

# Representações sociais da velhice em instituições públicas de saúde

*Neusa Eiras*<sup>1</sup>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## Resumo

Este artigo trata de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo: em primeiro lugar, levantar as representações sociais da velhice feitas por profissionais de saúde que atendem em serviços especializados em atenção ao idoso; em segundo lugar, identificar a representação social da velhice feita pelos pacientes idosos atendidos por aqueles profissionais e,

## Abstract

The present article deals with a qualitative research whose goal was: in the first place, to look for social representations of old age held by health care professionals who assist old people in specialized senior services; in the second place, to identify the social representation of old age held by the senior patients themselves when they are assisted by those professionals and,

---

<sup>1</sup> Psicóloga; Gerontóloga/SBGG; Mestre em Psicologia/FGV; Doutora em Saúde Coletiva/IMS/UERJ; Prof. Adjunta do IP/UERJ

em terceiro lugar, comparar essas duas representações e verificar se há ou não, intersubjetividade na maneira dos dois grupos representarem a velhice. A análise dos dados confirmou as hipóteses formuladas de que as representações dos dois grupos eram diferentes.

in the third place, to compare those two representations and to verify whether there is or not, intersubjectivity in the way both groups represent old age. The analysis of data confirmed the former hypotheses that the representations of the two groups are different.

**Palavras chave:** velhice, representações sociais, instituições de saúde.

**Keywords:** old age; social representations; health care institutions.

## Introdução

O presente artigo trata das representações sociais da velhice em instituições públicas de saúde. O estudo de tais representações sociais impõe-se pela necessidade de trabalharmos sobre um padrão brasileiro da representação social da velhice e não sobre uma visão própria de outras sociedades, que podem não estar sintonizadas com a nossa realidade social e psicológica uma vez que, segundo Bosi (1979, p. 35) “cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem”.

## Objetivos e hipóteses

Os objetivos desta pesquisa foram: descrever a representação social da velhice feita pelos profissionais de saúde que atendem nos serviços de atenção a idosos em instituições públicas de saúde; descrever a representação social da velhice feita pelos pacientes idosos atendidos em tais instituições; comparar, entre si, a representação social da velhice feita através de cada um dos grupos.

Partimos da seguinte hipótese: as representações sociais da velhice elaboradas pelos dois grupos são diferentes, sendo que os profissionais idealizam a velhice e a representam positivamente e os idosos têm uma representação social da velhice que destaca seus aspectos negativos.

## Fundamentação teórica e metodológica

A escolha em termos de fundamentação teórica recaiu sobre a corrente teórica das representações sociais, que se desenvolveu a partir das formulações de Serge Moscovici. Em termos de metodologia de pesquisa privilegiou-se a Teoria do Núcleo Central, de Jean Claude Abric, incorporando alguns estudos feitos por Vergès.

Segundo Abric (1994, p.19) a organização de uma representação apresenta uma modalidade particular, específica: os elementos da representação não são somente hierarquizados; eles são, também, organizados em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão à representação a sua significação.

Abric (1994, p.22) ressalta ainda que é a identificação do núcleo central que nos possibilita o estudo comparativo entre duas ou mais representações uma vez que, para que as representações sociais sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de núcleos centrais igualmente diferentes.

Na coleta de dados utilizamos o método de associação livre, citado por Abric (1994) que consiste em se solicitar aos sujeitos da pesquisa que, a partir de uma palavra indutora, declare todas as palavras, expressões ou adjetivos que lhes venham à mente, sem qualquer censura prévia.

Na análise dos dados utilizamos o método de Abric (1994), aprimorado pela técnica de Pierre Vergès (1994), que combina a ordem em que as palavras ou expressões são evocadas, com a frequência de sua emissão. A combinação desses dois critérios constitui um indicador da centralidade de cada elemento e possibilita o levantamento daqueles que mais provavelmente pertencem ao núcleo central da representação.

Sá (1996, p.150) afirma que uma das vantagens dessa técnica é

*combinarem-se dois critérios metodológicos: um de natureza coletiva, representado pela frequência com que a categoria é evocada pelo conjunto dos sujeitos e outro, de natureza individual, dado pela ordem que cada um confere à categoria no conjunto de suas próprias evocações sendo, entretanto, esse índice associado à ordem dos demais sujeitos, no cômputo de uma ordem média de evocações.*

Moliner (1994) distingue entre os métodos de levantamento e os métodos de identificação dos elementos do núcleo central. Segundo ele, os métodos de levantamento da cognição central nos permitem avaliar as propriedades quantitativas das cognições centrais, sua saliência e conexidade. Por outro lado, os métodos de identificação nos permitiriam apreender os aspectos qualitativos dessas mesmas cognições. Desse modo, Moliner (1994) recomenda que seja utilizada uma metodologia de confirmação da centralidade dos elementos supostamente pertencentes ao núcleo central da representação estudada. A metodologia de confirmação utilizada nesta pesquisa, foi a “Triagem Sucessiva Hierarquizada” dos termos mais citados a propósito do objeto da representação – velhice – em cada um dos grupos pesquisados.

### **População e amostra**

Foram entrevistados 32 (trinta e dois) profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e professores de educação física e 63 (sessenta e três) idosos, pacientes do CIPI – Cuidado Integral à Pessoa Idosa, da Policlínica Américo Piquet Carneiro, Instituição Pública Federal e NAI – Núcleo de Atenção ao Idoso, do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ – Instituição Pública Estadual.

### **Análise dos resultados**

#### *1) Levantamento dos elementos do núcleo central*

Segundo Moscovici (1984, p.13) “uma simples palavra ou uma simples frase, é suficiente para mobilizar uma representação social.” Desse modo, e de acordo com a metodologia de Vergès (1994), a primeira pergunta da entrevista, que os entrevistados deveriam citar era de 3 (três) a 5 (cinco) palavras que viessem à sua mente quando pensassem em “velhice”, e as registramos na ordem em que foram evocadas individualmente.

**Quadro 1**  
**Palavras ou expressões quadro geral das freqüências**  
**de evocação dos profissionais e dos idosos**

Profissionais		Idosos	
Palavras e/ou expressões	Freqüência	Palavras e/ou expressões	Freqüência
Experiência, Sabedoria	23	Dependência, Limitações	22
Doença	9	Doença	18
Dependência, Limitações	9	Morte	13
Solidão	8	Tristeza	11
Possibilidades, Renovação	8	Inutilidade	11
Desgaste	5	Desânimo	11
Tristeza	5	Abandono	10
Abandono	5	Cansaço	9
Alegria	5	Resignação	9
Longevidade	5	Solidão	9
Desgaste, Desânimo	4	Medo	8
Carinho, Amor	4	Saúde	7
Morte	4	Desrespeito	6
Preconceito	3	Amizade	6
Resistência, Coragem	3	Experiência/Sabedoria	5
Medo	3	Esquecimento	5
Paz	3	Paz	5
Troca, Ajuda	3	Sacrifício	5
Dignidade, Qualidade de Vida	2	Preconceito	5
Saúde	2	Sofrimento	4
---	---	Cuidados	3
---	---	Nervosismo	3
---	---	Alegria	3
---	---	Vida	3
---	---	Desilusão	2
---	---	Trabalho	2
---	---	Saudades	2

Podemos observar, no quadro 1, que 13 (treze) categorias, dentre as 20 (vinte) evocadas pelos profissionais de saúde e dentre as 27 (vinte e sete) evocadas pelos idosos, são comuns aos dois grupos. São elas: Experiência/Sabedoria; Abandono; Solidão; Doença; Saúde; Desânimo; Dependência/Limitações; Tristeza; Preconceito; Morte; Alegria; Medo e Paz. Em uma primeira interpretação, se estivéssemos considerando apenas a presença das evocações, poderíamos ser levados a considerar que os possíveis núcleos centrais das duas representações apresentam um elevado grau de superposição. Mas, se tomarmos como “prováveis elementos do núcleo central, por sua saliência, as cognições cujos rótulos verbais tenham sido não apenas mais freqüentemente mas também mais prontamente evocados” (SÁ, 1996), vemos que há algumas divergências nas representações.

Verificamos, nos quadros 2 e 3, que as categorias semânticas que atendem, simultaneamente, a esse duplo critério situam-se no quadrante superior esquerdo no quadro geral de mapeamento da saliência das cognições, conforme o método proposto por Vergès (1994).

### Quadro 2

#### Quadro geral de mapeamento da saliência das cognições dos profissionais

Frequência	Ordem Média	
	Inferior a 2,35	Superior a 2,35
<b>Superior ou igual a 5,65</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência, Sabedoria (23)</li> <li>- Dependência, Limitações (9)</li> <li>- Solidão (8)</li> <li>- Tristeza (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença (9)</li> <li>- Possibilidades, Renovação (8)</li> <li>- Abandono (5)</li> </ul>
<b>Inferior a 5,65</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desgaste (5)</li> <li>- Morte (4)</li> <li>- Desânimo (4)</li> <li>- Preconceito (3)</li> <li>- Paz (3)</li> <li>- Dignidade, Qualidade de Vida (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Longevidade (5)</li> <li>- Alegria (5)</li> <li>- Carinho, Amor (4)</li> <li>- Resistência, Coragem (3)</li> <li>- Troca, Ajuda (3)</li> <li>- Medo (3)</li> <li>- Saúde (2)</li> </ul>

**Quadro 3**  
**Quadro geral de mapeamento da saliência das cognições dos idosos**

Frequência	Ordem Média	
	Inferior a 2,16	Superior a 2,16
<b>Superior ou igual a 7,29</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência, Limitações (22)</li> <li>- Doença (18)</li> <li>- Tristeza (11)</li> <li>- Inutilidade (11)</li> <li>- Cansaço (9)</li> <li>- Resignação (9)</li> <li>- Solidão (9)</li> <li>- Medo (8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte (13)</li> <li>- Desânimo (11)</li> <li>- Abandono (10)</li> <li>- Amizade (6)</li> </ul>
<b>Inferior a 7,29</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde (7)</li> <li>- Experiência/Sabedoria (5)</li> <li>- Vida (3)</li> <li>- Alegria (3)</li> <li>- Desilusão (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desrespeito (6)</li> <li>- Paz (5)</li> <li>- Preconceito (5)</li> <li>- Sacrifício (5)</li> <li>- Esquecimento (5)</li> <li>- Sofrimento (4)</li> <li>- Nervosismo (3)</li> <li>- Cuidados (3)</li> <li>- Trabalho (2)</li> <li>- Saudades (2)</li> </ul>

Se fossemos considerar apenas o critério de saliência das cognições para identificar o Núcleo Central da Representação Social da Velhice feita pelos profissionais, verificaríamos que estes consideram “experiência e sabedoria” como o componente principal desta etapa da vida. Desse modo os idosos estariam, na concepção dos profissionais, ocupando um lugar privilegiado dentro da sociedade, sendo respeitados e admirados. Por outro lado, a “dependência” e as “limitações”: (físicas, econômicas e psíquicas), bem como a “solidão” e a “tristeza”, se fazem também presentes no quadrante superior esquerdo nessa primeira aproximação de quais seriam os elementos do núcleo central da representação social da velhice, construída pelos profissionais de saúde. Acreditamos que a vivência profissional seja responsável pela presença desses quatro últimos elementos pois, no dia a dia do atendimento ambulatorial, são essas as queixas mais frequentes.

Analisando ainda o mapeamento das saliências das cognições dos profissionais verificamos que “longevidade”; “resistência”; “coragem”; “carinho”; “amor”; “troca”; “ajuda”; “alegria”; “medo” e “saúde” são as palavras situadas no quadrante inferior direito e, portanto, segundo Flament (1989), constituíam-se nos elementos periféricos da representação social da velhice elaborada pelos profissionais de saúde. Considerando que tais elementos representam a maneira como o indivíduo interage com o mundo, verificamos que esses dados se mostram coerentes com a representação dos profissionais sobre o atendimento prestado que ocorre através do enfoque da saúde, num ambiente de troca, ajuda, carinho e amor em que os profissionais procuram transmitir alegria aos idosos. O “Medo” dos profissionais se refere, ainda segundo os dados das questões abertas, à constatação das condições de infelicidade em que vivem os idosos e o medo que os profissionais têm de não conseguirem, para si próprios, uma velhice em condições mais satisfatórias.

A análise do quadro geral de mapeamento da saliência das cognições dos idosos nos mostra que “dependência, limitações” e “solidão” e “tristeza” são os elementos do quadrante superior esquerdo que coincidem com os dos profissionais. Porém, no caso dos idosos, a representação social da velhice apresenta, nesta primeira aproximação, um núcleo central bem mais carregado de cognições negativas, tais como: “doença”; “inutilidade”; “cansaço”; “resignação” e “medo”. Este último, citado como elemento periférico, no caso dos profissionais, aqui é colocado como parte integrante do núcleo central. Os elementos periféricos da representação social dos idosos mostram que sua interação com o mundo social acontece numa perspectiva de sacrifício; de sofrimento; de desrespeito; de preconceitos; da consciência de seu próprio nervosismo e também do outro, que não tem paciência para ouvi-los; dos cuidados que a velhice necessita; do esquecimento, chamado por eles também de “cabeça fraca”; de saudades de um tempo mais feliz e também de uma aparente paz que pode estar apenas mascarando a “Resignação” que aparece como componente do núcleo central.

## *2) Confirmação dos elementos do núcleo central*

Os dados desta primeira análise foram submetidos à confirmação segundo a metodologia de Triagens Sucessivas Hierarquizadas, antes citada.

Pudemos observar que, em suas respostas, os profissionais mantiveram “experiência” como o elemento mais característico da velhice, com um índice maior que “sabedoria” embora este elemento também esteja bem próximo do núcleo central. “limitações” também aparece, da mesma forma que na primeira etapa do levantamento dos possíveis elementos do núcleo central, como componente desse núcleo seguido de perto por “solidão”. Surpreendentemente, “dignidade” e “qualidade de vida”, que anteriormente estavam situados na área que Vergès (1994) define como “zona potencialmente desequilibrante e fonte de mudanças”, foram alçadas à categoria de elemento constituinte do núcleo central. Os dados nos mostram também que “possibilidades” emerge dessa mesma zona como elemento de destaque na composição do núcleo central da representação social da velhice feita pelos profissionais de saúde.

No caso dos idosos, os dados nos mostram que “solidão” e “re-signação” que, na primeira etapa da pesquisa, já se mostravam como possíveis elementos constitutivos do núcleo central da representação da velhice, mantiveram-se nessa condição na etapa de confirmação. “cansaço” e “doença”, que também ocupavam o quadrante superior esquerdo, no quadro geral de mapeamento da saliência das cognições, mantiveram-se bem próximos do núcleo central da representação que esse grupo de idosos faz da velhice. Observamos que “preconceito” e “amizade” que estavam, na primeira etapa, na zona potencialmente desequilibrante e fonte de mudanças, anteriormente citada, agora se encontram bem perto do núcleo central. “amizade” se destaca como sendo uma das características da velhice nos dois sentidos: por ser algo que o idoso tem para dar e por ser um dos sentimentos que ele mais valoriza ao receber.

Ainda bem próximos do núcleo central da representação feita pelos idosos encontramos “dependência” e “medo”, que num primeiro momento surgiram como possíveis elementos formadores desse núcleo. Observamos também que “desrespeito”, que na primeira fase aparece como elemento periférico, surge agora como componente do núcleo da representação. Convém lembrar que, nas questões abertas, os idosos referiram-se constantemente ao medo da dependência física e psíquica e ao abandono pelos próprios familiares, bem como ao desrespeito generalizado com que são tratados.

## Considerações finais

Em nossas hipóteses iniciais supúnhamos que as representações sociais da velhice dos dois grupos fossem diferentes, sendo a dos profissionais positiva e a dos idosos negativa. Ao longo do trabalho vimos confirmada a segunda hipótese mas, em relação à primeira, a análise dos resultados mostrou uma representação social complexa que inclui tanto aspectos positivos, como negativos.

Os idosos alvo de nossa pesquisa, mostram-se surpresos com o que eles poderiam chamar de “longevidade”. Os entrevistados declararam que não esperavam viver tanto tempo e para tal não se prepararam. Nunca pensaram na sua velhice porque a expectativa de vida na sua juventude não ultrapassava os cinquenta anos e, mesmo que houvessem sexagenários ou septuagenários na sua família ou na comunidade, isso não era tema de debates, de estudos ou de reportagens na mídia.

Hoje se fala, se estuda, se debate o tema “velhice”, “3ª idade”; busca-se saber sobre a velhice; busca-se com os velhos, saber sobre a velhice. Nesse momento eles emergem realmente como sábios, como experientes, como possuidores deste conhecimento específico do qual os profissionais querem compartilhar. Nesse aspecto a representação social da velhice feita pelo profissional de saúde que coloca “experiência” e “saber-doria” como elementos centrais de sua representação, justifica-se.

Porém, ao buscarmos o conhecimento do que é a velhice para o idoso atendido em serviços especializados de atenção a pessoas dessa faixa etária em instituições públicas de saúde, nos deparamos com uma imagem dolorosa. Se quiséssemos resumir o que é a velhice para essa faixa da população em uma única palavra, esta seria “solidão”. Este é o elemento central do núcleo da representação social da velhice para essa faixa da população que foi por nós estudada. Em suas colocações nas questões abertas, os idosos já haviam enfatizado essa situação mesmo nos casos em que não moram sós, caracterizando o que poderíamos chamar de “solidão acompanhada”. O idoso se sente só por não ter com quem compartilhar as suas idéias, suas preocupações, suas ansiedades, seus medos e, até mesmo, seus projetos de vida, porque estes não são levados a sério nem pela família.

Embora a pesquisa tenha se concentrado numa parcela da população idosa de baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade, acredita-

mos que esse tipo de solidão acompanhada acometa um grande número de idosos de qualquer classe sócio-econômica-cultural. Bosi (1979, p.36) afirma que “a característica da relação do adulto com o velho é a falta de reciprocidade que pode se traduzir numa tolerância, sem o calor da sinceridade. Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as dele, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento e mesmo o conflito”, transformando em pobres e banais as relações com o velho.

Talvez as palavras de uma das entrevistadas de 81 anos exemplifiquem o que queremos colocar: “a família não está entendendo ainda o que é a velhice. Por exemplo, se está todo mundo conversando, se eu estiver naquele meio e quiser conversar, eles me cortam. Se eu estou falando com fulano e você quer falar uma coisa com esse fulano, você me corta no meio, você não me deixa acabar e o fulano vai dar atenção a você. Então, a gente deixa de falar e por isso a maioria dos velhos está se recuando da família”.

É nessa abdicação do diálogo que o idoso se sente só, que ele busca o mundo interior, como bem identificou Adrados (1986), e surge a atitude de “Resignação”, outro elemento constitutivo do núcleo central da representação social da velhice feita pelos idosos. Bosi (1979, p. 34), mais uma vez destaca que se espera dos velhos “infinita tolerância, perdão e abnegação servil pela família e, qualquer atitude de cólera ou de auto-afirmação por parte deles, é duramente cobrada e provoca o seu isolamento ou banimento do grupo familiar. O idoso sabe disso e então a resignação passa a ser uma forma de convívio que satisfaz o idoso, pois aí ele se identifica com a representação social do velho “quieto no seu canto”, que ele fez quando jovem, e satisfaz a família, que tem em casa um idoso dócil, meigo, que “não incomoda”, que se “satisfaz com pouco.”

Na fala dos próprios idosos observamos que eles atribuem a si próprios a razão do bom relacionamento quer com a família, quer com os amigos, quer com os profissionais de saúde. Eles dizem: “Eu não tenho dificuldade de relacionamento com as pessoas porque eu procuro concordar com elas”; “Eu me dou bem com todos; eu concordo com tudo que os outros falam, eu tenho muitas amizades assim”, amizades essas que ele precisa cultivar para superar a solidão. O incremento da religiosidade entre as pessoas idosas reforça esse sentimento de resignação, uma vez que este é, juntamente com a gratidão, um dos valores mais incentivados pelas religiões em geral.

Como era de se esperar “doença” permanece bem próxima do núcleo central da representação, uma vez que estamos tratando de uma instituição de saúde onde os idosos buscam tratamento médico, mas observa-se já uma modificação qualitativa na percepção do idoso, pois este embora se refira à doença como inerente ao velho, já não a vê como situação imutável. Ele fala na doença como uma característica da velhice mas admitindo combatê-la e transformá-la em melhores condições de saúde. Também “cansaço” se encontra próxima ao núcleo central e já havia sido apontado na primeira etapa como seu componente. Realmente, na fala dos idosos o cansaço é apontado como uma das características mais pregnantes da velhice. Em suas próprias palavras: “eu nunca imaginei que eu fosse me sentir tão cansada”. Esse cansaço abarca dois níveis: o físico, diretamente relacionado à “dor nas pernas”, ao “mal-estar do corpo”; e o psicológico, identificado pelo desânimo e a frustração de iniciar tarefas que o idoso sabe que o corpo não vai conseguir realizar. Esta situação acaba gerando um sentimento de impotência diretamente relacionado à velhice e faz com que alguns definam velhice assim: “velhice é o que eu estou; estou jogada; estou velha, estou cheia de dores. Isso pra mim é a velhice, porque me tira a animação”.

Os idosos afastam de si a ideia de velhice quando combatem o sentimento de inutilidade e de dependência ao dizer: “enquanto eu estiver tomando os meus dois banhos sozinha... eu não estou velha”, “ninguém é inútil; sempre há uma utilidade para qualquer pessoa”, “velho é estar em cima de uma cama, dando trabalho aos outros; eu faço as minhas coisas, a minha comida e ajudo a quem precisa”.

Desse modo os idosos representam a velhice como a fase em que o indivíduo se encontra acamado, totalmente dependente, torna-se um peso, e isso lhes provoca “medo”. Na realidade, na comparação entre as representações sociais da velhice dos dois grupos, tanto os profissionais como os idosos têm medo da dependência física e da demência, que o segundo grupo chama de “cabeça fraca”.

Os dados nos mostram que o profissional de saúde está num momento de transformação da representação social da velhice, onde ele se debate entre o que ele “vê” e o que ele “gostaria de estar vendo”. Quando ele coloca a “experiência”, que normalmente é citada por ele acompanhada de “sabedoria” como elemento central do núcleo de sua representação social, ele está ancorado na representação do velho sá-

bio, do pajé, do feiticeiro, que tem poderes para orientar a tribo. Mas, no dia a dia, ele se depara com uma velhice que precisa de conselhos, de carinho, de ajuda, com uma velhice que lhe devolve esse olhar e que o identifica como sendo ele o sábio, o guia, o mestre.

Mais uma vez, o profissional de saúde se angustia quando toma consciência de que o idoso que ele está atendendo tem limitações reais, tem poucos projetos de vida e, na maioria das vezes, vive na solidão, mesmo quando está acompanhado, e aí encontramos “limitações” e “solidão” como cognições também centrais da sua representação social de velhice.

A solidão manifestada pelo idoso favorece, no profissional, o processo de objetivação, que transforma um conceito em realidade. Desse modo a “solidão”, de conceito abstrato se torna uma realidade tangível e assustadora pois “limitações” e “solidão” são cognições que ancoram a representação social de velhice na imagem do idoso asilado, abandonado e só.

Nos aspectos periféricos de sua representação social observamos as cognições “carinho”, “amor”, “troca”, “ajuda”, “medo”, “alegria” e constatamos que, efetivamente, no exercício de seu papel social, o profissional de saúde tem representações de que responde ao paciente idoso satisfazendo a demanda detectada: sempre sorridente e solícito, trata-o com carinho, com respeito, estimula-o nos momentos de depressão, mostra para ele uma nova visão do que pode ser essa etapa da vida que ele está vivendo; incentiva-o a buscar centros de convivência, a fazer caminhadas, passeios, a admirar a natureza, a buscar novas atividades, a desenvolver a criatividade, a realizar sonhos. Ao mesmo tempo, involuntariamente, tenta transmitir uma imagem da velhice que está ancorada na representação da juventude e, também ele, coloca no idoso a responsabilidade pelas suas atuais condições de vida ao exigir dele que reaja, que lute.

Pudemos observar que alguns elementos que compõem as representações sociais da velhice construídas pelos profissionais, sugerem representações que são ambíguas e talvez compensatórias de seus próprios preconceitos, pois encontramos, ainda bem próximo do núcleo central da representação social da velhice feita pelos profissionais, as cognições “qualidade de vida”, “dignidade” e “possibilidades” demonstrando que esse profissional acredita, ou quer acreditar, que a velhice pode ser uma fase de realização e de prazer. Talvez a frase dita por uma jovem profissional em sua entrevista sintetize esse sentimento ambivalente dos profissionais de saúde: “a velhice é, mas não está bonita”.

O profissional de saúde, quando alça “qualidade de vida”, “dignidade” e “possibilidades” a essa condição de elementos centrais da representação social da velhice, deixa claro que acredita nas possibilidades dos idosos de hoje que são atendidos nas instituições públicas de saúde os quais, embora nem sempre possam desenvolver o seu potencial por condições sociais adversas, se a situação fosse outra, poderiam fazê-lo. Mas, principalmente, ele deixa claro que acredita em sua próprias possibilidades de ter uma velhice digna e com qualidade de vida. Para tal, ele já começa a se preparar, realizando a prevenção que ele sabe ser indispensável; aproveita os relatos dos seus pacientes para não cometer os mesmos erros; busca fazer exercícios e uma alimentação adequada, ou pelo menos tem a consciência dessa necessidade; procura se organizar financeiramente; ter um imóvel próprio e se preocupa com a aposentadoria, mas esbarra no medo daquilo que foge ao seu controle: do risco da doença grave ou do agravamento de alguma patologia que ele já possui; do fantasma da demência e da depressão; da incerteza sobre a manutenção dos vínculos familiares e do temor de que a velhice, também para ele, nunca venha a “estar bonita” como ele gostaria.

De qualquer modo, observamos que parece estar havendo uma transformação das representações sociais da velhice construída pelos profissionais em direção a uma representação mais realista, menos idealizada e na qual alguns preconceitos estejam superados. Essas modificações parecem estar ocorrendo a partir das mudanças verificadas nas práticas sociais mas não ainda, pelo menos aparentemente, na gênese das representações.

Acreditamos que algumas gerações ainda terão que elaborar esse processo de mudança, preferencialmente dentro de uma perspectiva intergeracional, até que estejam todos, idosos e não idosos, pacientes e profissionais, em condições de conviver com o velho dentro de cada um. Sabendo, também, quais são os parâmetros que terão que ser seguidos para que se permita ao velho “ser velho”, seja ele o outro ou cada um de nós, ancorado numa imagem de um velho respeitado e valorizado pelo que ele “é”, e não mais na imagem do indivíduo que “ainda é” produtivo, dinâmico, etc., ou seja, na imagem daquele que se mantém jovem, como nas palavras de um dos profissionais entrevistados: “é preciso deixar o velho ser velho” e com um padrão de realizações que lhe seja próprio.

**Referências bibliográficas**

- ABRIC, J. C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J. C. (org). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: P.U.F., 1994, p.11-35.
- ADRADOS, I. Perfil da 3ª idade masculina pela técnica de Rorschach. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 73-79, jan./mar. 1986.
- BOSI, E. *Memória e sociedade – lembranças de velhos*. São Paul: T. A. Queiroz, 1979, 402p.
- FLAMENT, C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: JODELET, D. *Les représentations Sociales*. Paris: P.U.F., 1989.
- MOLINER, P. Les methodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (org). *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994, p. 199 - 232.
- MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: FARR, R. e MOSCOVICI, S. (org). *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press. 1984, p. 3-69.
- SÁ, C. *Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central*. 1995. 205 f. Tese (Professor Titular). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, C. *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994, p.233-253.