

A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido*

MENTAL ILL HEALTH IN THE ELDERLY: MEDICAL STUDENTS' SOCIAL REPRESENTATIONS IN THE UNITED KINGDOM

LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ANCIANO: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN EL REINO UNIDO

Bruno Medeiros¹, Juliet Foster²

RESUMO

Objetivo: o estudo propõe investigar as representações sociais de estudantes de medicina sobre a doença mental entre idosos. Método: a pesquisa qualitativa e exploratória foi baseada na teoria das representações sociais. Os principais métodos utilizados foram dois grupos focais com estudantes pré-clínicos (grupo 1, N=4; grupo 2, N=4) e dez entrevistas individuais com estudantes em prática clínica. A análise temática explorou os significados e diferenças entre os grupos. Resultados: três principais temas refletem as representações dos participantes sobre a doença mental na velhice: doença mental na velhice, polarização do cuidado, desafios ao cuidado. A atenção primária à saúde constitui uma estratégia importante para ultrapassar barreiras ao cuidado em saúde mental na comunidade. Contudo, crenças depreciativas, estigma e organização de serviços se apresentam como os principais desafios. Conclusão: esse estudo aponta para a necessidade de profissionais de saúde responderem aos desafios culturais e organizacionais ao cuidado em saúde mental do idoso.

DESCRIPTORES

Saúde mental
Atenção primária à saúde
Geriatria
Cultura

ABSTRACT

Objective: This study aims to explore medical students' social representations of mental ill health in older adults. Method: it comprises an exploratory and qualitative investigation based on the theory of social representations. Two focus groups with pre-clinical medics (group 1, N=4; group 2, N=4) and 10 individual interviews with clinical medical students were conducted. Thematic analysis at a latent level explored meanings and differences between groups. Results: three overarching themes reflect participants' representations of mental health problems in later life – mental ill health in old age, polarisation of care, and challenges to care. Primary health care appears as an important strategy to overcome barriers to mental health care in the community. Nevertheless, disqualifying representations, stigma and organization of services constitute the main challenges to quality mental health care in later life. Conclusion: this paper highlights the need to address cultural and organizational barriers to promote quality care.

DESCRIPTORS

Mental health
Primary health care
Geriatrics
Culture

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como propósito explorar la representaciones sociales de los estudiantes de medicina acerca de las enfermedades mentales en adultos en edad madura. Método: abarca una investigación exploratoria y cualitativa basada en la teoría de representaciones sociales. Se realizan entrevistas a dos grupos de interés, médicos pre-clínica (grupo 1, N=4, grupo 2, N=4) así como 10 entrevistas individuales a estudiantes de medicina clínica. Resultados: tres temas generales reflejan las representaciones de los participantes sobre los problemas mentales en el futuro - enfermedades mentales a edades avanzadas, polarización de la atención, y desafíos de la atención. La atención primaria en salud aparece como una estrategia importante para hacer frente a los obstáculos a la atención de la salud mental en la comunidad. No obstante, representaciones descalificadoras, estigmas y la organización de servicios constituyen los retos principales al cuidado de la salud mental en la madurez. Conclusión: este artículo destaca la necesidad de hacer frente a los obstáculos culturales y organizativos para promover la calidad en la atención.

DESCRIPTORES

Salud mental
Atención primaria de salud
Geriatría
Cultura

*Este artigo foi extraído do projeto de pesquisa "Representações sociais da doença mental em idosos no Reino Unido: a perspectiva de estudantes de medicina. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES Brasil, e Cambridge Commonwealth, European and International Trust financiaram esse projeto. ¹ Mestre em psicologia social e do desenvolvimento, Universidade de Cambridge, Cambridge, Reino Unido. ² Professora do departamento de psicologia, Universidade de Cambridge, Cambridge, Reino Unido.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida trouxe desafios ao cuidado de saúde no Reino Unido. Atualmente, cerca de 10 milhões de pessoas estão acima dos 65 anos e relatórios oficiais antevêm que esse número aumentará para 19 milhões em 2050⁽¹⁾. Além do mais, há mais de três milhões de pessoas acima dos 80 anos de idade que necessitam de serviços especializados devido a problemas físicos, psicológicos e sociais^(1,2). Portanto, o envelhecimento populacional tem desafiado o cuidado hospitalar e comunitário de idosos, o qual é gerenciado pelo National Health Service no Reino Unido⁽¹⁾.

O cuidado em saúde mental constitui uma prioridade diante do envelhecimento populacional. O aumento do número de idosos que necessitam de atenção psicológica traz à tona a necessidade de re-avaliar o cuidado em saúde mental na velhice. No antigo sistema asilar, as instituições constituíam os principais espaços para o cuidado dos idosos com transtornos mentais⁽³⁾. Entretanto, o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica na Inglaterra (*de-institutionalisation*) trouxe o cuidado em saúde mental do idoso para a comunidade⁽⁴⁾. Contudo, mesmo diante de tais mudanças, a dimensão cultural bem como barreiras organizacionais constituem alguns dos principais obstáculos à promoção de um cuidado de qualidade.

Nesse contexto, a atenção primária à saúde se posiciona como uma das principais estratégias de melhoria do cuidado em saúde mental na velhice. No Reino Unido, a atenção primária não apenas preenche a lacuna entre a prática generalista e especialista em saúde, mas também engloba o tratamento de transtornos mentais crônicos entre idosos^(4,5). A atenção primária à saúde constitui o primeiro ponto de procura por ajuda entre pessoas com sofrimento psíquico⁽⁶⁾. Idosos apresentam mais confiança em expor seu sofrimento psíquico na atenção primária; além disso, essa estratégia de cuidado facilita a provisão de serviços a grupos com acesso limitado ao sistema de saúde, como por exemplo, idosos com depressão^(7,8).

No Reino Unido, a ênfase em saúde mental passou de “prevenção de transtornos mentais” para a “promoção de saúde mental”⁽⁴⁾. Essa nova orientação de cuidado engloba aspectos contextuais que tem considerável impacto na saúde mental da população (por exemplo, nível de emprego, participação de organizações comunitárias no cuidado, etc.). Além disso, essa nova ênfase em políticas públicas se concentra na atenção primária à saúde ao invés de um cuidado especialista. Dessa forma, a provisão de serviços se dá no contexto em que a doença mental se manifesta, ou seja, na comunidade⁽⁴⁾. Por outro lado, a herança cultural das crenças e práticas dirigidas aos idosos com transtornos mentais constitui uma das principais barreiras à promoção de saúde mental na comunidade⁽⁴⁾. Profissionais de saúde, que mantêm normas sociais relacionadas à doença mental na velhice, podem promover práticas dis-

criminatórias⁽⁹⁾. Além disso, estigma relacionado à doença mental pode dificultar a procura por cuidados em saúde mental entre idosos^(7,10). A literatura aponta para uma forma comum de niilismo terapêutico na prática médica; ou seja, médicos podem apresentar visões negativas sobre a progressão de saúde em idosos^(4,11). Estigma associado à doença mental pode também influenciar a maneira com a qual idosos aceitam algum diagnóstico e aderem ao tratamento⁽⁷⁾. Portanto, a investigação sócio-psicológica deve considerar múltiplos estigmas (nesse caso, idade e doença mental) na pesquisa de práticas e conceitos de saúde mental⁽¹⁰⁾. No entanto, crenças societárias não apenas refletem representações negativas de saúde mental na velhice. Atualmente, uma maior ênfase em uma abordagem psicossocial em saúde mental bem como políticas públicas dirigidas ao envelhecimento ativo podem refletir tentativas ideológicas de uma prática positiva em saúde mental na velhice^(12,13).

O envelhecimento populacional e a crescente demanda por serviços de saúde mental adequados exigem um tipo de investigação profunda sobre como profissionais de saúde compreendem esses desafios e possibilidades. No contexto da atenção primária à saúde, médicos generalistas constituem os principais atores sociais na tradução de políticas de saúde mental em práticas profissionais. Estudantes de medicina, os quais serão formados para lidar com uma clientela maior de idosos, também compartilham concepções e crenças sobre como lidar com transtornos mentais na prática clínica em medicina⁽¹⁴⁾. Portanto, esse artigo explora as representações de estudantes de medicina sobre a doença mental na velhice. Dessa forma, esse estudo também explora as suas concepções sobre a relação entre atenção primária e saúde mental⁽¹⁵⁾. O mesmo se baseia na teoria das representações sociais para compreender como estudantes de medicina concebem o cuidado em saúde mental na velhice.

A teoria das representações sociais compreende uma perspectiva sócio psicológica de investigação. Essa escola em psicologia social se concentra em como grupos interagem para compreender fenômenos significantes e não-familiares do cotidiano social⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, representações sociais são sistemas de crenças e ideias com duas funções principais: promover um contexto simbólico comum para a compreensão de fenômenos, e, em segundo lugar, propagar códigos de comunicação e interação consensuais em relação a aspectos da realidade⁽¹⁶⁾. Saúde e doença são dimensões importantes no estudo das representações sociais devido a sua influência em orientar práticas e atitudes relacionadas ao cuidado em saúde⁽¹⁷⁾.

Saúde mental é uma área de intenso debate. Evidências em diversas culturas demonstram que grupos sociais ainda percebem o “doente mental” como diferente e perigoso⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Profissionais de saúde mental também podem compartilhar essas representações⁽¹²⁾. Portanto, representações depreciativas da velhice e doença mental

constituem algumas das barreiras à promoção de mudanças sociais e políticas no cuidado em saúde mental^[9]. Devido à importância de profissionais de saúde em traduzir políticas públicas em práticas profissionais, esse estudo propõe responder a seguinte questão de pesquisa: “Como estudantes de medicina compreendem a doença mental (e o cuidado) em idosos do Reino Unido?”

MÉTODO

Essa pesquisa qualitativa e exploratória explora como estudantes de medicina entendem a doença mental na velhice. A teoria das representações sociais informou a escolha dos métodos de pesquisa. Além disso, o delineamento de pesquisa qualitativo possibilitou a investigação de significados e crenças construídas por diferentes grupos.

Estudantes de medicina (N=18) de uma universidade no Reino Unido foram contatados para o estudo. Pesquisa em representações sociais tem identificado profissionais de saúde como um “grupo intermediário”, posicionados entre o sistema de conhecimento científico e o senso comum^[12]. Progressão na formação clínica em medicina tem sido associado com mais contato com conhecimento científico e menos estigma com relação à doença mental^[21]. Portanto, esses estudantes foram separados em dois grupos: estudantes sem prática clínica (N=8, faixa etária entre 18 e 28 anos, Média=22,7) e sem muito envolvimento com práticas institucionalizadas; e estudantes clínicos (N=10, faixa etária entre 22 e 34 anos, Média=24,3) que podem estar posicionados em um campo mais profissional. O pesquisador esperou que os estudantes clínicos apresentassem menos estigma associado à doença mental que os estudantes pré-clínicos.

O pesquisador facilitou dois grupos focais (grupo 1, N=4; grupo 2, N=4) com os estudantes pré-clínicos. Metodologicamente, esse método é uma importante estratégia para acessar o nível micro-genético de representações sociais; ou seja, como grupos geram representações em interação^[22]. Um roteiro de entrevista com a descrição de três cenas hipotéticas auxiliou os estudantes a debater sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária. A primeira cena envolveu o tema niilismo terapêutico^[4]. A segunda, estigma e ideias de diferenciação em pessoas que apresentam transtornos mentais^[10]. A terceira cena compreendeu parte de um documentário sobre idosos vivendo com doença mental. Esse documentário faz parte de uma campanha do National Health Service (NHS) sobre a importância da diminuição do estigma em relação a idosos que vivem com doenças mentais. O pesquisador leu essas três cenas hipotéticas respectivamente. Em seguida, ele pediu aos participantes dos grupos focais que discutissem os principais temas contidos nas cenas.

Os estudantes clínicos participaram de entrevistas semi-estruturadas (N=10). Esse método cobriu temas relacionados a concepções sobre saúde mental na velhice,

problemas sociais relacionados ao estigma, barreiras à promoção de uma prática de qualidade. Os estudantes clínicos tiveram dificuldades em participar de grupos focais devido a sua complexa agenda de compromissos médicos. O principal critério para o encerramento da coleta de dados entre os estudantes clínicos foi saturação teórica^[23]. Dessa maneira, o investigador recrutou diferentes participantes (dois estudantes de doutorado em medicina) até que a inclusão destes não trouxe mais representações sociais. Adicionalmente, um questionário sócio demográfico foi administrado entre os dois grupos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cambridge aprovou o projeto de pesquisa. O primeiro autor entrou em contato com a escola de medicina para explicar o projeto e solicitar o envio de um email de divulgação. Os grupos focais e as entrevistas duraram aproximadamente 20-30 minutos e foram realizadas no campus da universidade. Os participantes leram um termo de consentimento livre e esclarecido e o assinaram. O pesquisador gravou as entrevistas e as transcreveu na íntegra com o consentimento dos participantes. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de Abril e Maio de 2012.

O pesquisador empregou uma análise temática como a principal estratégia de identificação, análise e descrição de padrões de crenças entre os dois grupos de entrevistados^[24]. A procura por temas comuns nos discursos corrobora com a natureza consensual das representações entre grupos^[16]. O autor desenvolveu uma análise temática em um nível latente; ou seja, ele procurou por conceitos e crenças subjacentes que formaram o conteúdo semântico dos dados^[24]. Nessa direção, a descrição de códigos e análise são um processo conjunto. Os passos seguintes descrevem o trabalho analítico: familiarização com os dados, elaboração códigos iniciais, procura por temas entre os dados, revisão dos temas, conceptualização e redefinição dos temas, e exposição da análise. O pesquisador utilizou o software de suporte à análise qualitativa Atlas.ti no processo de análise dos dados não-numéricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Três temas principais descrevem as representações dos participantes sobre a doença mental na velhice: doença mental em idosos, polarização do cuidado, e desafios ao cuidado.

1. Doença mental em idosos.

O primeiro tema descreve como os estudantes de medicina compreendem a doença mental na velhice, os seus desafios, e como a sociedade percebe os idosos. Quatro subtemas expõem os principais tópicos apresentados nesse tema: estigma, a doença mental na velhice como um fardo social, a doença mental como uma consequência natural da velhice, e a falta de competência dos idosos em cuidar deles próprios.

1.1 Estigma

Ambos os grupos de estudantes descrevem os idosos com transtornos mentais como objetos de estigma e exclusão social. A falta de um entendimento claro sobre a natureza e as consequências das doenças mentais favorecem ao aumento de práticas discriminatórias na população geral^(12,19).

“(...) Há muito estigma associado com isso no momento (...) Há ainda muita associação negativa com algum tipo de depressão-loucura, ou coisas relacionadas à esquizofrenia, transtornos de personalidade (...)” (P. 01, estudante pré-clínico, Grupo Focal 01).

“Bem, provavelmente isso é um assunto que traz muito estigma, (...) porque saúde mental em geral é bem, mhm, é um conceito bem difícil de se lidar em sociedade. Eu quero dizer, certamente na Grã-Bretanha. (...)” (P.04, estudante clínico).

Estigma pode também afetar a adesão a cuidados médicos de acordo com o seguinte comentário:

“(...) Eles não estão seguindo os tratamentos (...) eles não acreditam que eles tem esses problemas e eles realmente não querem acreditar (...) se eles aderem aos tratamentos então eles estão reconhecendo que eles são doentes mentais e então há muito estigma associado a isso (...)” (P.04, estudante pré-clínico, Grupo Focal 02).

Os participantes estão conscientes que estigmas múltiplos – nesse caso, “ser velho” e “doente mental” – podem ser barreiras à procura de serviços de saúde mental⁽¹⁰⁾. Portanto, eles comentam que idosos tendem a negar classificações médicas e tratamentos para se protegerem de práticas discriminatórias e exclusão social⁽²⁵⁾. A doença pode afetar como alguém percebe a si mesmo e a sua interação com o mundo social⁽⁸⁾. Nesse caso, a experiência de ser diagnosticado e aderir a algum tratamento de saúde mental pode afetar a identidade e relacionamentos de pessoas idosas.

1.2 Fardo social

De acordo com os estudantes, a sociedade afirma que idosos não possuem valor social e econômico. Em virtude disso, idosos são considerados “invisíveis” e “não são cuidados”.

“(...) Eu acho que eles são invisíveis. Na verdade, eu acho que as pessoas não pensam muito sobre isso (...)” (P. 01, estudante pré-clínico, GF 2).

“(...) há uma grande proporção de pessoas que dirão, merda, isso é um fardo. Como eu vou lidar com esse fardo sem comprometer a minha vida? (...) Eu não posso deixar tudo para cuidar da pessoa idosa próxima a mim (...)” (P. 10, estudante de doutorado em medicina).

O participantes também discutem as consequências sociais das novas tendências em cuidado de saúde mental

na comunidade. A substituição de asilos e leitos hospitalares por atenção à saúde primária e cuidado informal (família, organizações voluntárias, amigos, etc.) pode trazer desafios ao cuidado de qualidade^(26,27). Igualmente, crenças negativas sobre a doença mental na velhice podem promover exclusão social não obstante a mudanças atuais em políticas públicas de saúde mental^(9,18,19).

1.3 Consequência natural

Os estudantes clínicos concebem a doença mental como uma consequência natural do processo de envelhecimento. Eles definiram repetitivamente transtornos mentais como “uma condição deteriorante” “problemas gerais” da velhice e “senescência comum”.

“(...) a maioria dos idosos estão em um estado que, mhm, eles estão piorando progressivamente (...)” (P.01, estudante clínico).

Os estudantes entendem a doença mental na velhice como um processo natural do envelhecimento humano. Dessa forma, ela é mais compreensível e menos ameaçadora do que quando se apresenta em outros períodos do desenvolvimento humano. Além disso, eles justificam essas concepções em leituras prévias (dados epidemiológicos, jornais acadêmicos) e observações clínicas. Eles também parecem apresentar uma forma de niilismo terapêutico quando comentam sobre o prognóstico de cuidado e saúde em idosos.

“(...) Eu acho que provavelmente o fato deles terem tantos tipos diferentes de doenças, além de seus transtornos mentais, então, mhm, provavelmente o que eu lhe falei antes é que a maioria desses problemas serão crônicos e você não pode resolvê-los (...)” (P. 10, estudante clínico).

Entretanto, o grupo de estudantes pré-clínicos resistem a essa representação. De acordo com eles, o estigma de ser considerado velho subjaz essas concepções, além de afetar a identificação e cuidado de transtornos mentais em idosos.

“(...) isso é considerado um processo natural e é por isso que as pessoas não vão ao médico, é por isso que eles não obtêm tratamento, e é por isso que eles se apresentam apenas quando a demência se encontra nos estágios finais (...)” (P.03, estudante pré-clínico, GF 01)

1.4 Falta de competência

Estudantes de medicina entendem que idosos com transtornos mentais não possuem capacidades mentais para administrar as suas atividades cotidianas e a própria saúde: “eles não tem compreensão de seus problemas” (P.01 estudante clínico), “pacientes que são (...) não são capazes de cuidar deles mesmos” (P.10 estudante de doutorado em medicina), ou eles “não podem tomar aquela decisão” referente ao seu cuidado (P.02 estudante clínico). Os estudantes de medicina em prática clínica foram

os únicos a apresentar essas ideias. Isso pode se relacionar às suas experiências em lidar e observar idosos em situações de extrema vulnerabilidade. Consequentemente, eles compreendem que a família é a principal responsável pelo cuidado dos idosos, já que esses não são competentes para decidir sobre os seus cuidados de saúde. Dessa maneira, os estudantes compartilham concepções comuns do “doente mental” como não-lúcido, passivo e sem compreensão de seus problemas⁽⁴⁾.

2. Polarização do cuidado

Esse tema contempla perspectivas opostas em relação ao cuidado em saúde mental de idosos. Dois temas são expostos: alternativas à institucionalização e institucionalização do cuidado.

2.1 Alternativas à institucionalização

Estudantes de medicina de ambos os grupos levantaram a necessidade de se promover alternativas à hospitalização e medicalização do cuidado.

“(…) Não se trata apenas de drogas, talvez possa existir um pouco de psicoterapia, terapia grupal. Se eles estão em algum lar para idosos, então a sensação de isolamento pode ser reduzida com algum tipo de suporte alternativo. Não se trata apenas de ‘oh, vamos apenas dar Prozac para eles e ver o que acontece’ (…)” (P. 01, estudante pré-clínico, GF 01)

Eles também enfatizam que o cuidado em saúde mental é uma tarefa multidisciplinar. A mesma deve envolver diferentes equipes profissionais, suporte familiar e o viver na comunidade^(9,12). Segundo os estudantes, as mudanças trazidas pelo cuidado em saúde mental na comunidade (*deinstitutionalization*) são positivas, tendo em vista que diminuíram o estigma e promoveram uma atenção à saúde de qualidade.

P. 02- “I tenho a impressão de que todo mundo está mesmo muito feliz com a mudança para o cuidado em saúde mental na comunidade, e eu acho que essa mudança tem sido bem sucedida em consertar muitos problemas trazidos pela institucionalização de pessoas com doenças mentais (…).”

P. 01 – “Eu acho que o fato de que muitas das antigas instituições psiquiátricas não existem mais é muito útil em termos de persuadir pessoas a falar sobre a doença mental sem problemas” (P. 01 e P. 02, estudantes pré-clínicos, GF 02).

2.2 Institucionalização do cuidado

As instituições não estão ausentes nos discursos dos participantes, e são até algumas vezes vistas como necessárias para se lidar com os aspectos limitantes da doença mental na velhice.

“Mas então novamente, por outro lado, eu vi um de meus tios. Ele tem um tipo de demência muito, muito séria, e ele não poderia simplesmente ser cuidado na comuni-

dade (…). Ele na verdade necessita estar. Ele deve estar em uma instituição porque ele precisa de cuidados profissionais e coisas do tipo (…)” (P. 04, estudante pré-clínico, GF 02)

Ambos os grupos de estudantes mencionaram que negligência política e econômica são os principais problemas para se empregar o cuidado na comunidade. Portanto, os entrevistados temem uma tendência crescente à institucionalização com o objetivo de diminuir o fardo social de pessoas consideradas “velhas”, “doentes mentais” e “não-produtivas”.

“(…) Eu imagino que isso ocorrerá provavelmente porque o mundo está tendo, você sabe, mais e mais trabalho, menos e menos tempo, que as instalações para idosos com transtornos mentais irão se tornar maiores e mais equipadas, e muita gente irá na verdade optar por enviar, mhm, o idoso para esse tipo de instalação (…).” (P. 10, Estudante de doutorado em medicina).

3. Desafios ao cuidado

Esse tema demonstra as representações sociais a respeito dos desafios à prática médica em geriatria. Dois subtemas são incluídos: 1) desafios ao atendimento das necessidades dos pacientes e 2) suporte na atenção primária.

3.1 Desafios ao atendimento das necessidades dos pacientes

Como foi sugerido acima (ver o subtema alternativas à institucionalização), os participantes sugerem uma abordagem holística para o cuidado em saúde mental na velhice. Esse delineamento de cuidado envolve o trabalho de uma equipe multidisciplinar (psiquiatras, médicos generalistas, psicólogos, assistentes sociais, etc.), terapias combinadas (terapia cognitivo-comportamental, administração de medicamentos), a participação da família, e o suporte da comunidade. Nesse paradigma, ideais de reabilitação, recuperação e apoio social resultam em um cuidado focado na pessoa, e vai de encontro a uma prática individualista e alienadora em medicina^(9,28).

“(…) Eu acho que o papel do médico é descobrir uma necessidade específica para cada pessoa, e você lida com essa necessidade.” (P. 03, estudante clínico).

“(…) não apenas cuidar daquela pessoa em particular, mas o sistema de saúde promover um tipo de equipe de cuidado que esteja cuidando dos problemas específicos dessas pessoas, e então, também ajudar cooperar com a família (P. 03, estudante pré-clínico, GF 01)

Contudo, os estudantes mencionaram dois desafios principais à implementação desse sistema na prática médica: comunicação eficiente com os pacientes e falta de tempo na prática clínica.

De acordo com os estudantes, a falta de uma comunicação apropriada dos sintomas, lidar com sintomas di-

ferenciados e o relacionamento médico-paciente constituem os maiores obstáculos à promoção de uma prática médica de qualidade.

"(...) quando você tenta se comunicar com eles (...) descrever a sua doença e explicar o tratamento necessário, então você pode passar mais tempo, você sabe, para ganhar a sua confiança e explicar tudo (...)." (P. 06, estudante clínico).

"(...) quando você tem pacientes idosos vindo com certos tipos de sintomas (...) porque muito frequentemente esse grupo particular de pessoas não são bem avaliados ou totalmente não-avaliados (...)." (P. 03, estudante pré-clínico, GF 01).

A falta de tempo na atenção primária à saúde constitui outro grande problema para a promoção de saúde mental.

"(...) Eu acho que em termos de consulta, mhm, nós não temos tempo suficiente para, você sabe, tudo o que necessita ser feito. Então, tentar, tentar significativamente lidar com um transtorno mental você precisa, você sabe, de um bom espaço de tempo em sua consulta e então, mhm, possivelmente essa é uma das razões pelas quais coisas podem ser ignoradas (...)." (P. 04, estudante clínico).

A falta de um diagnóstico preciso resulta não apenas de crenças sobre a progressão da saúde na velhice, mas também das práticas organizacionais e agenda política nos serviços de saúde⁽²⁹⁾. Nesse caso, a falta de tempo pode influenciar na avaliação de saúde de alguém. Em virtude disso, os estudantes clamam por mudanças na atenção primária. Contudo, apesar desse desafio, os estudantes de medicina percebem a atenção primária como uma estratégia importante para a promoção de maior cuidado em saúde mental na velhice.

3.2 Suporte na atenção primária

Os estudantes de medicina ressaltam a importância da atenção primária no cuidado de idosos com transtornos mentais. Portanto, possui o potencial de ultrapassar barreiras e promover um maior cuidado orientado na pessoa.

"Mhm, eu acho, por outro lado, que isso pode ser um pouco mais fácil porque pessoas idosas tendem a ter muito mais contato com serviços de atenção primária ou vão ao médicos generalistas para checarem a sua prescrição e coisas do tipo (...)." (P. 04, estudante clínico).

Os participantes entendem a atenção primária como a primeira estratégia de promoção de saúde mental na velhice. De fato, idosos se sentem menos estigmatizados em compartilhar o seu sofrimento psíquico com médicos generalistas do que com profissionais de saúde mental⁽⁷⁾. Isso pode constituir uma grande oportunidade para melhorar o compromisso de idosos com o tratamento bem como proporcionar maior acesso a serviços de saúde mental. Entretanto, os participantes

reconhecem a necessidade de maior formação em geriatria.

"(...) Eu não acho que com o tipo de formação que a maioria de nós tem, que nós temos uma formação realmente adequada para lidar com, mhm, problemas dos idosos, (...) mas na medida em que o cuidado de idosos se torne parte do treinamento de médicos generalistas, então, isso poderia ser, isso poderia ser muito útil porque obviamente por qualquer questão de saúde o seu médico generalista é o primeiro a ser chamado (...)." (P. 02, estudante clínico).

Os estudantes de medicina concebem que o número crescente de idosos apresentando transtornos mentais justifica uma melhor formação em geriatria. Portanto, esse estudo aponta para quatro principais desafios à promoção de saúde mental de qualidade na velhice. Primeiramente, a tendência à institucionalização para lidar com problemas de ordem biopsicossocial; em segundo lugar, os múltiplos estigmas associados ao envelhecimento humano e doença mental; em terceiro lugar, a presença de representações sociais depreciativas sobre a saúde mental na velhice; e em quarto, organização de serviços na atenção primária⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Esse estudo promoveu o maior conhecimento sobre as representações sociais da saúde mental na velhice. Portanto, essa investigação deu voz aos estudantes de medicina, os quais vivenciam uma formação acadêmica complexa e cheia de desafios cotidianos. Eles levantaram as suas inquietações sobre uma melhor formação em geriatria e expressaram incertezas sobre a progressão de saúde em idosos. Contudo, as cenas hipotéticas apresentadas nos grupos focais apresentam limites ao entendimento de experiências clínicas reais entre profissionais de saúde. Além do mais, essa pesquisa envolveu um grupo social bastante distinto – estudantes de medicina de uma universidade de elite no Reino Unido. Essa escolha metodológica impõe limites na generalização dos resultados. Portanto, os autores propõem pesquisas futuras envolvendo outros profissionais de saúde (enfermagem, psicologia clínica, psiquiatria), utilizando múltiplos métodos, e incluindo um delineamento de pesquisa mais naturalista (por exemplo, observação participante em escolas clínicas de medicina). Esse estudo levanta a necessidade de se reconhecer normas culturais e sociais relacionadas à prática em medicina. Por último, aponta para a necessidade de uma maior formação em questões culturais associadas ao cuidado em saúde mental de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Cracknell R. The ageing population. Key issues for the New Parliament 2010. House of Commons Library Research. [Internet]. 2010 [Citado 2014 Sept 24]; p. 44-45. Disponível em: http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/key_issues/Key-Issues-The-ageing-population2007.pdf.
2. Age-UK. Improving later life: understanding the oldest old. London; 2013.
3. Rogers A, Pilgrim P. Mental health policy in Britain. Basingstoke: Macmillan Press; 2001.
4. Rogers A, Pilgrim D. A sociology of mental health and illness. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press; 2010.
5. Cohen A. Primary care and mental health. In Bell A, Peter L, editores. The Sainsbury centre for mental health. London: 2005, p. 83-101.
6. Lynch JM, Askew D, Mitchell GK, Hegarty KL. Beyond symptoms: defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. *Soc Sci Med*. 2012;74(2):143-149.
7. Bartels SJ. Improving the United States' system of care for older adults with mental illness: findings and recommendations for the President's New Freedom Commission on Mental Health. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003; 11:486-97.
8. Lamb JD, Bower P, Rogers A, et al. Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard-to-reach groups.' *Health (London)*. 2011;(16):76-104.
9. Dallaire B, McCubbin M, Carpentier N, Clément M. Social work in mental health representations of elderly with mental health problems held by psychosocial practitioners from community and institutional settings. *Social Work Mental Health*. 2009;7(1):139-152.
10. Conner KO, Lee B, Mayers V, et al. Attitudes and beliefs about mental health among African American older adults suffering from depression. *J Aging Stud*. 2010;24:266-77. doi:10.1016/j.jaging.2010.05.007
11. Burroughs H, Lovell K, Morley M, et al. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract*. 2006;23(3):369-77.
12. Morant N. Social representations and professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *Br J Soc Psychol*. 2006;45(4):817-38.
13. World Health Organisation. Active ageing: a policy framework. Madrid; 2002.
14. Economou M, Peppou LE, Louki E, Stefanis CN. Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clin Neurosci*. 2012;66:17-25.
15. Medeiros B, Foster J. Social representations of mental of mental health problems in later life: medical students' perspectives in the United Kingdom. In: Costa AP, Reis LP, Souza FN, Luengo R, editors. Artigos de saúde. CIAIQ 2014: Proceedings of the 3º Ibero-American Congress on Qualitative Research; 2014 Jul 14-16; Universidad de Extermadura, Badajoz, Spain: CIAIQ; 2014. p. 209-14.
16. Moscovici S, Duveen G. Social representations: explorations in social psychology. Cambridge: Polity Press; 2000.
17. Jovchelovitch S, Gervais MC. Social representations of health and illness: the case of the Chinese community in England. *J Community Appl Soc Psychol*. 1999;(9):247-60.
18. Zani B. The mentally ill person and the others: social representations and interactive strategies. In: Marková I, Farr RM, editores. Representations of health illness and handicap. Chur: Harwood Academic Publishers; 1995, p. 145-162.
19. Jodelet D. Madness and social representations. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf; 1991.
20. Dixit S. Meaning and explanations of mental illness: a social representations approach. *Psychology & Developing Societies*. 2005;17(1):1-18.
21. Kassam G, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G, A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Med Edu*. 2011;(11):51.
22. Duveen D, Lloyd B. Social representation and the development of knowledge. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
23. Bauer MW, Aarts B. Corpus construction: a principle for qualitative data collection. In Bauer M, Gaskell G, editores. Qualitative researching with text, image and sound. London: SAGE Publications; 2000, p. 19-37.
24. Braun V, Clark V. Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*. 2006;(3):77-101.
25. Pilgrim D. Key concepts in mental health. London: SAGE Publications; 2009.
26. Pickard L. Substitution between formal and informal care: a 'natural experiment' in social policy in Britain between 1985 and 2000. *Ageing Soc*. 2012; 32(7):1147-175.
27. Brown K. Community vulnerable adults. 2nd ed. Exeter: Learning Matters; 2010.

-
28. Desviat M. International overview of psychiatric reform. *Cien Saude Colet*. 2011;16(12):4615-621.
29. Jones S. Howard L. Thornicroft G. Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;(118):169-71.