventa e seis (96) estudantes que cursavam o 4º. ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis em 2004, foram caracterizados como jovens, sendo em sua maioria brancos (82,29%), com idades variando entre 20 e 23 anos (58,33%).

Tabela 1 – Distribuição por cor, idade e naturalidade dos estudantes

Cor	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Branca	43	36	79	82,29
Parda	9	7	16	16,66
Preta	0	1	1	0,8
Idade				
De 20 a 22 anos	23	33	56	58,33
De 23 a 26 anos	22	14	36	37,50
De 27 a 30 anos	1	2	3	3,12
Mais de 30 anos	0	1	1	1,04
Naturalidade (por Estado)				
Minas Gerais	17	16	33	34,73
Rio de Janeiro	10	9	19	20,0
Goiás	4	10	14	15,55
São Paulo	6	3	9	9,47
Espírito Santo	1	1	2	2,10
Paraná	1	0	1	1,05
Bahia	1	0	1	1,05
Pernambuco	1	0	1	1,05
Mato Grosso do Sul	1	0	1	1,05
Cidade estrangeira	0	1	1	1,05
Não responderam	1	0	1	1,05
Respondeu brasileira	7	6	13	13,54

Nascidos em nove (9) cidades brasileiras, com predominância em estados da região sudeste (63,96%) e região nordeste (20,83%).

Segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a região sudeste é a mais populosa em indivíduos idosos (2000). Portanto, estes estudantes, em sua maioria, nasceram e vivem numa região do país em que a população idosa cresce de maneira importante, nos dando a inferir que se relacionarão com pacientes idosos no decurso de suas vidas profissionais.

A diversidade de naturalidades agrega para a pesquisa a oportunidade de observar representações influenciadas por culturas, valores, concepções e histórias diversas.

> *"Em certas sociedades o velho é respeitado e sinônimo de experiência e sabedoria, em outras ele é discriminado, considerado refugo e até lixo. São realidades díspares que se conflitam conforme a visão de mundo, o pensar, o sentir e o agir de cada grupo" (Beauvoir, 1990, p.33)*

No interessante trabalho de pesquisa dos Wortmann (1999), com camponeses do sul e do nordeste do Brasil, concluiu-se que o velho é detentor de reconhecida autoridade não só no meio familiar, mas na comunidade em geral.

O mesmo não foi verificado por Bosi (1994), em sua pesquisa realizada na cidade de São Paulo, na qual observou que era comum o jovem voltar as costas para aquele que lhe ensinou, pois a 'fonte secou', esgotou o que dar a ele. Ela atribuiu a este acontecimento influências de uma sociedade capitalista, na qual sobressai o belo, o novo, o *forte e poderoso.* (grifo nosso)

Ambas as situações nos mostram a importância e a influência que os elementos culturais e regionais imprimem nas Representações Sociais.

Simone de Beauvoir, em seu célebre livro “A Velhice” mostrou, após uma longa viagem através dos tempos e visitando culturas primitivas diversas, que cada povo, cada cultura , ou privilegia seus velhos ou os despreza.

> *“(...) o velho nessas sociedades, é um sub-homem e um super-homem; incapaz, inútil, é também o intercessor, o mágico, o sacerdote; fica aquém ou além da condição humana, e muitas vezes nas duas situações ao mesmo tempo.” (Beauvoir, 1990,p.106)*

Nos interessamos, pois, em saber se existiria ascendência estrangeira, considerando até a terceira geração, de bisavós. Observamos que 51,08% dos estudantes têm ascendência estrangeira, citando países europeus 65 vezes; isto porque foi comum a associação de dupla ascendência, como português e espanhol ou português com italiano etc..

São religiosos 90,52% sobressaindo a religião católica (62,50%) mas encontramos aqui uma diferença importante entre os gêneros, pois 80% das mulheres são praticantes e só 46% dos homens o são.

Tabela 2 – Distribuição de freqüência relacionada à ascendência estrangeira, religião

Ascendência estrangeira	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Não tem ascendência estrangeira	26	21	47	37,6
Européia	34	31	65	52,0
Asiática	9	2	11	8,8
Africana	0	1	1	0,8
Não sei dizer	1	0	1	0,8
Religião				
Católica	35	25	60	62,5
Espírita	7	4	11	11,45
Evangélica	2	0	2	2,08
Judáica	0	1	1	1,04
Não responderam	3	10	13	13,54
praticante	36	11	47	48,95
não praticante	9	14	23	23,95
Não tem religião	3	6	9	9,37
Não responderam	5	21	26	27,08

Sá, nos alerta que:

> *"(...) quanto às condições de produção e circulação das representações sociais, identificam-se três conjuntos, designados pelos rótulos genéricos de "cultura", "linguagem e comunicação" e "sociedade". Pesquisam-se as relações que a emergência e a difusão das representações sociais guardam com os fatores tais como: valores, modelos e invariantes culturais; comunicação interindividual, institucional e de massa; contexto ideológico e histórico; inserção social dos sujeitos, em termos de sua posição e filiação grupal; dinâmica das instituições e dos grupos pertinentes." (1998, p.32) (grifo nosso)*

A maioria dos estudantes (84,37%) reside em Petrópolis, cidade que sedia a nossa Faculdade, com colegas e ou amigos 59,37% com os quais socializam saberes e crenças. Vivem em grupos.

Tabela 3 - Distribuição de freqüência relacionada à cidade onde residem e com quem residem

Cidade onde residem	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Petrópolis	39	42	81	84,37
Outras.	11	4	15	15,62
Com quem residem				
Amigos - colegas	35	22	57	59,37
Pais	6	13	19	19,79
Sozinho	6	11	17	17,70
Parentes	3	0	3	3,12

A saída de suas cidades, suas casas, longe do convívio diário de pais e parentes, faz com que se aproximem de seus colegas para morarem juntos. Compartilham estudos, festas, alegrias, tristezas o que, além de amenizar a saudade dos seus, torna financeiramente mais viável esta possibilidade.

Os pais desses estudantes têm em sua maioria (57,83%), idades na faixa etária compreendida entre 50 e 59 anos já se aproximando da idade considerada, no nosso país, como a de idoso (60anos).

Seus pais exercem profissões liberais (65,10%), dentre elas, a profissão médica, (30,40%) o que pode ter influenciado direta ou indiretamente em sua escolha por medicina. O convívio com pais médicos leva, pelo menos, à oportunidade de escutar ‘histórias de velhos’, sejam elas boas, interessantes ou ruins.

Tabela 4 - Distribuição de freqüência relacionada à idade e profissão dos pais.

Idade do pai	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
40-49	12	9	21	21,87
50-59	30	28	58	60,41
60 e mais	5	8	13	13,54
Idade da mãe				
40-49	18	20	38	39,58
50-59	30	19	49	51,09
60 e mais	1	4	5	5,20
Não responderam	1	0	1	1,04
Citaram uma das idades	3	2	5	5,20
Profissão do pai				
Profissionais liberais	27	20	47	48,95
Médico	11	21	32	33,3
Outros	4	2	6	6,25
Aposentados	5	1	6	6,25
Não responderam	3	2	5	5,2
Profissão do mãe				
Profissionais liberais	13	17	30	31,25
Professora	10	11	21	21,87
Médica	13	3	16	16,66
Aposentada	8	3	11	11,45
Do lar	5	5	10	10,40
Outras	4	4	8	8,33

Têm avós vivos 84,38%, com predominância de dois ou mais 44,79%, o que dá chances não só de convivência com pessoas idosas no cotidiano, como de escolha, comparação, preferência.

Isto é um fator favorável em relação à construção das Representações Sociais; é a ação do convívio intergeracional interferindo e agindo, sendo uma variável importante nas relações humanas, nas trocas, doações, nas transformações.

> *"A relação afetiva no âmbito familiar é um dos principais fatores de equilíbrio e bem-estar dos que envelhecem. Aceitação e respeito, raiva ou rancor são frutos de laços sentimentais construídos ao longo do tempo que repercutem no apoio ao idoso" (Veras, 1994, p.43)*

Convivem ou conviveram muito com seus avós (65,62%), o que propicia a lembrança de histórias, fatos, emoções, relações, que têm ou tiveram papel importante na construção das representações sociais.

> *"(...) a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam e, ainda, uma expressão da realidade intra-individual, uma exteriorização do objeto" (Jodelet, 2001,p.20)*

Tabela 5 - Distribuição de freqüência relacionada à existência e convivência com avós

Avós vivos	**Gênero feminino**	**Gênero Masculino**	**Freqüência**	**%**
Sim (2 ou 3)	20	23	43	44,79
Sim (apenas 1)	20	9	29	30,20
Não tem	6	9	15	15,62
Sim (todos)	4	5	9	9,37
Convivência com avós				
Convive / conviveu muito	38	25	63	65,62
Convive / conviveu pouco	12	19	31	32,29
Não conviveu	0	2	2	2,08
Não convive	0	0	0	0

Como atividades extra-curriculares, encontramos que 75 estudantes (78,12%) praticam esportes e ginástica (90,66%). Não resta dúvida que são imprescindíveis para saúde física e mental, mas não verificamos a prática de outras atividades que estimulem mais a sensibilidade como a dança, música, artes cênicas que contribuem para o acervo intelectual, cultural e são carregados de emoção e afetividade.

A leitura parece ser interessante para (81,25%) deles, embora o número de livros que os sensibilizaram na vida tenha ficado em três para (71,79%) dos estudantes, com predomínio (87,17%) de leituras como: romance, ficção, comédia e auto-ajuda.

Muito nos preocupa o fato de saber que além de participarem pouco de atividades sócio-culturais, lêem pouco, não tendo oportunidade de desenvolver seu vocabulário, o que dificulta de maneira incisiva a comunicação. Vemos como fundamental em diversas profissões, em especial na área da saúde, a concepção de que sem comunicação não há relação adequada.

> *"(...) um vocabulário escasso e inadequado, incapaz de veicular impressões e concepções, mina o próprio desenvolvimento mental, tolhe a imaginação e o poder criador, limitando a capacidade de observar, compreender e até mesmo de sentir".*
>
> *(Garcia, 2003, p.174)*

Todos os estudantes são ainda totalmente dependentes financeiramente dos pais ou tutores, pois não exercem atividade remunerada.

Tabela 6 - Distribuição de freqüência relacionada às atividades extra-curriculares, livros significativos e atividade remunerada

Atividade extra-curricular	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Esporte	20	25	45	46,87
Ginástica	11	12	23	23,95
Não pratica	14	7	21	21,87
Música	2	6	8	8,33
Outras	1	2	3	3,12
Dança	2	1	3	3,12
Artes cênicas	1	0	1	1,04
Número de livros significativos				
1 a 3	27	29	56	58,33
Nenhum	9	9	18	18,75
4 a 5	7	6	13	13,54
Mais de 5	2	2	4	4,16
Classificação da leitura				
Romance, auto-ajuda, ficção e outros	33	35	68	70,83
Médica	10	8	18	18,75
Religiosa	0	4	4	4,16
Atividade remunerada				
Sim	0	0	0	0
Não	50	46	96	100

Quanto à preferência da faixa etária com que gostariam de trabalhar, deparamo-nos com o fato de que prevaleceu adultos e idosos (57,81%), para ambos os sexos. Em relação a trabalhar só com idosos, geriatria, cinco mulheres (3,40%) pretendem e, entre os homens, um estudante, que corresponde a 0,6%.

Tabela 7 - Distribuição de freqüência relacionada à faixa etária com que gostaria de trabalhar

Faixa etária com que gostaria de trabalhar	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Adultos	25	28	53	36,05
Idosos	15	17	32	21,76
Jovens	14	16	30	20,40
Crianças	11	4	15	10,20
Qualquer uma	4	5	9	6,12
Menos criança	2	0	2	1,36
Gostariam de trabalhar só com idosos	5	1	6	4,00

Um trabalho realizado no Medical College of Wisconsin em 1984, (citado por Jahnigen, Scheifer, 1986), sobre escolha de especialidades entre estudantes do 4º ano de Medicina, mostrou o pouco interesse na geriatria, sendo esta escolha a antipenúltima numa escala de catorze especialidades. A conclusão à qual se chegou foi de que as parvas escolhas estavam intimamente relacionadas ao fato de que na velhice há o predomínio de doenças crônico-degenerativas, raramente passíveis de cura e à falta de estímulo '*institucional' para* o olhar diferenciado para o mesmo. Além disso, há possibilidade de ganho financeiro muito maior com algumas das demais especialidades. (grifo nosso)

Dificuldades no lidar com idosos, preferência por pacientes mais jovens e pouca preferência por assuntos da geriatria, foram temas bem estudados, analisados e concluídos em alguns trabalhos realizados por Cicchetti *et al*, (1973), Thorson, Powell, (1991).

Na segunda parte do Questionário fomos ao encontro de dados que nos levassem a descobrir as Representações Sociais do idoso e da velhice de fato.

5.2 "Conhecendo as concepções de idoso e velhice"

"O envelhecimento tem que ser celebrado e não lamentado, pois seu oposto é a morte" Kalache

Esta foi a segunda parte do questionário que continha quatro perguntas diretas para conhecermos sobre sua relação com o idoso, sobre influências no relacionamento, e três perguntas mais subjetivas no intuito de saber o que é velhice para eles, o quê os incomoda e como se relacionam com pacientes idosos.

Somente 44,79% dos estudantes de ambos os sexos consideram "velho" aquele indivíduo com 60 anos de idade ou mais. No momento do curso em que se encontram, 56% deles ainda não tiveram contato com informações relativas ao processo de envelhecimento e que, em países em desenvolvimento, idoso é aquele que tem 60 anos ou mais, do ponto de vista cronológico, sendo, portanto, o que rege no nosso país.

> *"O limite de idade entre o adulto e o idoso é de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os em desenvolvimento." (Papaléo Netto, 2002,p.9)*

Tabela 8 - Distribuição de freqüência relacionada à idade a partir da qual considera uma pessoa idosa

Faixa etária com que gostaria de trabalhar	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
A partir de 50 anos	2	2	4	4,16
A partir de 60 anos	23	20	43	44,79
A partir de 65 anos	17	19	36	37,50
A partir de 70 anos	7	5	12	12,50
A partir de 80 anos	1	0	1	1,04
Depende do estado de espírito	2	0	2	2,08

Os estudantes têm como pessoas mais idosas na família os avós (65,62%) que são, também, as pessoas idosas que mais influenciaram em suas vidas (84,37%) e de forma positiva em 92,70%.

Algumas frases suportam estas afirmativas, dentre elas:

> *"Eu tive uma convivência excelente e inesquecível com meu avô materno (falecido); até hoje tenho saudades do tempo que convivi com ele."*
>
> *"(...) um carinho enorme,brinco com eles, adoro abraçá-los e eles têm um sentimento de proteção muito grande para comigo"*

Tabela 9 - Distribuição de freqüência relacionada à pessoa mais idosa com que convive, a que mais influenciou em sua vida e de que forma

Pessoa mais idosa com quem conviver	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Avós	34	29	63	65,62
Pais	1	7	8	8,33
Amigos, conhecidos, pacientes	5	2	7	7,29
Parentes	4	1	5	5,20
Professores	0	2	2	2,08
Não convivem	3	3	6	6,25
Não responderam	3	2	5	5,20
Pessoa idosa que mais influenciou na sua vida				
Avós	39	42	81	75,70
Parentes	4	5	9	9,37
Professor	7	0	7	7,29
Amigos	2	4	6	6,25
Pais	1	2	3	3,12
Outros	1	0	1	1,04
De que forma				
Positiva	45	44	89	92,70
Negativa	0	0	0	0
Não responderam	5	2	7	7,29

Quando questionados sobre o processo de envelhecimento, 47 estudantes (48,95%) não responderam ou disseram saber pouco sobre ele. Três estudantes, sendo dois do sexo masculino e uma do sexo feminino demonstraram saber que o processo de envelhecimento é muito mais do que biológico, mas sim, bio-psico-social e cultural.

Não responderam à pergunta de como obtiveram as informações sobre o processo de envelhecimento 44,79%. Referiram ter sido no ambiente familiar e nas experiências da vida 21,87% e na instituição, 19,79% .

Tabela 10 - Distribuição de freqüência relacionada ao conhecimento em relação ao processo de envelhecimento e como obteve as informações

Processo de envelhecimento	Gênero feminino	Gênero Masculino	Freqüência	%
Não responderam	11	16	27	22,22
Sabe pouco	14	6	20	19,60
Processo fisiológico/natural	15	12	27	25,00
Processo biológico	6	7	13	12,03
Processo psicológico	9	1	10	9,25
Processo biopsicosocial	1	2	3	2,77
Processo social	0	2	2	1,85
Não responderam	11	16	27	22,22
Como obteve informações				
Não responderam	27	28	55	30,55
Experiência de vida/convívio com pais e avós	18	3	21	21,80
Na faculdade	11	8	19	17,59
Literatura em geral	5	6	11	10,18
Literatura médica	1	1	2	1,85

Como na nossa escola não existe a disciplina de Geriatria e Gerontologia, acredito ser um dos motivos encontrados para explicar esse índice tão baixo. Eles têm informações sobre o paciente adulto em geral, sem o enfoque no idoso ou em suas peculiaridades que são tão significativas, não só

no sentido biológico do processo de envelhecimento, como no psicológico e social. Trazem suas Representações Sociais adquiridas na sociedade, com conceitos e preconceitos não trabalhados do ponto de vista acadêmico.

Gordilho (2000, p.19) comenta que:

> *"A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e nas conseqüências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio".*

Brooks (1993) chega a afirmar que talvez o tempo ideal para o treinamento científico com os estudantes de medicina seja no primeiro ano da escola, antes mesmo que atitudes negativas e estereotipadas da velhice se estabeleçam.

As três últimas perguntas tiveram um enfoque bem subjetivo e foram avaliadas, analisadas e interpretadas sob o ponto de vista da análise de conteúdo.

Passamos, pois, para a análise do conteúdo das respostas às perguntas: "O que mais o incomoda na velhice?"; "O que você sente ao assistir a um paciente idoso?"; "Em uma palavra, defina velhice".

Em todas fizemos categorização, sistematização das mesmas, agrupando-as em núcleos temáticos, ordenando em forma decrescente de aparecimento no texto, inferimos algumas hipóteses e interpretamos os resultados.

As 'falas' foram explicitadas, e, nesse caso, como são respostas adquiridas no questionário, cada estudante teve apenas uma resposta, o que nos desobrigou de escrever a sua identificação por números.

5.3 "Descobrindo o que mais incomoda os estudantes, na velhice"

"Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença" Osler

Após a leitura e pré-análise, categorizamos as respostas, agrupando-as em três categorias, a saber: Causas de Ordem Orgânica/funcional; de Ordem Sócio-cultural; de ordem Psicológica.

Na categoria 'De ordem orgânica', que obteve um percentual de 56%, associamos os de ordem funcional pela relação muito íntima que têm. Percebemos a necessidade de agrupar, mais uma vez, em núcleos temáticos o que facilitou sobremaneira a análise.

Dentre as causas de ordem orgânica depreendemos que limitação física, debilidade, incapacidade, involução "natural' da velhice incomodam os estudantes, pois pacientes idosos passam a depender de outros. Com as funções fisiológicas apresentando descontrole é nítida, em muitos, a preocupação com a dependência. Alguns exemplos das respostas nos mostram isso".

"A limitação física que torna o idoso dependente de ajuda para atividades básicas, como alimentação, banho, uso do banheiro e até mudar o canal da tv".

"O fato de muitas vezes ficar debilitado".

"As incapacidades que vão aparecendo com o tempo".

"A 'involução' natural da velhice, (atrofia muscular, incapacidade para determinadas funções, dependência de terceiros)".

"Perda de funções que antes pareciam tão simples e básicas".

"As insuficiências fisiológicas (incontinência,...)".

As doenças, em especial as demências e as crônico-degenerativas também os incomodam, como pudemos depreender das 'falas' e observamos que reforçam a idéia de sofrimento causado por elas.

"O sofrimento de alguns idosos de envelhecerem sem saúde"

França e Soares (1997) falando sobre preconceitos e mitos na velhice, entre outros temas, citam o de 'encarar a velhice como doença' e comentam de maneira muito pertinente que a "*saúde perfeita* não existe nem na infância." (p.159)

Embora saibamos que não há dúvida quanto à posição assumida por Caldas que diz; "(...) a saúde é um bem que qualifica qualquer etapa da vida, desde a infância até a velhice" (Caldas, 1998, p.89).

Os problemas de ordem sócio-cultural apareceram em 26% das vezes e nos reportam ao tratamento dado ao idoso, como falta de respeito, descaso e até maus tratos em ambiente hospitalar. O preconceito é pontuado quando observam o desprezo, discriminação, desvalorização e o fato de que idosos têm preconceito em relação à velhice e se sentem um 'estorvo' para a sociedade. O descaso e o abandono por que passam os idosos, também várias vezes referidos, sendo encontrados, até mesmo no ambiente familiar. O idoso então fica só, sobrevém a solidão. O velho é descartado!

Outro tópico importante é quanto ao relacionamento e aqui compreendemos que os estudantes percebem o despreparo da sociedade em geral para lidar com um número crescente de idosos. Às vezes o relacionamento é difícil, por parte dos próprios idosos, que não mudam as suas opiniões em relação aos acontecimentos da vida.

"A falta de respeito das pessoas com o idoso, o descaso e maus tratos de certos hospitais em relação aos idosos".

"O fato de haver preconceito contra o idoso".

"Discriminação e desprezo".

*"Talvez por uma questão cultural do nosso país, o que mais me incomoda é o sentimento que os idosos têm de que são um 'esto*rvo' para a sociedade".

"A solidão e o descaso da família"

"A desvalorização que o ser humano sofre pela sociedade ao entrar nesta fase"

"(...) ser abandonado, descartado, sem ajuda, e a perda de valorização conquistada na juventude e idade adulta em que você se sente importante"

"A dificuldade de tratamento, a dificuldade de mudar opiniões pré-formadas ao longo dos anos".

"O despreparo da sociedade para lidar com as pessoas mais velhas."

Detectamos, também que há o incômodo relacionado aos problemas de ordem psicológica, sejam relacionados aos estudantes ou aos próprios idosos. Os estudantes têm medo da morte, dizem que na velhice, a vida está no fim, têm medo da morte das pessoas que amam, do que irão sentir, medo de envelhecer quando relacionam a velhice com a morte. Em relação aos idosos, por se sentirem improdutivos, inúteis por não trabalharem, e se sentirem um 'peso' na família; pela falta de expectativa. Mas também se referem à falta de limites de alguns idosos e ao mau-humor.

"O medo da morte. "

"É saber que a vida está no fim."

"O pensamento sobre morte torna-se mais presente e eu tenho medo da morte, não da minha, mas das pessoas que eu amo".

"Eu não quero envelhecer muito".

"O fato de saber que vou ficar velho".

"A angústia dos idosos quanto ao fato de não serem mais produtivos, não mais trabalharem como antes e serem um 'peso' na família"

"A impressão de inutilidade que toma conta destes idosos".

"A possível falta de expectativa para os anos que restarem de vida".

"O atrevimento, alguns idosos pensam que, por serem idosos, não precisam se impor limites".

"(...) o mau humor".

Quadro I - Distribuição, por freqüência de causas mais significativas expressadas pelos estudantes com relação à questão: “O que mais o incomoda na velhice?"

I.I Causas mais significativas	Número de vezes que foi citado	Percentual
1. De ordem orgânica / Funcional	51	56%
a) “ A limitação física que torna o idosos dependente de ajuda para atividades básicas, como alimentação, banho, uso do banheiro e até mudar o canal da tv. “		
b) “ O fato de muitas vezes ficar debilitado.”		
c) “ As demências típicas na velhice (...) “		
d) “Perda de funções que antes pareciam tão simples e básicas.”		
e) “O sofrimento de alguns idosos de envelhecerem sem saúde.”		
f) “ As incapacidades que vão aparecendo com o tempo. “		
g) “ A grande prevalência de doenças degenerativas (...)”		
h) “ As insuficiências fisiológicas (incontinências, ...). “		
i) “ A ‘involução’ natural da velhice, (atrofia cerebral, atrofia muscular, incapacidade para determinadas funções, dependência de terceiros”		
j) “ Comprometimento orgânico em geral. “		
k) “ Incapacitação. “		
2. De ordem sócio-cultural	24	26%
a) “A solidão e o descaso da família”		
b) “A falta de respeito das pessoas com o idoso, o descaso e maus tratos de certos hospitais em relação aos idosos. “		
c) “ O que mais incomoda é a maneira com que os idosos são tratados (...)”		
d) “ A dificuldade de tratamento, a dificuldade de mudar opiniões pré-formadas ao longo dos anos. “		
e) “ O fato de haver preconceito contra o idoso.”		
f) “ O despreparo da sociedade para lidar com as pessoas mais velhas (...) “		
g) “ A desvalorização que o ser humano sofre pela sociedade ao entrar nesta fase.”		
H) “(...) ser abandonado, descartado, sem ajuda, e a perda de valorização conquistada na juventude e idade adulta em que você se sente importante. “		
i) “Talvez por uma questão cultural do nosso país, o que mais me incomoda é o sentimento que os idosos têm de que são um estorvo para a sociedade. “		
j) “Discriminação e desprezo. “		
3. De ordem psicológica	16	18%
a) "O medo da morte."		
b) " A angústia do idosos quanto ao fato de não ser mais produtivo, não mais trabalhar como antes e ser um' peso' na família. "		
c) " O pensamento sobre morte torna-se mais presente e eu tenho medo da morte, não da minha,mas das pessoas que eu amo. "		
d) "(...) mas parece que os medos que os acometem não fazem sentido. "		
e) "Eu não quero envelhecer muito."		
f) " O atrevimento, alguns idosos pensam que, por serem idosos, não precisam se impor limites. "		
g) " A impressão de inutilidade que toma conta destes idosos."		
h) " A possível falta de expectativa para os anos que restarem de vida. "		
i) " É saber que a vida está no fim. "		
j) " O fato de saber que ainda vou ficar velho. "		
k) "(...) o mau humor."		
Total de respostas	91	
Observações Importantes:		
A. 5 estudantes disserem que nada os incomoda na velhice		
B. 2 estudantes não responderam		
C. Um estudante disse "não sei"		

Nossos estudantes se incomodam muito mais com os problemas de ordem orgânica, dentre eles, as limitações físicas, funcionais e com as doenças, em ordem decrescente de preocupação, com problemas de ordem sócio-cultural, relacionados aos preconceitos, à desvalorização do idoso, ao tratamento aplicado a eles, mas também referem dificuldades no seu relacionamento, atribuindo à sociedade esta responsabilidade pelo despreparo.

Isso nos mostra que nossos estudantes estão cientes da situação atual vigente em nosso país em relação aos idosos. Vamos, pois, aproveitar esse saber para reverter esta situação. Eles fazem parte da sociedade pensante desse país, da elite intelectual, e chegou a hora de nós médicos exercemos nossa cidadania em sua plenitude, entender que respeitar o idoso requer maior conhecimento de seus problemas de ordem biológica, evidentemente, mas também nos engajarmos juntos na luta contra as desigualdades sociais e investirmos em soluções para os problemas de ordem psicológica, mudarmos a cultura dos preconceitos, embora saibamos, que no momento, ainda seja utopia. O tempo nos dirá...

> *" (...) queremos dizer que as mudanças nas condições de vida dos idosos dependem sim da educação, mas dependem também das mudanças concomitantes nas condições que geram a pobreza, a doença, o baixo nível educacional, porque as atitudes negativas em relação à velhice são em parte reflexo das precárias condições de vida dos idosos que os vários segmentos sociais e etários presenciam." (Neri, 2002, p.972)*

Os estudantes preocupam-se, também, com os problemas de ordem psicológica relacionados a eles, estudantes, pois têm medo de envelhecer, de morrer, mais uma vez relacionando velhice à morte.

É interessante ver que estudantes de medicina, num momento de transição da visão hospitalocêntrica do ensino, ainda associam velhice à

doença. Sabe-se que agimos em relação a alguém ou a algo de acordo com o que pensamos e com o que aprendemos. Estamos engatinhando nesse processo de transição, de mudanças curriculares, e mais, diria na introjeção da mudança paradigmática por que passa toda a Ciência.

> *"(...) atitudes negativas em relação à velhice são tão velhas quanto a rejeição à dependência, ao sofrimento e à doença, que caracterizam o ser humano." (Neri, 2002, p. 973*)

5.4 "Conhecendo o que estes estudantes sentem na assistência ao paciente idoso"

> *"A coisa mais preciosa que nós médicos possuímos é a nossa arte, vindo a seguir o amor por nossos pacientes, sendo a esperança a chave de ambos" Paracelso*

Ao analisarmos esse tema, descobrimos quatro categorias a saber: Afetividade positiva; Compaixão ; Afetividade negativa e Indiferença.

Na categoria 'Afetividade Positiva' observamos que uma das coisas que mais agradam aos estudantes é a forma carinhosa com que os idosos reconhecem o tratamento a eles dado, alguns até dizem preferir trabalhar com idosos, pois eles prestam atenção e agradecem tudo o que se faz para eles.

"Eu gosto de dar assistência aos idosos, normalmente eles são os mais necessitados e os mais gratos por sua atitude".

"Particularmente eu prefiro dar assistência ao idoso (...) Tudo que você fala eles prestam atenção".

"Agradecimento e felicidade do paciente pela atenção dada".

Outro ponto importante é a sensação de reciprocidade, no tratamento ao idoso quando sentem emoção, alegria, respeito, carinho e a expectativa do que vão aprender com eles.

"Fico bastante emocionada e também aprendo muitos exemplos de vida com a maioria deles".

"Muita alegria, esperança e aprendizado que esta pessoa pode me dar".

"Sinto respeito e carinho e acho que isso é sempre recíproco"

Para alguns, a satisfação em atendê-los é expressa nas respostas pois dizem que sentem prazer, orgulho, têm consideração com os idosos e é um privilégio atendê-los.

"Tenho prazer"

"(...) me orgulho dessas pessoas e as trato com respeito e consideração".

"Orgulho e vontade de assistir".

"É um privilégio"

Os estudantes também sentem ternura, vontade de ajudar, dar atenção, escutar sobre seus sintomas e suas histórias, como que percebessem a importância 'do ouvir' para pacientes em geral, que dirá para pacientes idosos.

"Ternura".

"Sinto carinho e vontade de dar uma atenção especial para as histórias que contam".

"Sinto carisma, tenho mais cuidado e atenção a todos os seus sintomas e sinais".

A categoria compaixão teve como percentual 11% e se exterioriza quando os estudantes, ao se identificarem com os idosos, dizem que eles são carentes, sentem empatia, vontade de ajudar e fornecer-lhes conforto, sentem misericórdia.

"(...) os idosos que assisti são muito carentes e me viram como neta e eu os vi como avós"

"Observo-o como se eu me imaginasse na situação dele".

"Vontade de fornecer-lhes conforto (...)".

"Vontade de ajudar e aliviar o sofrimento".

"*Necessidade de proporcionar o melhor tratamento possível para uma pessoa idosa."*

"Pena, por saber que as doenças no idoso são mais incapacitantes do que no jovem."

"Condescendência."

Segundo o dicionário da língua portuguesa (Houaiss, 2001, p. 790), condescendência tem como sinônimos as palavras: afabilidade, amizade, benevolência, deferência, generosidade, liberalidade, magnanimidade, misericórdia, nobreza, tolerância e transigência. As frases que escolhemos se encaixam e se identificam com essas palavras.

Na categoria 'Afetividade Negativa', também com 11% de freqüência notamos que existem sentimentos relacionados ao próprio estudante que tem medo, e às vezes raiva, medo de fracassar no manejo com o paciente idoso, tristeza pelos idosos sofrerem a segregação, ficam deprimidos por pensarem ser a velhice um processo irreversível, sentem angústia.

"(...) medo e algumas vezes indignação".

"Medo de fracassar"

"Tristeza pelo descaso, remorso por não saber como assisti-lo da melhor forma possível e medo de envelhecer".

'Sinto um pouco de depressão por saber que é uma situação irreversível e inevitável. Quando surgem limitações, a impressão é pior"

"Angústia".

Existem, também os sentimentos quanto ao idoso, quando se compadecem de sua situação de carência, dependência.

"Me incomoda pensar na atual situação de tal paciente; sua carência, dependência em relação aos outros (...)"

Na categoria Indiferença, também com 11% de freqüência, percebemos que existem aqueles estudantes cuja indiferença é uma constante e aqueles que, dependendo da situação, o seu sentimento muda em relação ao idoso.

"A mesma coisa que sinto com o paciente adulto".

"Trato como um paciente qualquer, com o mesmo respeito".

"O mesmo que pelos outros. Vontade de salvá-lo".

"Não tenho a preocupação de escolher um paciente novo ou com mais idade (...)".

"Depende da situação. Quando sinto que apesar da circunstância ele ainda mantém-se satisfeito com a vida que tem e não se sente abandonado, me sinto extremamente bem, quando ocorre ao contrário, (...) também me sinto deprimida".

"(...) muitas vezes me sensibilizo,outras não me envolvo".

Quadro II - Distribuição, por freqüência dos sentimentos mais significativos expressados pelos estudantes com relação à questão: "O que você sente ao assistir a um paciente idoso?"

II.I Sentimentos mais significativos	Número de vezes que foi citado	Percentual
1. Afetividade Positiva	41	42%
a) "Eu gosto de dar assistência aos idosos, normalmente eles são os mais necessitados e os mais gratos por sua atitude."		
b) "Ternura"		
c) "Tenho prazer "		
d) "Sinto muito carinho e vontade de dar uma atenção especial para as histórias que contam"		
e) "Sinto um carisma, tenho mais cuidado e atenção a todos os seus sintomas e sinais."		
f) "Sinto respeito e carinho e acho que isso é sempre recíproco"		
g) "Particularmente eu prefiro dar assistência ao idoso (...). Tudo que você fala eles prestam atenção. "		
h) "Fico bastante emocionada e também aprendo muitos exemplos de vida com a maioria deles".		
i) "Segurança que esta pessoa é importante na sociedade (...) me orgulho dessas pessoas e as trato com respeito e consideração."		
j) "Orgulho e vontade de assistir."		
k) "Privilégio (...)."		
l) "Muita alegria, esperança e o aprendizado que esta pessoa pode me dar"."		
m) "Respeito e dedicação".		
n) "Agradecimento e felicidade do paciente pela atenção dada".		
2. Compaixão	31	32%
a) "(...) os idosos que assisti são muito carentes e me viram como neta e eu os vi como avós"		
b) "Necessidade de proporcionar o melhor tratamento possível para uma pessoa idosa"		
c) " Observo-o como se eu me imaginasse na situação dele. "		
d) "Pena, por saber que as doenças no idoso são mais incapacitantes do que no jovem"		
e) "Condescendência"		
f) "Vontade de ajudar. "		
g) "Vontade de fornecer-lhes conforto (...)."		
h) "Vontade de ajudar e aliviar o sofrimento. "		
3. Afetividade Negativa	15	15%
a) "(...) medo e algumas vezes indignação."		
b) "Me incomoda pensar na atual situação de tal paciente; sua carência, sua dependência em relação aos outros (...). "		
c) "Medo de fracassar."		
d) "Tristeza pelo descaso, remorso por não saber como assistí-lo da melhor forma possível e medo de envelhecer"		
e) "Sinto um pouco de depressão por saber que é uma situação irreversível e inevitável. Quando surgem limitações a impressão é pior. "		
f) " Tristeza por vê-lo abandonado e carente."		
g) " Angústia."		
h) " Tristeza, pois muitos são abandonados pela família."		
4. Indiferença	11	11%
a) " A mesma coisa que sinto com o paciente adulto."		
b) " Depende da situação. Quando sinto que apesar da circunstância ele ainda mantém-se satisfeito com a vida que tem e não se sente abandonado, eu me sinto extremamente bem, quando ocorre ao contrário, (...) também me sinto deprimida."		
c) " Trato como um paciente qualquer, com o mesmo respeito."		
d) "(...) muitas vezes me sensibilizo, outras não me envolvo."		
e) "Normal."		
f) "O mesmo que pelos outros. Vontade de salvá-lo"		
g) " Não tenho a preocupação de escolher um paciente novo ou com mais idade (...)"		
Total de respostas	98	
Observações Importantes:		
A. 2 estudantes disserem que não sentem nada ao assistirem o idoso		
B. 3 estudantes não responderam		

Interpretamos estas respostas como: na maioria das vezes (56%) sobressaíram os sentimentos de afetividade positiva, com reconhecimento dos pacientes idosos em relação ao tratamento, o que enobrece o papel de médicos, mesmo sendo ainda "aspirantes", dando-lhes autoconfiança e melhorando a auto-estima. Satisfação pessoal do estudante que tem alegria, prazer, orgulho e sente ser um privilégio tratar de idosos. Empatia, quando têm ternura, carinho, carisma, respeito, dedicação, quando se identificam com os seus pacientes idosos. Outro sentimento que aflorou foi o da reciprocidade entre eles, mostrando uma relação médico-paciente.

Depois vem o sentimento da 'compaixão' quanto à solidariedade, quando têm "vontade de ajudar", "de dar-lhes conforto", "de aliviar o sofrimento", ou o sentimento de misericórdia, quando são condescendentes, têm pena, 'necessidade' de proporcionar-lhes "o melhor tratamento possível". Neste ponto, devemos ter muito cuidado, pois percebemos aí o 'paternalismo' que tanto intervém de maneira negativa na relação médico-paciente, principalmente em relação ao paciente idoso.

É muito comum vermos nas enfermarias, médicos, enfermeiros estudantes e demais pessoas da área da saúde tratarem os idoso como: tio, vó, vô, vovozinha, vovozinho, velhinha, velhinho, dar tchauzinho, etc.

> *"No âmbito da família e das instituições, tratar os idosos como vítimas da sociedade e infantilizá-los, contribui para que lhes seja oferecido um tratamento superprotetor que, em vez de ampliar-lhes as chances de autonomia e independência, transforma-os em seres cada vez mais dependentes". (Neri, Cachioni, Resende, 2002)*

Na categoria 'afetividade negativa', observamos que existem dois eixos principais que são os sentimentos em relação aos próprios estudantes, quando têm medo, indignação, medo de fracassar, (provavelmente por insegurança no manejo com os idosos), depressão por saberem que a situação

é irreversível, angústia, remorso por não saber assisti-los. Ou em relação ao idoso, quando percebem que o idoso depende do outro, é carente, tristeza por vê-los abandonados por suas famílias.

Nesse momento, passamos a perceber que há o incômodo por eles não saberem lidar com as angústias, os medos de envelhecer, ficam tristes e não sabem como lidar com os idosos no sentido bio-psico-social.

Dentro da categoria 'Indiferença' percebemos que a maioria mantém o sentimento de maneira constante, pois sentem o mesmo que por outros pacientes, respeito, "vontade de salvar", não têm preocupação em escolher pacientes, sejam novos ou velhos, mas têm aqueles que dependendo da situação, podem se sensibilizar ou não.

Será que nestas frases estão velados sentimentos de medo por não saberem lidar com os idosos, ou indiferença por não saberem que existem peculiaridades no idoso que são fundamentais no relacionamento médico-paciente?

Vimos, pois, que teríamos que saber mais, desvendar, descortinar e descobrir o que se esconde atrás de frases "feitas" e desprovidas de compromisso e apreço.

Investimos, pois, na técnica do 'grupo focal', no intuito de fazer com que, numa situação do dia-a-dia, os sentimentos aflorassem, fossem mais reveladores e aclarassem a realidade.

5.5 "Definindo velhice com associação de palavras"

> *"É agora, no envelhecimento e rejuvenescimento misturados, que sinto em mim todas as idades da vida. Sou ininterruptamente a sede de uma dialógica entre infância / adolescência / maturidade / velhice". (Morin, 1995)*

Na terceira pergunta de cunho subjetivo: “Em uma palavra defina velhice”, foi a aplicado a técnica do teste de associação livre de palavras, que tem um papel importante na detecção de esteriótipos e conotações.

Segundo Bardin (2003), para que possamos estudar esteriótipos sociais espontaneamente compartilhados por membros de uma coletividade, pode-se aplicar um teste de associação de palavras a uma amostra de indivíduos. Sendo um estereótipo a idéia, a imagem, o que vem à nossa cabeça sobre coisas, pessoas, fenômenos, que é partilhada com um grupo, e que sofre, influências sócio-histórico-culturais. É a ‘*representação’* de um objeto. (grifo nosso)

Para melhor avaliarmos as respostas dadas à pergunta, agrupamos as unidades de registros em cinco categorias, sendo: Atributos do saber; Atributos físicos; Atributos de Temporalidade; Fatos sociais; Afetividade.

Analisamos cada categoria, seus itens e observamos que, para estes estudantes, nesta primeira etapa da pesquisa, na velhice, quando se pensa em atributos do saber, se tem experiência, sabedoria, conhecimento, amadurecimento e maturidade, é possível aprendizado, mostra-se vivência.

Em relação à afetividade, tem-se carinho, respeito, generosidade, ternura, observa-se a serenidade na velhice, carisma e a emoção. Mas também lembra nostalgia, e para três estudantes, denota carência.

Quando passamos a fatos sociais, na velhice enfrenta-se o abandono, é uma luta para enfrentá-la, é passível de solidão, algumas vezes é indesejada, reflete-se numa mudança, há complexidade no processo e para dois estudantes, lembra sucesso.

No que tange a atributos físicos, são lembrados: fragilidade, dependência, decrepitude e doença, idade avançada, associando a velhice a processo de fragmentação e deterioração do ser humano. Mas um estudante falou em “bonita”.

E para finalizar, quanto à temporalidade da velhice, encontramos ser uma etapa, que é inevitável e é o fim, suscita dúvida, é uma incógnita, e, para três alunos, o “futuro” parece ser uma visão.

Diante de conotações favoráveis e desfavoráveis, para estes alunos, ainda sobressaem atributos como ‘experiência’ e ‘sabedoria’.

Segundo Palmore,

> *“Considerar todos os idosos como sábios esconde uma falsa crença positiva e um compromisso pretensamente positivo com os velhos que não condizem com a realidade”.*
>
> (citado por Neri et al, 2002, p.974)

Será que isto também acontece na comunidade da pesquisa?

Quadro III – Distribuição, por freqüência das palavras expressadas pelos estudantes com relação à questão: “Em uma palavra defina velhice”

Palavras mais freqüentes	Numero de vezes que foi citada	Percentual
Atributos do saber	58	60,41 %
a) Experiência		
b) Sabedoria		
c) Maturidade		
d) Vivência		
e) Amadurecimento		
f) Aprendizado		
g) Conhecimento		
Afetividade	12	12,50%
a) Carência		
b) Respeito		
c) Generosidade		
d) Ternura		
e) Sensibilidade		
f) Carisma		
g) Emoção		
h) Carinho		
i) Nostalgia		
j) Serenidade		
Atributos físicos	9	9,37%
a) Fragilidade		
b) Dependência		
c) Decrepitude		
d) Doença		
e) Idade avançada		
f) Bonita		
Fatos sociais	9	9,37%
a) Solidão		
b) Indesejada		
c) Sucesso		
d) Abandono		
e) Mudança		
f) Luta		
g) Complexidade		
Temporalidade	8	8,33%
a) Futuro		
b) Inevitável		
c) Dúvida		
d) Incógnita		
e) Etapa		
f) Fim		

Ao completarmos a nossa análise das respostas do questionário, observamos que algumas dúvidas nos perturbavam. Nossos sujeitos da pesquisa – esses jovens estudantes de medicina –, trazem na bagagem além da mudança para virem morar na cidade de sua faculdade, costumes, crenças, valores, conceitos, concepções, advindas de sua educação familiar e institucional, suas experiências de vida. Emigram de sua terra natal, muitos oriundos de cidades distantes, situadas em diversos estados do país, e ficam longe do convívio dos pais, avós e parentes, e de seus costumes. Moram com seus colegas e dividem sentimentos bons e ruins, problemas, dúvidas, medos.

Começam a freqüentar as enfermarias nos hospitais e encontram pacientes comprometidos do ponto de vista físico, emocional e social, com doenças diversas, de cunho agudo, crônico e ou terminal. No meio desses pacientes estão os idosos, que eles relacionam em sua maioria a sabedoria e experiência, mas vêem como carentes, dependentes, incapazes, debilitados, doentes, então eles sentem pena, angústia, às vezes raiva, medo de fracassar com os idosos, medo de ficar velho e ficar doente e morrer.

Desaprovam a sociedade pelo preconceito contra o velho, por não tratar bem dos idosos, por não estar preparada para lidar com eles, pois até maus tratos no hospital são referidos, pelo abandono da família, descaso, desprezo, falta de respeito.

Os estudantes sentem carinho pelos idosos, compaixão, pena, empatia, gostam de tratar deles porque são reconhecidos, há reciprocidade com eles, sentem orgulho e percebem ser um privilégio. Mas quando perguntamos quem deseja trabalhar com eles, seis estudantes se manifestam.

Pensamos, portanto, que existia uma contradição em sentimentos e desejos e precisávamos esclarecer estas dúvidas. Daí que partimos para completar a pesquisa com a técnica do grupo focal.

5.6 "Visitando uma situação do cotidiano: encontros, discussões, reflexões sobre velhos e o envelhecer"

"A vida de todo ser humano é sagrada, mesmo aquela que não é senão uma queixa, um sopro, uma minúscula esperança."

(Autor desconhecido)

Passaremos, pois, para a análise e discussão das 'falas' apreendidas na técnica do grupo focal.

Queremos começar dizendo da importância, em nosso estudo, do uso desta técnica, pois ver, ouvir os estudantes em torno de uma mesa para discutir um assunto da mais alta importância na atualidade, 'o velho e a velhice', dando opiniões, expondo suas dúvidas, mostrando seus medos e inseguranças, falando sobre sentimentos, atitudes, comportamentos, expectativas e anseios, foi de uma grandeza infinita! Realmente foi além das nossas expectativas e o prazer em trabalhar com os resultados, categorizá-los, ordená-los, inferir hipóteses e interpretá-los nos ofereceu uma oportunidade ímpar de aproximação com verdades para nós, até então desconhecidas, verdadeiras pedras preciosas, fundamentais para o estudo das Representações Sociais.

Segundo Leopardi (2001), o 'grupo focal' é uma forma de coletar dados diretamente das falas extraídas de um grupo, com algumas características semelhantes de identificação, onde relatam experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo.

Com a técnica do 'grupo focal', conseguimos analisar não só as 'falas' dos estudantes, mas, como foi filmado, percebemos como a linguagem 'não falada' às vezes diz mais do que qualquer palavra.

> *"Às vezes, até mesmo o silêncio comunica. Quando uma pessoa deixa de responder às perguntas ou incitações de outra, ou quando trata de ignorar a sua presença, seu silêncio é mais eloqüente que qualquer conjunto de palavras." (Bordenave, 2003, p 51)*

Após diversas leituras e re-leituras, optamos por fazer uma análise temática dentro da análise de conteúdo, trabalhando com temas a partir de frases que constituíram unidades de registro, e buscando significados e sentido das asserções explicitadas, valendo-nos do referencial teórico para classificá-los em categorias (Franco, 2003).

Dentre as funções da análise do conteúdo, para Minayo (1994) está a de descobrir o que está por trás dos conteúdos expressos, aquilo que vai além das aparências do que está dito.

Reportando-me a Sá (1998), relembro que, quando se estuda Representações Sociais, precisamos privilegiar três grandes dimensões a saber: condições sócio- histórico-culturais que favorecem sua emergência, o conteúdo cognitivo e uma discussão entre o saber do 'senso comum' e o saber científico.

Para Franco (2003), a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos básicos para que haja garantia de relevância dos resultados que iremos obter.

Em nossa opinião, só agindo dessa forma, poderemos fundamentar nossas considerações finais, para a socialização confiante dos resultados.

Alguns temas foram extremamente debatidos, uns já sistematizados em nosso roteiro, e outros surgiram no calor das discussões o que valida sua importância no contexto da pesquisa.

Em meio a tantas discussões, reflexões, assistimos diversas vezes a fita de vídeo e lemos repetidamente a transcrição das 'falas' e chegamos à conclusão de que existem dois núcleos temáticos fundamentais a serem debatidos.

A relação dos estudantes com parentes idosos, avós, tios, e a relação dos estudantes com seus pacientes idosos.

Observamos, também que, no que tange ao relacionamento com o paciente idoso, podemos separar em duas vertentes: quando o paciente é alguém que eles desconhecem e não têm vínculo afetivo, e aqueles nos quais eles vêem semelhança com seus avós, identificam-lhes como pessoas afetivamente ligadas.

Iniciaremos as descrições das relações, histórias, sentimentos, trocas entre os atores: estudantes/pacientes; estudantes/parentes.

Depreendemos, inicialmente, que a primeira 'provocação' feita pelo facilitador sobre os termos 'sabedoria' e 'experiência' , que se destacaram como definidores da palavra velhice na última pergunta do questionário (Anexo –II), seria realmente o estopim para o início de uma discussão inflamada.

Os primeiros comentários foram de que velhice está, na realidade, associada a perdas físicas, funcionais, emocionais e sociais e que as expressões 'sabedoria' e 'experiência' eram utilizadas para amenizar, esconder uma situação inevitável e incômoda de incapacidades, dependência e carência; citam, também, nesse tópico, a importância da sociedade na construção dos esteriótipos .

"Eu acho que isso é uma forma de você tentar pegar um ponto positivo de um processo tão complicado, (...) que está associado a perdas; você perde saúde, perde seus projetos futuros, ou seja, você não acredita em mais nada, então você tenta salvar algumas coisas, que seriam sabedoria e experiência" (E-1)

"Você dizer que é só sabedoria e experiência, (...) tá querendo esconder que vai ter perda de saúde, tudo isso. (...) pra você sabedoria e experiência (...) não é só isso, é uma baita mentira" (E-2)

'"Eu acho que é mais pela sociedade que pela incapacidade."(E-9) Quando falando sobre os esteriótipos da velhice.

" (...) acontece que a sociedade em que a gente vive, hoje em dia, é uma sociedade extremamente competitiva, que você precisa tá sempre produzindo mais e melhor." (E-15)

Para Moscovici (2001, p.49)

> *"(...) o indivíduo sofre a pressão das representações dominantes na Sociedade e é nesse meio que pensa ou exprime seus sentimentos. Essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldados".*

Esses estudantes não estão fora da realidade, quando falam sobre a tentativa de se usar palavras amenas, eufemismo, para definir envelhecimento, quando o tratamento dado a eles não corresponde ao que se fala.

Palmore diz que:

> *"(...) atribuir aos velhos a conotação de 'sabedoria' mas, aquela composta de conhecimentos estáticos e pertencentes ao passado e que, não servem para lidar com os desafios da atualidade, só tem uma função, alijá-los das discussões."*
>
> *(Citado por Neri, 2002, p.975)*

Vivemos num país onde, segundo alguns pesquisadores, Santos (1990), Medrado (1994), Debert (1996), observaram que os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano exclusivamente a partir das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos (citado por Veloz, Schulze, Camargo, 1999).

Depois foram discutidos os assuntos velhice 'como perdas' e velhice 'como ganhos' também.

Todas as falas relacionadas às perdas foram dirigidas para as "pessoas idosas" de uma maneira geral.

Referem experiências de ganhos, têm lembranças alegres com os parentes, em especial, os avós. Rememoram os avós com experiências lúdicas, de afeto, de cuidado mútuo, de educação, de troca, de companheirismo e de amor.

"(...) minha mãe trabalhava em dois empregos e eu ficava na casa da minha avó e meu avô e minha mãe não me via todo dia. (...) eu sempre gostei.Mima pra caramba! É muito gostoso! Meu avô (...) ia pular pedra comigo, no rio." (E-3)

"(...) fomos no parque de diversões.(...) fui com a minha avó na montanha russa (...) ela foi segurando a minha mão e foi falando 'calma, vai dar tudo bem' e eu morrendo de medo (...)." (E-9)

Quando a discussão engendrou pelo campo da qualidade de vida, assunto que foi também muito ventilado, relacionaram-na à saúde, trabalho, lazer, situação econômica estável, pertencer a uma classe social privilegiada, estar acolhido pela família, à aceitação da velhice, ao respeito, e uma estudante falou sobre projetos políticos voltados para o bem envelhecer.

Todas as asserções explicitadas referentes a trabalho, lazer, família foram diretamente relacionadas a seus parentes. Histórias conhecidas por eles.

"Na minha família , (...) eles têm uma qualidade de vida boa, tem tudo, não falta nada. Eu achava normal." (E-7)

"Então quer dizer que era uma pessoa que continuava inserida no mercado de trabalho e tinha paciente e tinha tudo, tinha lazer, criava passarinho, era o momento de lazer dele." (E-4). Falando de seu avô.

As relacionadas à saúde, situação econômica, classe social e projetos políticos foram incorporadas a histórias de pacientes ou a parentes gravemente enfermos ou com seqüelas.

"Pra você fazer isso, (...) você tem que ter qualidade de vida boa, para você guardar alguma coisa que a classe menos favorecida não tem, não consegue. Pobre trabalha até morrer!" (E-2)

"A gente fez tudo. Ela acabou ainda vivendo um ano e meio, entre passagens de três meses no hospital, indo e vindo." Falando da avó que tinha Leucemia com qualidade de vida ruim, com a voz embargada.

Esses acontecimentos nos levam a pensar que problemas financeiros, classe social 'menos favorecida', são assuntos que estão distantes da realidade familiar deles, visto que pertencem, em sua maioria, à classe média e média alta.

Para Debert (1988), na nossa sociedade, mesmo quando não se associa pobreza ou invalidez à velhice, esta tende a ser considerada um período dramático. A idéia da perda de papéis sociais, de entes queridos, da força econômica, do poder centralizador sobre a família, das virtudes estéticas, leva muitas vezes ao desajuste pessoal e à perda da vontade de sonhar, criar, realizar e viver.

Verificamos nas conversas que cada vez foi ficando mais clara a importância do vínculo afetivo como meio necessário para que os estudantes mudem o olhar sobre a velhice. Olhar com outros olhos, significa enxergar a importância da compreensão, paciência, entendimento, do saber cuidar, da troca, da vontade de ajudar, de aliviar sofrimento na relação médico/paciente, de ter amor pelo que faz.

"(...) não iam fazer mais nenhuma medicação e tal, mas iam dar conforto pra ela adormecer sem nenhum tipo de dor." (E-9)

"(...) ficou completamente incapacitado, (...) aquele idealismo acabou. Ficou o quê? O sentimento que eu sei é que é o amor.(...) o que resta é o respeito." (E-10). Quando falava do seu avô que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Outra 'provocação' interessante induzida pelo facilitador sobre 'sabedoria' e 'experiência' foi questionar o que os estudantes sentiam nas aulas, ou o que representava na vida acadêmica deles , os professores X e Y , que são pessoas de valor inestimável, como profissionais e seres humanos. Não houve questionamento, por parte deles, quanto à experiência de vida e sabedoria desses professores, mas usaram termos como "desatualizados", "técnicas metodológicas ultrapassadas" e demonstraram com risos, brincadeiras e gestos, o pouco caso. Consideram-nos inteligentes, dizem que sabem muito, mas não para se aprender medicina com eles.

Analiso este tópico na perspectiva pela qual eles vêem um professor que, mesmo sendo atualizado em seu conhecimento cognitivo, por não ter certas destrezas em algumas tecnologias mais avançadas, não servirem para ensinar a 'medicina' que eles esperam, técnica e biologicista. Esta visão de nossos estudantes ainda é bem aguçada e estreita o olhar na direção do contexto social, político, econômico e cultural por que passa a Medicina em nosso país.

"As aulas até podiam estar vazias, mas ninguém, em nenhum momento, falou que eles não sabiam"

"(...) porque isto na época dele era diferente." (E-1)

"O método de ensino deles estava ultrapassado." (E-4)

"O método de ensino deles pra passar para os alunos é totalmente defasado." (E-9)

"O professor X é absolutamente inteligente. Ele vai falar 500 anos e a gente não vai entender nada!"

"O professor X quando a gente vai para a aula dele, ele começa a falar de política, de não sei o quê."

"O professor Y ninguém quer ir, porque não quer escutar que medicina é não sei quê , então vai assistir às aulas do professor Z porque tem toda aquela pressão"

A mesma situação não é observada quando a estudante E-4 falou sobre o seu avô que era médico.

"Acho que idade não significa falta de atualização. Meu avô (...) era médico, tinha 75 anos." Ela chorou ... Dez minutos depois, ela retomou a fala. *"Por experiência , uma pessoa que qualquer doença, que qualquer coisa que mostrasse a ele, sabia tudo!" (E-7)*

A emoção tomou conta de uma maneira geral quando esta estudante chorou, demonstrando a falta que sente, as saudades do seu avô, que como outros, era o cerne da família, o patriarca, o acolhedor.

A emoção provocada nos levou a pensar na relação, no vínculo que eles fazem entre si, como são solidários em situações como esta! Despertou 'falas' de sofrimentos pela perda de avós queridos e de como é difícil aceitar e lidar com a morte.

"Eu não tava preparada pra morte do meu avô!" (E-5)

Simone de Beauvoir (1990, p. 452) nos diz que:

> *"A morte de alguém que estimamos constitui uma brutal ruptura com o nosso passado: ora, um velho é alguém que tem muitos mortos por trás de si. (...) A morte de um parente, um amigo, não nos priva apenas de uma presença, mas toda aquela parte de nossa vida que estava ligada a eles".*

Fomos percebendo que todos tinham histórias tristes e alegres de seus 'velhos' e somente histórias tristes, ou relatos de perdas , ou de abandono pela família, ou maus tratos, até de abusos, ou preconceitos quando se reportavam a pessoas idosas em geral e a seus pacientes idosos.

"Eu tenho uma história que é muito triste, que foi num hospital (...) de oncologia. O paciente tava ótimo, um idoso. (...) foram ligar pra família pra buscar ele (...) a família não buscava há semanas (...) E ficou lá jogado no hospital." (E-6)

"(...) nos hospitais. A gente vê maus tratos, às vezes, entendeu? A gente viu uma paciente (...) nunca esqueci. Ela chamou a gente (...) ela contou que quando o enfermeiro ia trocar fralda dela, abusava dela!" (E-4)

"(...) velho, vamos tratar. Se ele não tiver isso, vamos tratar, se não der certo, a gente trata de outro jeito. Já ta ferrado mesmo!" (E-14). Quando comentando o que costuma ouvir da sociedade em geral.

Só fazendo uma busca em reminiscências, estes estudantes entram em contato com o hospital no terceiro ano da faculdade de medicina, quando são introduzidos à Semiologia, e têm os seus primeiros pacientes, fazendo acompanhamento diário, no quarto ano, na Clínica médica.

Passando para o assunto relacionamento com pacientes idosos, nós observamos que alguns pontos são fundamentais para eles.

O fato de que os pacientes idosos são vinculados à 'doença', a 'perdas', a 'sofrimento' e 'morte' porquê e para quê fazerem vínculos?

Olhemos com cuidado para o comentário feito por Neri, Cachioni e Resende (2002, p.973):

> *"No campo da velhice, evidenciam preconceitos as seguintes afirmações: velhice é sinônimo de doença, a velhice é a melhor idade da vida, os idosos não têm nada com que contribuir para a sociedade, a maioria dos idosos existentes no mundo habita os países desenvolvidos, todas as pessoas envelhecem do mesmo jeito, todos os velhos são iguais, os velhos são mais propensos a acidentes do que os jovens. Os conceitos também podem ser equivocados por causa da supersimplificação (...) da realidade, que fazem com que ignoremos ou minimizemos as diferenças individuais e digamos, por exemplo, que os velhos são implicantes, antiquados, solitários, dependentes, ou que todos os velhos são sábios"*

Como a imagem de relacionamentos que eles têm mais viva em suas memórias é a de avós, que são as pessoas mais velhas com quem convivem ou conviveram (65,62%), e também as que mais influenciaram em suas vidas (84,37%), e de maneira positiva (92,70%), eles relacionam que criar vínculo com pacientes é estar na iminência de sofrimento, porque eles estão doentes, estão num hospital, e podem estar perto do 'fim'. Têm doenças em sua maioria crônico-degenerativas, ou terminais, como lidar com isto?

"(...) eu não lido bem com a morte. Eu acho que pela lei natural das coisas. Eu acho que você acaba ligando velhice, à doença, à morte." (E-4)

Ao mesmo tempo percebemos que conseguem ter ótimo relacionamento com pacientes idosos, porque sentem que eles são mais reconhecidos, respeitam-lhes como a médicos, imprimindo a sensação do seu crescimento profissional, do respeito pelo seu 'saber', porque alguns esperam contar com a troca, e porque os tratam como se fossem netos.

"Eu acho que em geral, é um dos melhores pacientes pra gente lidar. Principalmente pra gente que está começando em relação médico-paciente. Eles dão uma abertura grande pra gente se aproximar. Eles escutam o que a gente fala. Por mais que a gente não saiba muito o que falar." (E-11)

"O idoso (...) todos que eu peguei falavam assim 'eu vou te ajudar'. Torciam por mim , que eu ia aprender, que tudo que eles pudessem me ajudar fariam um esforço." (E-7)

Outras dificuldades são relacionadas a problemas psicológicos que eles não sabem lidar, angústia, medo, tristeza, têm empatia e não querem sofrer.

"(...) O que é que eu faço? O que é que eu faço? Isso é muito triste!"

"(...) quando eu vejo um idoso doente me entristece muito (...) !" (E-5) Falou com a voz trêmula...

Sentem-se impacientes com carência afetiva de alguns idosos, com a perda de memória daqueles mais velhos, porque dificulta a relação médico-paciente.

"(...) gente, mas como é que eu posso ajudar uma pessoa que não quer ser ajudada, uma pessoa que quer que eu fique vinte e quatro horas , ali, pra ela,pra dar água, dar comida na boca. Pessoal, como? (E-15)".

"(...) tá boa fisicamente, mas a cabeça ta péssima, tá limitada. E a gente tenta ter paciência, mas ver que chega uma hora..." (E-11)

"(...) o problema dela é carência, ela não tem nada!" (E-7)

Sentem-se impotentes frente a pacientes idosos com doenças incuráveis. Sentem-se limitados. Relataram literalmente que não sabem o que fazer! Não são treinados para isso!

" (...) eu não sei como agir. Eu não sei como tratar. É porque ao mesmo tempo que eu estou prolongando a vida dele, com certeza ele vai ter mais chances de apresentar outras doenças, porque antes, morreria de uma vez." (E-14)

"É a impotência. Porque você fazendo, estudando medicina. O cara tá (...) caindo no desfiladeiro e você não tem o que fazer!" (E-1) Falando do avô que estava co câncer de pulmão.

Um ponto chave para tentarmos entender, decifrando enigmas é que eles sabem pouco, ou quando sabem, referem-se ao processo de envelhecimento como biológico, fisiológico e natural (Tabela – 9), contrapondo-se à representação que têm do velho e da velhice. É só retórica e não se evidencia esta concepção na prática, nos dando a impressão de que existem informações 'soltas' que não são associadas a eventos diários, isto é, teoria e prática dissociadas.

Neste ponto me reporto a Neri, Cachioni e Resende (2002, p. 975) que comentam serem:

> *"(...) as atitudes em relação à velhice são um fenômeno tão complexo e variável como a própria velhice".*

É importantíssimo dizer que, nesses quatro últimos tópicos, enquanto um estudante falava, todos, ou senão a maioria conversava em paralelo, gesticulava e fazia gestos que demonstrava nitidamente a concordância com os discursos. Foi preocupante!

Uma estudante que diz ter ótima relação com pacientes idosos, que foi uma descoberta prazerosa perceber que gosta mais desses pacientes do que dos mais jovens, referiu ter muito medo de mudar o seu comportamento frente a eles, quando se tornar médica, pois não é comum, na sua experiência do cotidiano, ver boa relação médico-paciente quando o último é idoso. E faz um adendo, dizendo que mesmo quando são professores da faculdade. Buscam modelos, e encontram poucos, relato de duas estudantes.

"Eu acho que também não é um problema só nosso, mas também dos nossos professores. A gente percebe que eles também... Eu tive poucos exemplos (...)" (E-4)

"(...) se eu realmente fizer geriatria.(...) Eu fico achando que quando eu me formar e tiver um consultório, eu não vou dar a atenção que eu dou hoje em dia, entendeu?" (E-7)

Nessa hora, houve um burburinho e balançar de cabeças, gestos e conversas, demonstrando a concordância.

Na nossa revisão de literatura, encontramos trabalhos que mostraram que as atitudes positivas dos médicos frente aos pacientes idosos vão se tornando negativas, com o passar dos anos, mesmo após terem treinamento na graduação (Gale, Livesly, 1974; Peach, Pathy, 1982).

Outros falam da necessidade não só de capacitação e orientações científicas para os estudantes de medicina, mas também, e especialmente, para seus professores, modelos inegáveis e fonte de estímulo constante (Brooks, 1993).

Referenciam a escola e a sociedade como participantes da falta de conhecimento e preparo na área do envelhecimento, o que, para eles, interfere na relação com o idoso.

"Na minha opinião, o processo de envelhecimento deveria ser é melhor estudado, pra gente ver o que é fisiológico (...) e a partir de que ponto é patológico. Porque existe muito essa idéia de que a velhice, etc. e tal e geralmente a gente associa velhice à doença e à morte." (E-3)

"Só que a gente não tem o preparo, assim, de dizer a gente sabe cuidar." (E-14)

"(...) eu acho que é que você tem muito mais pulso num estudo de uma doença que pega em gente mais jovem do que no idoso." (E-5) Quando falando sobre disciplinas na faculdade.

"Com certeza, ou inconscientemente, eu não sei, os médicos, todo mundo acaba favorecendo os mais jovens, entendeu?" (E-11)

"Nas emergências, se você chega com uma pessoa de trinta anos, com as doenças A, B ou C, você dá preferência ao mais novo. Tem vários lugares que isto é priorizado. (...) primeiro é grau de gravidade, depois é a idade." (E-1)

"(...) acontece que a sociedade em que a gente vive, hoje em dia, é uma sociedade extremamente competitiva, que você precisa tá sempre produzindo mais e melhor." (E-15)

Para Moscovici (2001, p.49),

> *"(...) o indivíduo sofre a pressão das representações dominantes na Sociedade e é nesse meio que pensa ou exprime seus sentimentos. Essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldados".*

Penso que, a falta de conhecimento científico na área deixa-os à mercê de informações fragmentadas, dando-lhes uma conotação enovelada de saberes estáticos e preconceituosos quanto á velhice.

A educação continuada, a permanente interligação de 'saberes' entre a importância da prevenção de doenças, da promoção da saúde, de oportunidade de lazer, do trabalho, do respeito, da atenção e consideração, do exercício da cidadania dos idosos, para que promovamos uma velhice feliz, é fundamental na formação curricular do estudante de medicina, o que vai ao encontro das exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (Brasil, 2001).

Durante a última etapa, o facilitador pediu que cada participante se manifestasse quanto à vontade de lidar, como profissionais, com os idosos.

Dos quinze estudantes, não corroborando com as respostas dadas por todos os participantes da pesquisa no questionário, foram assim distribuídos:

Manifestaram-se como indiferentes três estudantes, alegando que para eles, todos os pacientes são iguais e que não há diferença no tratamento.

"Pra mim não teria diferença trabalhar com idoso, jovem, criança, homem ou mulher." (E-12)

"(...) o que eu penso hoje em dia é oncologia. (...) fatalmente eu vou lidar com idoso. Mas não vejo diferença de lidar com idoso, jovem, criança (...) nem por sexo, nem por cor, (...) nem por nada." (E-1)

Gostariam de trabalhar com idosos, seis estudantes, referindo ser esse interesse, ou porque irão trabalhar com Neurologia, ou porque gostam de lidar com doenças crônicas, uma estudante quer fazer geriatria e outro talvez faça porque o pai é Geriatria.

"Eu gosto (...) mesmo que na neurologia, (...) as doenças não têm cura, mas apenas um controle." (E-3)

"Aí eu resolvi fazer Geriatria, eu falo que se eu for fazer Oftalmo tem que ter uns velhinhos pra poder eu ir pro trabalho."

Não gostariam de trabalhar com idosos, cinco estudantes, alegando serem esses muito trabalhosos, um estudante disse ter interesse em tratar só doenças curáveis, o que não acontece constantemente com idosos, ou porque os identificam com avós e não queriam sofrer, dá tristeza, porque 'idoso é sempre doente', porque não lidam bem com a morte e uma estudante disse não ter o 'preparo psicológico' para lidar com idosos. Um estudante disse que não tinha interesse em trabalhar com idosos, mas disse ver na Geriatria um mercado promissor.

"Acho meio trabalhoso. (...) a relação que você vai ter com o idoso, eu acho um pouco difícil." (E-8)

"Eu não gostaria. Não me agrada ficar tratando a pessoa só para melhorar." (E-5)

Um estudante declarou não querer ter contato com pacientes vivos, portanto, não sendo computado nas categorias.

"Eu também não quero trabalhar com velho. Eu escolhi a minha região. Minha preferência ainda é óbito." (E-13)

Após essa visita numa situação do cotidiano, pudemos perceber, com mais clareza, de uma forma bem transparente, que esses estudantes, em geral, têm dificuldades no manejo com pacientes idosos, por diversos motivos, mas existe um que para nós, é de fundamental importância. Eles não estão

sendo preparados para enfrentar o tratamento com os idosos no dia-a-dia. O conhecimento científico sobre o processo de envelhecimento é precário, e completamente dissociado, sendo prática e teoria não correlacionadas.

Enfatizando essa questão, nos reportamos a Candau e Lelis (citados por Teves, 1999), que dizem ser a unidade teórico-prática aquela que requer de nós professores a consciência crítica da prática educativa e do nosso papel sócio-político. E é também nesse sentido, que se pode pensar em mudanças, pela reflexão de representações, e da sua conseqüência na produção de comportamentos, no interesse de alcançar e explicitar nas ações, a visão multidimensional do processo ensino-aprendizagem.

Acreditamos que a falta de segurança no tratamento com o idoso é um retrato da falta de conhecimento, da falta de estímulo para o estudo nessa área do saber, da falta de vínculo com o idoso.

As relações são tão negativas quanto a dificuldade de superar os problemas psicológicos relacionados a eles, estudantes, ou dos próprios idosos e quanto às relações que tiveram ou têm com seus avós, se viram sofrimentos, se agüentam as situações de perda, de separação.

Alguns estudos, inclusive o de Green, Keith e Paulson (1983) mostraram que existem variáveis que são significativas e interativas no processo da relação estudantes de medicina e idosos e que interferem em suas atitudes frente a eles. Estas variáveis estão relacionadas ao contato prévio com idosos, seja profissional ou pessoal, e que estão vinculadas à afetividade. Nesse estudo, só as interações positivas, com recompensas pessoais, entre idosos em geral e estudantes, predizia intenção de trabalhar com eles. Ao mesmo tempo em que, experiências penosas, associadas, por exemplo, com morte de parentes idosos próximos ou pacientes geriátricos que lhes fizessem reportar aos avós, eram associadas às atitudes desfavoráveis.

5.7 "Morte, finitude, sentimentos: como os estudantes lidam com isto"

Durante a técnica do 'grupo focal', o facilitador observou a insistência com que os estudantes falavam sobre 'a morte', contavam histórias de parentes, avós e pacientes idosos que tinham morrido, e a relação da morte com doença e velhice, medo de lidar com a morte, medo da finitude. Vejamos alguns exemplos de 'falas' que serão identificadas por estudantes (E).

"Meu avô esse ano vai ser o que vai morrer primeiro, porque é o mais velho. (...) a minha vó, ela tinha Parkinson, e quando eu descobri (...) já foi deteriorando (...) quando chegou no fim, (...) ela já não queria mais viver (...) acabou falecendo!" (E-5)

"Meu avô era parrudão (...) Você não acreditava! E depois ele foi ficando lerdinho e coisa e tal, e depois acabou morrendo, né?!" (E-13)

"E aí ele morreu assim, trabalhando, foi subir numa escada para desligar o ar condicionado, caiu, começou a sangrar a cabeça, teve hemorragia intracraniana e tudo não parava de sangrar. Morreu..." (E-4)

"Eu lembro do velho que era forte igual a um touro, que carregava dois botijões de gás na mão, assim, com 75 anos. Apareceu um câncer de pulmão em seis meses (...) Eu fui vendo ele definhando, definhando, definhando! (...) Mas a primeira coisa que me veio à cabeça foi a doença" (E-1)

Todos esses comentários foram envolvidos por momentos de silêncio, atenção e emoção. Todos demonstraram no vídeo, momentos de reflexão.

Para que esses momentos fossem aproveitados e que todos exteriorizassem sentimentos contidos em seus pensamentos e corações, foi decidido de improviso, a técnica de associação livre de palavras.

> *"O teste por associação de palavras, permite, em psicologia clínica, ajudar a localizar as zonas de bloqueamento e de recalcamento de um indivíduo. (...) é utilizado para fazer surgir espontaneamente associações relativas às palavras exploradas ao nível dos esteriótipos que engendram" .(Bardin, 2003, p. 52)*

Todos foram orientados a escrever, em uma folha de papel branca, em caneta, que palavra vinha imediatamente à cabeça quando se falava de “morte”.

As palavras foram lidas, apreciadas, analisadas e agrupadas em quatro categorias que foram:

Relação da morte com a ‘finitude, que apareceu em (25%). Morte é para todos, a única certeza, é o fim. Palavras relacionadas à morte como ‘caracterização do processo’: difícil, natural, passagem, velhice (31,25%). As ‘sensações explicitadas’: perda, tristeza, medo e medo da morte do outro, (31,25%). E por último, a associação ao ‘material e objetivo’: que se caracterizou pelo aparecimento das palavras; caixão e cemitério.

Quadro IV – Distribuição, por freqüência de aparecimento das palavras expressadas pelos estudantes com relação à questão: “Defina morte com uma palavra”

Palavras mais freqüentes	Número de vezes que foi citada	Percentual
O processo	5	31,25%
a) Difícil		
b) Natural		
c) Passagem		
d) Velhice		
Sensações	5	31,25%
a) Tristeza		
b) Perda		
c) Medo		
Finitude	4	25%
a) Fim		
b) Para todos		
c) Única certeza		
Objetividade	2	12,50%
a) Caixão		
b) Cemitério		

Podemos inferir que, a maioria dos estudantes questionados associa morte a um processo que é difícil, mas natural, que pode ser uma passagem e tem relação com a velhice. A morte nos mostra a finitude, pois é para todos, é a única certeza e é o fim.

A morte gera sensação de perda, tristeza, medo e para um, medo da morte do outro. Observação: foram 15 estudantes e 16 palavras, pois um deles, o que escreveu "única certeza" acrescentou a palavra "medo". Um estudante em sua objetividade lembrou caixão e cemitério.

Pensamos, pois num diagrama esquemático:

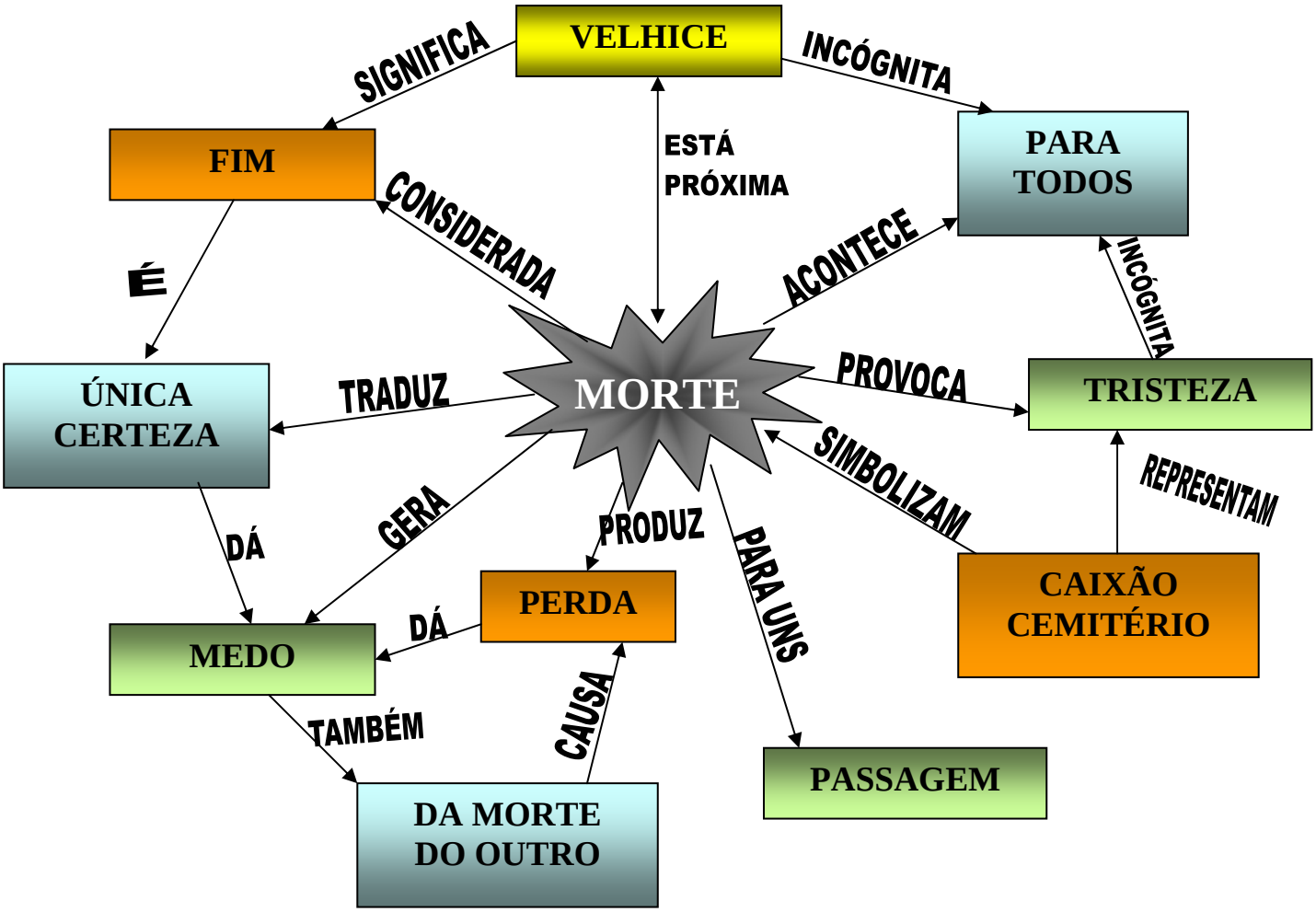


Figura 1: Palavras associadas à morte para os estudantes do 4º ano da FMP-2004

Vejamos o que alguns estudantes falaram no 'grupo focal' que reforça a questão da associação entre velhice, doença, morte, fim, perda, morte-passagem.

"Eu associo muito a velhice à doença, velhice, à perda...." (E- 1)

"À morte." (E- 11)

"(...) quando a gente perde alguém idoso, vê a pessoa definhando na família. É quando se dá conta que você não é eterno, entendeu?" (E- 5)

"Eu tenho foto do meu avô dos dois dias antes dele morrer, lendo jornal. Ele foi além, (...) simplesmente ele parou".(E-5)

"Eu encaro a morte como uma passagem, independente de qualquer coisa". (E-15)

Roazzi, Federicci e Carvalho (2002), em estudo sobre "Medo entre Adultos", utilizando a técnica de classificação livre e dirigida de palavras, encontraram relacionados à palavra 'Abandono' os itens "velhice", "solidão", "separação" e fizeram a correlação entre morte e separação, que leva à solidão, se referindo a doenças que fazem os indivíduos se sentirem sós. Inferiu, pois, que a "velhice" é vista como um evento próximo à morte, as doenças podem levar à morte e os indivíduos têm medo de envelhecer, porque têm medo de morrer...

Vejamos o que nos diz Morin (2001, p.299) sobre a morte:

> *"A confiabilidade, a não degeneratividade, a geratividade dos sistemas vivos dependem de certa forma da não confiabilidade e da degeneratividade de seus componentes. O êxito da vida depende de sua própria mortalidade"*

A morte é realmente a única certeza que temos, e, pela finitude de nossas vidas, ao chegarmos na velhice estaremos mais próxima a ela; mas nutrir o pensamento de que velhice e morte se confundem como sinônimos é um risco.

5.8 “Conhecendo a concepção que os estudantes têm da velhice ao se verem no papel de velhos”

Já próximo ao final do ‘grupo focal’, sessenta minutos decorridos, depois de longas discussões inflamadas, calorosas e troca de experiências, surgiu mais uma opção metodológica em busca de dados numa pesquisa social que foi a de simulação de situação, na qual foi usado o termo ‘laboratório’.

Todos fecharam os olhos e imaginaram-se aos 30 anos, 40, 50, 60, 70 até chegarem aos 75 anos de idade. Embora rissem no início, todos fecharam os olhos e se concentraram nas palavras e questionamentos do facilitador que lhes levaram à fantasia de estarem vivendo aos 75 anos, trazendo ao presente uma possibilidade do futuro. Então o facilitador questionou-os como seria o dia-a-dia, quais as dificuldades, como seria o convívio com parentes e outras pessoas na sociedade, quais seriam os acontecimentos marcantes, tentando puxar para as suas mentes uma imagem viva e cotidiana da ‘velhice’ deles.

Analisando as frases, observamos repetição de algumas palavras com grande significado, que foram “família” e solidão (solitário). Família aparecendo oito vezes e solidão sete vezes.

Às palavras “família” e “solidão”, associamos, em dois grupos, as demais que tinham afinidade e relação direta ou indireta com elas, em suma, categorizamo-las.

Após leitura minuciosa, percebemos que família (filhos, netos, cônjuges), palavras referidas pelos estudantes, assim como solidão, (solitário), encobriam, mas ao mesmo tempo deixavam transparecer de maneira velada sentimentos mais profundos como: necessidade de companhia, de amor, de estabilidade, de segurança, de felicidade na primeira, assim como medo, revolta, saudade e abandono, na segunda.

Associamos, pois, às duas categorias de palavras, as expressões que, nas repostas dos estudantes, tinham pontos de conexão e referência.

Quadro IV – Palavras e expressões que se destacaram nos depoimentos dos estudantes durante a oficina realizada no grupo focal

Palavras mais freqüentes	Numero de vezes que foi citada	Percentual
Família	23	57,60%
a) A idade chegou		
b) Dever cumprido		
c) Útil		
d) Alegre		
e) Feliz		
f) Espírito de jovem		
g) Segurança		
h) Sem medo		
i) Independência		
j) Ser ouvido		
k) Ser referência		
l) Ser conselheira		
Solidão	17	42,50%
a) Solitária		
b) Dificuldade		
c) Saudade		
d) Incapacidade		
e) Abandono		
f) Ser indesejada		
g) Revolta		
h) Cansado		
i) Teimoso		
j) Inutilidade		
k) Medo da velhice		

Duas frases nos chamaram a atenção, pois nos lembram a importância da criação na formação, do exemplo, da educação que é dada, das relações sociais, *da relação intergeracional*, de companhia e um estudante falou sobre a importância da situação financeira.

"Tudo na velhice depende da imagem criada e formada no decorrer da vida, das relações sociais e relacionamento familiar (sem contar a situação financeira)". (E-2)

"A base de tudo é a família. Eu não tive medo de envelhecer porque sei que meus filhos, meus netos e bisnetos serão criados da maneira que eu fui. Então eu tenho a segurança de que eu sempre terei alguém para me ouvir (...) para conversar comigo. Na minha opinião, as pessoas agem com os idosos como elas foram ensinadas para isso". (E-4)

Pudemos depreender das frases acima e da análise que fizemos que, em sua maioria, os estudantes têm esperança de uma velhice tranqüila, com a família, com saúde, felizes. Embora não pensem da mesma maneira, em sua maioria, em relação aos velhos que eles conhecem na atualidade social em que vivem.

Encontramos na literatura um estudo que também observou resultado semelhante. Freire, Rabelo e Areais (2001) verificaram a atitude de 12 estudantes de medicina frente aos pacientes idosos e concluíram que quando se tratava do idoso em geral, as respostas eram próximas da neutralidade, embora vissem de forma positiva a própria velhice. Observação importante: estes estudantes já tinham desenvolvido trabalhos e mantido contatos com pacientes idosos (Citados por Neri *et al*, 2002).

Podemos depreender que Representações Sociais são elementos passíveis de sofrerem influências provenientes de várias vertentes, dentro de um contexto sócio-histórico-cultural e que imprimem suas marcas nas atitudes e comportamentos e é transmitida, socializada através da comunicação entre os homens.

Doise (2001, p.189) nos explica:

> *"As pesquisas sobre as representações sociais - que já se desenvolvem há mais de um quarto de século – mostram, entretanto, um caminho para integrar aos estudos de sistemas individuais de atitudes aqueles que tratam dos sistemas sociais e relação."*

E completa dizendo que "As representações sociais são os princípios organizadores dessas relações simbólicas entre atores sociais" (Doise, 2001, p.193).

Relação de cumplicidade intergeracional simbolizando respeito, solidariedade, compromisso, responsabilidade…

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi um estudo que nos encantou, não só por se tratar de uma pesquisa qualitativa em Educação em Saúde, mas por ter-nos dado a oportunidade de aproximação maior com nossos estudantes de medicina, conhecer suas Representações Sociais de idoso e velhice, suas atitudes frente aos pacientes idosos, suas dificuldades, anseios e expectativas.

O binômio educação/saúde está cada vez mais sendo prestigiado e reconhecido como imprescindível para que ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida tenham êxito, especialmente na área da saúde de idosos, em que prevenção de doenças, promoção de saúde e investimentos na recuperação e reabilitação dos enfermos é uma prioridade, visando dar aos idosos uma vida digna e respeitada.

Chega-se à conclusão de que a prevenção parece ser a saída encontrada, inclusive pela Geriatria e Gerontologia, tornando todos os indivíduos passíveis de intervenção, independentemente do seu estado de saúde, como também de sua idade. (Groisman, 2002)

Para que as tomadas de decisões tenham sucesso no campo da saúde dos idosos, é preciso que trabalhemos as ações intergeracionais, desde os primeiros anos da escola, no nosso caso, escola Médica.

Só através da educação, contato e convivência intergeracionais conseguiremos iniciar a luta na tentativa de quebrar preconceitos e mitos em relação à velhice.

Vejamos o que diz Dumazedier:

> *"Os sociólogos começam a observar que a antiga concepção de educação, conhecida como a ação das antigas gerações sobre as novas, vem sendo modificada. As rápidas mudanças dos estilos de trabalho e de vida, acompanhadas por um aumento de autonomia das novas (e velhas) gerações no tempo livre, tendem a fazer da educação uma co-educação entre as gerações, alternadamente imposta e voluntária, e uma contribuição para a auto-transformação permanente de cada um, da primeira à terceira idade".*
>
> (citado por França & Soares, 1997, p.160-161):

Este estudo mostrou que nossos estudantes associam velhice à doença e à morte, o que se traduz em medo, sofrimento e tristeza.

É preciso fazer com que estes estudantes entrem em contato com os idosos sadios na comunidade, em seus lares, para que se crie vínculo, afeto e respeito e o senso de responsabilidade social.

Como disse Simone de Beauvoir:

> *"Para compreender a realidade e a significação da velhice, é, portanto, indispensável examinar o lugar que é destinado aos velhos, que* ***representação*** *se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares." (Beauvoir, 1990, p. 48)* (grifo nosso)

O convívio intergeracional é um dos caminhos a serem seguidos e exaustivamente trabalhados.

Deve ser olhado com seriedade e interesse , visto que:

> *"Tem sido comprovado que programas intergeracionais têm o potencial de reverter esteriótipos comuns e avaliações negativas que crianças têm de pessoas idosas pois, reduzindo a distância psicológica no contato, eliminam a percepção ambígua sobre a velhice." (Aday et al , citado por França & Soares, 2004, p.167)*

E completam esta assertiva dizendo:

> *"Os trabalhos intergeracionais possibilitam modificar, não só nas crianças como também nos adultos, aquela percepção preconceituosa de que velhice está íntima e obrigatoriamente ligada à doença, tristeza e morte." (França & Soares, 2004, p.167)*

Este estudo reconheceu que as atitudes dos estudantes frente aos pacientes idosos estão diretamente relacionadas a experiências anteriores, em especial com parentes idosos (avós) e necessitam investimento, estudo e discussão.

Em nossa revisão de literatura, encontramos diversos autores Cicchetti *et al* (1973); Bayne, (1974); Campbell *et al*, 1977; Royal College of Physicians, (1978); Perrotta *et al*, (1981); Peach & Pathy, (1982); Wattis *et al* 1986; Duthie *et al*, (1987); Adelman *et tal* (1992); Intrieri *et al*, (1993); Sainsbury *et al (*1994); Duque *et al*, (2003); Bernard *et al*, (2003), que estudaram as atitudes dos estudantes de medicina frente aos pacientes idosos, e encontraram resultados com ao quais concordamos plenamente.

Eles crêem, como nós, que só através do conhecimento científico fisiológico, psicológico e sócio-demográfico do idoso conseguir-se-á encontrar atrativos nesse campo para os estudantes da área da saúde, em especial os de medicina, o que pode melhorar a atitude em relação aos idosos.

A instituição curricular de um programa de educação continuada sistematizado no campo da Geriatria e Gerontologia é de fundamental importância para a formação de médicos na atual situação demográfica em que vivemos, visando a promoção de atitudes positivas e recompensadoras para médicos e pacientes idosos.

A falta de conhecimento científico sobre o processo de envelhecimento, também nesse estudo mostrou que causa insegurança, sensação de impotência, de limite, o que interfere de maneira negativa na relação médico-paciente, estudante/idoso, isto é, em suas atitudes frente a eles.

> *Oferecer e fazer circular informação correta sobre a população idosa pode criar dissonância cognitiva suficiente para provocar o reexame das atitudes" (Néri, Cachione, Resende, 2002, p. 979)*

Observamos, também, que é imprescindível, pensando em transformação no processo ensino-aprendizagem, a inclusão curricular de temas relacionados ao idoso e seu processo de envelhecimento, a capacitação docente nessa área do saber, para que, com segurança, discutamos de maneira reflexiva e crítica o processo do bem envelhecer com nossos estudantes.

É preciso que entendamos a necessidade de modelos a serem seguidos, e esse é um dos papéis do educador.

> *"O estudo das representações sociais dos professores expressa uma tentativa de compreender a forma pela qual as crenças, os valores, as teorias, enfim, os pensamentos sociais se integram com as práticas sociais desses profissionais, e estas com o processo de desenvolvimento de seus alunos." (Almeida & Cunha, 2003, p. 149)*

Os estudantes temem a morte, sofrem, dizem não saber lidar com esse evento. Na profissão médica, este é um assunto da maior importância, que deve ser discutido e trabalhado de maneira longitudinal durante o curso de medicina, no intuito de fazer com que os estudantes aprendam, com o tempo, mas com supervisão, como enfrentar o episódio mais certo e tão variável dos seres vivos.

Diante de todas essas observações, propomos:

- Capacitação docente na área da Geriatria e Gerontologia, com intenção de promover uma melhor interação professor/aluno nesse campo, o que concorrerá para transformações concretas e sedimentadas no conhecimento teórico-prático, e crescimento mútuo de atores protagonistas do processo ensino-aprendizagem.
- Inserção Curricular de temas relativos à Geriatria e Gerontologia de maneira longitudinal, durante todo o curso de medicina, aproximando, com graus crescentes de complexidade, o estudante dos saberes indispensáveis nesse campo de estudo.

- Promoção de ações docentes assistenciais na comunidade, com assuntos referentes à Geriatria e Gerontologia, visando a criação de vínculos e responsabilidade social de nossos estudantes de medicina com os idosos.
- Incluir no estudo dos ciclos de vida, o ciclo do idoso, com suas peculiaridades tão sutis, mas que fazem a diferença.
- Introduzir temas para debates e discussões sobre a morte e a finitude da vida.

É preciso entender que a luta do idoso é uma causa de todos nós!

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, IG. **Ter equilíbrio, para dar equilíbrio**. Profissão: psicólogo? São Paulo: Arte, Ciência, 1998. p.124.

ABRIC, JC. Pratiques sociales, representations sociales. In: ABRIC, J. C. (ed.) **Pratiques sociales e representations.** Paris: Presses Universitaires de France, 1994, p. 217-238.

ADELMAN, RD.; FIELDS, D.; JUSTAGIR, R.; Geriatric Education Part II The effect of a Well Elderly Program on Medical Student Attitudes towards Geriatric Patients. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 40, n. 9, p. 970-73, 1992.

ADELMAN, RD.; GREENE, MG, ORY, MG. Communication between older patients and their physicians. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n. 1, p.1-24, 2000.

ALMEIDA, AMO.; CUNHA, GG. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia:** Reflexão e Crítica, v.16;n.1,p.147-155, 2003.

ALVES, R. **As cores do crepúsculo.** A estética do envelhecer. 4. ed**.** Campinas: Papirus, 2001. 167p.

ANDRADE, MAA. A identidade como representação e a representação da identidade. In: MOREIRA, A.S..P. ; OLIVEIRA, D.C. (org). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** 2. ed. Goiânia: AB. 2000. p.141-149

ARRUDA, Â. Subjetividade, mudanças e representações sociais. In: FURTADO, Odair; REY, Fernando L. Gonzalez (org)**. Por uma Epistemologia da Subjetividade:** um debate entre a teoria das Representações sociais. Casa do Psicólogo, 2002. 105 p.

AUSTIN, PR. Attitudes towards old age. A hierarchical study. **The Gerontologist,** v. 25, p. 431-434, 1985.

AVELATO, HMR. Qualidade: um mito pós-moderno In: TEVES, N; RANGEL, M (org) **Representação Social e Educação**. Campinas, SP: Papirus. 1999. p. 79-114

ÁVILA, JJ. Geriatria e Gerontologia: sua importância no mundo atual. **Senecta Revista Médica**, ano 1, v. 1, p. 22-25, 1978.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal.** São Paulo: Martins Fontes, 1992. 378 p.

BALTES, PB.; SMITH, J. In: NERI, AL. (org). **Psicologia do envelhecimento**, Campinas: Papirus. 1999. p. 41-72

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa: Ed. 70, 2003. 227p. Título original L'Analyse de Contenu.

BATISTA, NA; SILVA, SHS. **O professor de Medicina.** São Paulo: Edições Loyola, 1998. 181p.

BAYNE, JRD. Geriatrics and Gerontology in Medical Education. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. XXII, n. 5, p. 198-202, 1974.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Tradução: Maria Helena F. Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BERNARD, MA.; MC AULEY, WJ.; BELZER, JA.; NEAL, KS. An evaluation of a Low-Intensity Intervention to introduce medical students to healthy older people. **Journal of American Geriatric Society,** v. 51, p. 419-423, 2003.

BERQUÓ, ES. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, AL; DEBERT, GG (org), **Velhice e Sociedade.** Campinas: Papirus, 1999. p.11-40 (Coleção Vivacidade)

BOOTH, WC.; COLOMBO, GG.; WILLIANS, JM. **A arte da pesquisa.** São Paulo: Martins Fontes, 2000. 351 p.

BORDENAVE, JED. **O que é comunicação**. São Paulo: brasiliense, 2003. 105 p. (Coleção primeiros passos)

BORGES, S. O difícil envelhecimento nos dias de hoje. Fórum CREMERJ. Geriatria. **Jornal do CREMERJ**, ano XVII, n. 170, p.19, 2004.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. 484p.

BOURDIEU, P. **A "juventude" é apenas uma palavra**. Questões de Sociologia. RJ: Marco Zero, 1983. 208p.

BRANDÃO, HHN. **Introdução à análise do discurso**. 7. ed. Campinas: UNICAMP, 1998. 96 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

BROOKS, TR. Attitudes of medical students and family practice residents towards geriatric patients. **Journal of the National Medical Association,** v. 85, n. 1, p. 61-64, 1993.

CAIRD, DMFRCP. The state of British Medicine – 10 the teaching of geriatric. **Journal of the Royal Society of Medicine**. v. 71, p. 711-715, October, 1977.

CALDAS, CP. Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, Renato P. **Terceira Idade**: desafio para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1997. p.121-142.

CALDAS, CP. **A Saúde do Idoso:** a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ / UnATI. 1998. 113 p.

CALKINS, E; FORD, AB.; KATZ, PR. **Geriatria Prática**. Tradução: Úrsula de Almeida Rego Migon. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 633 p.

CAMPBELL, EW.; SHANAHAN, PM.; MULROW, PJ. Estabilishment of a geriatric curriculum. **American Geriatrics Society**. V. 30, n.7, p. 473-475, 1977.

CAPE, J; McCULLOCH, Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. **British Journal of General Practice**, p. 875-879, 1999

CHARON, R. The seasons of the patient-physician relationship. **Clinics in Geriatric Medicine,** v.16, n. 1, p. 37-50, 2000.

CICCHETTI, DV.; FLETCHER, CR; LERNER, E; COLEMAN, JV. Effects of a Social Medicine Course on the Attitudes of Medical Students toward the Elderly: A Controlled Study. **Journal of Gerontology,** v. 28, n. 23, p. 370-373, 1973.

COBBS, O.; DUTHIE, EH; MURPHY, JB. (ed.). **Geriatrics review syllabus.** A core curriculum in Clinics in Geriatric Medicine, 4th ed. Jowa, Kendall/Hunt.1999.

COCCARO, EF; MILES, AM. The attitudinal Impact of training in Gerontology/Geriatrics in Medical school: a review of the literature and perspective. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 32, n. 10, p.762-768, October, 1984.

COY, RM.; MILLER, DK. Communication between the hospitalized older patient and physician. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.16, n.1, p.109-118, 2000.

DEARY, IJ.; SMITH, R.; MITCHELL, C.; MACLENNAN, WJ. Envelhecimento e Representações Sociais sobre a Velhice. **Ciências de Hoje**. SPBC, v. 8, p. 44,1988.

DEARY, IJ.; SMITH, R.; MITCHELL, C.; MACLENNAN, WJ. Geriatric medicine: does teaching alter medical students' attitudes to elderly people? **Medical Education,** v. 27, p. 399-405, 1993.

DEBERT, GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (org). **Velhice ou Terceira idade?** RJ: FGV, 1998. 236 p.

DEMO, P**. Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1982. 118 p.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000. 216 p .

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, Denise (org). **As Representações Sociais**; tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: ED. UERJ, 2001. p. 187-203

DUQUE, G; GOLD, S; BERGMAN, H. Early Clinical Exposure to geriatric Medicine in Second-year medical School Students – The Mc Gill Experience. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 51, p. 544-548, 2003.

DUTHIE, EH.; DONNELY, MB.; KIRSLING, RA.. Fourth- Year students' Preference for Geriatric as a Career. Journal of Medical Education. V. 62, p. 511-514, June, 1987.

DYCHTWALD, K. Age Power: How the new-old will transform medicine in the 21st century. **CME Geriatrics**, v. 54, n.12, p. 22-28, 1999.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 18 ed. São Paulo, Perspectiva, 2002. 170 p. Título original italiano: Como se fa una tesi de láurea.

EIZIRIK, MF. (Re). Pensando a Representação de Escola: Um olhar Epistemológico. In: TEVES, N; RANGEL, M (org). **Representação social e educação**. Temas e enfoques contemporâneos de pesquisa, Campinas: Papirus, 1999. P. 115-130

ESTATUTO do Idoso. Lei n 10.741 de 7 de outubro de 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ ccivil – 03/Leis/ 2003/ L10.741.Ltm. Acesso em: 6 de fevereiro de 2005 às 21: 20:05.

FARR, RM**.** Representações Sociais: A teoria e sua história In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis : Vozes, 1999. p.31-59

FERRARI, MAC. Idosos muito idosos: reflexões e tendências. **O mundo da saúde**, ano 26, v. 26, n. 4, p.467-471, 2002.

FERRARI, MAC. O envelhecer no Brasil. **O mundo da saúde**, ano 23, v. 23, n. 4, p.197-203, 1999.

FERREIRA, ABH. **Minidicionário.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1997. 578 p.

FINS, JJ.; MILLER, FG. Clinical pragmatism, ethics consultation, and the elderly patient**. Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n. 1, p. 71-81, 2000.

FOOK, L, *et al*. The impact of hearing on communication. **The Fellowship of Postgraduate Medicine**, p. 92-95, 2000.

FRANÇA, LH; SOARES, NE. A Importância das Relações Intergeracionais na quebra de preconceitos sobre velhice. In: VERAS, R (org). **Terceira Idade – desafios para o terceiro milênio.** Rio de Janeiro: Relume/Dumará UnATI/UERJ, 2004. p.143-169

FRANÇA, L; ROSÁRIO, T; ROSÁRIO, S; ARANHA, A. **Memória de Velhos –** depoimentos – uma contribuição à memória oral da cultura popular maranhense. São Luis: Lithograf, v. 2, 1997. 200 p.

FRANCO, MLPB. **Análise de conteúdo**. Brasília: Passo, 2003. 72 p.

FREITAS, EV; PY, L; NERI, AL.; CANÇADO, FAX; GORZONI, ML; ROCHA, SM**. Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1187 p.

FRUTUOSO, DLF. **A 3ª idade na universidade:** estudo no campo de representação. Julho, 1996, 158 f. Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, 1996.

GALE, J.; LIVESLEY, B. Attitude towards geriatrics: a report of the Kings survey. **Age and Ageing,** v. 3, p. 49-53, 1974.

GARCIA, OM. **Comunicação em prosa moderna:** aprenda a escrever, aprendendo a pensar. 23. ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 540 p.

GOERGEN, P. **A ciência como política:** fragmentos filosóficos para a formação do cientista. Campinas: UNICAMP, Mimeo ,1998.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na vida cotidiana**. 10 ed., Petrópolis: Vozes, 1992. 233 p.

GOMES, R; MENDONÇA ML, PONTES, EA. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 18, n 5, p.1-13. Rio de Janeiro, 2002.

GORDILHO, A. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção ao idoso**. Ed. UERJ / UnATI, 2000. 90 p.

GORDILHO, A; QUEIROZ, ZPV. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia os desafios da longevidade. **O mundo da Saúde.** São Paulo, ano 26, v.26, n.4, 2002. p. 545-547

GREEN, SK.; KEITH, KJ.; PAULSON, LG. Medical students' attitudes toward the elderly. **Journal of American Geriatric Society,** v. 31, p. 305-308, 1983.

GRODZIN, CJ.; SCHWARTZ, SC; BONE, RC. Diagnostic strategies for internal medicine: a case-based approach. Missouri, Estados Unidos da América: **Mosby-Year Book, Inc**., 1961.

GROISMAN, D. A velhice entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde –** Manguinhos, RJ, v. 9, n. 1, p.61-78, jan-abr, 2002.

GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S (org.). **Textos em Representações Sociais.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 324 p.

HALCI, C. Geriatrics: a specialty in search of specialists. In**:** Tassel, Van *et al*. **Old age in a bureaucrat's society**. Nova York: Greenwood Press, 1986. p.66-84

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos.** Tradução: Ana Beatriz Rodrigues, Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 366 p.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis. Revista de Saúde Pública,** v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

HOLTZMAN, JM.; BECK, JD.; COGGAN, PG. Geriatrics program for medical students: impact of two educational experiences on students' attitudes. **Journal of American Geriatric Society,** v. 26, p. 355-359, 1978.

HOUAISS, A; VILLAR, MS. Dicionário da Língua Portuguesa. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. População estimada Popclock. Tabela 1 - População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação1991/2000 - Disponível em:.http://www.ibge.gov.br./home/estatística/população/perfilidoso/tabela1_2.shtm. Acesso em: 28/03/2004 às 12:30:04

INTRIERI, Robert C.; KELLY, Jeffrey A.; BROWN, Melissa M.; CASTILLA, Christine. Improving Medical Students attitudes towards and skills with the elderly. **The Gerontologist,** v. 33; n. 3; p. 373-378, 1993.

JAHNIGEN, DW.; SCHEIFER, RW. The doctor – patient relationship in geriatric care. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 2, p. 457, 1986.

JAN, MMS.; SCHWARTZ, M; BENSTEAD, T. EMG related anxiety and pain: a prospective study. **Le Journal Canadien des Sciences Neurologiques,** v. 26, n. 4, p. 294-297, 1999.

JODELET, D. (Org). **As Representações Sociais.** Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro:ED. UERJ, 2001. 416 p.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org). **Textos em representações sociais.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 63-88

KALACHE, A. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública,** v .21, n. 3, p .200-210, 1987.

KAPLAN, SH.; GREENFIELD, S.; WARE, JE. Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the out comes of chronic disease. **Med. Care,** v**.** 27, (supple.3), p.110-127, 1989.

KATZ, S. **Disciplining old age**: the formation of gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

KOMATSU, RS. **Aprendizagem baseada em problemas:** sensibilizando o olhar para o idoso. Rede Unida, Rio de Janeiro, ABEM, São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo, 2003. 187 p.

KRUEGER, RA. **Focus Groups.** A Practical Guide for Applied Research. 2.ed. London: Sage, 1994

KRUPAT, E. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. **Patient Education and Counseling,** 2000, n.39, p.49-59. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/pateducou, acesso em: 3 de setembro 2003, às 20:15:21.

LAHUD, AM**. Terceira idade:** ideologia, cultura, amor e morte. Brasília: UNB, 2004. 138 p.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, AMC; TEIXEIRA, JJV (org). **O Discurso do sujeito coletivo**. Uma nova abordagem metodologia em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138 p.

LELIE, AA. Decision-making in nephrology: Shared decision making*?* **Patient Education and Counseling**, 2000; n. 39, p. 81-89. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/pateducou, acesso em 3 de setembro, 2003, às 23:10:09.

LEOPARDI, MT (org.) **Metodologia da Pesquisa na saúde**. Santa Maria – RS: Pallotti, 2001. 334 p.

LEVENSON, AJ.; THORNBY, JI.; TOLLETT SM. Gerontological and Geriatric trainings in Medical School. Curricular Preferences shown by Medical Students, Educators and General Practitioners. **Journal of American Geriatrics Society,** v .28, p.157-163, 1980.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 21 ed. São Paulo: Harbra, 1987. 392 p.

LUCKESI, C.O. Conhecimento como compreensão do mundo e como fundamentação da ação. In: LUCKESI, C., BARRETO, E.; COSMO, J.; BAPTISTA, H. **Fazer universidade**: uma proposta metodológica. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991. 232 p.

LUNA, SV. **Planejamento de pesquisa -** uma introdução. São Paulo: Educ, 1999. 108 p.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas 2003. 311 p.

MEDRADO, B. O idoso e representação de si. **Psicologia Reflexão e Crítica,** v. 2, p. 99-18, maio, 1996.

MEYER, T; KLEMME, H; HERMANN, C. Depression but not anxiety is a significant predictor of phyisicians' assessments of medical status in physical ill pacients. **Psycother Psychossom**, v. 69, p. 147-154, 2000.

MINAYO, MCS. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S.; (org). **Textos em representações sociais**, 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 63-88

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. 269 p.

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MONTEIRO, PP. **Envelhecer – histórias, encontros, transformações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 44-49

MOREIRA, ASP. **Representações sociais:** Teoria e Prática. João Pessoa: Ed. Universitária, 2001. 463 p.

MOREIRA, ASP; OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Representação social**. 21. ed. Goiânia: AB, 2000. 307 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria Alexandre e Maria Alice Sampaio. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 350 p.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa/América, 1983.134 p.

MORIN, E. Sociologia. Tecnos, 1995. 416 p.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**.Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. Das Representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, Denise (org). **As Representações Sociais**; tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.p. 45-66

MOSCOVICI, S. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. (org). **Textos em representações sociais.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.p. 9-111

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais:** Investigações em Psicologia Social. Tradução do Inglês por Pedrinho Guareschi. Petrópolis : Vozes, 2003. 403 p.

MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: FARR, Robert M; MOSCOVICI, S. **Social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69

NERI, AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento.** Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.p.161-200

NERI, AL; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação. In: NERI, AL; DEBERT, Guita Grin (org). **Velhice e Sociedade.** Campinas: Papirus, 1999. p. 1

NERI, AL; CACHIONI, M; RESENDE, MC. Atitudes em Relação à Velhice. In: FREITAS, EV; PY, L; NERI, AL.; CANÇADO, FAX; GORZONI, ML; ROCHA, SM**. Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 972-980

NERI, AL; DEBERT, GG (org). **Velhice e Sociedade.** Campinas: Papirus, 1999. 232 p.

NOVAES, MRV; DEINIL, AM. As imagens da velhice: o discurso do sujeito coletivo (DSC) como método de investigação. **O mundo da saúde,** ano 26, v. 26, n. 4, p. 503-508, 2002.

OLIVEIRA, DC; SIQUEIRA, AAF.; ALVARENGA, A. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A S. P.; OLIVEIRA, D.C. (org**). Estudos interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2002. p. 163-190

ORANGE, JB; RYAN, EB. Alzheimer's disease and other dementias. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n.1, p. 153-173, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. La vejez como problema social. Crônica. OMS, n.28, p. 534-542, 1974.

PALMORE, E. Facts on Aging. A short Quiz. **The Gerontologist,** v. 17, n. 4, p. 315-321, 1977.

PAPALÈO NETTO, M. O Estudo da Velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, EV; PY, L; NERI, AL.; CANÇADO, FAX; GORZONI, ML; ROCHA, SM. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12

PEACH, H; PATHY, MSJ. Attitudes towards the care of the aged and to a career with elderly patients among students attached to a geriatric medical firm. **Age and Ageing**. v. 11, p. 196-202, 1982.

PEREIRA, N; SANTOS, C; OLIVEIRA, L. **Memórias de velhos -** depoimentos – uma contribuição à memória oral da cultura popular maranhense. São Luis: Lithograf, v. 1, 1997. 203 p.

PERRENAUD, P; THULER, MG.; MACEDO, L.; MACHADO, NJ.; ALESSANDRINI, C.D. **As competências para ensinar no século XXI.** A formação dos professores e o desafio da avaliação. São Paulo: Artmed, 2002, 176 p.

PERROTTA, P; PERKINS, D; SCHRIMPFHAUSER, F; CALKINS, E. Medical Student Attitudes toward Geriatric Medicine and Patients. **Journal of Medical Education**. v. 56,1981. p. 478-483, 1981.

PESSINI, L. Envelhecimento e Saúde. Ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. **O mundo da saúde**, v. 26, n. 4, p. 455-456, 2002.

PESSINI, L; QUEIROZ, ZV. Envelhecimento e Saúde: desafios para o nosso século. **O mundo da saúde**, ano 26, v. 26, n. 4, p. 463, 2002**.**

PRADO, SD (org). **Textos sobre Envelhecimento** – Programas para a Terceira Idade: algumas reflexões, v. 1, n. 2.Ed. UERJ/ UnATI, 1998, 63 p.

QUEIROZ, ZPV. Participação popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? **O mundo da Saúde** - São Paulo, ano 23, v .23, n. 4, p. 204-213,1999.

RAMOS, LR.; VERAS, RP.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública,** v. 3, n. 21, p. 211-225, 1987.

RAMOS, LR. Epidemiologia do Envelhecimento.In: FREITAS, EV; PY, L; NERI, AL.; CANÇADO, FAX; GORZONI, ML; ROCHA, SM**. Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 13-19, 2002.

RAMOS, LR.; VERAS, RP.; KALACHE, A. A Explosão demográfica da terceira idade no Brasil. Uma questão de saúde pública**. Gerontologia**, v. 1, p. 3-8, 1993.

RGM do Brasil Informática – Sistema AIH. 000568- Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp. UF: RJ. Procedimentos por faixa etária, acesso em: 17/12/2004 às 7:21:00.

RIBEIRO, RCL.; MODENA, CM.; SILVA, AIO; FONSECA, MC. Envelhecimento na perspectiva do gênero. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, ano 20, v.26, n.4, p. 496-502, out-dez, 2002.

RICHARDSON, RJ. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

ROAZZI, A; FEDERICCI, FCB.; CARVALHO, MR. A Questão do Consenso nas Representações Sociais: Um Estudo do Medo entre Adultos. **Psicologia: teoria e pesquisa,** v. 18, n. 2, p. 179-192. Maio-Ago, 2002.

RODRIGUES, H; ASSMAR, EML.; JABLONSKI, B. Psicologia Social. 21. ed. Petrópolis:Vozes, 2002. 477p.

ROSENBLATT, RA. The effect of the doctor-patient relationship on Emergency Department use among the elderly. **American Journal of Public Health**, v. 90, n.1, p. 97-102, 2000.

RUTHIE, EH.; DONNELLY, MB.; KIRSLING, RA. Fourth-year students Reference for Geriatric as a Career. **Journal of Medical Education**. v. 62, p. 511-514, June, 1987.

SÁ, CP. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 106 p.

SÁ, CP. **Núcleo Central das Representações Sociais**, Petrópolis: Vozes, 1999. 198 p.

SAINSBURY, R.; WILKINSON, J.; SMITH, CW. Attitudes of Medical Students to old people: a cross-national comparative study. **Journal of Medical Education,** v .26, p. 285-89, 1992.

SAINSBURY, R.; WILKINSON, J.; SMITH, CW. Do the clinical years change medical students' attitudes to old people? **Medical Education**. v. 28, p. 307-311, 1994.

SALOMON, DV**. Como fazer uma monografia.** Preparação do original – Mitsue Morisawa. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 294 p.

SANCHEZ, MAS. **A dependência e suas implicações para a perda de autonomia**: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. 1998. 428 f. Dissertação (Mestrado Psicopedagogia). Universidade de La Habana. Cuba, 1998.

SANTOS, MFS. **Identidade e aposentadoria.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1999. 80 p.

SANTOS, MFS. Representação Social e Identidade. In: MOREIRA, ASP; OLIVEIRA, DC (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais**. 2 ed. Goiânia: AB, 2002. p. 151-159

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica de representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3. Rio de Janeiro, 1993. SCIELO, acesso em 19/11/2004.

SHAHIDI, S.; DEVLEN, J. Medical Students' attitudes to and knowledge of the aged. **Medical Education**, v. 27, p. 286-288, 1993.

SHORR, AF. Regulatory and educational initiatives fail to promote discussions regarding end-of-life care. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 19, n. 3, p. 168-173, 2000.

SIEGLER, EL.; LEVIN, BW. Physician-older patient communication at the end of life. **Clinics in Geriatric Medicine,** v. 16, n. 1, p. 175-205, 2000.

SILVA, COT. **A formação do médico**: os sentidos atribuídos à Medicina. 2002, 87f. Dissertação de mestrado em Educação - Universidade Católica de Petrópolis – UCP. Petrópolis – RJ, 2002

SILVA, MJP. **Comunicação tem remédio**. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. São Paulo: Loyola. 2. ed. 2003. 133 p.

SIQUEIRA, RL; BOTELHO, MIV; GONTIJO, FM. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde, Saúde Coletiva,** v. 7.n. 4. Rio de Janeiro, 2002.

SPENCE, D.L.; FEIGENBAUM, E.W.; FITZGERALD, F.; ROTH, J. Medical students' attitudes towards the geriatric patient. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.16, p. 976-83, 1968.

SPINK, MJP. **Desenvolvendo as teorias implícitas:** uma metodologia de análise das representações sociais. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 117-145

SPINK, MJP. O conceito de representação social na abordagem psico-social. **Caderno de Saúde Pública,** v. 9, n. 3, p.300-308, 1993.

SPINK, MJP. **Psicologia social e Saúde:** Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. 339 p.

ST. CLAIRE, L. Measuring communication skills of medical students to patients with cancer. **British Journal of Medical Psychology**, Great Britain, v. 73, p. 99-116. 2000.

STACY, R; SPENCER, J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. **The patient in medical education,** p. 688-694, 1999.

STAVENUITER, M. A cracked mirror. Images and self-images of elderly men and women in the Netherlands in the nineteenth century. **Journal of Social History**, v. 29, n. 2, p. 357-377, 1995.

STEWART, M. The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n.1, p. 25-36, 2000.

TENNSTEDT, SL. Empowering older patients to communicate more effectively in the medical encounter**. Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n. 1, p. 61-70, 2000.

TEVES, N; RANGEL, M (org). **Representação social e educação**. Temas e enfoques contemporâneos de pesquisa. Campinas: Papirus, 1999. 176 p.

THORSON, JA.; POWELL, FC. Medical students' attitudes towards ageing and death: a cross-sequential study. **Medical Education**, v. 25, p. 32-37, 1991.

TRAINES, M. Ageism among physicians' fundamental questions. **Rhod Island Medical Journal,** v. 74, p. 87-88, 1991.

VELOZ, MCT.; SCHULZE, CMN.; CAMARGO, BV. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia:** Reflexão e crítica, v. 12, n. 12, p. 479-501, 1999.

VERAS, RP. **País Jovem de Cabelos Brancos**. Rio de Janeiro: Relume/ Dumará. UERJ, 1994. 224 p.

VÌCTORIA, CG; KNAUTH, DR; HASSEN, MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.136 p.

VIEIRA, MM. A representação social da disciplina de Ciências Sociais para estudantes de odontologia 2004 – 101 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas - São Paulo, 2004.

WAITZKIN, H; COOK, MA. Managed care and the geriatric patient-physician relationship. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 16, n. 1, p. 133-151, 2000.

WARREN, DL.; PAINTER, A; RUDISILL, J. Effects of geriatric education on the attitudes of medical students. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 31, n. 7, p. 435-438, July, 1983.

WATTIS, JP; SMITH, CW.; BINNS, V. Medical Students attitudes to old people and career preference: a comparison of two universities. **Medical Education**, v. 20, p. 498-501, 1986.

WORTMANN, K; WORTMANN, E. Velhos camponeses. **Humanidade.** Brasília, n. 46, 1999. p. 132-140

YAMADA, S. A biopsychosocial approach to finding common ground in the clinical encounter. **Academic Medicine**, v. 75, n. 6, p. 643-648, 2000.

ZEKEL-NETO, EA; CUNHA, GL. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, EV; PY, L; NERI, AL.; CANÇADO, FAX; GORZONI, ML; ROCHA, SM**. Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 13-19, 2002.

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento livre e Esclarecido -1

Esta pesquisa, "*O idoso e a velhice sob a ótica dos estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis - Um estudo de Representações Sociais",* será desenvolvida por meio de questionário e técnica de "grupo focal" com estudantes do curso médico do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis, e essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo que visa analisar as representações sociais que vocês têm do idoso e da velhice.

Ao final do estudo, poderemos concluir a presença de benefícios para os estudantes, na medida em que possam ser encaminhadas proposições de mudanças no processo de formação do médico.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel que pode ser encontrada nos endereços: Rua Borges lagoa 1343 - CEDESS/UNIFESP. Telefone: 11-55490130 ou Rua Machado Fagundes, FMP. Telefone: 24- 22376399.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar- cj -14, 5571-1062, Fax: 5539-7162-E-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum estudante. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, a utilizar os dados e coletados somente para esta pesquisa.

O sujeito da Pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo "O Idoso e a Velhice sob a ótica dos estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis - Um estudo de Representações Sociais".

Eu discuti com a Dra. Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

_____

Assinatura do estudante

Data__/__/__

_____

Assinatura da testemunha

Data__/__/__

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste estudante para a participação neste estudo.

_____

Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel

Data__/__/__

Anexo II – Questionário :

Pesquisa: O IDOSO E A VELHICE SOB A ÓTICA DO ESTUDANTE DO 4º ANO DA FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓLIS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Caro aluno, para um primeiro levantamento de dados para a pesquisa que estou desenvolvendo, gostaria de solicitar a você que respondesse este questionário com objetivos : conhecer suas opiniões sobre o idoso e a velhice e um pouco do seu perfil sócio-cultural.

Não tenho dúvidas de que suas respostas contribuirão de forma importante para as conclusões do meu trabalho. Desde já agradeço imensamente.

PARTE 1: CONHECENDO VOCÊ

1- SEXO ☐ F ☐ M

2- COR _____

3- DADE _____

4- NATURALIDADE _____

5- CIDADE ONDE RESIDE _____

6- PROFISSÃO DO PAI _____IDADE_____

7- PROFISSÃO DA MÃE _____IDADE_____

8- VOCÊ MORA COM SEUS PAIS? ☐ SIM ☐ NÃO

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, COM QUEM?

_____

9- VOCÊ TEM AVÓS VIVOS? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAIS? _____

TEM OU TEVE ALGUMA CONVIVÊNCIA COM ELE(S)? EXPLIQUE:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10- VOCÊ TEM ASCENDÊNCIA ESTRANGEIRA? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL/ QUAIS? _____

_____

11- VOCÊ TEM ALGUMA FORMAÇÃO RELIGIOSA? PRATICA?_____

_____

12- VOCÊ TEM ALGUMA ATIVIDADE EXTRACURRICULAR?

☐ ESPORTE. QUAL/ QUAIS? _____

☐ GINÁSTICA

☐ ARTES CÊNICAS

☐ ARTES PLÁSTICAS

☐ FOTOGRAFIA

☐ DANÇA. QUAL/ QUAIS? _____

☐ MÚSICA. QUAL INSTRUMENTO? _____

☐ OUTRAS. QUAL/ QUAIS? _____

13-CITE LIVROS QUE FORAM SIGNIFICATIVOS PARA VOCÊ_____

_____

_____

_____

_____

14-VOCÊ DESENVOLVE ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL/QUAIS?_____

_____

_____

15- SE VOCÊ PUDESSE ESCOLHER SEUS PACIENTES, VOCÊ TRABALHARIA COM QUE FAIXA ETÁRIA?_____

PARTE 2: CONHECENDO SUA VISÃO DO IDOSO E DA VELHICE.

1- COM QUE IDADE VOCÊ CONSIDERA UMA PESSOA IDOSA?_____

2- QUAL A PESSOA MAIS IDOSA QUE CONVIVE COM VOCÊ?_____

_____

3- QUAIS AS PESSOAS IDOSAS QUE TIVERAM INFLUÊNCIA MARCANTE EM SUA VIDA?

_____

_____

_____

DE QUE MANEIRA?_____

_____

4- O QUE VOCÊ SABE SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO?
COMO VOCÊ OBTEVE ESTAS INFORMAÇÕES?

_____
_____
_____

5- O QUE MAIS O INCOMODA NA VELHICE?

_____

_____

6- O QUE VOCÊ SENTE AO ASSISTIR A UM PACIENTE IDOSO?

_____

_____

7-EM UMA SÓ PALAVRA DEFINA "VELHICE"._____

Obrigada!!!!

Anexo III – Termo de Consentimento livre e Esclarecido-2

Esta pesquisa, "*O idoso e a velhice sob a ótica dos estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis - Um estudo de Representações Sociais",* será desenvolvida por meio de questionário e técnica de "grupo focal" com estudantes do curso médico do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis, e essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo que visa analisar as representações sociais que vocês têm do idoso e da velhice.

A técnica de "grupo focal" será orientada por um roteiro, sendo, com sua permissão, gravada e filmada, e as falas serão transcritas para posterior análise dos dados. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

Ao final do estudo, poderemos concluir a presença de benefícios para os estudantes, na medida em que possam ser encaminhadas proposições de mudanças no processo de formação do médico.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel que pode ser encontrada nos endereços: Rua Borges Lagoa 1434 - CEDESS/UNIFESP. Telefone: 11-55490130 ou Rua Machado Fagundes, FMP. Telefone: 24- 22376399.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar- cj -14, 5571-1062, Fax: 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum estudante. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, a utilizar os dados e coletados somente para esta pesquisa.

O sujeito da Pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo "O Idoso e a Velhice sob a ótica dos estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina de Petrópolis - Um estudo de Representações Sociais".

Eu discuti com a Dra. Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

_____

Assinatura do estudante

Data__/__/__

_____

Assinatura da testemunha

Data__/__/__

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste estudante para a participação neste estudo.

_____

Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel

Data__/__/__

Anexo IV – Roteiro da técnica do 'Grupo Focal'

Mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS – UNIFESP/EPM

"O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: Um estudo de Representações Sociais"

Por: Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel
Orientação: Prf. Dra. Maria Cecília Sonzogno

▪ O que significa velhice para vocês? No questionário a grande maioria definiu 'velhice' como 'sabedoria' e 'experiência'. Vamos falar um pouco sobre isso?

▪ Quais as histórias que vocês têm com idosos?

▪ O que vocês sabem sobre o processo de envelhecimento? Obtiveram as informações sobre ele aonde?

▪ Já se imaginaram um idoso em alguma situação? Expliquem como se sentiram, como se comportaram, quais as sensações experimentadas?

▪ Vocês gostam ou gostariam de trabalhar com idosos? Porquê?

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo