

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E
SOCIEDADE**

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

**A CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO
BRASIL: 1970-1996**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

**A CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO
BRASIL: 1970-1996**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha
Linha de Pesquisa: História em
Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

K64 Kletemberg, Denise Faucz
A Construção da enfermagem gerontológica no Brasil [tese] :
1970-1996. 2010. / Denise Faucz Kletemberg ; orientadora,
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha. - Florianópolis, SC,
2010.

185 p.: quadros

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - História. 2. Idosos. 3. Formação
profissional. I. Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

**A CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO
BRASIL – 1970-1996**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 03 de setembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

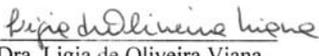
Banca Examinadora:



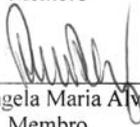
Dra. Maria Itayra Padilha
Presidente



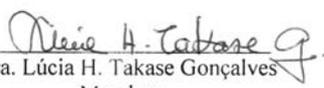
Dra. Maria Helena Lenardt
Membro



Dra. Ligia de Oliveira Viana
Membro



Dra. Ângela Maria Alvarez
Membro



Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
Membro

*Dedico esse trabalho, à Carlos Alberto, marido e
companheiro, pelo apoio imprescindível nessa
jornada de conclusão do doutorado.*

AGRADECIMENTOS

A minhas filhas queridas, Melina, Anelise e Heloísa, agradeço a compreensão das ausências, justificadas nas viagens a Florianópolis, quando compartilharam os cuidados entre si e a rotina doméstica.

Aos meus pais, Aluizio e Yone, por terem me propiciado a base para a construção constante do conhecimento, ao se constituírem como exemplos para minha vida.

A minha orientadora Maria Itayra Padilha, agradeço a amizade, por aceitar meu projeto de pesquisa e acreditar nele e principalmente, o conhecimento compartilhado e por sua orientação segura, que sempre me guiaram na construção desta tese.

A minha amiga colega Helena Heidtmann Vaghetti, o acolhimento carinhoso oferecido desde o primeiro dia de ingresso no Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), que me deu forças para perseverar na intenção de seleção ao doutorado.

À profa Miríam Borenstein, sua simpatia, as saudações calorosas a cada encontro do Grupo de Estudos e pela confiança em mim depositada.

Aos membros do GEHCES, especialmente à Ana Rosete Maia, que por meio da troca de experiências e conhecimento, me auxiliaram na construção desta pesquisa.

Às colegas de turma do Doutorado 2007, especialmente Gleide, Luciana e Judite, companheiras na elaboração dos seminários, ter partilhado comigo uma parte de nossas vidas.

Às enfermeiras pioneiras no estudo sobre gerontologia, sujeitos desta pesquisa, que de forma unânime se dispuseram a partilhar suas histórias de vida, para composição da História da Enfermagem Gerontológica no Brasil.

Agradeço também à CAPES, a bolsa de pós-graduação a mim concedida, que viabilizou possibilitando financeiramente a execução desta tese de doutorado.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, a oportunidade de cursar o doutorado.

Às Professoras desse Programa que, por meio da socialização de seus conhecimentos, contribuíram de

forma direta para a elaboração da tese ora apresentada.

À Cláudia Crespi García, secretária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por sua amizade e solicitude no atendimento as demandas administrativas, e pelo apoio na finalização deste trabalho.

Agradeço também à Banca Examinadora, professoras Dra Lúcia Takase Gonçalves, Dra Lígia de Oliveira Viana, Dra Maria Helena Lenardt, Dra Miriam Süsskind Borenstein, Dra Ângela Alvarez, Dra Maria de Fátima Mantovani, o aceite a meu convite e a disponibilidade de contribuir com meu trabalho.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a execução desta tese de doutorado.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A construção da Enfermagem Gerontológica no Brasil: 1970-1996.** 2010. 185 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

RESUMO

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica, cujo objetivo é compreender o processo histórico de construção da especialidade em Enfermagem Gerontológica no Brasil no período de 1970 a 1996. O critério temporal corresponde à década da criação do primeiro grupo de pesquisa no Brasil e finda com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. O estudo apoia-se no referencial teórico de Eliot Freidson, para trazer os constituintes do poder profissional dessa especialidade no país. Para a coleta de dados, foi utilizada a história oral, com 14 enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram naquelas décadas. Após análise, as categorias elencadas foram: conhecimento, autonomia, reserva de mercado e atividade política. Os resultados são apresentados na forma de artigos científicos. O primeiro tem como objetivo analisar a construção do conhecimento como constituinte de poder profissional na enfermagem gerontológica no Brasil. A compreensão histórica permitiu conhecer os esforços para o desenvolvimento da produção científica na área, ao detalhar a criação dos grupos de pesquisa e as dificuldades encontradas na formação profissional. O discurso das enfermeiras pioneiras na área é o reconhecimento do saber como constituinte da aquisição da competência e autonomia, por vezes, não percebida pela categoria como instrumento de poder profissional. O segundo artigo busca analisar a construção da autonomia dos profissionais vinculados à enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996. Os resultados trazem como constituintes: conhecimento, postura profissional, aplicação da sistematização da assistência e delimitação do papel da enfermagem na equipe multidisciplinar. Há o reconhecimento do espaço para atuação autônoma na área, entretanto, sua concretude está em processo de construção, intrinsecamente atrelado ao conhecimento especializado e a uma formação profissional que possibilite ações autônomas. O terceiro artigo busca identificar as atividades políticas implementadas pela Enfermagem Gerontológica no Brasil, para sua consolidação como

especialidade no atendimento ao idoso, no período de 1970 a 1996. Os resultados identificam como exemplos de atividades políticas a realização das jornadas brasileiras, com objetivo de, além da socialização do saber científico, agregar pesquisadores interessados na temática, explicitar a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica vinculado a ABEn e a participação efetiva da enfermagem gerontológica na elaboração de políticas públicas no país. A especialidade tem consciência da relevância política para sua construção, e vem empreendendo esforços para alcançar reconhecimento como área do conhecimento na equipe multidisciplinar de atendimento ao idoso. A conclusão do estudo confirma a tese defendida, demonstrando que a especialidade de enfermagem gerontológica no Brasil tem sua construção pautada na produção e no domínio do conhecimento, na busca pela autonomia e na capacidade de organização política de seus membros.

Descritores: história da enfermagem; idoso; prática profissional; poder; conhecimento.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **The construction of Gerontological Nursing in Brazil: 1970-1996.** 2010. 185 p. Thesis (Doctorate in Nursing) Course of Post-Graduate in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

ABSTRACT

Qualitative research with a socio-historical approach, whose goal is to understand the historical process of Gerontological Nursing specialty in Brazil in the period 1970 to 1996. The time criterion corresponds to the decade of creation of the first research group in Brazil and ends with the realization of the I Brazilian Conference of Gerontological and Geriatric Nursing. The study is based on the theoretical background of Eliot Freidson, to bring the constituents of professional power of this specialty in the country. To collect data, we used the oral history, with 14 nursing researchers pioneers in studying the aging process, those who performed on those decades. After analysis, the categories listed were: knowledge, autonomy, market reserve and political activity. Results are presented as scientific papers. The first is to analyze the construction of knowledge as a component of professional power in gerontological nursing in Brazil. Historical understanding allowed learning about the efforts for the development of scientific production in the area, while detailing the creation of research groups and the difficulties in training. The discourse of the pioneer nurses in the area is the recognition of knowledge as a constituent of the acquisition of competence and autonomy, sometimes not perceived by the category of professional power tool. The second article explores the construction of autonomy of the professionals involved in gerontological nursing in Brazil from 1970 to 1996. The results bring as constituents: knowledge, professional attitude, application of the care system and the role of nursing delimitation in the multidisciplinary team. There is the recognition of room for autonomous performance in the area, however, consolidation is in construction process, intrinsically linked to the expertise and professional training that enables autonomous performance. The third article traces the political activities implemented by the Gerontological Nursing in Brazil, for its consolidation as a specialty in serving the elderly in the period 1970 to 1996. The results identify as examples of political activities the accomplishment of the Brazilian journeys, aiming

to, in addition to the socialization of scientific knowledge, put together researchers interested in the subject, explain the creation of the Scientific Department of Gerontological Nursing bounded to ABEn, and effective participation in gerontological nursing in public policy development in the country. The specialty is aware of policy relevance for its construction and has been making efforts to achieve recognition as an area of knowledge in multidisciplinary team care for the elderly. The conclusion confirms the argument, demonstrating that the specialty of gerontological nursing in Brazil has its construction based on knowledge production and domain in pursuit of autonomy and capacity for political organization of its members.

Descriptors: nursing history; elderly; professional practice, power, knowledge.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **La construcción de Enfermería Gerontológica en Brasil: 1970-1996.** 2010. 185 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Curso de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

RESUMEN

Investigación cualitativa, con abordaje socio-histórico, cuyo objetivo es comprender el proceso histórico de construcción de la especialidad en Enfermería Gerontológica en Brasil, en el período de 1970 a 1996. El criterio temporal corresponde a la década de la creación del primer grupo de investigación en Brasil y acaba con la realización de la I Jornada Brasileira de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. El estudio se apoya en el referencial teórico de Eliot Freidson, para traer los constituyentes del poder profesional de esa especialidad en el país. Para la recolección de los datos, fue utilizada la historia oral, con 14 enfermeras investigadoras pioneras en el estudio del proceso de envejecimiento, que actuaron en aquellas décadas. Después del análisis, las categorías identificadas fueron: conocimiento, autonomía, reserva de mercado y actividad política. Los resultados son presentados en la forma de artículos científicos. El primero tiene como objetivo analizar la construcción del conocimiento como constituyente de poder profesional en la enfermería gerontológica en Brasil. La comprensión histórica permitió conocer los esfuerzos para el desarrollo de la producción científica en el área, al detallar la creación de los grupos de investigación y las dificultades encontradas en la formación profesional. El discurso de las enfermeras pioneras en el área es el reconocimiento del saber como constituyente de la adquisición de la competencia y autonomía, a veces, no percibida por la categoría como instrumento de poder profesional. El segundo artículo busca analizar la construcción de la autonomía de los profesionales vinculados a la enfermería gerontológica en Brasil, en el período de 1970 a 1996. Los resultados traen como constituyentes: conocimiento, postura profesional, aplicación de la sistematización de la asistencia y delimitación del papel de la enfermería en el equipo multidisciplinar. Hay el reconocimiento del espacio para actuación autónoma en el área, entre tanto, su concreción está en proceso de construcción, intrínsecamente ligado al conocimiento especializado y a una formación profesional que posibilite

acciones autónomas. El tercer artículo busca identificar las actividades políticas implementadas por la Enfermería Gerontológica en Brasil, para su consolidación como especialidad en la atención al anciano, en el período de 1970 a 1996. Los resultados identifican como ejemplos de actividades políticas la realización de las jornadas brasileras, con objetivo de, además de la socialización del saber científico, agregar investigadores interesados en la temática, explicitar la creación del Departamento Científico de Enfermería Gerontológica vinculado a la ABEn y la participación efectiva de la enfermería gerontológica en la elaboración de políticas públicas en el país. La especialidad tiene conciencia de la relevancia política para su construcción, y viene emprendiendo esfuerzos para alcanzar reconocimiento como área de conocimiento en el equipo multidisciplinar de atención al anciano. La conclusión del estudio confirma la tesis defendida, demostrando que la especialidad de enfermería gerontológica en Brasil tiene su construcción pautada en la producción y en el dominio del conocimiento, en la búsqueda por la autonomía y en la capacidad de organización política de sus miembros.

Descriptor: historia de la Enfermería; anciano; práctica profesional; poder; conocimiento.

LISTA DE QUADROS

MANUSCRITO 1

Quadro 1 – Grupos de Pesquisa em Enfermagem com especificidade na saúde do Idoso. Florianópolis, 2010..... **72**

Quadro 2 – Grupos de Pesquisa em Enfermagem com linhas de pesquisa que também focam o processo de envelhecimento. Florianópolis, 2010 **73**

Quadro 1 – Distribuição das entrevistadas de acordo com a instituição e cidade de origem **103**

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	19
1 INTRODUÇÃO	23
2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA	33
2.1 A CONSTRUÇÃO DA GERONTOLOGIA ATRAVÉS DOS TEMPOS	34
2.2 O SURGIMENTO DA GERONTOLOGIA COMO DISCIPLINA CIENTÍFICA.....	37
2.3 A GERONTOLOGIA NO BRASIL	45
2.4 A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA.....	54
2.5 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL	63
3 REFERENCIAL TEÓRICO – SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES	81
3.1 CONHECIMENTO	84
3.2 AUTONOMIA	86
3.3 MERCADO DE TRABALHO	89
3.4 RELAÇÃO COM O ESTADO	91
3.5 ATIVIDADE POLÍTICA	93
4 PERCURSO METODOLÓGICO	97
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	97
4.2 HISTÓRIA ORAL.....	99
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	101
4.4 COLETA DE DADOS	103
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA	104
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	106
5 RESULTADOS.....	109
5.1 ARTIGO 1 - CONHECIMENTO E PODER PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA	109
5.2 ARTIGO 2 – A AUTONOMIA NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA.....	124
5.3 ARTIGO 3 - POLÍTICA E PODER NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL	140
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157

REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICES	173
ANEXOS.....	183

1 INTRODUÇÃO

A compreensão da enfermagem como profissão perpassa pelo conhecimento de sua historicidade, que permite vislumbrar os constituintes sociopolíticos e culturais que influenciaram a construção de sua profissionalização na área da saúde. Esse conhecimento auxilia na construção da imagem profissional, por meio de uma consciência crítica coletiva, contribuindo para as reflexões sobre a identidade profissional.

Nesse sentido, conhecer a trajetória para a formação de uma prática assistencial especializada é um dos caminhos de que dispõe a pesquisa científica para revelar a construção social da história das profissões. Interpretar a influência dos constituintes que permeiam o desenvolvimento de uma especialidade, como instrumento de poder profissional, e as relações políticas utilizadas no intuito de proceder a avanços do saber propicia a compreensão sociológica dessa construção.

Contextualizada na expansão da complexidade dos agravos em saúde e na racionalidade positivista para a compreensão das doenças, houve uma ampliação excepcional do conhecimento na área da saúde, que gerou as especializações do conhecimento nas profissões dessa área (PIRES, 2008).

A enfermagem vem acompanhando esse movimento com o desdobramento em especialidades regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). A Resolução nº. 260/2001 fixa 37 especialidades em enfermagem, dentre elas, a Gerontologia e Geriatria, que busca o desenvolvimento de pesquisas na linha do processo de envelhecimento humano (COFEN, 2001).

Parece necessário trazer aqui o conceito de gerontologia, que é bastante diversificado na literatura especializada. Groisman (2002), ao fazer uma análise internacional sobre esse conceito, realizou um levantamento sobre as diversas definições dadas para o termo gerontologia na literatura médica internacional. Esse autor concluiu que ainda não surgiu definição única para o termo, nem delimitação de suas fronteiras como ciência do envelhecimento. O mesmo autor aponta que o modelo simplificado proposto por Jordão Netto parece ser o mais comumente utilizado no Brasil. Segundo Jordão Netto (1997, p.33), “a gerontologia, no seu todo, é o conjunto de conhecimentos científicos aplicados ao estudo do envelhecimento humano, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais”. Ela se dividiria em duas subáreas: a geriatria e a gerontologia social. A geriatria seria o ramo da medicina

que visa a tratar as doenças associadas ao processo de envelhecimento. Já a gerontologia social incorporaria uma série de disciplinas, tais como a Psicologia, o Serviço Social, o Direito e a Nutrição. A gerontologia social, complementa o autor, também seria conhecida apenas como gerontologia – o que pode dar margem a uma pequena confusão entre os termos.

Essa mesma classificação aparece nos achados de Prado e Sayd (2006), quando eles citam que, no plano internacional, a gerontologia designa o que corresponderia ao estudo do envelhecimento, e em seu interior estariam abrigadas: a geriatria, voltada para a prevenção e o tratamento das doenças na velhice, e a gerontologia social, constituída por diversas áreas, como psicologia, serviço social, direito. Em que pese alguma coincidência de termos para denominar ao mesmo tempo o todo e a parte, a abrangência maior da gerontologia fica atestada pelo nome da entidade que a representa mundialmente: Associação Internacional de Gerontologia.

Essa divisão entre geriatria e gerontologia aparece claramente no Brasil. Para Groisman (2002), parece derivar mais das identidades profissionais do que das especificidades teóricas do campo: a distinção, no caso, passa a ser entre os “geriatras” e os “gerontólogos”. Isso ocorre porque, de acordo com a regulamentação do setor, somente os médicos podem se tornar geriatras, enquanto todos os outros profissionais podem ser gerontólogos. Além disso, há ramos da gerontologia que parecem não se encaixar nesse modelo, como a biologia do envelhecimento, por exemplo.

Na enfermagem, a dualidade geriatria-gerontologia também é evidenciada. Gonçalves e Alvarez (2006) apontam que a semântica entre enfermagem gerontológica, enfermagem gerontogeriátrica e, a menos usual, enfermagem gerôntica não encontrou ainda unanimidade entre os especialistas. Assim, para essas autoras, esses termos podem ser entendidos como sinônimos. Entretanto, as autoras colocam que a enfermagem brasileira vem utilizando o conceito de gerontogeriatria, usado nas primeiras Jornadas Brasileiras de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, que se iniciaram em 1996 e abrigam em seu conceito a especialidade médica, bem como gerontologia como área mais abrangente, que vem se construindo à luz de várias disciplinas básicas e aplicadas.

Para Eliopoulos (2005), a enfermagem gerontológica envolve o cuidado da pessoa idosa e enfatiza a promoção da qualidade de vida e da saúde, no mais alto nível possível, e a enfermagem geriátrica concentra-se no atendimento ao idoso enfermo. Duarte (1999) e Diogo (1999)

trazem a definição de enfermagem gerontológica da Organização Pan-Americana de Saúde como: ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa. As autoras citadas apontam também os objetivos da enfermagem gerontológica: assistir integralmente o idoso, sua família e a comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário; promover educação para a vida e a saúde nos níveis primário, secundário e terciário junto à clientela idosa e sua respectiva família; favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares, propiciando que funcionem em bom nível de autocuidado e que sejam eles próprios os detentores do poder pessoal, para se decidirem pelo melhor em suas vidas, para o bem-estar e a qualidade de vida.

A escolha dessa especialidade como tema deste estudo está intrinsecamente ligada a minha prática de docência na graduação em Enfermagem. Minha aproximação com o tema do processo de envelhecimento iniciou-se ao ministrar a disciplina de Saúde do Adulto e Idoso em curso de graduação em Enfermagem em 2005, quando vislumbrei um escopo de conhecimento dessa especialidade na enfermagem, com destaque inicial para o quantitativo de pesquisas e o trabalho interdisciplinar. Essa aproximação inicial teve como desdobramento a coordenação de um projeto de extensão de atendimento interdisciplinar ambulatorial de saúde do idoso, com o envolvimento de alunos da graduação e pós-graduação, o que possibilitou troca de experiências e olhares fortalecedores de uma prática interdisciplinar não propiciada nos bancos acadêmicos até então.

O desenvolvimento dos estudos e o atendimento aos idosos nesse projeto de extensão suscitaram em mim percepções por vezes antagônicas sobre o processo de envelhecimento humano: a transição demográfica do envelhecimento mundial e brasileiro frente a negação da velhice na sociedade ocidental contemporânea; a necessidade de aprofundamento teórico para composição da equipe multidisciplinar; o aumento de estudos na área do envelhecimento; e o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, que se faz necessário para atender a multidimensionalidade do processo de envelhecer.

O interesse pela pesquisa com idosos tem como um dos fatores o aumento desta faixa etária em números absolutos, é um fenômeno mundial e que ocorre em um nível sem precedentes. Segundo o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, ou seja, houve crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano (IBGE, 2002).

Contextualizado na transição demográfica mundial, o Brasil vem observando também um crescente e constante quantitativo no número de sua população idosa. Segundo o último censo realizado em 2000, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 pessoas, contra 10.722.705, em 1991. A população idosa, no início da década, representava 7,3%, enquanto, em 2000, atingiu 8,6%. Nesse período, por conseguinte, o número de idosos aumentou em quase quatro milhões de pessoas, como fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida (IBGE, 2002). Dados mais recentes demonstram que, em 2005, o número de pessoas de 60 anos ou mais foi superior a 18 milhões, correspondendo a quase 10% da população brasileira. Esse grupo, que cresce ano a ano, aumentou em mais de cinco milhões de pessoas entre 1995 e 2005 (IBGE, 2006).

As perspectivas para o futuro são de continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira. Segundo o IBGE (2002), as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final desse período, chegando a representar quase 13% da população. A análise da evolução da relação idoso/criança mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente do que a proporção de crianças: de 15,9%, em 1980, passou para 21,0%, em 1991, e atingiu 28,9%, em 2000. Em outras palavras, se em 1980 existia cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, 20 anos depois, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos para cada 100 crianças.

A transição demográfica acarretou também transição epidemiológica. Para Martins et al. (2007), diminuiu a incidência das doenças infectocontagiosas (controladas pelas vacinas, drogas e medidas de saneamento), enquanto as doenças crônicas não-transmissíveis passaram a prevalecer, atingindo principalmente a população idosa. O desafio, portanto, passou a ser compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade em seu desenrolar.

As características desse segmento etário e suas características fomentaram reflexões quanto à assistência profissional que deverá ser implementada a essa população. Para Ramos (2003), o Brasil tem como desafio para este século oferecer suporte de qualidade de vida para uma

população com mais de 32 milhões de idosos, em sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Concomitante ao aumento de idosos, das diretrizes governamentais e do interesse capitalista da sociedade, o estereótipo de velhice vem sendo transformado. Essa percepção encontra respaldo no texto da antropóloga Guita Grin Debert (2000), quando ela cita que a tendência contemporânea é de revisão dos estereótipos associados ao envelhecimento. Se outrora era o ser discriminado, empobrecido, isolado, dependente da família e do Estado, em crise de identidade, com atestado prematuro de óbito físico e social, hoje, os velhos projetam uma imagem muito mais positiva de sua situação. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados, enfim, pode ser o momento propício para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal.

O processo de envelhecimento, como tema privilegiado de debates políticos e pesquisas acadêmicas, teve incremento substancial a partir da década de 1990, norteados pelos desafios da sociedade frente ao problema social dos idosos, como consequência do aumento populacional dessa faixa etária (DEBERT, 1999). Segundo autores como Prado e Sayd (2006), Debert (1999) e Groisman (2002), na década de 1990, a sociedade brasileira demonstrava crescente sensibilidade para com a velhice. Houve distinção dessa faixa etária em uma etapa particular da vida, que acarretou fenômenos de grande repercussão social. Também segundo esses autores, houve a mobilização de variados interesses, como da indústria e da mídia, ao perceber os idosos como consumidores; dos governos, no sentido de as políticas a ser implementadas; dos políticos, que olhavam para seu eleitorado; dos profissionais, que pensavam o mercado de trabalho, as disputas de espaços de atuação; dos gerontólogos, que se debruçavam sobre o problema social construído em busca de respostas, o que incluiu, de modo ainda periférico, a pesquisa científica.

Como resultado dessa mudança de atitude, a partir de 1990 foram criados muitos serviços especializados e programas para a terceira idade nas universidades, nas prefeituras e em diversas instituições; centros de estudo, programas de pós-graduação, residências, estágios, orientações curriculares; entidades civis voltadas para idosos, cuidadores e familiares; políticas e programas cada vez mais específicos (PRADO e SAYD, 2006).

Essas questões influenciaram as políticas de saúde relativas ao

atendimento aos idosos. Isso pode ser exemplificado pela criação da Política Nacional do Idoso de 1994 e depois atualizada em 1999, que trouxe como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade.

O crescente interesse pelo processo de envelhecimento, refletido nas políticas públicas do Estado, imprimiu também fomento na área da pesquisa científica, quando marcou, na década de 1990, o surgimento, em vários estados do país, de cursos de pós-graduação *lato sensu* em Gerontologia, que receberam principalmente profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem (GOLDSTEIN, 1999).

No Brasil, os cursos de pós-graduação *lato sensu* começaram a surgir historicamente na área da Enfermagem entre as décadas de 1940 e 1960, com a expansão numérica dos hospitais e escolas de Enfermagem. A partir de 1948, o ensino de especialidades como Obstetrícia e Saúde Pública passou a ser ministrado com o nome de especialização (VIANA, 1995).

A pós-graduação em Enfermagem foi legalmente reconhecida em 1949, com o Decreto nº. 27.426, que traz em seu artigo 3º. que, além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração. Outros quatro artigos especificavam como deveria ser o ensino e quem eram os destinatários desses cursos. Até essa década, quase todos os cursos eram em nível de especialização ou aperfeiçoamento, e deixaram de funcionar a partir de 1970, por força da Lei nº. 5.540/1968, que fixava normas de funcionamento do ensino superior, mais conhecida como Reforma Universitária. Essa lei exigia redefinição do corpo docente com base na qualificação com títulos de mestre, doutor e livre-docente e dois níveis de pós-graduação: *stricto sensu*, com mestrado e doutorado, e *lato sensu*, com especialização e aperfeiçoamento (OGUISSO e TSUNECIRO, 2005).

Esse fomento à pós-graduação encontrou eco na área da Enfermagem, pois esteve contextualizado na década em que os profissionais da enfermagem, impulsionados pelo positivismo, pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência, buscaram a valorização da enfermagem, ao iniciar a construção de um conhecimento próprio (KLETEMBERG, 2004). Segundo Santos (1999), esse conhecimento em ascensão e os concomitantes e constantes avanços tecnológicos e científicos, aliados às novas exigências dos usuários e dos serviços de saúde, contribuíram para impulsionar o crescimento e desenvolvimento das especialidades de Enfermagem, as quais

encontram, ainda hoje, elementos que as favorecem e as justificam, como o custo-efetividade, custo-utilidade e a qualidade dos serviços prestados. A receptividade das enfermeiras à especialização pode ter como raciocínio o constante desenvolvimento técnico-científico, com reflexos na prática assistencial, o que resulta na necessidade de atualização dos conhecimentos, do reforço ou de aquisição de novas habilidades, a fim de assegurar desempenho profissional com qualidade e segurança (VIANA, 1995).

Essa busca pelo conhecimento é explicada por Freidson (1998) como busca pelo poder profissional. Para esse sociólogo, as profissões, para alcançar reconhecimento social, buscam o conhecimento especializado na educação superior, e a consequente autonomia de seu processo de trabalho, para deter o poder profissional sobre uma ocupação. Entretanto, apenas o conhecimento exclusivo não é capaz de respaldar o *status* da profissão, pois ele está alicerçado em outros constituintes, como autonomia, reserva de mercado, relações políticas com o poder econômico e o Estado e a capacidade da profissão de convencer a população leiga da utilidade de seu trabalho.

O pensamento desse sociólogo trouxe reflexões para a construção histórica das especialidades na enfermagem, apontando questionamentos sobre a realidade desses constituintes na construção das especializações na enfermagem brasileira. Então, constituiu-se como referencial teórico escolhido para o estudo aqui proposto.

Para Leopardi (2002), a maioria da produção científica da enfermagem provém dos cursos de pós-graduação *strictu sensu*, a partir da década de 1980, e tem permitido avanços na avaliação crítica da prática profissional, estando intimamente ligada a ela. Assim, a enfermagem vem incorporando a pesquisa a sua prática, como reflexo do aumento de revistas especializadas e de cursos de *lato* e *strictu sensu*, que estimulam a produção de pesquisas.

Dentre os fatos que impulsionaram a pós-graduação em Gerontologia e Geriatria na Enfermagem, está a elaboração do Plano de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, que traz em seu texto: apoio à criação de centros de referência nas universidades, integrados aos sistemas de saúde; desenvolvimento de programas educativos voltados a profissionais de diversas áreas, ao idoso, à família e à comunidade, sob diversas formas: meios de comunicação, ensino à distância, cursos, palestras, seminários; coordenação de estratégias para a introdução de programas de pós-graduação em Geriatria e sob a forma de cursos de especialização, residência médica, mestrado e doutorado; apoio a estudos e pesquisas

voltados para os aspectos do envelhecimento (BRASIL, 1996).

O interesse da enfermagem pela área do envelhecimento iniciou-se na década de 1970, com publicações esparsas, que aumentaram de forma continuada a partir da década de 1980, advindas do meio acadêmico, em programas de pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado, e culminaram, em 1996, com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em Florianópolis (GONÇALVES e ALVAREZ, 2006). A realização desse evento constituiu um marco histórico, ao agregar interessados na temática e possibilitar a socialização dos estudos sobre idosos no país. Esse foi o primeiro encontro de pesquisadores na área da enfermagem gerontológica no Brasil.

O pioneirismo da enfermagem no estudo do processo de envelhecimento é apontado pela educadora Goldstein (1999) em sua pesquisa sobre a produção científica brasileira na área da gerontologia, no período de 1975 a 1999, na qual descreve que os estudos começaram nas áreas da psicologia, sociologia, serviço social e enfermagem.

O crescente envolvimento da categoria na especialidade em questão, segundo Gonçalves e Alvarez (2006), é atestado pelo crescimento de enfermeiras na participação em eventos de geriatria e gerontologia, geralmente promovidos pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em nível nacional, regional ou local. O crescente interesse da enfermagem por estudos do processo do envelhecimento está exemplificado na publicação recente de número temático sobre o idoso, na revista *Texto e Contexto Enfermagem*, que traz em seu editorial, como justificativa da escolha da temática, o grande aumento de demandas em saúde desse segmento da população (SANTOS e GONÇALVES, 2008).

A preocupação da enfermagem brasileira com o estudo do envelhecimento está refletida também na produção científica, contextualizada na realidade social do país, pois, como declaram Oliveira e Moreira (2007), curiosamente, os picos de produção sobre o idoso avizinham-se dos períodos de maior discussão sobre o tema no Brasil, que foram aqueles em que as leis e políticas federais se efetivaram. Corroborar essa constatação um levantamento feito sobre as pesquisas de gerontologia na área da enfermagem por Hammerschmidt et al. (2007). As autoras concluíram que houve maior número de publicações realizadas após o ano 2000, o que revela o despertar das pesquisas que envolvem a enfermagem e a gerontologia. O que traz mais alento para as autoras é a constatação de que a maioria dos estudos teve como foco a prática profissional.

Em seu doutoramento sobre o ensino da gerontogeriatrics nos cursos de graduação em Enfermagem, Santos (2003) comprovou sua tese, ou seja, que a enfermagem brasileira já começa a perceber que a área gerontogeriatric é uma lacuna ainda não preenchida e que suscita caminhos para uma ação profissional autônoma ou em equipes multidisciplinares e trabalhos interdisciplinares e transdisciplinares.

As necessidades apontadas suscitam questionamentos sobre o conhecimento da construção da enfermagem gerontogeriatric, a fim de propiciar visibilidade a essa especialidade, ao revelar participação ativa na área da gerontologia, por meio de pesquisas, participação em eventos e do atendimento às especificidades do cuidado ao idoso.

Revelados os constituintes que permeiam a gerontologia frente à nova realidade da velhice na contemporaneidade, da transição demográfica, das desigualdades sociais e do desenvolvimento de estudos sobre o processo de envelhecimento, surge como questão de pesquisa: **Como a enfermagem gerontológica se constituiu historicamente como especialidade no Brasil?**

A compreensão dessa pergunta perpassa pela historicidade da enfermagem gerontológica no Brasil em suas diversas áreas: pesquisa, ensino e extensão, que estão necessariamente entrelaçadas pelas políticas públicas implementadas no país. Desse modo, este estudo caminha para a pesquisa histórica, na visão da Nova História, buscando os constituintes da construção da enfermagem gerontológica no Brasil. Compreendendo seus primórdios na década de 1970 e a formalização da intenção da constituição como especialidade na I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em 1996, o objetivo deste estudo é: **Compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996.**

Assim, por meio do levantamento histórico, a tese que se pretende demonstrar neste estudo é: A especialidade de enfermagem gerontológica no Brasil tem sua construção pautada na produção e no domínio do conhecimento, na busca da autonomia e na capacidade de organização política de seus membros.

Perante a transição demográfica brasileira do envelhecimento populacional, este estudo justifica-se por ser necessário conhecer a resposta da enfermagem, como profissão, frente a essa nova realidade brasileira. Essa compreensão permitirá vislumbrar o papel que a enfermagem vem desempenhando no estudo da gerontologia e sua contribuição para a valorização profissional e o reconhecimento das enfermeiras pioneiras nessa área.

Uma pesquisa histórica também propicia reflexões sobre a prática assistencial. Para Rodrigues et al. (2007), a enfermagem tem contribuído na abordagem do cuidado em aspectos do processo de envelhecimento (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção de saúde, prevenção de doenças, entre outros) e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgência e emergência, atenção domiciliar, dentre outros). No entanto, a forma como esse conhecimento vem se desenvolvendo, como a enfermagem vem atuando na área da gerontologia, é a pesquisa histórica que desvendará.

Em busca eletrônica no banco de dados da Bireme, ao cruzar história com os descritores *enfermagem e idoso*, não se localizou nenhum trabalho na perspectiva histórica da construção dessa especialidade na enfermagem. Esse fato denuncia a escassez de pesquisas históricas na área da gerontologia e mostra o diferencial desta pesquisa nessa área de conhecimento da enfermagem.

Enfim, entendemos que este estudo possibilitará compreender sua determinação, desde seus primórdios, a se tornar ciência e revela os constituintes dessa aproximação e como as enfermeiras brasileiras vêm construindo esse saber, para tornar a gerontologia uma especialidade da enfermagem.

2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA

Os princípios teórico-metodológicos da especialidade de cuidado com idosos em enfermagem têm sua fundamentação na gerontologia, que, segundo Gomes (1994), é uma ciência constituída a partir do final do século XIX e consolidada no século XX. Essa ciência multidisciplinar, composta por variadas áreas do conhecimento científico interessadas no estudo do processo do envelhecimento, vem se constituindo como alicerce nas pesquisas, propiciando fomento e intercâmbio de saberes entre as várias profissões que a compõem, incluindo-se a enfermagem.

A história da gerontologia e da enfermagem gerontológica estão entrelaçadas, e impõe-se inicialmente a compreensão da historicidade daquela, para se traçar os caminhos percorridos pela enfermagem, na busca da cientificidade dessa especialidade em sua área de conhecimento. Entretanto, segundo Groisman (2002), para compreender a constituição da gerontologia como disciplina científica, inicialmente se faz necessário conhecer também a historicidade da geriatria, pois a criação dessa especialidade médica precedeu seu desdobramento em área multidisciplinar.

A história da geriatria como área de estudos científicos parece estar intimamente vinculada à funcionalidade social que os velhos tiveram nas diferentes civilizações, pois o que determina o desenvolvimento de qualquer estudo é a relevância social do objeto a ser pesquisado. Essa relevância é determinada, no caso dos idosos, pela identidade social que os velhos possuíram na história, a qual reflete a compreensão de cada sociedade sobre esses indivíduos, respaldada pelos aspectos culturais, sociais e econômicos dessas civilizações.

Desde os primórdios das civilizações humanas, o papel representado pelos indivíduos idosos nas comunidades vem se modificando, a partir da construção cultural de cada povo, vinculada à funcionalidade social dessas pessoas. Assim, houve uma diversidade no conceito da identidade social da velhice, que é representada como uma etapa do ciclo vital, valorização como “velho sábio”, inutilidade dentro de um sistema de produtividade e revalorização dentro de uma lógica de obtenção de lucro. Vale ressaltar que essas diferenças não ocorreram em tempos distintos, mas foram contemporâneas na história das sociedades.

A história da velhice fornece, então, dados preciosos para a compreensão da formação da identidade social e, por consequência, da importância de que esses indivíduos usufruíram nessas sociedades, fator

imprescindível para a historicidade da geriatria e, conseqüentemente, para a gerontologia. Deste modo, para melhor compreender a constituição da gerontologia como disciplina científica, parece necessário, inicialmente, estudar a condição dos velhos nas diferentes épocas.

Para Beauvoir (1990), essa tarefa não é fácil, pois os documentos dispostos na história da humanidade raramente fazem alusão aos idosos, que foram incorporados ao conjunto dos adultos. Neles, a imagem da velhice é incerta, confusa e contraditória.

2.1 A CONSTRUÇÃO DA GERONTOLOGIA ATRAVÉS DOS TEMPOS

Dentre as etapas do ciclo vital, a velhice foi historicamente preterida nos estudos, pois, desde as civilizações mais antigas, esteve incorporada à imagem de declínio e morte. Somam-se a esse fato as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e adulta que assolavam essas sociedades, atraindo sua atenção para a manutenção da vida. Os estudos da velhice, portanto, limitavam-se à busca do rejuvenescimento, com o tratamento e a manipulação de drogas capazes de combater os efeitos maléficos do declínio funcional e pelo desenvolvimento de formas para prolongar a vida (BEAUVOIR, 1990). Segundo a mesma autora, a construção da história dos velhos nas sociedades antigas tem sido um desafio para os historiadores, pois os documentos não fazem alusão específica ao idoso. Esse fato pode ter como explicação algumas causas: menor quantidade de idosos nessas sociedades; a velhice como privilégio das classes econômica e politicamente mais abastadas; a associação do velho com doença e morte. Esses argumentos parecem fundamentar a falta de estudos sobre o processo de envelhecimento nas sociedades antigas e com a condição de vida das pessoas.

O mais antigo documento sobre a velhice é um papiro do Egito de 2500 a.C. Trata-se da citação de Ptah-Hotep, filósofo e poeta egípcio, na qual ele comenta as penúrias da velhice, descreve-a como a pior desgraça que podia acontecer a um homem. Data de 1600 a.C. outro papiro, “Como transformar um velho em um homem de 20 anos”, com temas cirúrgicos que continham a prescrição e formulação de um unguento para a eliminação de rugas e manchas (BEAUVOIR, 1990; GOMES, 1994).

Esse dado demonstra que a busca por soluções aos problemas do

processo de envelhecimento não é preocupação apenas das indústrias contemporâneas, e sim que a busca do rejuvenescimento vem dos primórdios da civilização humana.

Os poucos documentos daquela época mostram que a diversidade de identidade social já estava retratada. Segundo Eliopoulos (2005), desde a época de Confúcio (551-479 a.C.), no taoísmo e entre os antigos chineses havia correlação direta entre o grau de respeitabilidade de um indivíduo e sua idade cronológica. Outra civilização que valorizava os velhos era a hebraica, tanto do ponto de vista religioso como político e legal, e isso é exemplificado pelo livro do eclesiástico, que contém conselhos sobre o cuidado com idosos (LEME, 1996).

Entretanto, concomitantemente, havia civilizações contemporâneas que vivenciavam conceitos contraditórios. Como aponta Gomes (1994), entre os gregos havia contradições entre o desdém aos velhos presente nos textos de Minervo, de 630 a.C., e os textos de Homero e Sólon, que associavam velhice a sabedoria. O mesmo autor cita que, no primeiro século antes da era cristã, Cícero, o grande filósofo romano, escreveu o livro *Catão, o velho ou de senectude*, no qual resume todo o processo de envelhecimento.

Já na era cristã, Galeno e Celsus fizeram os primeiros estudos do tratamento de doenças comuns na velhice e recomendações de cuidados aos idosos, que são utilizados ainda hoje pelos geriatras. Datam da Idade Média o livro *Da conservação da juventude e da proteção da velhice*, de Arnold Villanova, de 1290, e os trabalhos de Roger Bacon, ambos preocupados com desenvolver formas de controle e hábitos de higiene, no intuito de prolongar a vida (LEME, 1996). Para Eliopoulos (2005), a Idade Média foi caracterizada por fortes sentimentos relacionados à superioridade da juventude. A arte desse período retratava uma imagem pouco elogiosa dos idosos, os quais estavam entre os primeiros a ser afetados pela fome e pela pobreza e entre os últimos a se beneficiarem de dias melhores.

Segundo Gomes (1994), do século I ao século XV, há poucas referências ao assunto, à exceção de Van Cues, que escreveu, em 1456, o livro *Normas para a Metodologia da Investigação do Organismo Senil*, e de Zerbi, com o livro *Gerontocomia*, de 1498, que é considerado a obra literária sobre velhice de maior envergadura, depois da obra de Galeno. Para Leme (1996), o livro de Zerbi é um manual de higiene para idosos e representa o primeiro livro impresso na área da geriatria.

Os escritos sobre a velhice nas civilizações antigas refletem seus aspectos culturais e sociais. Em sociedades em que o número de idosos era restrito, a velhice era privilégio de classes abastadas e preponderan-

temente considerada fase de declínio funcional e causa da falta de respeitabilidade social, assim, parece lógica a falta de interesse de estudar o processo de envelhecimento. Os poucos documentos sobre o assunto revelam preocupação com amenizar os malefícios que essa etapa da vida confere (BEAUVOIR, 1990).

Uma mudança de pensamento importante ocorreu no século XV, com a preocupação da Inglaterra com a situação de abandono de seus velhos. Beauvoir (1990) aponta que, em 1630, a rainha Elizabeth criou a “Lei dos pobres”, que responsabilizava o Estado pelos indigentes, que eram assistidos em asilos e hospitais. Entretanto, só o eram os incapazes, pois os que detinham força de trabalho eram explorados nas *work-houses*.

Segundo Eliopoulos (2005), muitas das conquistas desse século se perderam nos séculos seguintes, devido à Revolução Industrial. Leis que proibiam o trabalho infantil não foram estendidas aos idosos, e os incapazes de preencher as exigências do mercado industrial foram deixados à mercê de seus filhos ou para esmolar nas ruas. Para Gomes (1994), o século XVIII marcou a presença dos ingleses no estudo dos velhos, com a obra de Larentis *Discourse of the preservation of the Sight of Melancholic Diseases: of Rheumes and Old Age*,¹ um ano antes da virada do século, seguido por Sir John Flayer, em 1724, com *Medicine Geromica or The Galenic Art of Preserving Old Man's Health*,² e, em 1734, por *De Senic Homini*. Em 1754, J. S. Fisher escreveu *De senid ajusque gradibus et morbis*, em que estuda a involução do organismo senil e salienta a necessidade de realizar autópsias.

Esses estudos rompem a tradição medieval do pessimismo entre os médicos sobre a atenção aos velhos. Esse argumento foi reforçado no livro de Christoph Hufeland sobre o prolongamento da vida e na obra de Benjamin Rush, que lançou o conceito de que são as doenças responsáveis pela morte dos idosos e de que o processo de envelhecimento não é uma doença (GOMES, 1994; LEME, 1996).

¹ Discurso da preservação da observação de doenças melancólicas: do Reumatismo e Velhice.

² Medicina Gerômica ou a arte Galênica de preservação da saúde do idoso.

2.2 O SURGIMENTO DA GERONTOLOGIA COMO DISCIPLINA CIENTÍFICA

O estudo sobre o processo de envelhecimento desde a Antiguidade até sua intensificação nos séculos XVIII e XIX é considerado período pré-geriátrico, denominado por Katz (1996) de “discurso sobre a senescência”. Esse movimento propiciou maior interesse pelos estudos da velhice, principalmente na França, com Bichar, Charcot e Broussais, que formaram a base das práticas modernas. Jean-Martin Charcot ministrava aulas sobre o processo de envelhecimento no Hospital Salpêtrière, em Paris, que foi considerado o primeiro hospital geriátrico, e acomodava de dois a três mil idosos. Ele publicou, em 1881, o livro *Lições sobre o envelhecimento*, com o relato das observações clínicas realizadas (GOMES, 1994; LEME, 1996).

Segundo Haber (1986), esses médicos propuseram uma nova maneira de entender e tratar dos idosos. Com a utilização de novas técnicas e teorias, eles caracterizaram a velhice não mais como resultado do avanço cronológico, mas de acordo com suas condições fisiológicas e anatômicas próprias. Esse fato está ligado às novas concepções da medicina, que nos séculos XVIII e XIX, pelo exercício da anatomia patológica, buscou os sinais das doenças na superfície do corpo, rompendo com o modelo secular da compreensão da doença como produto da relação do indivíduo com forças cósmicas ou divinas. Esse novo olhar sobre o corpo diferenciou o corpo envelhecido, reconheceu sinais que o diferenciaria do corpo jovem, trouxe o discurso da senescência (GOISMAN, 2002).

Essa nova concepção da medicina pautou-se no trabalho de Theodor Schwann e Rudolf Virchow, que, no final do século XIX, instrumentalizaram o estudo da questão celular, focando a célula como unidade básica da vida, responsável tanto pelo crescimento e desenvolvimento quanto pelo envelhecimento dos indivíduos. Com a utilização do microscópio, os cientistas perceberam as alterações na composição das células nos idosos, e definiram o processo de envelhecimento como uma doença progressiva, causadora de múltiplas modificações fisiológicas (HABER, 1986).

O avanço nas pesquisas biológicas fomentou os estudos sobre o processo de envelhecimento, que para Aschebaum (1995) tinham como foco desvendar os efeitos cumulativos do envelhecimento e as doenças e agressões ambientais e determinar se as funções corporais declinantes estavam associadas às modificações gerais ou específicas com o avanço

da idade e que a solução desses problemas requeria uma abordagem multidisciplinar. O mesmo autor aponta três pesquisadores na virada do século XX que trouxeram contribuições mais otimistas para a velhice e impulsionaram a criação de uma ciência para estudar o processo de envelhecimento.

O primeiro é Elie Metchnikoff, que, em 1903, criou o termo “gerontologia”, do radical grego *geron*, “homem velho”, e *logo*, “o estudo de”, nomeando um campo de investigação para os velhos. Ele realizou estudos sobre a biologia do envelhecimento, sugeriu que sua causa estava ligada a problemas do intestino grosso, relacionou evidências bioquímicas e multiculturais sobre os poderes do iogurte na longevidade humana. Apesar de sua postura rígida e o compromisso com a pesquisa, não obteve apoio nem atenção da comunidade científica, e zombaram dele como “o moderno Ponce de Leon”, em busca da juventude imortal (ASCHEBAUM, 1995; GOMES, 1994).

O segundo pesquisador é Ignatz Leo Nascher, médico americano que introduziu o termo “geriatria” em um artigo de 1909 para o *New Medical Journal*. Entretanto, é considerada o primeiro trabalho em geriatria a publicação de 1914, intitulada *The diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations*.³ A característica que trazia o destaque a esse pesquisador era a ênfase no contraste entre a velhice e a doença em si, que trouxe o conceito de que o processo de envelhecimento era uma etapa fisiológica do ciclo vital, e não um estado patológico. Advinha dessa convicção a proposta da criação de uma especialidade médica para atenção aos idosos (ASCHEBAUM, 1995). Não por acaso, segundo Katz (1996), Nascher convidou Abraham Jacobi, pai da pediatria, para escrever a introdução de seu livro. Ele tentou fazer pelos idosos exatamente o que Jacobi havia conseguido em relação às crianças: desenvolver uma base clínica que identificasse de forma separada essa fase da vida.

O terceiro autor citado por Aschebaum é G. Stanley Hall, psicólogo que, em 1922, aos 78 anos de idade, publicou o livro *Senescence: the last half of life*,⁴ o qual, por meio de evidências históricas, médicas, literárias, fisiológicas e comportamentais, argumentava que os velhos tinham recursos descartados pela sociedade. Segundo Goldstein (1999), essa publicação contradiz a crença de que a

³ As doenças da velhice e seus tratamentos, incluindo-se fisiologia do idoso, cuidado domiciliar e institucional e as relações médico-legais.

⁴ Senescência: a última metade da vida.

velhice é simplesmente o reverso da adolescência e contra-argumenta que, além das peculiaridades existentes no modo de pensar, sentir e querer dos jovens e dos idosos, haveria variações individuais independentes das diferenças etárias.

Nascher fundou, em 1915, a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque, e, em 1917, o *Medical Review of Reviews* abriu uma seção para a geriatria e convidou esse pesquisador para ser seu editor. Em sua trajetória de estudos, Nascher não se limitou aos aspectos médicos, investigou também aspectos sociais do envelhecimento. Apesar dos avanços que obteve, esse pesquisador encontrou forte resistência, pois, apesar de alguns colegas concordarem com a distinção entre causas patológicas e fisiológicas na velhice, eles não compartilharam seu interesse em pesquisas básicas nem as incorporaram em suas práticas. Por considerar as fronteiras de suas disciplinas médicas impenetráveis, Nascher estava diante de um impasse: enfatizar os aspectos biomédicos da velhice e tornar a geriatria atraente aos médicos ou associá-la às ciências sociais. Assim, seguindo sozinho, pois se considerava o único geriatra com dedicação exclusiva até 1926, não conseguiu desenvolver teorias e pesquisas que fundamentassem a especialidade da qual era fundador (ASCHEBAUM, 1995).

Para Haber (1986), o próprio Nascher tinha algumas dificuldades de distinguir o estado normal do patológico na velhice, pois todos os órgãos e tecidos sofriam modificações degenerativas, de forma que ficava a critério pessoal determinar a que ponto essas mudanças indicariam os limites entre saúde e doença. Deste modo, a especialidade médica para a velhice estava ameaçada, pois o próprio Nascher teve de admitir que a geriatria não equivalia exatamente à pediatria. Haber aponta outro problema para Nascher: como seus predecessores franceses, suas pesquisas se dedicavam mais à patologia do que à terapêutica. As curas para os problemas da senilidade eram limitadas, restritas a tônicos e estimulantes, alterações de dieta alimentar e atividades ocupacionais, como leitura, pescaria e jardinagem.

Essas práticas contrastavam com os avanços terapêuticos de outras áreas na mesma época, e talvez expliquem por que a especialidade da gerontologia demorou para ser reconhecida, pois se concretizou apenas no final do mesmo século. Segundo Haber (1986), embora um expressivo número de médicos tenha escrito um ou dois artigos sobre as doenças na senescência, nenhuma escola médica ofereceu cursos sobre velhice e nenhum periódico de prestígio dedicou páginas a extensos estudos sobre o tema. A maioria dos médicos, afirma essa autora, simplesmente ignorou o pedido de Nascher e continuou a se

concentrar em especialidades mais lucrativas ou populares.

Assim, no início do século XX, as pesquisas sobre o processo de envelhecimento aconteceram por meio de iniciativas individuais dos três pesquisadores acima citados, dentre outros. Goldstein (1999) menciona que as pesquisas dessa época estavam centradas na observação de processos fisiológicos do envelhecimento e no prolongamento da vida por meio de intervenções e tratamentos médicos, ou seja, traziam a visão ainda do século XIX da estagnação e da involução da velhice. Para Eliopoulos (2005), a literatura norte-americana reflete pouca melhoria na condição do idoso, na primeira metade do século XX. O primeiro passo significativo para a melhoria das condições da velhice naquele país foi a aprovação da *Federal Old Age Insurance Law*, um seguro social, em 1935, que proporcionou alguma segurança financeira para essa população.

A partir da década de 1930 houve um movimento para o estudo do processo de envelhecimento, com a criação da Fundação Josiah Macy Jr., nos Estados Unidos, e da Fundação Nuffield, no Reino Unido, com o propósito de divulgar internacionalmente a gerontologia e fornecer apoio financeiro para pesquisas em universidades conceituadas internacionalmente, principalmente sobre os aspectos biológicos do envelhecimento (LOPES, 2000). Em 1946, foram fundadas a Gerontological Society of América,⁵ a American Geriatric Association⁶ e a Division of Maturity and Old Age, da American Psychological Association,⁷ fatos indicadores do interesse sistemático pela velhice, que já antecipava o envelhecimento populacional que ocorreria nos Estados Unidos nas décadas seguintes (GOLDSTEIN, 1999).

Essa transição demográfica na Europa e nos Estados Unidos acarretou intensificação nos esforços de pesquisa na área do envelhecimento, ao mesmo tempo em que a sociedade passou a interessar-se cada vez mais por encontrar soluções para os problemas individuais e coletivos emergentes nas áreas de saúde, educação e seguridade social. Segundo Neri (1997), os primeiros dados de pesquisa se originaram dos estudos longitudinais em andamento e os sujeitos, anteriormente crianças e jovens, trouxeram informações sobre a vida adulta e a velhice.

Em 1950, durante a realização do I Congresso Internacional de Gerontologia, em Liège, na França, foi fundada a Internacional

⁵ Sociedade Gerontológica da América.

⁶ Associação Americana de Geriatria.

⁷ Divisão da Maturidade e da Velhice da Associação Americana de Psicologia.

Association of Gerontology (IAG), que congregava entidades científicas de vários países que estudavam a velhice, proporcionando o reconhecimento dessa especialidade como ciência (CANÇADO, 1997).

A participação da América Latina na IAG, no início, foi pequena. A Argentina foi o primeiro país a participar dos congressos e a criar uma entidade científica, o que contribuiu mais tarde para o desenvolvimento da gerontologia no Brasil (LOPES, 2000). Foi apenas na década de 1950 que a gerontologia apareceu no cenário mundial, com a realização de congressos internacionais que fomentaram nos participantes o interesse pelo estudo do processo de envelhecimento, iniciando assim o movimento para transformá-la em ciência. Esse fato está ligado ao aumento populacional de idosos na Europa e nos Estados Unidos (GOLDSTEIN, 1999).

As pesquisas transversais concentravam-se, principalmente, em temas típicos da chamada meia idade. Preponderaram investigações sobre temas femininos, como climatério, saída dos filhos de casa, depressão e aposentadoria do cônjuge, e outros como satisfação na velhice, relações familiares, identidade, autoestima, autoconceito, senso de controle, dentre outros sugeridos pelo cotidiano das pessoas mais velhas. Em geral, eram pesquisas práticas, apoiadas nas ideologias dominantes de velhice como período de perdas e de velhice bem-sucedida, como conquista e responsabilidade individual (NERI, 1997).

O contexto mundial da transição demográfica suscita debates para a problemática que o envelhecimento populacional pode acarretar, principalmente nos países em desenvolvimento, como a escassez de recursos e de investimentos públicos específicos para o idoso que vive em condições socioeconômicas deficitárias. Assim, a ONU colocou em sua agenda a criação de assembléias mundiais sobre o envelhecimento, com o intuito de comprometer os países e, em particular, os governos, com a nova questão social do envelhecimento populacional.

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em Viena, no período de 26 de julho a 06 de agosto de 1982, foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e contou com a participação de 124 países, incluindo o Brasil. Desse fórum de discussão internacional sobre o processo de envelhecimento resultou um plano de ação para o envelhecimento (ONU, 1982). Para Rodrigues et al. (2007), esse plano foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Para Camarano e Pasinato (2004), o plano internacional de ação

adotado na primeira assembleia mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os Estados membros, referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. A maioria dos temas considerados era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política. Em síntese, as autoras afirmam que a preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento, ainda que existente, não era expressa. Os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas, nem os direitos humanos recebiam tratamento adequado.

Segundo Carvalho (2007), um dos principais resultados do Plano de Viena foi colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população, uma vez que, até então, os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas.

A partir daí, foram estabelecidos alguns princípios para a implementação de políticas para o envelhecimento, sob responsabilidade de cada país participante da I Assembleia em Viena, dentre eles, o Brasil. Alguns foram editados para o direcionamento de políticas para o envelhecimento, sob responsabilidade de cada país. Desses princípios, destacam-se os seguintes: estipulação da família, em suas diversas formas e estruturas, como unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos; cabe ainda às políticas sociais preparar as populações para os estágios mais tardios da vida, assegurar assistência integral de ordem física, psicológica, cultural, religiosa/espiritual, econômica, de saúde, dentre outros aspectos; deve ser proporcionada aos idosos a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento de seus países, bem como a participação ativa na formulação e implementação de políticas, incluindo-se aquelas a eles direcionadas; os órgãos governamentais, não-governamentais e todos que têm responsabilidades com os idosos devem dispensar atenção especial aos grupos vulneráveis, particularmente aos mais pobres, mulheres e residentes em áreas rurais (RODRIGUES et al., 2007).

Nessa assembleia, também foi fixada a idade da população idosa, que ficou diferenciada em a partir de 60 anos, para os países em desenvolvimento, e a partir de 65 anos, para os países desenvolvidos (CARVALHO, 2007). Apesar do avanço das discussões sobre o envelhecimento, Camarano e Pasinato (2004) apontam que a concepção do idoso traçada era a de indivíduo independente financeiramente. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países

desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado de uma visão da medicalização do processo de envelhecimento.

Segundo Lloyd-Sherlock (2002), de maneira geral, o debate político e acadêmico vigente na década de 1990 considerava a população idosa um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns. Essa visão simplista levou a duas perspectivas polarizadas a respeito da experiência do envelhecimento populacional: a associação do envelhecimento como questão social e a contribuição desse segmento populacional para o desenvolvimento econômico e social.

Para Camarano e Pasinato (2004), a visão predominante de associar envelhecimento a dependência e a problemas sociais chega a considerar que o envelhecimento populacional pode constituir uma ameaça ao futuro das economias, da própria democracia. Como exemplo, a autora cita o documento *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote the Growth*,⁸ do Banco Mundial, de 1994, que ressalta o “impacto” do crescimento da população idosa nas políticas públicas. Esse documento diz que o mundo estaria se aproximando de uma crise do envelhecimento. Como a esperança de vida aumenta e as taxas de natalidade diminuem, a proporção da população idosa estaria se expandindo rapidamente, aumentando o peso econômico sobre a população jovem.

Ao longo da década de 1990, a questão do idoso passou a ser considerada em outros fóruns das Nações Unidas, e substituiu-se gradualmente a visão dos idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente pela visão de um segmento populacional ativo e atuante, que deve ser incorporado, na busca do bem-estar de toda a sociedade (CARVALHO, 2007).

Em 1991, as Nações Unidas aprovaram os princípios em favor das pessoas idosas, formulados em torno de cinco eixos: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. São princípios que tornam específica para esse grupo da população a Declaração Universal dos Direitos Humanos. No aspecto relativo à participação, o documento defende a integração dessas pessoas na sociedade, principalmente, por meio de sua colaboração no planejamento e execução de políticas que afetam diretamente seu bem-estar. Igualmente, propõe que as pessoas idosas devem buscar e aproveitar as oportunidades de prestar serviços à

⁸ Evitando a crise da velhice: políticas para proteger o velho e promover o crescimento.

comunidade e trabalhar como voluntárias, de acordo com seus interesses e capacidades (FONTE, 2002).

Essa política de integração do idoso na sociedade culminou, em 1992, com a aprovação da Proclamação sobre o Envelhecimento, em assembleia geral da ONU, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O lema do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de uma *sociedade para todas as idades* (CAMANARO e PASINATO, 2004).

Após a realização do Ano Internacional dos Idosos, em 1999, seguiu-se a II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU. A necessidade desse encontro decorreu das mudanças sociais, culturais e tecnológicas em todo o mundo, e dele derivou o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE) (ONU, 2002). Para Camarano e Pasinato (2004), o PIAE, como uma nova declaração política e um novo plano de ação, deveria servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Esperava-se alto impacto desse plano nas políticas e nos programas dirigidos aos idosos, principalmente nos países em desenvolvimento. Essa assembleia apresentou um contexto diferente da primeira, porque contou com a colaboração da sociedade civil, mediante a participação de aproximadamente 700 instituições não-governamentais (CARVALHO, 2007).

Era objetivo do PIAE, segundo Rodrigues et al. (2007), garantir que, em todas as partes do mundo, a população envelhecesse com segurança e dignidade e que os idosos pudessem continuar participando de suas respectivas sociedades, como cidadãos com plenos direitos. Além disso, o PIAE seria um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas. Ele fundamentou-se em três princípios básicos: 1) Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) Promoção da saúde e do bem-estar na velhice e 3) Criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Complementarmente, lançou-se o documento *Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas*, que contempla um novo paradigma de entender o envelhecimento e, ao mesmo tempo, complementa e amplia o plano. Nesse documento, conforme a OMS recomenda, políticas de saúde na área do envelhecimento devem levar em consideração os determinantes de saúde (sociais, econômicos,

comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços) ao longo de todo o curso de vida (OPAS, 2005).

Para Fonte (2002), o conceito de *envelhecimento ativo*, embora reforce a idéia de criação de oportunidades de emprego para as pessoas com mais de 60 anos, não pode restringir-se a esse aspecto. No entanto, a tendência dominante, com raízes na política de redução do Estado, é induzir uma nova imagem de velhice associada à produtividade. Dessa maneira, as diretrizes internacionais que propõem a igualdade de direitos entre as diversas gerações e reconhece as dificuldades específicas desse grupo social parecem ser distorcidas. Conclui Fonte, ressaltando que essas novas diretrizes necessitam de ser observadas criticamente, como forma de não seguir a tendência de homogeneizar as pessoas idosas.

2.3 A GERONTOLOGIA NO BRASIL

A construção da gerontologia no Brasil foi contextualizada nos eventos e políticas internacionais e no aumento populacional, os quais nortearam os estudos do processo de envelhecimento. Dadas as características de país em desenvolvimento do Brasil, a velhice enfrentava questões urgentes para o atendimento especializado. Para Goldstein (1999), essa temática provocou preocupação generalizada em diversos segmentos profissionais e fez com que, nos últimos anos, proliferassem no Brasil programas e associações destinados aos idosos, como o movimento dos aposentados, os movimentos assistenciais e os socioculturais. Segundo o mesmo autor, os programas que mais se destacaram foram os promovidos pelo Serviço Social do Comércio (SESC) e pelas universidades da terceira idade. Consolidaram-se também associações de profissionais que atendem à população idosa, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que constituiu importante fonte de informação científica, por meio de seus congressos nacionais, estaduais e de eventos regionais.

Em seu estudo intitulado *Os desafios da gerontologia no Brasil*, Lopes (2000) aponta que, nas décadas de 1950 e 1960, o trabalho médico com velhos era desvalorizado. Velhice era sinônimo de asilo, tinha caráter explorador e degradante, e muitas instituições eram criadas como depósitos de velhos. Em depoimentos descritos em seu trabalho, médicos pioneiros relatam ser hostilizados e considerados charlatões, sendo os primeiros geriatras confundidos como tal. O termo charlatão era utilizado na época para designar donos de asilos e médicos que

trabalhavam com tratamentos rejuvenescedores, com propriedades condenadas pela medicina tradicional. Isso fez com que as universidades fechassem as portas para a geriatria, o que gerou as dificuldades iniciais encontradas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia no fomento à pesquisa e em seu reconhecimento como especialidade médica. Advêm desse fato sua preocupação primeira com rechaçar tal identificação com esse estereótipo e as incessantes buscas do apoio das universidades.

O aumento da população idosa já vivenciado pelos países europeus e norte-americanos foi verificado no Brasil a partir da década de 1960, e amplamente utilizado pelos pioneiros (médicos e pesquisadores) como justificativa para implantar estudos sobre o processo de envelhecimento, também é apontado como fator determinante para a criação dessa especialidade (LOPES, 2000).

Ainda na contemporaneidade, inúmeros artigos trazem em sua introdução esse fato como justificativa desses estudos. Por exemplo, Motta, Caldas e Assis (2008), ao fazerem reflexão sobre a formação de profissionais para atenção à saúde do idoso, citam que a implantação de políticas e programas que consideram o novo perfil demográfico do país inclui a necessidade de ampliação quantitativa e qualitativa de profissionais para atuar na área do envelhecimento.

Outro exemplo é fornecido por Gorini, Severo e Silva (2008), que afirmam que o aumento populacional de idosos remete a debates e reflexões, tanto na população em geral quanto no meio acadêmico, principalmente no que tange à forma de proporcionar qualidade de vida a essa população. Frente a isso, entende-se como relevante o preparo do profissional de saúde para atuar nessa área.

Santos (2003) encontrou artigos que traziam a necessidade de incluir o ensino da enfermagem gerontológica na formação profissional, apoiados no aumento da população idosa e, principalmente, no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde, que torna relevante a necessidade de incluir no currículo do curso de Enfermagem temáticas relacionadas ao idoso, envelhecimento e velhice.

Entretanto, nessa perspectiva, há opiniões contraditórias quanto à influência do constituinte demográfico. Para Lopes (2000), o apelo aos números foi utilizado como estratégia para conquistar espaço e legitimidade, e também para fortalecer a velhice como questão pública, para assim se reivindicar uma fatia do mercado até então pertencente a especialidades médicas estabelecidas.

A divulgação no Brasil da ciência da gerontologia, mais especificamente a geriatria, que já era amplamente discutida no exterior,

iniciou-se por meio de reuniões mais sistemáticas, a partir da década de 1950, no Hospital Miguel Couto, no Rio de Janeiro. Contextualizado no aumento de internações dessa faixa etária, o avanço das discussões encaminhou para cursos sobre o tema, como o que ocorreu em 1957, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (LOPES, 2000). A mesma autora aponta que, em 1961, médicos interessados no tema, como Roberto Segadas Vianna, Paulo Celso Uchoa Cavalcanti, Abrahão Issac Waisman e um grupo de médicos do Hospital Miguel Couto fundaram a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Outra iniciativa, segundo Camanaro e Pasinato (2004), teve início em 1963, com o Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo, e foi motivada por preocupação com o desamparo e a solidão entre os idosos, que até então recebiam apenas o atendimento asilar. A ação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional.

Essas ações também são apontadas por Carvalho (2007), que considera que a atuação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, na deflagração de uma política voltada para as pessoas idosas. Isso se deve ao fato de que as instituições que cuidavam da população idosa na época apenas se voltavam para o atendimento asilar. Em 1968, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) publicou a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (RBGG), que perdurou durante a década de 1970, com temas predominantemente médicos. Apenas a partir de 1976 apareceram os primeiros artigos, que traziam como tema: gerontocriminologia, maturidade e envelhecimento; velhice – dignidade no crepúsculo (LOPES, 2000).

Em 1969, foi realizado o I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia, com a participação de três professores argentinos, um português e 200 médicos brasileiros. Os temas foram centrados na área médica: aspectos reumáticos no paciente idoso, conduta na obstrução prostática, principais técnicas de anestesia, dentre outros. Em 1971, no II Congresso Nacional, realizado em Porto Alegre, criou-se o prêmio Roberto Segadas, para o melhor trabalho em geriatria e, na década de 1980, foi criado o prêmio Guilherme Marroquim, para o melhor trabalho em gerontologia. Devido a difícil acesso à literatura, os trabalhos apresentados em eventos e nos artigos publicados eram de experiências e observações clínicas dos autores, traziam em sua introdução a apresentação da especialidade, sua definição e funções do novo especialista (LOPES, 2000).

O foco dos temas centrados na área médica mostra a falta da participação de outras áreas do conhecimento no estudo do processo de

envelhecimento nessas décadas, e evidencia que a multidisciplinaridade, ou seja, a gerontologia, ainda não era realidade.

Segundo Camanaro e Pasinato (2004), o primeiro documento do governo federal que continha algumas diretrizes para uma política social para a população idosa foi editado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1976. Ele baseou-se nas conclusões de três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e em um nacional. Os seminários objetivaram identificar as condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial existente, para atender a suas necessidades. As principais propostas contidas no documento *Política social para o idoso: diretrizes básicas* foram: implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família; revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo-se atendimento domiciliar; revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria; formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; coleta e produção de informações e análises sobre a situação dos idosos pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Esse documento traz ainda a visão predominante do período sobre o idoso, de vulnerabilidade e dependência, que instrumentaliza a forma assistencialista. Entretanto, concomitantemente, aponta para a necessidade de formação de recursos humanos e impulsiona os estudos sobre a população idosa no país, com o levantamento de dados estatísticos, que foram concretizados nos anos seguintes.

Nesse mesmo período, o governo propôs reformulações ao documento, e coube à Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) a responsabilidade de desenvolver os programas de assistência social, inclusive o de assistência ao idoso. A ação da LBA ocorreu por intermédio de dois projetos principais: o Conviver e o Asilar, que, por meio de convênios de cooperação técnica e financeira, revitalizaram os equipamentos públicos e privados de atenção ao idoso (CARVALHO, 2007).

A década de 1980 trouxe mudanças representativas na gerontologia brasileira, consequências do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, que impeliu a conscientização da necessidade de os países incorporarem a seus planos propostas de ações que garantissem o envelhecimento saudável. Um dos reflexos dos novos rumos foi o capítulo referente às questões sociais do texto constitucional

de 1988, que coincidiu com o movimento de redemocratização no país.

Essa afirmação está pautada nos achados de Camarano e Pasinato (2004). Segundo eles, como consequência do fórum de Viena, governos da América Latina modificaram suas constituições em graus diferenciados, criaram leis que favoreciam a população idosa, como a Venezuela (1999), o Equador (1998), Brasil (1988), a Bolívia (1994) e o Peru (1993).

Vários artigos da Constituição Brasileira dão garantias aos idosos. No título VIII da Ordem Social, Capítulo II da seguridade Social, na Seção IV da Assistência Social, no artigo 203 (BRASIL, 1988), consta que a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivo: I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

O artigo 230 ressalta que o apoio aos idosos é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e seu bem-estar e garantir seu direito à vida.

Para Carvalho (2007), embora a Constituição de 1988 tenha trazido grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado com a população idosa, e pode ser criminalizada, caso não o faça.

Os avanços nas discussões internacionais repercutiram na inclusão de outros profissionais na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia nessa década. A partir do V Congresso Brasileiro de 1979, foram anexados ao corpo de associados profissionais de outras áreas, e não apenas da medicina, e nomeados como membros de comissões especiais.

A multidisciplinaridade ocorreu, segundo Lopes (2000), pela pressão dos profissionais e pela influência da nova concepção que se formava sobre o envelhecimento, alimentada internacionalmente e legitimada pelo governo brasileiro, por meio da realização de seminários regionais, do seminário nacional em Brasília e pelo trabalho realizado pelo MPAS. Assim, para a autora, mais do que acolher um número crescente de profissionais, a SBGG precisava de pessoas com qualificações, não apenas para trabalhar com a doença, mas com um processo heterogêneo. Dentre essas comissões, surgiu a Comissão Especial de Gerontologia Social, coordenada por um médico e composta por uma enfermeira, uma médica, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um advogado, um nutricionista e um administrador de obras

públicas.

Com base nas diretrizes dispostas na Constituição de 1988, foi aprovada a Lei n°. 8842, de 1994, da Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto n°. 1948/96, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994). Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, das quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria, e contou com várias entidades representativas desse segmento (CARVALHO, 2007).

Segundo Rodrigues et al. (2007), essa lei teve por finalidade assegurar direitos sociais que garantissem a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Ela estipula o limite de 60 anos ou mais de idade, para uma pessoa ser considerada idosa. Como parte de suas estratégias, a referida política estabelece, entre suas diretrizes, a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais. Essa lei parece regulamentar as diretrizes já deliberadas em fóruns mundiais, como a I Assembléia de Viena e discussões das Nações Unidas, baseadas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e traz como plataforma política a inclusão do idoso na cidadania brasileira.

Assim, a Política Nacional do Idoso traz como objetivo: assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Ela tem como diretrizes, dentre outras: viabilização de formas alternativas de participação que proporcionem sua integração às demais gerações; participação em organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas e projetos a ser desenvolvidos; priorização do atendimento ao idoso por meio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento (BRASIL, 1994).

No plano da atenção à saúde, apenas em 1999 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso. Essa política foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema

Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento de suas necessidades específicas. A política apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas, com especial destaque para a promoção da saúde, e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Na opinião de Carvalho (2007), essa legislação não foi eficientemente aplicada, devido a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo. Na área de atenção à saúde especificamente, o Ministério da Saúde elaborou, em 1999, a Portaria Ministerial nº. 1395, que anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Esse fato está exemplificado nas diretrizes: promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos e as pessoas que estão envelhecendo em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida; manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais; assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados, apoio a estudos e pesquisas, que será de responsabilidade dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia assegurando-se as áreas de conhecimento de suas especialidades (BRASIL, 1999).

As discussões e os debates continuaram a acontecer no Brasil, e culminaram, em 2003, com a elaboração do Estatuto do Idoso. Segundo Costa, Mendonça e Abigail (2002), o estatuto tramitou no Congresso Nacional a partir de 1997, fomentado pela iniciativa do movimento de aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas. Em 2000, foi instituída uma comissão especial da Câmara Federal para tratar do estatuto. As autoras relatam ainda que, a seguir, realizaram-se dois seminários nacionais, um em 2000 e outro em 2001, bem como quatro seminários regionais e um promovido pela Comissão de Direitos Humanos e pela 3ª. Secretaria da Câmara Federal.

O Estatuto do Idoso foi sancionado por meio da Lei nº. 1074, de outubro de 2003, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. Ele unificou leis e políticas públicas anteriormente sancionadas e incorporou novos elementos para o estabelecimento do bem-estar dos idosos brasileiros, pautados nas diretrizes do Plano de Madri. Essa lei é composta por 118 artigos, dispostos em sete títulos: Disposições preliminares, em que define o idoso e dispõe sobre prioridade nos direitos civis; Dos direitos fundamentais, à vida, liberdade, trabalho e previdência social; Das medidas de proteção, competências; Da política de atendimento ao idoso, co-responsabilidade das instâncias públicas e privadas; Do acesso à Justiça, em que dá prioridade ao idoso; Dos crimes contra os idosos (BRASIL, 2003).

Reflexões sobre o Estatuto do Idoso se fazem necessárias, para proceder a uma avaliação, passados alguns anos da implementação dessa lei. As opiniões apontadas na literatura sobre esse estatuto são diversas, destacam as repercussões de sua implementação e os aspectos positivos e negativos de seu texto.

Pesquisa realizada por Martins e Massarollo (2008), com o objetivo de conhecer o contato da equipe multiprofissional com o Estatuto do Idoso e a interferência dessa lei na assistência ao idoso em um hospital geriátrico, revelou que os profissionais acreditam estar ocorrendo mudanças na assistência, mesmo lentamente, após a promulgação da lei, e que elas ocorreram: na equipe multiprofissional, que buscou especialização específica, melhorando a assistência; nas instituições, que se adaptaram para atender às especificidades dos idosos; nos próprios idosos e em suas famílias que, sentindo-se respaldados pela lei, passaram a reivindicar mais seus direitos.

O contraponto é apontado por autores como Néri (2005), que ressalta que essa lei reflete a ideologia de velhice como problema médico-social e dos idosos como cidadãos a ser tutelados por ser frágeis e incapazes. A lei ignora que a velhice é experiência heterogênea, depende de investimentos sociais em longo prazo, e que a capacidade de poupança da população e sua criatividade no gerenciamento de escassos recursos sociais têm sido mais valiosas ao cuidado com os idosos do que a atenção oferecida pelo Estado. Para a mesma autora, políticas de proteção social baseadas em crenças inadequadas contribuem para o desenvolvimento ou a intensificação de preconceitos e para práticas sociais nefastas aos idosos.

As reflexões sobre as políticas públicas e o Estatuto do Idoso surgem do próprio governo, na introdução do texto da política nacional da pessoa idosa de 2006:

o Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006, p. 2).

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, a qual agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma de suas prioridades a atenção à saúde do idoso (RODRIGUES, 2007).

Em 19 de outubro de 2006, por meio da Portaria GM nº. 2528, foi promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. Ela tem como diretrizes: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

As diretrizes dessa política foram incorporadas pelos profissionais enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família. Afinal, como descrevem Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), além das ações em âmbito particular e pontual, como orientações de como realizar o cuidado, a assistência à saúde, o apoio físico e emocional aos cuidadores, cabe às equipes de saúde da família ações que possibilitem intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença da população idosa. Isso significa atuações intersetoriais e com a participação da comunidade, para juntos planejarem as ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e de seus cuidadores.

2.4 A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Contextualizada nos movimentos políticos e sociais mundiais sobre o processo de envelhecimento, a partir de meados do século XX, e pela transição demográfica do envelhecimento populacional, a enfermagem foi impulsionada a realizar estudos para o atendimento às especificidades do idoso e a direcionar esforços para o desenvolvimento dessa especialidade.

A atenção à saúde do idoso e à de seus familiares é uma questão que vem sendo discutida por um número cada vez maior de profissionais da área da saúde, especialmente, da enfermagem. Esse interesse deve-se à tomada de consciência desses profissionais acerca de seu papel em um contexto de generalizada carência de recursos sociais e de saúde, e de profissionais para assistir essa clientela (SANTOS e GONÇALVES, 2008).

Há vários conceitos de enfermagem gerontológica na literatura específica. Segundo Duarte (1999, p.223), a Organização Panamericana de Saúde (OPS) define-a como:

[...] ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa.

Para Gonçalves e Alvarez (2004, p. 57), a enfermagem

gerontogeriatrica é:

[...] uma especialidade da enfermagem, que, no Brasil, vem se organizando recentemente para se constituir num corpo de conhecimentos específicos, aliado a um conjunto razoável de habilidades práticas apropriadas já acumuladas pela experiência.

Para Santos (2003), a enfermagem gerontogeriatrica fundamenta-se teoricamente na filosofia do envelhecimento, na filosofia da enfermagem e no contexto sócio-histórico da própria enfermagem. Para tanto, a enfermagem gerontogeriatrica desenvolve sua atuação em diferentes campos, como na educação formal e informal, sendo tal educação direcionada aos futuros profissionais ou aos próprios idosos e sua família; no cuidado: institucionalizado ou domiciliado; na assessoria ou consultoria de questões relacionadas ao idoso, ao envelhecimento e à velhice; no planejamento e coordenação de serviços e programas.

A enfermagem gerontológica contemporânea vem empreendendo esforços para estabelecer essa área como especialidade, em uma perspectiva do conhecimento do processo de envelhecimento direcionado à multidimensionalidade do ser idoso, compreendendo e valorizando suas necessidades biossociopsíquicas e espirituais, como integrante de uma família e comunidade.

Essa perspectiva é apontada por vários autores, dentre eles, Trentini et al. (2005) trazem que seus achados indicam que o cuidado de enfermagem com os idosos em condições crônicas de saúde não poderá se limitar ao tratamento tradicional, mas necessita abranger as experiências da vida, pois a saúde tem estreita relação com os acontecimentos cotidianos das pessoas. Dessa forma, as autoras veem a necessidade de haver um trabalho interdisciplinar.

O conhecimento direcionado à multidimensionalidade também é relatado por Hammerschmidt et al. (2007, p. 215):

É preciso utilizar conhecimentos cujos saberes e significados estejam envoltos na visão pluralista do cuidado, preservando a individualidade e a forma única de relação dialógica entre cuidador e o idoso cuidado.

Para Souza et al. (2006), respeitar a independência do idoso, ter a participação do sujeito no processo de cuidado como meta de uma

assistência qualificada e cuidar do idoso sem o invadir ou o possuir são características essenciais do trabalho de enfermagem.

O interesse da enfermagem no processo de envelhecimento vem se constituindo desde o início do século XX. O primeiro artigo de enfermagem sobre o cuidado com o idoso data de 1904, no *American of Nursing*, e apresentava muitos dos princípios que orientam a prática da enfermagem gerontológica nos dias atuais (ELIOPOULOS, 2005).

Esse dado coincide cronologicamente com o avanço das pesquisas sobre o processo de envelhecimento e com a criação do termo “gerontologia”, por Elie Metchnikoff, em 1903. Reflete, assim, a participação da enfermagem desde os primórdios do desenvolvimento dos estudos sobre o idoso e faz dessa profissão coparticipante na institucionalização dessa especialidade do conhecimento.

Vários obstáculos tiveram de ser transpostos pelas enfermeiras para o desenvolvimento desses estudos. Um deles foi o preconceito vivenciado pelas pioneiras. Eliopoulos (2005) relata que essa era uma área da enfermagem pouco popular e que as enfermeiras geriátricas eram consideradas inferiores em sua capacidade, como aquelas que não detinham conhecimento para o cuidado imediato. Os salários baixos e as condições das instalações geriátricas podem ter desencorajado o desenvolvimento inicial dessa especialidade. Segundo a mesma autora, havia uma percepção negativa nos programas educacionais, nos quais as experiências com idosos eram inadequadas, focadas nas patologias, e não nos idosos sadios que representavam a maioria da população.

Essa percepção negativa da velhice é apontada ainda na contemporaneidade, quando pesquisas demonstram a existência de atitudes negativas de profissionais e estudantes quanto à assistência de enfermagem ao idoso. Esse fato é comprovado na pesquisa de Brum, Tocantins e Silva (2005), na qual as autoras justificam essas atitudes pelos valores negativos vigentes em nossa sociedade, que constituem o estereótipo do idoso como um ser improdutivo, doente, inválido e ultrapassado, em fase final de sua vida, sem objetivos e esperanças. Para as autoras, esse profissional encontra-se “impregnado” dos valores da sociedade em que se insere, e isso se reflete em sua prática profissional, no modo de seu cuidar.

A mesma perspectiva é trazida por Reis e Ceolim (2007), na formação acadêmica, que para essas autoras, não contempla as necessidades impostas pela prática profissional e ainda está ancorada em estereótipos e preconceitos negativos.

A enfermagem gerontológica tem como pioneiras enfermeiras norte-americanas, e sua história é tema de interesse deste estudo, pois

segundo Gonçalves e Alvarez (2006), a enfermagem norte-americana tem disponibilizado, desde meados do século XX, literatura específica, por meio de publicações, no âmbito acadêmico e profissional.

A falta de valor atribuído à enfermagem geriátrica nos Estados Unidos suscitou apelo das profissionais para o reconhecimento dessa área pela American Nurses Association (ANA). Esse movimento culminou, em 1961, com a indicação de um grupo de especialistas para a promoção dessa área na prática. Em 1962, foi realizado o primeiro encontro nacional do Grupo de Conferência sobre Prática de Enfermagem Geriátrica da ANA e, em 1966, houve o reconhecimento dessa especialidade nos Estados Unidos da América (ELIOPOULOS, 2005). Segundo a autora, esse grupo foi ainda responsável por: o desenvolvimento dos Padrões da Prática de Enfermagem Geriátrica, em 1969; a certificação das primeiras 74 enfermeiras reconhecidas como geriátricas, em 1975; e a criação do *Journal of Gerontological Nursing*, nesse mesmo ano. Em 1976, a Divisão de Enfermagem Geriátrica passou a denominar-se Divisão de Enfermagem Gerontológica, objetivando refletir um âmbito mais amplo do que o atendimento ao idoso enfermo. Esse movimento repercutiu no fomento a pesquisas e publicações naquele país, acarretou aumento significativo no número de textos de enfermagem gerontológica com qualidade literária.

No Brasil, há grande esforço empregado por pequeno grupo de enfermeiras pioneiras, para o desenvolvimento da enfermagem gerontológica, no sentido de estudar e divulgar a especialidade e propiciar estímulo ao aperfeiçoamento de novos profissionais nessa área, frente à crescente demanda do aumento populacional de idosos (GONÇALVES e ALVAREZ, 2006).

Esses esforços intensificaram-se nas últimas três décadas, contextualizados nas Políticas Internacionais e Nacionais do Idoso, como o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, em 1982, e mais significativamente com a promulgação da Política Nacional do Idoso, em 1996, que direcionam a promoção, manutenção e reabilitação da saúde.

Essa percepção está fundamentada em pesquisa, como de Oliveira e Moreira (2007), que, ao fazer a análise das dissertações e teses de enfermagem sobre o idoso, constataram que os picos de produção sobre o idoso avizinham-se dos períodos de maior discussão sobre o tema no Brasil, que foram aqueles em que as leis e políticas federais foram efetivadas. O interesse por essa população deu-se pelo aumento combinado do número demográfico de idosos no país, com a criação das leis específicas para os idosos, o incentivo em instituir o

ensino de geriatria e gerontologia nas universidades, e culminou com o incremento da produção científica em enfermagem.

Os primeiros esforços para o estudo do envelhecimento em enfermagem no Brasil datam da década de 1970, com produções esparsas e a criação do primeiro Grupo de Pesquisa em Enfermagem, o NESPI da Universidade Federal da Bahia, em 1973 (CALDAS e AMORIM, 2004). A partir da década de 1980, ocorreu uma produção científica ainda pouco significativa, porém, continuada, principalmente no meio acadêmico, em programas de pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado (GONÇALVES e ALVAREZ, 2006).

O desenvolvimento dos estudos e o aumento quantitativo e qualitativo dos pesquisadores em enfermagem gerontológica culminaram, em 1996, com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. Idealizada e organizada pelo Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), com participação de profissionais do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriátrica (NIPEG), sediado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (GONÇALVES e ALVAREZ, 2006).

O local e a coordenação desse primeiro evento se explicam pela trajetória de estudos que o GESPI já desenvolvia havia uma década, constituindo-se como mola propulsora para a socialização do conhecimento entre os vários pesquisadores e seus grupos, bem como as relações políticas entre seus pares. As Jornadas Brasileiras foram realizadas sob uma temática central e tiveram como coordenadoras professoras vinculadas aos grupos de pesquisa, que estão detalhadas a seguir, a partir dos *folders* de divulgação e de livros programas destes eventos.

A I Jornada foi realizada na cidade de Florianópolis, de 28 a 30 de março de 1996, sob a coordenação da prof^{ra} Lúcia Hisako Takase Gonçalves, com apoio da ABEn e teve como tema: Cuidado como essência da enfermagem geriátrica e gerontológica. As mesas redondas tiveram como foco dos debates: A concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica; O estado da arte na produção de conhecimentos da enfermagem geriátrica e gerontológica; Tecnologias em enfermagem geriátrica e gerontológica; O enfermeiro no contexto interdisciplinar da gerontologia; Arte, ética e estética: o envelhecimento humano e a enfermagem. Ainda, aconteceram as palestras: Vivendo a arte no processo de envelhecer e Como a arte cinematográfica reflete o envelhecer humano?

Os temas apresentados parecem demonstrar que os debates estiveram direcionados para a compreensão da enfermagem gerontológica como especialidade, pois relatam o cuidado, as pesquisas e tecnologias adotadas, e o papel da enfermagem na equipe multidisciplinar. Essa preocupação com a compreensão está contextualizada no processo de maturação dessa especialidade no país, e suscita nas enfermeiras pioneiras a divulgação de seus estudos, bem como a agregação de mais simpatizantes ao estudo do processo de envelhecimento.

Foi acordado nesse evento que a periodicidade dessas jornadas seria a cada dois anos, em diferentes regiões do país. Entretanto, devido a dificuldades de várias ordens, como a de mobilizar enfermeiras especialistas e principalmente de levantar recursos financeiros, as duas jornadas seguintes estiveram associadas a eventos de maior porte (GONÇALVES e ALVAREZ, 2006).

A II Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica ocorreu de 12 a 15 de maio de 1999 em Foz do Iguaçu/PR. Esse evento foi realizado em conjunto com o I Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul; II Congresso Sul Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; II Simpósio Brasileiro e I Jornada Paranaense de Cirurgia Geriátrica; e encontro das universidades. Esse fato denuncia as dificuldades financeiras encontradas pelas pioneiras para a realização dos primeiros eventos, que as fez agregar essa jornada a eventos de maior suporte econômico e financeiro.

Essa jornada teve como organizadoras as enfermeiras Ana Lúcia Pinto, Sílvia Maria Azevedo dos Santos e Lúcia H. Takase Gonçalves, o tema foi: A especificidade da enfermagem gerontogeriatrica e o objetivo, a oportunidade para discutir, avaliar e considerar as possibilidades e os avanços da assistência de enfermagem ao idoso no âmbito da equipe multidisciplinar, face ao Mercosul.

No convite à participação do evento, a comissão organizadora ressalta a oportunidade ímpar na congregação de enfermeiras(os) brasileiras(os) do Cone Sul para discutir a especificidade do cuidado de enfermagem ao idoso, no contexto da atuação profissional com enfoque multidisciplinar. Para tal, complementa que a participação de seus pares nesse evento, bem como a apresentação de suas produções técnico-científicas, seria essencial para o desenvolvimento da área da enfermagem gerontológica. Assim, transparece o empenho das organizadoras do evento, no fortalecimento da especialidade no país, ao convocar seus pares para a demonstração do conhecimento científico, no Ano Internacional do Idoso.

No ano seguinte, foi realizada a III Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, de 1 a 4 de novembro de 2000, na cidade de Salvador, novamente, em conjunto com outros eventos: VI Jornada Bahiana de Geriatria e Gerontologia; e Semana do Idoso. O tema central foi: Educação para a formação de recursos humanos. Na mensagem de convite ao evento, a comissão organizadora tinha como objetivo fazer daquele encontro uma oportunidade de crescimento profissional, para oferecer ao idoso uma vida digna de cidadão e uma assistência de saúde eficaz e humanitária. Conclamava a participação diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano e sustentava que, somente com a união de todos, as adversidades seriam vencidas.

Tendo como coordenadora a enfermeira Marilene Bacellar Baquero, as palestras se concentraram nos dias 02 e 03 de novembro, com os temas: Formação de recursos humanos na enfermagem geriátrica e gerontológica; A violência silenciada no universo dos idosos; Qualificando a equipe de enfermagem na assistência ao idoso; O estresse e a qualidade de vida no cuidado com o idoso; Níveis de dependência do idoso, com enfoque na formação de recursos humanos; A morte e o morrer com dignidade; Relações interpessoais entre idosos e funcionários de residência de idosos; Cuidando do idoso portador de Parkinson; Cuidando do idoso portador de demências.

Houve a inclusão de oito cursos pré-eventos, dentre eles, estavam quatro ministrados por enfermeiras: Cuidado domiciliar, pela enfermeira Clarice Oliveira; Novos curativos, enfermeira Tânia Menezes; Violência contra o idoso, enfermeira Rosário Menezes e Osteoporose, enfermeira Marilene Baquero. Ressalta-se a participação das enfermeiras como coordenadoras da metade dos cursos oferecidos nesse evento. Esse fato demonstra o desenvolvimento do conhecimento científico da enfermagem nessa área, responsável por tão importantes temas que permeiam o atendimento multidisciplinar na promoção da saúde do idoso. O diferencial dessa jornada foi a organização em forma de palestras, com temas voltados para a formação de recursos humanos e a compreensão do significado do ser idoso, temas essenciais para uma especialidade ainda em formação.

A IV Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica foi realizada em Santos, em 29 de maio de 2003, em conjunto com o 3º. Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Caracteriza essa jornada a concentração em um dia, com a organização das professoras Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e Dra. Maria José D'Elboux Diogo, e o tema central foi Cuidadores: realidade, possibilidades e limites de atuação em gerontologia. A escolha do tema

central demonstra a preocupação crescente da enfermagem com relação aos cuidadores de idosos, que suscitou debates e palestras, na busca por princípios norteadores da capacitação do cuidador e sua relação com a equipe de enfermagem.

No ano seguinte, de 8 a 10 de setembro de 2004, ocorreu a V Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em Florianópolis, junto com a 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem. Sob organização das professoras Ângela Alvarez, Lúcia Takase Gonçalves e Sílvia Azevedo dos Santos, com a parceria da ABEn, essa jornada teve como tema central: O cuidado do idoso contemporâneo. As mesas redondas tiveram como temas: O estado da arte na produção do conhecimento em enfermagem gerontogeriatrica; A promoção do envelhecimento saudável; Feridas e incontinências em pacientes geriátricos; Cuidado com os pés e prevenção de quedas em pacientes geriátricos; Políticas públicas de saúde para o envelhecimento; A enfermagem face a negligência, abuso e violência contra o idoso; Neuropsiquiatria e a enfermagem; Assistência domiciliar de pacientes idosos; Vídeo-debate: uma tecnologia educativa para a gerontocultura.

Essa jornada já demonstra ampliação dos temas abordados, indica o avanço dos estudos da enfermagem. Temas como a análise da produção do conhecimento em enfermagem gerontológica, o desenvolvimento de tecnologias de educação voltadas a essa faixa etária, a relação atenção à saúde do idoso e o currículo da enfermagem e a discussão de políticas públicas de saúde demonstram claramente o amadurecimento da enfermagem brasileira nessa área. Houve transposição dos limites da socialização do cuidado com o idoso e a formação de recursos humanos, foco das jornadas anteriores, na reivindicação do papel político nas mediações da atenção à saúde do idoso na sociedade brasileira.

A VI Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica ocorreu em Ribeirão Preto, de 05 a 07 de outubro de 2006. Sob a organização do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica - NUPEGG e a professora Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, como coordenadora, teve como tema central: Fragilidade da vida, desafios para a longevidade humana. Esse tema foi escolhido pela comissão organizadora, segundo mensagem do evento, devido ao aumento quantitativo de idosos, sem que ocorresse a implementação de políticas públicas eficazes, e por ter a universidade pública a responsabilidade social de formar profissionais para atender a essa parcela populacional.

A tônica das relações políticas, como aconteceu na jornada

anterior, foi reforçada nesse evento, e demonstra o grau de amadurecimento que a enfermagem gerontológica alcançara naquele ano, como fruto do desenvolvimento das pesquisas durante uma década de jornadas brasileiras e o conseqüente incremento dos estudos do processo de envelhecimento nos programas de pós-graduação, fato também apontado pela comissão organizadora do evento.

Os temas das mesas redondas foram: O cuidado na população que envelhece; Implementação das políticas públicas na atenção de idosos; e Formação profissional para o cuidado da vida longa. As palestras tiveram como característica a multidisciplinaridade, e abordaram temas como: Fragilidade da vida e envelhecimento, tendo como palestrantes um médico e uma enfermeira; Políticas públicas de atenção à saúde e envelhecimento no Brasil; Políticas de educação frente ao envelhecimento; Fisioterapia no idoso frágil.

A VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica ocorreu dia 03 de junho de 2008, em Porto Alegre, integrando o 16º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Apresentou como tema geral: A enfermagem gerontológica e geriátrica: desafios na formação e no processo de cuidar, e teve como objetivos: a divulgação de conhecimento na área, a troca de experiências e reflexões sobre os direcionamentos atuais e futuros das questões relativas à enfermagem geriátrica e gerontológica. A coordenadora geral desse evento foi a Profa. Marion Creutzberg, com a parceria da ABEn e escolas de enfermagem daquele estado.

No painel de abertura, o tema foco de discussão foi: A formação do enfermeiro e as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa. A tônica das políticas públicas continuou em debate, o que demonstra, mais uma vez, a preocupação da enfermagem com se apropriar das diretrizes, instrumentalizar os profissionais para participar da elaboração delas, para melhor atendimento e qualidade de vida do idoso brasileiro.

Os temas seguintes abordados nesse dia, em mesas redondas e palestras, foram: Desafios contemporâneos no processo de cuidar na velhice avançada e Pesquisa multicêntrica em gerontologia, o que demonstra a preocupação com a socialização do conhecimento no atendimento a essa faixa etária, preocupação vigente desde a primeira jornada brasileira.

O Rio de Janeiro sediou a VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, de 14 a 16 de abril de 2010, cujo tema foi Desafios para a enfermagem em relação à atenção integral ao idoso, sob o esforço competente das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro e ABEn/RJ, com a coordenação da Profa. Dra. Célia Pereira Caldas. Os

objetivos foram: Favorecer o debate sobre as articulações existentes entre a qualidade do ensino, o mercado de trabalho e o cuidado de enfermagem gerontológica e geriátrica; Oferecer cursos para profissionais e estudantes de Enfermagem sobre enfermagem gerontológica e geriátrica, em diferentes abordagens metodológicas; Fortalecer a ação interinstitucional na atenção à saúde do idoso no meio acadêmico e científico; Caracterizar intercâmbio de conhecimento e experiência sobre a atenção do idoso nos diversos cenários assistenciais; e Apontar para a relevância do debate sobre atenção ao envelhecimento saudável do idoso nos diversos cenários assistenciais.

Esse evento, conforme os objetivos propostos, atendeu à diversidade da atenção ao idoso na atualidade, quando foram ministrados cursos de aperfeiçoamento, palestras com foco na complexidade do cuidado na prática assistencial, o estado da arte da pesquisa no Brasil, experiências internacionais e a formação de recursos humanos para a área da gerontologia. Cabe aqui destacar a reunião de lideranças nacionais, ocorrida no dia 15 de abril, na qual foi apresentado ao grupo presente o Regimento Interno do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, como departamento da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Esse fato é de relevância ímpar para a pesquisa, pois demonstra claramente a organização política implementada pela especialidade, sendo facilitador de visibilidade e enfrentamento da categoria no atendimento à saúde do idoso no Brasil.

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem gerontológica, socializado durante as jornadas, e o aumento da quantidade das pesquisas reflete o amadurecimento dessa especialidade. O fato de acontecerem oito jornadas, independentemente de terem ocorrido agregadas a outros eventos, demonstra o crescimento contínuo do interesse da enfermagem por essa área do conhecimento, seu caminhar a passos largos para sua institucionalização como especialização do conhecimento, dentro da enfermagem brasileira.

2.5 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL

A afirmação do crescimento contínuo está fundamentada na pesquisa realizada para esta revisão de literatura, que propiciou o estudo sobre o estado da arte das pesquisas de enfermagem nessa área, configurada em forma de artigo científico apresentado a seguir. A

elaboração do manuscrito teve a coparticipação de professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que contribuíram com sua experiência nas áreas da gerontologia e da pesquisa histórica. Esse manuscrito foi submetido à *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, em seu número temático sobre saúde do idoso, em abril de 2010.⁹

RESUMO

Este estudo tem como objetivo historicizar a construção da produção do conhecimento em Enfermagem Gerontológica no Brasil. É um estudo sócio-histórico, com abordagem qualitativa, sob o referencial teórico de Eliot Freidson, que relaciona conhecimento ao poder profissional. É um estudo exploratório qualitativo descritivo documental. Utilizou como fontes bases de dados eletrônicas. Nos resultados encontramos 473 pesquisas a partir da década de 1970 até março de 2010; 39 grupos de pesquisa, sendo 08 com especificidade no estudo sobre o idoso e 31 que contêm entre suas linhas de pesquisa, o estudo do envelhecimento humano. Conclui-se que o escopo da produção científica em enfermagem sobre o processo de envelhecimento e o número crescente de grupos de estudos interessados nessa temática, refletem os avanços teórico-metodológicos desse conhecimento especializado.

Descritores: Historia da Enfermagem; Saúde do Idoso; Pesquisa em Enfermagem; Gerontologia

ABSTRACT

This research is aimed to the production of knowledge in Gerontological Nursing in Brazil. It is a socio-historical research with a qualitative approach that Eliot Freidson is the author reference. It is a exploratory, qualitative, descriptive and documental study. Research sources were electronic databases. Listed in this search were collected 473 articles from the 1970s until March 2010 and 39 research groups, 8 with specialty in the study of the elderly and 31 that have the study of human aging as an approach line. We concluded that the scope of scientific production in nursing about the aging process and the growing number of groups of studies investigating this issue, reflect the theoretical and methodological improvements that expertise.

⁹ Título do manuscrito: A construção histórica do conhecimento da enfermagem gerontológica no Brasil. Autoria: Denise Faucz Kletemberg; Maria Itayra Padilha; Lúcia Hisako Takase Gonçalves; Míriam Süsskind Borenstein; Ângela Maria Alvarez; Aline Coelho Ferreira.

Descriptors: History of nursing; Health of the Elderly; Nursing Research

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es historizar la construcción de la producción del conocimiento en Enfermería Gerontológica en Brasil. Se trata de un estudio socio-histórico, exploratório y descriptivo, con enfoque cualitativo, desde el marco teórico de Eliot Freidson, autor que relaciona el conocimiento al poder profesional. Los datos fueron recolectados de bases de datos electrónicas. En los resultados se encontraron 473 investigaciones realizadas desde la década de setenta hasta marzo de 2010; 39 grupos de investigación, 8 con estudios específicos sobre los ancianos y 31 que contienen en su área de investigación, estudios sobre el envejecimiento humano. Se concluye que el ámbito de la producción científica de enfermería sobre el proceso de envejecimiento y el creciente número de grupos de estudio sobre este tema, reflejan los avances teóricos e metodológicos de ese conocimiento.

Descritores: Historia de la Enfermería; Salud del Anciano; Investigación en Enfermería

INTRODUÇÃO

A enfermagem brasileira congruente com os movimentos políticos e sociais mundiais sobre o envelhecimento populacional a partir de meados do século XX, e pela transição demográfica do envelhecimento, foi impulsionada a desenvolver estudos para o atendimento às especificidades do idoso. Esses esforços se intensificaram nas últimas três décadas, concomitantemente ao Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, em 1982, e mais significativamente com a promulgação da Política Nacional do Idoso, em 1996.

Essa constatação está fundamentada em pesquisa sobre as dissertações e teses de enfermagem sobre o idoso, a partir das quais se verificaram picos de produção coincidentes aos períodos de maior discussão sobre o tema no Brasil, que foram aqueles em que as Leis e Políticas Federais foram efetivadas.¹ O interesse por essa população deu-se pela combinação entre o aumento proporcional do número de idosos na população do país, a criação das leis específicas para garantir os direitos dos idosos e o incentivo para instituir o ensino de Geriatria e

Gerontologia nas universidades, que impactou no incremento da produção científica em enfermagem.

Os primeiros esforços para o estudo do envelhecimento em enfermagem no Brasil, datam da década de 1970, com produções esparsas e a criação do primeiro Grupo de Pesquisa em Enfermagem, o NESPI da Universidade Federal da Bahia, em 1973.² A partir da década de 1980, ocorreu uma produção científica pequena, porém continuada, principalmente no meio acadêmico em programas de pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado.³

O desenvolvimento dos estudos e o aumento quantitativo dos pesquisadores em enfermagem gerontológica permitiram em 1996, a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em Florianópolis,³ e em 2010 alcançou sua oitava edição, no Rio de Janeiro. Na contemporaneidade a atenção à saúde do idoso e seus familiares é uma questão que vem sendo discutida por um grupo cada vez maior, de profissionais da área da saúde. Esse interesse se deve à tomada de consciência desses profissionais acerca de seu papel em um contexto de generalizada carência de recursos sociais e de saúde, e de profissionais para assistir a essa clientela.⁴

Essa procura pelo conhecimento é explicada por Eliot Freidson como busca pelo poder profissional. Para esse sociólogo, as profissões, para alcançarem o reconhecimento social, buscam o conhecimento especializado, na educação superior e a consequente autonomia de seu processo de trabalho, para deter o poder profissional sobre uma ocupação.⁵ O conhecimento, como meio para preservar o controle sobre o mercado de trabalho e o modo de transmissão desse conhecimento, é foco de reflexão de Freidson. Para o autor, nenhum dos métodos de controlar a prática das qualificações e os termos de seu emprego é tão efetivo como o método viabilizado pelo ensino das profissões. Um corpo docente com dedicação deve ter tempo para refinar, revisar e codificar o corpo de conhecimento, bem como criar novos elementos.⁵ Essa refinação e elaboração de novos conhecimentos tem o propósito de instrumentalizar os profissionais no atendimento qualificado à população idosa, dando o embasamento científico necessário para a construção dessa especialidade.

A relevância do saber para o poder ou *status* profissional, fomentou este estudo, que tem como objetivo refletir sobre a construção histórica da produção do conhecimento em enfermagem gerontológica no Brasil, a partir de 1970 até o presente. Para o alcance desse objetivo, foi necessária a análise do desenvolvimento das pesquisas e dos grupos

de pesquisa de enfermagem sobre o processo de envelhecimento, contextualizadas com o período histórico dessas publicações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica documental, com abordagem qualitativa. A pesquisa histórica traz contribuição significativa para a enfermagem, remete os profissionais a uma visão crítica dos constituintes sociopolíticos e culturais que entremearam a constituição dela como profissão. Essa percepção propicia uma amplitude de análise desses fatores, permite a visualização e compreensão dos avanços e das dificuldades encontradas nessa construção.⁶ Foram utilizadas duas fontes documentais: A primeira foram os bancos de dados eletrônicos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SciELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Banco de Dados de Enfermagem) e o CEPEn/ABEn (Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, da Associação Brasileira de Enfermagem), com os descritores: idoso, gerontologia, velhice. Foram elencados pelo banco de dados *on-line* 473 estudos de pesquisa no período de 1970 até março de 2010. Cabe aqui ressaltar que esse número não reflete rigorosamente a realidade, pois, devido as falhas de indexação por diversos motivos, outros estudos provavelmente não foram incluídos nos estudo. Para facilitar a análise dos dados, os trabalhos foram identificados e separados segundo as décadas nas quais foram publicados, o que possibilitou a contextualização histórica dos fatos e da produção do conhecimento.

A segunda fonte de dados foi o Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil, do CNPq, em base corrente, para identificar os Grupos de Pesquisa sobre o processo de envelhecimento no Brasil. Os termos de busca foram a associação da palavra enfermagem com as variantes do processo de envelhecimento, como: idoso; envelhecimento; gerontologia; geriatria; velhice. Para inclusão do grupo, foram utilizados como critério, os termos das variantes do processo de envelhecimento como palavras-chaves na descrição da linha de pesquisa do grupo. Assim, nessa listagem estão grupos que não têm como foco principal o idoso, mas que possuem, em uma ou mais de suas linhas de pesquisa, o envelhecimento como objeto possível de estudo. Foram elencados 39 grupos de pesquisa, sendo oito com especificidade no estudo sobre o idoso e 31 que possuem, dentre suas linhas de pesquisa, o estudo do envelhecimento humano. Após a coleta de dados, estes foram agrupados pelas semelhanças elencadas através das palavras chaves selecionadas anteriormente e formadas duas categorias de análise. São elas: A

pesquisa em enfermagem gerontogeriatría os grupos de pesquisa em enfermagem gerontogeriatrica.

O presente estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, por tratar-se de uma pesquisa documental, e ter utilizado apenas fontes de domínio público para sua concretização, porém os pesquisadores seguiram rigorosamente os cuidados éticos na busca, análise e discussão dos resultados.

RESULTADOS

A pesquisa em Enfermagem Gerontogeriatría

A busca pelo conhecimento, a *expertise*, é reconhecida por Eliot Freidson como instrumento de poder profissional. Uma das frases citada em seu livro *Renascimento do profissionalismo* que chama a atenção para o presente estudo é: “O conhecimento em si não dá poder especial: somente o conhecimento exclusivo dá poder a seus detentores”.^{5:104} E essa busca pelo conhecimento exclusivo acaba por determinar as especializações dentro das profissões. Esse discurso do monopólio do saber profissional é vivenciado na contemporaneidade pela enfermagem, que busca no conhecimento científico delimitar seu espaço na área da saúde, desenvolvendo e criando novas especializações que deem conta da amplitude do saber.

O direcionamento para a resolução dos problemas enfrentados pelos idosos, compõe o discurso dos profissionais da enfermagem na área de gerontologia e exige o desenvolvimento de conhecimentos e ações que deem suporte e subsídios para o suprimento das necessidades dos indivíduos dessa faixa etária e contribuam para a formação dos profissionais envolvidos.⁷ Assim, para compreender a evolução histórica do conhecimento em enfermagem gerontológica no Brasil é imperioso que se proceda à análise das pesquisas desenvolvidas, que retratam o caminhar dessa especialidade, contextualizada na realidade mundial e nacional do interesse pelo estudo do envelhecimento humano.

O direcionamento para o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem na área do envelhecimento vem ocorrendo desde 1904, data da publicação do primeiro artigo de enfermagem sobre o cuidado ao idoso, no *American Journal of Nursing*, o qual apresentava muitos dos princípios que orientam a prática da enfermagem gerontológica nos dias atuais.⁸ Esse dado coincide cronologicamente com o início das pesquisas sobre o processo de envelhecimento e com a criação do termo “gerontologia” por Elie Metchnikoff, em 1903.⁹ Reflete, assim, a participação da enfermagem desde os primórdios do desenvolvimento

dos estudos sobre o idoso, e faz dessa profissão co-participante na institucionalização dessa área do conhecimento.

Vários obstáculos tiveram de ser transpostos pelas enfermeiras para o desenvolvimento desses estudos. Um deles foi o preconceito experienciado pelas pioneiras nessa área. As enfermeiras geriátricas eram consideradas inferiores em sua capacidade, como aquelas que não detinham conhecimento para o cuidado imediato. Os salários baixos e as condições das instalações geriátricas podem ter desencorajado o desenvolvimento inicial dessa especialidade. Havia uma percepção negativa dela nos programas educacionais, nos quais as experiências com idosos eram inadequadas, focadas nas patologias e não nos idosos sadios que representavam a maioria da população.⁸

Nas duas últimas décadas do século XX, a enfermagem procurou superar as limitações do modelo tradicional da ciência e, mais especificamente, do modelo biomedicomecanicista dominante na atenção à saúde. Essa mudança fez surgir um cuidado mais subjetivo, com significado pessoal, que enfrentava a diversidade das situações do cotidiano e passou a valorizar o estar junto com o outro, o buscar conhecer o outro com suas diferenças sociais e culturais.¹⁰

Na década de 1970 houve produção esparsa de trabalhos em enfermagem gerontológica.¹¹ O quantitativo reduzido, aliado às dificuldades de indexação das produções daquela década, ficou estampado na coleta de dados, quando cronologicamente a busca eletrônica não computou trabalho nessa década. Cabe ressaltar que essa ausência apenas confirma dados da escassez de pesquisas publicadas.

A produção científica da enfermagem sobre o idoso se manteve pequena na década de 1980. No levantamento realizado nas bases de dados relativas à produção científica em periódicos e no Banco de Teses do CEPEN foram encontrados 21 trabalhos, sendo uma tese de livre-docência, seis dissertações de mestrado e 14 artigos em revistas científicas. Cabe novamente salientar que esse quantitativo não expressa com fidedignidade a produção científica da enfermagem brasileira daquela década, devido às dificuldades de indexação desses trabalhos mais remotos. No entanto, observam-se indícios de que se iniciava um fomento às pesquisas. Esse fato se justifica por ser essa a década do início do debate sobre o processo de envelhecimento em nível mundial.

A década de 1980 trouxe mudanças representativas na gerontologia brasileira, consequências do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, que impeliu a conscientização da necessidade dos países de incorporar em seus planos, propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. Um dos reflexos dos

novos rumos foi o capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988, que coincidiu com o movimento de redemocratização no país. A partir dessa assembléia ocorrida em Viena, os países com uma grande população jovem e em desenvolvimento, como o Brasil, a China e Índia, foram chamados a refletir sobre o impacto do envelhecimento populacional em suas sociedades nas próximas décadas e a necessidade de desenvolver políticas de apoio à velhice.

Percebe-se aumento quantitativo de trabalhos a partir de meados dessa década, com destaque para 1985, ano em que foram defendidas quatro dissertações de mestrado sobre a temática. Esse número aponta o início da produção científica vinculada aos programas de pós-graduação no país de forma mais impactante e demonstra o interesse dos docentes pesquisadores pela temática que se configurava na agenda mundial. Dados do BDEF apontam a defesa da primeira tese de livre-docência sobre idoso, em 1989, pela Profa. Maria Coeli Campedelli, intitulada: *Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo*.

Com base nas diretrizes dispostas na Constituição de 1988, foi aprovada a Lei n. 8842, de 1994, da Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto n.º 1948/96, que assegurava direitos sociais à pessoa idosa, criava condições de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmava seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.¹² Nesse contexto o quantitativo de trabalhos publicados sobre o processo de envelhecimento na área da enfermagem teve discreto aumento, quando foram encontrados 71 trabalhos, com destaque para os três últimos anos da década de 1990. No ano seguinte à publicação da Política Nacional do Idoso se constatou um aumento significativo na publicação de trabalhos (19 trabalhos), número que se manteve nos anos seguintes.

Se até então houve aumento pequeno, porém constante na produção científica de enfermagem sobre o processo de envelhecimento, a virada do século XXI assistiu a uma explosão quantitativa no número de trabalhos. Foram 381, divididos de forma mais equânime durante os primeiros anos da década, com acréscimo acentuado a partir de 2004 com 45 trabalhos, 2005, com 41, 2006, com 45, 2007, com 38, 2008, com 57 e 2009, com 21. Esse acréscimo acentuado ocorreu devido a: expansão histórica dos programas de mestrado e doutorado iniciada na década anterior, da realização da Segunda Assembléia Mundial de Madri, em 2002, e da promulgação no Brasil do Estatuto do Idoso em 2003.

Pesquisa realizada para a análise das dissertações e teses de Enfermagem sobre idoso, realizadas no Brasil entre 1979 e 2004,¹ aponta que dos 74 estudos desenvolvidos sobre idosos entre 1999 e 2004, houve maior número de estudos no ano de 1999, com o total de 15, sendo 10 dissertações e cinco teses de doutorado. Em 2000, a Enfermagem brasileira produziu 14 estudos, sendo 13 dissertações e uma tese. Em 2001, as 11 pesquisas desenvolvidas foram realizadas por mestrandos. Já em 2002, 11 dissertações e três teses foram desenvolvidas, do total de 14 estudos. Com relação aos temas de investigação das teses e dissertações analisadas no mesmo trabalho, identificou-se predomínio de pesquisas sob a ótica do idoso como paciente, nas quais os autores tentavam avaliar algum aspecto relevante a sua doença ou à hospitalização. Em menor escala, houve estudos sobre medicina preventiva; a preocupação com a qualidade de vida; saúde mental da pessoa idosa; e o autocuidado. Pesquisas sobre ética e a promoção do desenvolvimento social, político ou intelectual dos idosos não foram evidenciadas na análise das autoras, as quais concluíram que existem lacunas importantes na produção de conhecimento sobre a população idosa na enfermagem brasileira.

Esses dados coincidem com outra pesquisa bibliográfica realizada para analisar a produção científica sobre o idoso na Revista Brasileira de Enfermagem¹³, no período de 2000 a 2006, que trouxe como achados: maior concentração da quantidade da produção científica a partir de 2004; maioria de pesquisas com abordagem qualitativa; concentração da produção científica na região sudeste do país, com predominância de autores doutores e quase em sua totalidade ligados a programas de pós-graduação *stricto sensu*.

O número reduzido de trabalhos na perspectiva da promoção da saúde ao idoso está confirmado também no levantamento dos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, entre 1998 e 2002¹⁴. Dentre os 285 trabalhos elencados na área da saúde do idoso, apenas três trataram do idoso sob uma perspectiva de grupo para promoção da saúde e 22 ainda enfatizaram os grupos de autoajuda como estratégia para atividade de educação em saúde, principalmente, para controle de doenças crônico-degenerativas.

O volume de estudos encontrados aponta crescimento vertiginoso da produção científica da Enfermagem em Gerontologia, em especial, na virada do século XXI, o que confirma a consolidação da pesquisa nessa área. Para Freidson, o desenvolvimento da *expertise* é fundamental para estabelecer a autoridade em coordenar a divisão de trabalho de uma profissão.⁵ Dessa maneira, a enfermagem brasileira vem caminhando a

passos largos para a fundamentação de um corpo de conhecimento especializado, que dê respaldo científico para a institucionalização dessa área como especialidade da enfermagem.

Os Grupos de Pesquisa em Enfermagem Gerontogerátrica

A análise dos trabalhos publicados em enfermagem sobre o processo de envelhecimento, remete, quase que obrigatoriamente, a análise também da criação dos grupos de pesquisa no país. Sendo eles responsáveis diretos pelo fomento à produção científica, faz-se necessário aqui historicizá-los, buscando-se contextualizá-los nos constituintes históricos que permearam a construção da especialidade da enfermagem gerontológica. Nesse sentido, identificam-se duas categorias de grupos envolvidos em estudos relativos ao idoso. No primeiro, foram incluídos os oito grupos que tinham no próprio título a especificidade do cuidado ao idoso, que será apresentado no primeiro quadro. No segundo foram incluídos os 31 grupos restantes, cujas linhas de pesquisa também focam o processo de envelhecimento.

Quadro 1 – Grupos de Pesquisa em Enfermagem com especificidade na saúde do Idoso. Florianópolis, 2010

Ano de criação	Nome do grupo	Instituição	Linhas de pesquisa
1973	NESPI- Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso	UFBA	Atenção à Saúde do Idoso; Ética na Saúde e Enfermagem; Família e Assistência Domiciliar; Informação e Comunicação na Assistência ao Idoso; Violência e Saúde do Idoso.
1982	GESPI- Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas	UFSC	Arte criatividade e tecnologia em saúde e enfermagem; Cuidado e processo de viver, ser saudável e adoecer; Educação, saúde e enfermagem.
1985	NUPEGG - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica -	USP	Educação em saúde; O processo de cuidar do adulto com doenças crônicas; Saúde do idoso.
1997	Grupo de Atenção à Saúde do Idoso	UNICAMP	O processo de cuidar em saúde e enfermagem; Qualidade de vida na velhice e educação; Saúde do idoso.
2004	GEP-GERON -Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação.	FURG	Tecnologia em saúde e enfermagem
2004	GMPI - Grupo Multiprofissional de	UFPR	Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem; Processo de cuidar em

	Pesquisa sobre Idosos		saúde e enfermagem; Saúde e Qualidade de Vida
2007	NEPEG - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica	UFF	O cuidado de enfermagem ao idoso e sua rede cuidadora; O idoso no contexto da saúde e da sociedade; Saberes e práticas da enfermagem gerontológica
2007	GIEPERS - Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais-	UFPB	Epidemiologia e saúde; Políticas e práticas em saúde e Enfermagem; Trabalhos e políticas públicas.

Fonte: Censo 2006 – Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil – CNPq. Acesso em 20 mar 2010

Quadro 2 – Grupos de Pesquisa em Enfermagem com linhas de pesquisa que também focam o processo de envelhecimento. Florianópolis, 2010

Ano de criação	Nome do grupo	Instituição	Linhas de pesquisa
1995	Núcleo de Enfermagem em Oncologia	UNIFESP	Fundamentos e práticas da enfermagem na saúde do adulto e idoso
1997	GEPSAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem	UNIFESP	Fundamentos e práticas de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso
2002	Assistência de Enfermagem	UFMS	Assistência de enfermagem à saúde do adulto e idoso
2002	Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem	UFF	Educação em saúde com clientes idosos e diabéticos
2002	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva	UFTM	Saúde do adulto e do idoso
2002	Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Enfermagem em Saúde Coletiva e Epidemiologia	UFAM	Saúde do idoso na Amazônia ocidental
2002	O Cotidiano do Cuidar em Enfermagem	UFJF	Cuidando do adulto e do idoso: o cotidiano como espaço de representações
2002	GAPEDI – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação ao Adulto e ao Idoso	UNIOEST E	Práticas saberes e políticas públicas
2004	Grupo de Estudos em Trauma - Emergência e Cuidados Intensivos	- UNIFESP	Fundamentos e práticas de enfermagem na saúde do adulto e idoso
2004	Intervenções de	UEPA	Estudos do processo de envelhecimento

	Enfermagem no Processo Saúde – Doença		saudável
2004	GEAPE - <u>Grupo de Estudo sobre a Assistência de Enfermagem Perioperatória</u>	USP	<u>Cuidar do adulto e idoso com afecções agudas e críticas</u> ; <u>Tecnologia na saúde do adulto e idoso</u>
2005	GEPECADI - Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso	UFRGS	Práticas e cuidado de enfermagem na saúde do adulto e idoso; Danos críticos agudos e crônicos do adulto e idoso
2005	Reabilitação e Funcionalidade em Saúde	USP	Envelhecimento e funcionalidade; Reabilitação e funcionalidade de adultos e idosos com afecções ortopédicas e traumatólogicas
2005	Núcleo de Estudos Interdisciplinaridade Criativa em Enfermagem	FTC	Ações interdisciplinares da enfermagem, família, e cuidador na saúde do adulto e do idoso
2005	O Cuidar em Enfermagem e a Educação em Saúde do Adulto, do Idoso e do Trabalhador	UNG	<u>Cuidar em enfermagem</u> ; <u>Políticas Públicas e de Gestão em Serviços de Saúde</u>
2005	Processo de Cuidar em Saúde	UEMG	Envelhecimento e saúde do idoso; Saúde do adulto
2005	Estudos na Área da Saúde	FEPECS	Enfermagem gerontogerátrica
2006	Condições Crônicas e suas Interfaces	UFPEL	O idoso e a família no cuidado para a prevenção, reabilitação e controle das condições crônicas
2006	PROCUIDAI - Grupo de Pesquisa do Processo de Cuidar do Adulto e do Idoso	UPF	Cuidado de enfermagem do adulto e do idoso
2006	Núcleo de Pesquisa Cuidado de Enfermagem no Ciclo Vital	UNICENTRO	A saúde do adulto e do idoso e o desenvolvimento das doenças crônicas
2007	Grupo de Estudos e Pesquisas em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem	UPE	Políticas e processo do cuidar na saúde do adulto, idoso e trabalhador
2007	Enf Saúde 03	UNIMES	Políticas públicas em saúde na atenção ao idoso
2007	GEPASH - Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre a Assistência	UFMG	Assistência à saúde do idoso

	para a Saúde Humana		
2008	Abordagens Metodológicas de Pesquisa Qualitativa na Área da Saúde	UNESP	Experiências do adulto, idoso, famílias e equipe de saúde em face ao processo saúde-doença
2008	Família, Comunidade e Enfermagem - Teoria e Prática	UFRJ	Enfermagem e saúde do idoso
2009	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso	UFPB	Fundamentos teóricos-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem; Políticas e práticas em saúde e enfermagem
2009	Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão: Conhecimentos, Práticas e Legislação em Saúde	UFMS	Conhecimentos, práticas e legislação em saúde do idoso
2009	Grupo do Cuidar-Gecen Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem	UFBA	O cuidar e o cuidado ao idoso na família, em serviços saúde e instituições de longa permanência.
2009	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Enfermagem e Saúde	UNESC	O Cuidar em Saúde e Enfermagem do adulto em seu processo de saúde-doença e envelhecimento
2009	NUTADIES -Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde	UFG	Tecnologias de avaliação, diagnóstico e intervenção na área de saúde do adulto e do idoso
2009	GEPSAI - Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso	UNIVASF	Saúde do idoso

Fonte: Censo 2006 – Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil – CNPq. Acesso em 20 mar 2010

Os achados desse estudo demonstram o pioneirismo da pesquisa no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem gerontológica. Em ordem cronológica o primeiro grupo de pesquisa no Brasil foi o Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI), da Universidade Federal da Bahia, formado em 1973, e que continua atuante na contemporaneidade. A dimensão da importância histórica da criação desse grupo de pesquisa em enfermagem gerontológica aparece em

artigo que faz a análise das pesquisas do envelhecimento no Brasil. Há relato do surgimento de oito grupos de pesquisa na área na década de 1970, dos quais apenas *um* se encontrava especificamente voltado para a temática da saúde do idoso nos aspectos bio-psicossociais, Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI), na área de enfermagem, instalado na Universidade Federal da Bahia (UFBA).¹⁵

Na década seguinte, segundo informações do Diretório de Pesquisas do CNPq foram formados dois outros grupos: Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), da Universidade Federal de Santa Catarina, em 1982; e o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG), em 1985, na Universidade de São Paulo.

Novamente, a literatura traz o constituinte histórico desses grupos, ao citar que, na década de 1980, foi três vezes maior o número de grupos que contavam com linha de pesquisa relativa ao envelhecimento humano: 24 grupos. Deles, apenas *três* foram classificados como específicos: um da área de enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (Neti), que constava como o primeiro programa universitário de atendimento ao idoso e de formação de recursos humanos no campo gerontológico; outro também da área de enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto; e, finalmente, o grupo da área de serviço social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.¹⁵

Esse é um dado histórico para a enfermagem gerontológica no Brasil. Durante as décadas de 1970 e 1980, só existiam quatro grupos de pesquisa com especificidade do estudo do idoso, e *três* deles eram da enfermagem. Esse fato demonstra o pioneirismo e a visibilidade que a enfermagem teve na história da construção do processo de envelhecimento, que devem trazer orgulho para a profissão e reconhecimento do papel desses grupos pioneiros na história da gerontologia no Brasil. O relato da criação desses grupos é coincidente com a contextualização histórica da década de 1980, quando a CAPES exigiu a vinculação dos grupos de pesquisas, a programas de pós-graduação das instituições, possibilitando aos orientandos o ingresso naqueles programas.

Como já citado anteriormente, a criação de grupos de pesquisa sobre o processo de envelhecimento na década de 1980 também foi influenciada pela I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, de Viena, em 1982. O quantitativo reduzido pode induzir ao questionamento de sua relevância, entretanto, dada a temporalidade

daquela década, como sendo a época do início do fomento à pós-graduação, em que havia reduzido número de doutores em enfermagem, a formação de três grupos com linha de pesquisa específica do idoso, agiganta-se perante as dificuldades encontradas.

Cronologicamente na década de 1990, formaram-se mais três grupos de estudo com linhas de pesquisa sobre o processo de envelhecimento. Esse crescimento tímido no número de grupos reflete essa como a década do amadurecimento dos estudos sobre o idoso. Nesse período ocorreu mundialmente a transformação da percepção dos pesquisadores sobre o idoso, a qual saiu da visão de associação do envelhecimento com dependência e problema social, e foi para seu reconhecimento como segmento populacional ativo e atuante, com direito ao bem-estar e à autonomia.¹⁶

Já no início do século XXI ocorreu uma verdadeira explosão quantitativa na formação dos grupos: 33 grupos de pesquisa, quatro deles, com especificidade do estudo ao idoso e 29 grupos com linhas de pesquisa sobre o processo de envelhecimento, com média dessa década em torno de seis novos grupos a cada ano. Esse crescimento vertiginoso está contextualizado nas políticas internacionais: o estabelecimento do Ano Internacional do Idoso em 1999 e da II Assembléia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002; bem como na transição demográfica de envelhecimento populacional percebida no aumento dessa faixa etária nos serviços de saúde. O incremento quantitativo nos grupos de pesquisa reflete também o aumento da qualificação dos pesquisadores, em geral, e da enfermagem no Brasil. Trabalho realizado sobre as pesquisas e os pesquisadores do processo de envelhecimento¹⁵ apontou que 65% dos pesquisadores atuantes no país obtiveram o título de doutor entre 1990 e 1999.

Esse fato está contextualizado no cenário nacional das políticas públicas de incremento à pós-graduação na década de 1990, refletidas nos números de alunos quando o número de matrículas nos mestrados aumentou de 43 mil, em 1994, para 54 mil em 1999, representando um crescimento de 25%. Já nos doutorados, em 1994, havia 19 mil alunos, número que aumentou mais de 50% em 1999, quando foi para 29 mil¹⁷. Ao se considerar esses pesquisadores como líderes de grupos e mola propulsora do fomento à pesquisa, encontra-se explicação para o aumento de grupos na enfermagem gerontológica na década presente, que reflete no desenvolvimento da produção científica sobre o processo de envelhecimento.

Apesar desse aumento e da conscientização da necessidade de publicação das pesquisas, cabe aqui o alerta de que ainda é tímido o

avanço de publicações sobre essa temática na literatura geral da enfermagem, chegando a 3,7% delas. Esse número deve despertar os profissionais que atuam na geriatria e gerontologia para a necessidade de desenvolver trabalhos, haja vista as tendências e demandas da prática, que exigem conhecimento específico para atender o segmento idoso da população.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da historicidade do conhecimento em enfermagem gerontológica permitiu obter um panorama ampliado da construção dessa especialidade no Brasil, identificando o grande avanço nas pesquisas sobre o processo de envelhecimento na virada do século XXI. A perspectiva da sociologia das profissões de Freidson permitiu a análise do conhecimento como constituinte da autonomia e do poder profissional, ao afirmar que as profissões mais fortes conseguem preservar grande parte do direito de ser árbitro de seu próprio desempenho no trabalho, sob as justificativas de que são as únicas que o conhecem o suficiente para avaliá-lo adequadamente e de que estão ativamente comprometidas em garantir que o desempenho alcance padrões básicos.⁵

A finalidade deste estudo foi fomentar novos estudos sobre a história da enfermagem gerontológica no Brasil, procurando compreender a construção dela como especialidade. Deve-se compreender que o trabalho final do historiador deve aparecer como um momento de reflexão e não como um produto acabado.⁷

Entretanto, este estudo permitiu preliminarmente concluir que o escopo da produção científica em enfermagem sobre o processo de envelhecimento e o número crescente de grupos de estudos interessados nessa temática, refletem claramente a evolução desse conhecimento especializado. A Enfermagem Gerontológica no Brasil vem construindo um corpo de conhecimento especializado, que embora necessite de mais esforços no sentido de seu aprimoramento, contextualizado nos avanços teórico-metodológicos em curso, vem utilizando o conhecimento como constituinte de sua prática assistencial.

REFERENCIA

1.Oliveira CJ, Moreira TMM. Análise das dissertações e teses de enfermagem sobre o idoso, Brasil-1979-2004: estudo bibliográfico. Bras J Nur [periódico na internet]. 2007; [citado 2008 jul 16]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/n>

2. Caldas CP, Amorim AE. Os grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil e o envelhecimento humano. *Rev Cienc Saude*. 2004 jan/dez; 23(2): 28-36.
3. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV(organizador) *Trat Geriat Gerontol* 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan; 2006. p. 1110-16.
4. Santos SMA, Gonçalves LHT.[Editorial]. *Texto Contexto Enferm*. 2008 abr/jun; 17(2): 219-20.
5. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo(SP): Edusp; 1998.
6. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2005 out/dez; 14 (4): 575-584.
7. Hammerschmidt KSA.; Borghi ACS.; Lenardt MH.; Seima MD. Pesquisas de enfermagem em gerontologia. *Cogitare Enferm*. 2007 abr/jun; 12(2): 214-221.
8. Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica*. 5ª ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2005.
9. Achenbaum WA. *Crossing frontiers - Gerontology emerges as a science*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
10. Vale EG, Pagliuca LMF, Quirino RHR. Saberes e práxis em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jan/mar; 13 (1): 174-80.
11. Gonçalves LT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro(RJ): Guanbara Koogan;. 2002. p. 756-61.
12. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília(DF); 1994.
13. Rocha FC, Viana BC, Maria SL, Maria, HBA, Figueiredo MLF. Análise da produção científica sobre o idoso na REBEn. *Rev Bras Enferm*. 2007 jul/ago; 60(4): 449-451.
14. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da

saúde na terceira idade Rev Esc Enferm. USP. 2007 dez; 41(4): 724-30.

15. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. Cienc Saude Colet. 2004 jul/set; 9(3): 763-72.

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. Brasília(DF); 1999.

17. Velloso J, Velho L. Mestrandos e doutorandos no país: trajetórias de formação. Brasília (DF): Fundação de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; 2001.

18. Veiga KCG, Menezes, TMO. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):761-8.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

O objetivo proposto neste estudo compreender o processo histórico de construção da especialidade em Enfermagem Gerontológica no Brasil, encaminhou este trabalho para o âmbito das questões elencadas pelos estudos históricos e sociológicos das profissões. Questões relacionadas aos constituintes do poder profissional, que outorga a seus praticantes a autonomia e jurisdição no mercado de trabalho, levaram o referencial teórico deste estudo para o campo da sociologia das profissões, para buscar o balizamento dessa área, a fim de analisar a construção do conhecimento na especialidade da Enfermagem Gerontológica.

A escolha de um referencial da Sociologia das Profissões recaiu sobre Eliot Freidson (2009), por ser esse autor um dos expoentes nessa área e por sua contribuição para a compreensão da relevância do desenvolvimento de um conhecimento exclusivo para o poder profissional, que é importante componente do objetivo deste estudo. Essa percepção está referenciada em Boneli (1998), que afirma que as contribuições de Freidson aos estudos profissionais aglutinaram elaborações teóricas com a defesa das profissões. Segundo a autora, os aspectos mais relevantes dessas contribuições são: a) a conceituação das profissões; b) a análise dos poderes e privilégios profissionais e de suas esferas de controle, que resultam no monopólio do conhecimento e das atividades de proteção às profissões; c) a defesa das profissões, com argumentos sobre as visões que as consideravam negativas ou desnecessárias.

A característica da racionalidade do pensamento de Freidson está elucidada em sua biografia, que aponta curiosidade nata e a forma peculiar de observar as coisas, a partir de diferentes pontos de vista, relatado por sua irmã, como ver em torno e através do objeto. Portanto, apesar de o escopo de seu trabalho centrar-se em apenas um tema – a profissão médica e o profissionalismo –, cada publicação continha perspectivas diferenciadas, que proporcionavam densidade maior a cada trabalho publicado (PEREIRA NETO, 2009).

O referencial de Freidson trouxe contribuição valiosa para o estudo da construção da enfermagem gerontológica no Brasil, ao permitir uma análise ampliada, que extrapola os horizontes do conhecimento específico. O poder profissional, para esse sociólogo, necessita de conhecimento exclusivo, entretanto, por si só, não é capaz

de respaldar o *status* da profissão, pois este está alicerçado em outros constituintes, como autonomia, reserva de mercado, relações políticas com o poder econômico e Estado e a capacidade da profissão de convencer a população leiga da utilidade de seu trabalho.

Para o sociólogo, há dois tipos de profissões. As acadêmicas ou científicas são as que podem sobreviver apenas com o interesse e o financiamento de um patrocinador especial e poderoso, sem precisar ganhar a confiança dos leigos. Elas podem ganhar seu monopólio de trabalho apenas pela conjunção das associações profissionais e o Estado. Já as profissões de consulta passam pelo teste de resolver problemas práticos apresentados por sua clientela. A característica que difere as duas é a necessidade da profissão de consulta de atrair a confiança da população leiga. A profissão prática tem a tarefa de aplicar o conhecimento à vida cotidiana, deve estar, de alguma maneira, vinculada à vida diária e ao homem comum (FREIDSON, 2009).

A perspectiva da enfermagem como profissão de consulta ou prática permite obter uma visão ampliada de análise da história da especialidade, ao trazer como componente essencial para a prática assistencial a racionalidade intrínseca da resolutividade das necessidades dos idosos.

O referencial teórico da sociologia das profissões não é área recorrente nos trabalhos da enfermagem, nem de discussões de sua prática profissional. Portanto, parece necessário fazer uma excursão teórica para introduzir o referencial nessa área, a fim de instrumentalizar o leitor na elucidação de conceitos que compõem a complexidade das relações profissionais na prática contemporânea.

Para Freidson (1998), a década de 1960 representou um divisor de águas nos textos sociológicos sobre as profissões. Em primeiro lugar, o tom avaliativo da literatura mudou. Enquanto a maioria dos sociólogos havia enfatizado anteriormente as funções e conquistas positivas das profissões (sem com isso ignorar suas deficiências), escritores, a partir desse marco, tornaram-se coerentemente mais críticos. Para o autor, mudou também a preocupação fundamental da literatura. Na literatura precedente, os principais autores especializados enfocavam prioritariamente a análise das normas profissionais e das relações de papéis e a interação nos locais de trabalho. Apesar de todos reconhecerem a importância de fatores políticos e econômicos, para Freidson, eles absolutamente não os analisaram. A literatura especializada mais recente, por sua vez, concentra sua opinião na influência política das profissões, na relação das profissões com as elites econômicas e políticas e com o Estado e na relação das profissões com o

mercado e o sistema de classes.

Segundo Freidson (1996), nos últimos dez anos, historiadores de variadas nações têm se interessado por uma variedade de profissões, não apenas as tradicionalmente reconhecidas, como também por disciplinas praticadas inteiramente no âmbito da universidade. Esse aumento de interesse pelas profissões e pelos profissionais se deve ao fato de eles terem se tornado numerosos e importantes nos países industriais avançados, devido ao aumento nas ocupações de formação universitária, que não pode ser mais ignorado.

Parece pertinente iniciar a reflexão sociológica trazendo a definição de profissão. Eis o grande desafio dessa área da sociologia. Para Freidson (1998), o problema da definição de profissões é criado pela tentativa de tratá-las como se fossem um conceito genérico, em vez de um conceito histórico, mutável, com raízes específicas nas nações industriais fortemente influenciadas pelas instituições anglo-saxãs. O autor aponta que, qualquer que seja a forma de definir profissão, ela é, antes de tudo e principalmente, um tipo específico de trabalho especializado. As profissões, como ocupações reconhecidas oficialmente, distinguem-se em virtude de sua posição relativamente elevada nas classificações da força de trabalho, pois nem todo trabalho (como o trabalho realizado em casa ou na comunidade) é reconhecido como tal (FREIDSON, 1996).

Para Freidson (1998, p.33), segundo profissão designa “uma ocupação que controla seu próprio trabalho, organizada por um conjunto especial de instituições, sustentadas em parte por uma ideologia particular de experiência e utilidade”. Os critérios que Freidson utiliza para distinguir as profissões das ocupações baseiam-se: 1) na exposição à educação superior e ao conhecimento formal abstrato que ela transmite; 2) na capacidade de a profissão exercer poder e ser uma forma de ganhar a vida; 3) em ser uma ocupação cuja formação é pré-requisito para obter posições específicas no mercado de trabalho, excluindo-se aqueles que não possuem tal qualificação (BONELLI, 1998).

Na opinião de Gonçalves (2007), a tese fundamental de Freidson na década de 1970, era de que o poder profissional está alicerçado na autonomia técnica, no monopólio de uma área do conhecimento e no credencialismo, que permite o acesso à profissão apenas àqueles que detêm as credenciais ocupacionais. O sociólogo avança em seu trabalho, já no século XXI, com a formulação do ideal de profissionalismo constituído por elementos independentes: trabalho especializado assente em um campo teórico, no uso discricionário do conhecimento e das

competências pelo profissional; jurisdição exclusiva e uma divisão de trabalho controlada pela profissão; posição de monopólio no mercado baseada em credenciais qualificacionais criadas pela profissão; existência de um programa formal de ensino ao nível superior, produtor dessas credenciais e controlado pela profissão; existência de uma ideologia que garanta o reconhecimento social do trabalho profissional, de sua eficiência econômica e da validade do conhecimento em que se assenta.

Para a compreensão do pensamento de Freidson parece pertinente aqui conceituar e explicitar cada um desses constituintes formulados pelo sociólogo, e assim propiciar também a compreensão da análise realizada no presente estudo.

3.1 CONHECIMENTO

Para Eliot Freidson (1996) nenhum dos métodos de controlar a prática das qualificações e os termos de seu emprego é tão efetivo como o método viabilizado pelo ensino das profissões. Um corpo docente com dedicação tem tempo para refinar, revisar e codificar o corpo de conhecimento, bem como criar novos elementos.

O conhecimento como meio para preservar o controle sobre o mercado de trabalho e o modo de transmissão desse conhecimento são focos de reflexão de Freidson. Nesse aspecto, Freidson, em seu livro sobre o profissionalismo, recupera a perspectiva de Michel Foucault sobre a importância que o saber científico-teórico adquire para o desenvolvimento da sociedade disciplinar, em que o poder da norma é usado como princípio de coerção, determina sutilmente procedimentos, métodos e técnicas que, no campo profissional, traduzem-se na forma de agir de seus agentes. Ainda, tal poder imprime modelos de intervenção e cria, na visão de Freidson, uma mentalidade própria da profissão. Essa “mentalidade” extrapola os limites da definição de normas e procedimentos, produz um conjunto de valores arraigados em bases de solidariedade e *status* social da profissão.

A busca pelo conhecimento, a *expertise*¹⁰ é reconhecida pelo autor como instrumento de poder profissional. Uma das frases citada em

¹⁰ “No caso de trabalho profissional, salientei que apenas uma parte do conhecimento é objetivo e confiável – onde utilizo a expressão ‘expertise’. O restante são julgamentos morais de comportamentos ou usos ocupacionais” (FREIDSON, 2009, p.405).

seu livro *Renascimento do profissionalismo* que chama a atenção para o presente estudo é: “O conhecimento em si não dá poder especial: somente o conhecimento exclusivo dá poder a seus detentores” (FREIDSON, 1998, p 104). Essa frase merece destaque por trazer o conhecimento como instrumento de poder profissional. Como este estudo tem como objetivo historicizar uma especialidade da enfermagem, a busca pela *expertise* parece guiar as profissões para esse poder citado pelo autor. Assim, pareceu pertinente investigar se a construção dessa especialidade teve esse caráter de empoderamento e reconhecimento profissional, no desenvolvimento da construção acadêmica da enfermagem gerontológica.

A construção do conhecimento especializado acaba por determinar as especializações dentro das profissões, buscando a *expertise* citada várias vezes por Freidson em seus trabalhos. O sociólogo, ao discorrer sobre a especialização do conhecimento, cita que a contemporaneidade presencia crescente dependência do conhecimento e competência especializados e da aplicação desse conhecimento na solução de problemas práticos por homens e mulheres especialmente treinados.

Esse discurso do monopólio do saber profissional é vivenciado na contemporaneidade pela enfermagem, que busca no conhecimento científico delimitar seu espaço na área da saúde, desenvolvendo e criando novas especializações que deem conta da amplitude do saber. Essa refinação e elaboração de novos conhecimentos tem como atores centrais os professores das instituições de ensino superior, que são responsáveis também pela transmissão e pelo treinamento desse conhecimento criado. Para Freidson (1996), uma vez que o corpo docente se apóia em um mercado acadêmico e não comercial, ele se isola das demandas práticas do mundo cotidiano e é livre para se engajar em pesquisa “pura” ou “básica”, ou em investigações e raciocínios sem relevância imediata para o cotidiano, mas que levam ao desenvolvimento de novas formas de conhecimento e qualificação.

O conhecimento formal abstrato é transmitido aos indivíduos que se interessam pela formação profissional em uma área. Na atualidade, a transmissão e o desenvolvimento do conhecimento abstrato não estão mais restritos à graduação, mas continuam, em um processo de assimilação e aperfeiçoamento, que se mantém de maneira contínua nos cursos de pós-graduação.

O modo como o treinamento é institucionalizado nas profissões é a diferença em comparação com os ofícios, segundo Freidson (1996). Nas profissões, o resultado mais importante é a criação e extensão do

discurso, das disciplinas e dos campos – o corpo de conhecimentos e qualificações da profissão. A dedicação ao ensino e pesquisa do corpo docente das escolas de profissões melhora a capacidade de uma profissão para justificar, adaptar e expandir sua jurisdição diante da competição de outras ocupações.

Para Freidson (1998), os praticantes divulgam a profissão e garantem uma clientela, sobre a qual eles têm algum poder, bem como sobre o trabalho que fazem. Os acadêmicos não têm poder nos locais de trabalho, mas produzem o conhecimento abstrato e formal que dá autoridade científica à profissão e forma a base para as regras organizacionais e para as decisões de trabalho dos praticantes individuais. Assim, abstrai-se dessa afirmação de Freidson que os acadêmicos, os cursos e os pesquisadores da graduação e pós-graduação detêm o poder do conhecimento das especializações, e fornecem para as enfermeiras da prática assistencial os instrumentos necessários para o atendimento ao idoso, bem como delimitam as fronteiras das ações dentro da equipe multiprofissional.

Baseada na autoridade da *expertise*, a profissionalização estabelece a autoridade para coordenar sua divisão do trabalho. O crescimento das profissões mudou radicalmente a posição da administração, fez com que ela perdesse muito da autoridade para controlar o funcionamento da divisão do trabalho. Assim, não é a administração, e sim a profissão que coordena a divisão do trabalho na organização. Esse enfoque é reiterado inúmeras vezes nos trabalhos de Freidson e acaba por constituir-se em ponto chave de sua discussão sobre a divisão social do trabalho e a autonomia que os profissionais exercem na execução de suas tarefas.

Enfim, as profissões têm sido capazes de controlar inovações tecnológicas, por terem seus próprios professores e pesquisadores para produzir e legitimar o novo conhecimento, fator que contribui para o controle das condições de trabalho.

3.2 AUTONOMIA

A autonomia profissional é focalizada por Eliot Freidson (2009) como um atributo relevante para o poder de uma profissão, pois, para utilização adequada do conceito de profissão, é fundamental que ela tenha algo parecido com o monopólio sobre o exercício de seu trabalho.

O *status* das profissões viria dessa autonomia, que precisaria ser

preservada, apesar de seu prestígio ser delegação dada pela sociedade, ou pela clientela, ou pelo estado. Segundo Boneli (1998), equacionar o problema da autonomia e definir seu conteúdo são aspectos chave que a perspectiva analítica de Freidson traz para a solução desse quebra-cabeça, no qual ele preserva a relevância das profissões como uma forma de organização social do trabalho e, ao mesmo tempo, reverte o olhar altruísta que enfatizava a orientação das profissões para o “servir” à sociedade.

O controle sobre o desempenho do trabalho é obviamente o prêmio básico que a ocupação e a administração disputam em ambientes de trabalho específicos. As profissões mais fortes conseguiram, assim, preservar grande parte do direito de ser árbitro de seu próprio desempenho no trabalho, sob a justificativa de que são as únicas que o conhecem o suficiente para avaliá-lo adequadamente, e de que estão ativamente comprometidas com garantir que o desempenho alcance padrões básicos (FREIDSON, 1998). Nessa perspectiva, Freidson parece sintetizar seu pensamento sobre o poder profissional, relacionando como o conhecimento influencia a autonomia de uma profissão e como esses dois constituintes definem o grau de poder de uma profissão em dada sociedade.

Para Freidson (1998), o que distingue trabalhadores e profissionais é sua capacidade de gerenciar seu próprio trabalho. O autor exemplifica essa ideia, quando aponta que o sindicato industrial representa uma fonte de organização do trabalho que influencia os termos e as condições econômicas e outras do trabalho, mas não influencia a substância do próprio trabalho. Qual deve ser o trabalho, como deve ser realizado e quem deve realizá-lo continuam sendo questões a ser determinadas mais ou menos pela direção, e a direção continua bastante, senão inteiramente, livre para continuar a fragmentar, mecanizar e racionalizar tarefas da mesma maneira que fazia na aurora da revolução industrial. Entretanto, desenvolveu-se, no século XX, outra fonte de controle sobre o trabalho que, ao contrário da sindicalização, remove ou retira das mãos da administração a autoridade de criar e dirigir a substância, o desempenho e mesmo as metas do próprio trabalho. Essa fonte de organização deriva da profissionalização das ocupações.

O proletariado, sem qualquer competência distintiva ou corpo de conhecimento especializado sobre o trabalho que realiza, individualmente, no local de trabalho, e coletivamente, no mercado e na economia política, é totalmente destituído de organização e poder. Os profissionais, ao contrário, com total capacidade de controlar seu

próprio trabalho, estão organizados em associações independentes tanto do Estado como do capital e organizam e administram a prática de um corpo de conhecimento e competência ou jurisdição demarcado inequivocamente e monopolizado por seus membros. Essas associações determinam as qualificações e o número daqueles que devem ser treinados para a prática, a substância desse treinamento, os requisitos para a conclusão satisfatória do treinamento e a admissão na prática, bem como os termos, as condições e metas da própria prática (FREIDSON, 1998).

Independentemente das estratégias adotadas, é claro que uma condição mínima de controle é que a ocupação conquiste o comando da exclusiva competência, para determinar o conteúdo adequado e o método efetivo para desempenhar algum trabalho (FREIDSON, 2009).

Em seu livro *Profissão médica – um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*, escrito em 1970, Freidson (2009) faz uma análise detalhada da divisão do trabalho médico, na qual expõe os dilemas das chamadas profissões “paramédicas”, no que tange à autonomia profissional. Ele refere o termo “paramédico” às atividades organizadas em torno do trabalho de cura, que são, em última instância, controladas por médicos, restando a elas prestígio geralmente inferior por parte do público. Assim, as profissões paramédicas são aquelas que foram empurradas ou puxadas para dentro de uma divisão de trabalho organizada profissionalmente.

Ao se referir à enfermagem, Freidson aponta que a categoria tem empenhado esforços para encontrar uma posição nova e independente na divisão do trabalho. Entretanto, um dos dilemas enfrentados se refere ao fato de seu trabalho não poder ser controlado pela ocupação em si, problema ocupacional comum aos trabalhadores paramédicos, que os obriga a trabalhar sob a direção do médico. Para fugir da subordinação da autoridade médica, uma profissão paramédica tem de controlar razoavelmente um domínio de trabalho específico, que possa estar separado do campo global da medicina, ou seja, alguma área de trabalho sobre a qual possa reivindicar o monopólio e mantê-lo (FREIDSON, 2009).

Deste modo, a autonomia profissional trouxe novo constituinte de análise para compreender a historicidade da enfermagem gerontológica no Brasil, ao lançar perspectiva diferenciada da ideia centrada apenas no desenvolvimento do conhecimento especializado. Ao trazer a autonomia como componente de poder de uma profissão, a sociologia das profissões instigou a investigação da avaliação das enfermeiras pioneiras na área quanto à autonomia da enfermagem gerontológica na construção

da especialidade no país.

3.3 MERCADO DE TRABALHO

Outro constituinte apontado por Eliot Freidson relativo ao *status* profissional é a reserva de mercado de trabalho. A reserva é assegurada pela exigência de que somente aqueles com credenciais ocupacionalmente emitidas, que certificam sua competência, possam ser empregados para executar uma série definida de tarefas. Assim, o profissionalismo representa um método logicamente distinto de organizar uma divisão de trabalho. Ele expressa uma circunstância em que as ocupações negociam limites jurisdicionais entre si, estabelecem e controlam sua própria divisão do trabalho (FREIDSON, 1996).

Freidson (1996) sugere ainda que o número relativo de diferentes ocupações e empregos, o grau de hierarquia e a estabilidade ou persistência das especializações variam sistematicamente ao longo do tempo. Quando as ocupações controlam a divisão do trabalho, há comparativamente número menor de ocupações diferentes e uma hierarquia mais rarefeita em sua ordenação. Além disso, elas serão relativamente estáveis ao longo do tempo, de modo que os trabalhadores tendam a ter uma carreira ocupacional a longo prazo e uma identidade pessoal e pública distinta.

O controle ocupacional de uma divisão de trabalho requer também o controle de seu mercado de trabalho. Em um mercado de trabalho ocupacionalmente controlado, não se permite que os consumidores individuais empreguem quem eles queiram: apenas podem escolher entre os membros adequadamente autorizados da ocupação, que detêm jurisdição sobre as tarefas que pretendem ver executadas (FREIDSON, 1998).

Na percepção do sociólogo, existem três tipos de mercado de trabalho. O primeiro é o mercado livre, em que os trabalhadores competem livremente para ser escolhidos e pagos por empregadores e clientes, no qual a preocupação daqueles que consomem é com o preço dos bens e serviços. A concorrência entre os trabalhadores versa sobre preço e lucro ou ganho. No segundo modelo, o burocrático, os funcionários que estão no comando enfatizam a produção segura e previsível, em que os trabalhadores competem obedecendo a regras da organização, para ganhar a aprovação de superiores. O terceiro mercado é controlado pela ocupação ou profissional, em que tanto as escolhas do

empregador como do consumidor estão restritas àqueles que detêm licença para trabalhar, concedida pela ocupação corporativa ou por seus representantes. Embora exista alguma competição econômica entre os membros da ocupação dentro de uma posição protegida no mercado de trabalho, a ênfase de sua ocupação é posta na comunidade e “irmandade” ou coleguismo. Sua legitimidade provém da autoridade e do valor do conhecimento e da competência dos trabalhadores, os quais justificam o custo de seu trabalho, mesmo quando este não é bem-sucedido (FREIDSON, 1998).

Nesse mercado, com a renda de algum modo protegida, seja das pressões de consumidores individuais ou de empregadores, seja da vigorosa concorrência dos outros dentro ou fora da ocupação, o compromisso básico é fazer bem o trabalho e obter aprovação e respeito de seus colegas. Louvados são a qualidade e o virtuosismo do trabalho, independentemente de custo e mesmo de rendimento. Ao realizá-lo, os empregados acreditam em que estão contribuindo para o bem-estar dos outros e que seu compromisso com o trabalho representa o compromisso com fazer o bem aos outros (FREIDSON, 1998).

O sociólogo aponta as peculiaridades do mercado de trabalho em saúde, pois historicamente os pacientes não estão em condição de ser consumidores informados de maneira adequada e plenamente racionais, com capacidade de cuidar de seus próprios interesses no mercado médico, devido à complexidade do conhecimento da medicina e à incapacitação física e emocional que frequentemente acompanha a doença. No sistema de saúde atual, os poderosos consumidores são as companhias de seguro de saúde, sejam públicas ou privadas, que negociam contratos com os prestadores de serviços de saúde e que ditam o leque de alternativas e os limites de escolha dos pacientes (FREIDSON, 1998).

Freidson (1998) explicita as consequências da adoção do mercado livre na saúde, pois o consumidor não poderia confiar nos profissionais e tampouco os trabalhadores da saúde poderiam confiar um no outro. Deste modo, defende que somente o modelo profissional conta com soluções potenciais para os problemas de confiança e arbítrio. Baseado no coleguismo, ele se fundamenta na confiança mútua entre os membros, sustentada pela negociação das fronteiras de competição com outros trabalhadores e pela limitação do tipo de competição que pode ocorrer..

Assim, é celebrado um contrato implícito entre uma profissão, o Estado e o público:

Protejam meus membros da competição

desenfreada do mercado aberto e poderão confiar em que eles coloquem os interesses de vocês à frente de seus próprios. Eu os selecionarei cuidadosamente, treiná-los-ei e organizá-los-ei para que forneçam um serviço competente e ético. (FREIDSON, 1998, p. 248)

É esse contrato implícito entre a profissão corporativa e a sociedade que permite e exige que confiemos nos profissionais individuais que consultamos (FREIDSON, 1998).

O “projeto de mercado” das profissões modernas olha para o mercado mais amplo, procurando estabelecer uma jurisdição segura na divisão social do trabalho, um “abrigo no mercado de trabalho”, que exclua possíveis concorrentes externos à profissão e proteja seus membros da dominação por clientes ou empregadores. Mas as profissões também se engajam em outro projeto necessário, manter a profissão coesa suficiente para que possa empreender uma ação comum tanto no sentido de conservar sua situação e privilégio quanto no de promover seus próprios projetos “culturais” (FREIDSON, 1998).

Nessa perspectiva, a análise do mercado de trabalho na enfermagem gerontológica permitiu vislumbrar mais um dos constituintes do poder profissional, buscando, entre as pioneiras da área, a construção da jurisdição do mercado de trabalho e descrevendo a evolução das práticas de cuidado e o trabalho na equipe multidisciplinar, que compuseram a realidade laboral na atualidade.

3.4 RELAÇÃO COM O ESTADO

Outro constituinte que contribui para a constituição do profissionalismo nas sociedades contemporâneas é a relação que as profissões desenvolvem com outras profissões e com o Estado. A relação entre as profissões é focada de modo diferenciado por Eliot Freidson.

Para Boneli (1998), o sociólogo inova ao questionar a visão de que as profissões convivem democraticamente, focaliza as relações interpessoais, considerando-as uma organização social que condiciona o resultado dessas interações. Profissão, portanto, passou a ser vista como uma relação, e não como uma unidade fechada em si mesma ou como

uma organização isolada de outras interações no mundo profissional. Essa característica é marcante no autor. O entendimento da profissão como relação se dá na relação entre os pares (em associações), entre profissional e cliente, entre a profissão e as outras profissões e entre a profissão e o Estado.

A manutenção e o aprimoramento da posição da profissão no mercado, e na divisão de trabalho que o cerca, exigem contínua atividade política. Essas atividades entremeiam as relações com o Estado, que delega poderes de arbítrio e reserva de mercado de trabalho para as diversas profissões. A relação com o Estado está bem apontada nos estudos de Freidson (1998), para quem o poder do governo garante à profissão o direito exclusivo de usar ou avaliar certo corpo de conhecimento e competência. Contando com o direito exclusivo de usar o conhecimento, a profissão adquire poder.

A importância do Estado na constituição e no reconhecimento de uma profissão tem na enfermagem exemplo clássico. A constituição da profissão da enfermagem no Brasil deu-se por meio do Estado, na década de 1920, guiada por interesses de contenção de epidemias que minavam a economia do país, pela ameaça da negativa de atracação de navios em nossos portos (SILVA, 1986). Assim, as questões políticas estão também alicerçadas nas alianças entre as profissões e o Estado, cada lado procurando seus interesses: a profissão, para garantir mercado de trabalho, e o Estado, para oferecer serviços essenciais à população.

Para Freidson (1996), o único recurso intrínseco a uma ocupação é seu corpo de conhecimento e qualificações, chamado de capital humano e cultural, mas que não tem o poder do capital econômico ou político. As profissões não podem se manter sem o exercício do Estado, pois o controle ocupacional da própria divisão do trabalho, do mercado de trabalho e do modo de ensino vai contra o interesse dos consumidores individuais bem como contra o das empresas. Deste modo, a delimitação da atuação de uma profissão, seu mercado de trabalho, é uma vantagem obtida por concessão do Estado. Para Freidson (1998), o conhecimento formal é um instrumento de poder, mas não o poder por si só. Políticos e políticas detêm o poder e são eles quem decide o que o conhecimento formal oferece e para quê.

A relação do Estado com as profissões está corporificada nos conselhos representativos, como autarquias diretamente subordinadas ao Estado. Ao fazer a análise da construção das profissões no país, Diniz (2001) recorda que o projeto corporativista do Estado Novo não concedeu autonomia às associações profissionais para regular as relações internas e de mercado, e sim criou agências reguladoras, nas

quais são compulsórios o registro profissional e o pagamento de taxas e anuidades. Esses conselhos, subordinados ao Ministério do Trabalho como entidades de direito público, fazem a mesma autora deduzir que o interesse central é o controle do exercício profissional, e não a defesa dos associados.

Compreender as relações da enfermagem gerontológica com o Estado proporcionou outro pilar para composição do entendimento de sua historicidade. A realização da revisão bibliográfica deste estudo corrobora essa percepção, ao apresentar em estudos, como o de Oliveira e Moreira (2007), os marcos do fomento à produção científica, circundando as datas de implementação de políticas públicas no atendimento ao idoso, as quais coincidem com aquelas em que as leis e políticas federais foram efetivadas.

3.5 ATIVIDADE POLÍTICA

Freidson reforça que a manutenção e o aprimoramento da posição da profissão no mercado e na divisão do trabalho exigem contínua atividade política, pois, da mesma forma que os demais trabalhadores, os profissionais não têm qualquer poder tangível próprio. Eles apenas possuem conhecimento e competência, a essência de seu trabalho, portanto, as profissões são altamente vulneráveis a pressões econômicas e políticas (FREIDSON, 1998).

O objetivo da atividade política, para esse sociólogo, consiste em manter na profissão coesão suficiente para que se possa empreender uma ação comum. Isso vale tanto no sentido de conservar sua situação e seu privilégio quanto no de promover seus próprios projetos de incentivo à pesquisa e à experimentação, para melhorar seu conhecimento e competência, disseminar informações a seus membros e ao público e organizar projetos que os trabalhadores acreditam beneficiar a sociedade. A profissão deve tornar-se um grupo de interesse para, ao mesmo tempo, promover seus objetivos e proteger-se dos objetivos dos concorrentes (FREIDSON, 1998).

Para o sociólogo, essa manutenção aglutina outros fatores: os membros das profissões têm identidade pública distinta, que proporciona uma base para a solidariedade e simpatia mútuas; o treinamento extenso nas universidades proporciona uma experiência comum de socialização e comprometimento com carreira e vínculo entre seus membros; há estabelecimento de normas que regem as relações

entre seus membros e a população leiga, os Códigos de Ética.

Freidson (1996) defende que as associações profissionais são sempre necessárias para o estabelecimento do profissionalismo. É conveniente, senão essencial para o Estado, a presença de uma associação organizada, tanto para representar os profissionais como para fornecer uma fonte autorizada para o corpo especializado de conhecimento e qualificação com o qual os profissionais se identificam. O autor ressalta também as vantagens para as profissões nas associações, pois alguns membros podem conquistar grande influência política e intelectual, o que traz reconhecimento para a profissão. Advém deste pensamento, a reflexão sobre a importante conquista da criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica em 2009 vinculado a Associação brasileira de Enfermagem (ABEn), que possibilita a socialização e a representatividade da especialidade no país, favorecendo atividades políticas e o desenvolvimento de ações autônomas.

A própria ABEn também é exemplo da necessidade percebida pelos profissionais para a representatividade profissional. Criada em 12 de agosto de 1926, com a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, surgiu quando a escola Ana Néri formou a primeira turma, e extrapolou a iniciativa de reunir apenas enfermeiras formadas por essa escola (GERMANO, 1983).

Barreira, Sauthier e Baptista (2001) apontam os interesses na formação dessa associação, sendo conveniente tanto à escola, que manteria certo controle sobre o conjunto das enfermeiras por ela diplomadas, como para as alunas, que seriam membros de uma associação ligada à prestigiosa Escola de Enfermagem Ana Néri. Ainda descrevem as autoras que a criação da associação de enfermeiras vinha ao encontro de o que preconizavam as enfermeiras americanas responsáveis pela implantação da profissão no Brasil, havia entre elas o entendimento de que, para uma profissão ser reconhecida, necessitava-se de uma associação e de uma revista.

Esse achado encontra respaldo teórico em Freidson (1998), pois já no início da implantação da profissão de enfermagem houve preocupação com o fortalecimento das relações políticas, para a visibilidade e o reconhecimento da categoria pela sociedade e pelo governo.

O reconhecimento da representatividade dessa entidade está expresso em Vale (2001) quando aponta que a ABEn constitui-se em patrimônio da enfermagem brasileira, haja vista que todas as conquistas da categoria emergiram de movimentos por ela organizados, como

atividades de assessoria, parcerias em eventos, publicações e realização de campanhas nacionais de saúde e educação. Também na educação, a ABEn tem acompanhado todas as questões referentes ao ensino de enfermagem do nível médio à pós-graduação.

Mancia (2007) aponta alguns marcos estratégicos que contribuíram para constituir a profissão de enfermagem por meio de sua associação: a Semana Brasileira de Enfermagem; a Educação em Enfermagem e a ABEn; o Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn); e o Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEEn). Esses fatos demonstram a importância das associações de classe para a consolidação profissional, apontada por Freidson, e contribuem efetivamente para o reconhecimento e a delimitação do poder e da autonomia profissional no mercado de trabalho.

As associações de classe sofrem influência da área acadêmica, quer pelo conhecimento e pelos pressupostos advindos dos estudos ou pela participação de membros dessas instituições nos conselhos e entidades de classe. Assim, os cursos de pós-graduação têm papel relevante no encaminhamento de questões políticas que permeiam a luta pelo mercado de trabalho das profissões.

Entender as diretrizes políticas, as estratégias que têm sido empregadas para proteção dos interesses da enfermagem gerontológica, como são as relações dentro da profissão e com outras profissões afins, no atendimento do idoso no país, permitiu compreender como as enfermeiras pioneiras vêm desempenhando as relações políticas para consolidar essa especialidade.

Assim, o referencial de Freidson empregado neste estudo possibilitou mostrar uma visão ampliada da construção da enfermagem gerontológica no Brasil, ao fundamentar a enfermagem como profissão prática, à qual cabe atrair a clientela e convencê-la da utilidade do serviço prestado. A perspectiva do poder profissional trouxe como constituintes de análise: a autoridade proporcionada pelo conhecimento especializado; a autonomia, como o monopólio sobre o exercício do trabalho; a reserva de mercado, que proporciona a negociação dos limites jurisdicionais entre si, ao estabelecer e controlar sua própria divisão do trabalho; e a relevância das atividades políticas, sejam de associações de classe ou relação com o Estado, para a manutenção e o aprimoramento da posição da profissão no mercado e na divisão do trabalho.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha do tema e o objetivo proposto encaminharam este estudo para a perspectiva histórica, que possibilitou contextualizar a enfermagem gerontológica em uma visão ampliada, ao trazer os fatos históricos e personagens que contribuíram para a construção e o desenvolvimento dela como especialidade do conhecimento. Para Padilha e Borenstein (2005), no contexto político e social, é impossível entender a profissão de enfermagem, sem estabelecer sua relação com os acontecimentos históricos que ocorreram ao longo do tempo.

Compreender a profissão por meio de estudos históricos já é metodologia recorrente na literatura da enfermagem, pois, como afirma Barreira (1999), a construção de uma memória coletiva possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, como produto histórico. O desvelamento da realidade, mediante o estudo da história da enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão.

Deste modo, a proposta metodológica deste estudo é realizar pesquisa qualitativa de abordagem sócio-histórica, fundamentada na Nova História, que trouxe mudança na história narrativa, dos grandes personagens e acontecimentos para uma história problematizadora, que procura investigar, nos fatos cotidianos, na micro-história, em atores anônimos, a resposta para indagações no universo do pesquisador.

Essa visão encontra respaldo teórico em Benjamin (1986), que cita que a História não é a busca de um tempo homogêneo e vazio, preenchido pelo historiador com sua visão dos acontecimentos, ela é muito mais uma busca de respostas para os “agoras”. Segundo Burke (1992), a base filosófica da nova história é a ideia de que a realidade é socialmente ou culturalmente constituída. Assim, a nova história começou a se interessar por toda atividade humana, pois tudo tem história que pode, em princípio, ser demarcada. Dessa maneira, o método histórico não compreende apenas o relato cronológico dos fatos, pois, por meio da crítica histórica, busca analisá-los no contexto dos constituintes socioeconômicos e políticos que os entremeavam.

Essa foi a nova percepção da história trazida pelo movimento da *École des Annales*, decorrente da criação da revista *Annales d'Historie Economique et Sociale*, fundada por Lucien Febvre e Marc Bloch, no final da década de 1920, na França. Ela reunia críticos do antigo regime

historiográfico, o que acarretou verdadeira revolução no campo da história. A revista buscava uma história mais abrangente, e tinha como objeto, além dos grandes acontecimentos, também o cotidiano de grupos de pessoas. Revelou a importância da história dos índios, das mulheres, das profissões, da alimentação etc., uma história interdisciplinar, já que o historiador precisa aproximar-se agora da sociologia, da antropologia, da economia, enfim, de outros campos do conhecimento científico para responder à problemática levantada (BOURDÉ e MARTIN, 1993).

Essa nova concepção contrastava com a historiografia tradicional, que se pautava em grandes personagens e fatos relacionados à macro-história. A contraposição entre essas duas vertentes é apresentada por Burke (2001), ao apontar que a nova história começou a interessar-se virtualmente por toda atividade humana, considerando que tudo tem um passado que pode ser reconstruído. Nessa perspectiva, a nova história amplia o conceito de fontes, de problematizar os objetos de investigação histórica, realiza a reivindicação do individual, do subjetivo, do simbólico como dimensões necessárias e legítimas da análise histórica e, também, critica a noção de tempo e fato histórico, propondo uma história “problematizadora”, e não automática. Na nova história, os historiadores deslocam o “Ideal da Voz da História” para aquele da heteroglossia, definida como vozes variadas e opostas. A história nova reflete uma possibilidade para se considerar mais seriamente as opiniões das pessoas comuns sobre seu próprio passado do que comumente faziam os historiadores na história tradicional.

Embora não haja um denominador ideológico comum, os historiadores partilham da mesma preocupação com fazer a história avançar por novos caminhos, problematizando o uso das fontes convencionais da historiografia, as abordagens redundantes e a própria concepção de história em questão. Dessa forma, a história nova ampliou o campo do documento histórico, substituiu a história tradicional, linear, fundada essencialmente nos textos, no documento escrito, por uma história baseada em uma variedade de documentos: “escritos de todos os tipos, documentos figurados, produtos de escavações arqueológicas, documentos orais etc.” (LE GOFF, 2000, p.36).

A busca inicial de dados históricos sobre a especialidade da enfermagem gerontológica no Brasil esbarrou na escassez de estudos sobre a temática, que evidencia a lacuna existente na história da enfermagem brasileira. Esse fato encaminhou a pesquisa para o método da história oral, ao buscar nas protagonistas desse movimento de construção da especialidade, o relato de suas experiências, para que propiciassem a construção de uma memória coletiva. Afinal, a história

oral é “uma das principais fontes de que os historiadores têm-se utilizado nos últimos tempos, especialmente nos casos em que não existem documentos a respeito daquilo que se pretende investigar, ou quando se pretende preencher algumas lacunas da História” (BURKE, 2001, p.25).

Entretanto, como alerta Meihy (2000), não se deve considerar a história oral mera substituta para carências documentais, sejam elas qualitativas ou quantitativas. Para o autor, ela pode até vir a complementar algum conjunto documental, a fim de explicar percepções de problemas ou preencher vazios documentais, mas ele ressalta que se pode assumi-la como método de análise das narrativas para a observação de aspectos não revelados pela subjetividade dos documentos escritos.

Ciente dessa característica, este estudo buscou, na história oral, na memória dos indivíduos que participaram da construção da especialidade da enfermagem gerontológica no Brasil, construir uma visão de parte da história da enfermagem brasileira e se constituir como fonte para novos estudos sobre a temática.

4.2 HISTÓRIA ORAL

Na perspectiva de Alberti (2004), a história oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de acontecimentos, conjunturas, visões de mundo ou os testemunharam, como forma de se aproximar do objeto de estudo.

Meihy (2000, p. 25) coloca que história oral “é um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva”. A história oral contribui para a elaboração de uma memória mais democrática do passado e também é instrumento de mudança, que colabora na construção de uma sociedade mais justa. Ela permite novas versões da história, ao dar voz a vários e diferentes narradores e recuperar acontecimentos pouco esclarecidos ou nunca evocados, experiências pessoais, impressões particulares etc. (TOMPSON, 1998).

Trabalhar com história oral é, sobretudo, não querer uma história totalizante, a partir dos depoimentos, tampouco provar uma verdade absoluta. É dar espaço aos sujeitos anônimos da história na produção e divulgação dela, procurando articular suas narrativas aos contextos e

elementos do(s) objeto(s) em pesquisa (SILVEIRA, 2007). Como consequência, o método da história oral produz fontes de consulta (as entrevistas) para outros estudos, que podem ser reunidas em um acervo aberto a pessoas.

Na história oral, a pesquisa e a documentação estão integradas de maneira especial, uma vez que se realiza pesquisa em arquivos, bibliotecas etc. e, com base em um projeto, produzem-se entrevistas, que se transformarão em documentos, os quais serão incorporados ao conjunto de fontes para novas pesquisas (ALBERTI, 2004).

A elaboração do documento depende intrinsecamente do conteúdo dos depoimentos fornecidos. Os indivíduos entrevistados passam a escrever, em conjunto com o pesquisador, essa perspectiva histórica, deixando o papel de fontes de pesquisa para se constituir em verdadeiros colaboradores do resultado da pesquisa. Nesse sentido, a visão histórica aqui impressa sobre a história da enfermagem gerontológica foi construída em conjunto com as professoras pioneiras no estudo sobre o processo de envelhecimento no Brasil, que, por meio de suas histórias pessoais e memórias transcritas, propiciaram a composição desta tese de doutorado.

A relação entre a história oral e memória é intrínseca e dependente. Entretanto, como ressalta Almeida (2005), a intenção não é apenas conhecer o passado, mas, sim, compreender a memória como um processo constante de atribuição de significados, não para o passado, mas para o presente, o que, em última instância, significa lidar, de forma indissociável, com a relação entre passado e presente. Estando a fonte oral na forma de texto, deve-se analisá-la como qualquer documento, fazendo-se perguntas e verificando-se como se pode usufruir essa fonte, tirando-se dela as evidências e os elementos que contribuirão para resolver o problema de pesquisa (SILVEIRA, 2007).

Neste estudo, as indagações das fontes orais tiveram o direcionamento fornecido pelo referencial de Eliot Freidson, quando se buscaram, nas transcrições das entrevistas, os constituintes que compõem o poder ou *status* profissional. Deste modo, o estudo aborda a interface entre passado e presente, ao descrever os fatos históricos do desenvolvimento da especialidade, bem como na intenção de indicar caminhos que propiciem a visibilidade e o empoderamento profissional.

Expostos os argumentos da metodologia escolhida para este estudo, explicita-se aqui a utilização dos três tempos para o estabelecimento das entrevistas em documento: o primeiro é o momento da gravação, que é fundamental por ser o instante da materialização do

documento inicial; o segundo é a elaboração do documento escrito, com a transcrição das entrevistas; e o terceiro trata da análise propriamente dita (MEIHY, 2000).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Importante etapa da pesquisa é a delimitação dos sujeitos que participarão do estudo, os quais trarão, por meio de seus depoimentos, fontes orais diferenciadas que possibilitam o processamento de dados e a análise, para alcance do objetivo traçado. Para a história oral ser garantida como método, as fontes orais precisam ser ressaltadas como foco da pesquisa, e sobre elas os resultados são efetivados. Afinal, se a história oral for utilizada apenas como técnica, isso equivale a dizer que as entrevistas não se compõem como objetivo central, e sim como um recurso a mais (MEIHY, 2000).

Uma vez delineada a importância da entrevista como fonte na história oral, demonstra-se a relevância da escolha dos indivíduos para composição da amostra do estudo. Como afirma Oliveira (2005), a história oral recupera aspectos individuais de cada sujeito, mas, ao mesmo tempo, ativa uma memória coletiva, pois, à medida que cada indivíduo conta sua história, esta se mostra envolta em um contexto sócio-histórico que deve ser considerado.

Buscando-se a historicidade da enfermagem gerontológica, a escolha dos sujeitos recaiu sobre as enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram entre os anos de 1970 e 1996. O critério temporal corresponde à década da criação do primeiro grupo de pesquisa *no* Brasil e finda com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. Esse critério de inclusão dos sujeitos tem o objetivo de delimitar como “pioneiras” as enfermeiras que participaram dos primórdios da gerontologia no país e contribuíram para a realização daquela jornada, considerada por esta pesquisadora fato desencadeante da socialização do conhecimento da enfermagem gerontológica no Brasil.

Para a escolha dos entrevistados, convém recorrer a fontes secundárias e à documentação primária, se possível. Caso não se disponha de fontes suficientes para esse conhecimento prévio, pode ser adequado realizar algumas entrevistas curtas, de cunho exploratório, que forneçam informações úteis para o processo de escolha (ALBERTI, 2004).

Entretanto, a delimitação da amostra esbarrou na dificuldade de identificar essas pioneiras. Nessa perspectiva, foi realizada a primeira entrevista, designada como entrevista zero, com a Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, docente da Universidade Federal de Santa Catarina. A escolha dessa professora enfermeira pautou-se em seu pioneirismo na gerontologia brasileira, pois ela foi fundadora de um dos primeiros grupos de pesquisa na enfermagem sobre o processo de envelhecimento, em 1982. Essa entrevista teve como objetivos: validar o instrumento de entrevista e estabelecer uma rede de relações, para identificar as enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do envelhecimento no país, além de contribuir para a demarcação do espaço temporal desta pesquisa. O estabelecimento da rede teve o propósito de alcançar o objetivo deste estudo, segundo as orientações de seus próprios membros, excluindo-se o direcionamento da pesquisadora. Para Thompson (1998, p.254), “a melhor maneira de dar início ao trabalho pode ser mediante entrevistas exploratórias, mapeando[-se] o campo e colhendo[-se] idéias e informações”.

A seguir, foram realizadas mais 14 entrevistas com enfermeiras indicadas na entrevista zero, e que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, confirmados nos respectivos currículos na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com vistas a identificar a data de início dos estudos sobre o processo de envelhecimento.

Por se tratar de pesquisa histórica, todas as entrevistadas abdicaram do anonimato, podendo assim ser identificadas e citadas nominalmente durante todo este trabalho (Quadro 1).

Nº	PESQUISADORA	INSTITUIÇÃO	CIDADE
01	Lúcia Hisako Takase Gonçalves	UFSC	Florianópolis/SC
02	Silvia Maria Azevedo dos Santos	UFSC	Florianópolis/SC
03	Marion Creutzberg	PUC/RS	Porto Alegre/RS
04	Marilene Rodrigues Portella	UPF	Passo Fundo/RS
05	Maria Jalma Rodrigues Santana Duarte	UERJ - aposentada	Rio de Janeiro/RJ
06	Célia Pereira Caldas	UERJ	Rio de Janeiro/RJ
07	Maria José D'Elboux	UNICAMP	Campinas/SP
08	Clarice Oliveira	UFBA - aposentada	Salvador/BA
09	Tânia Menezes	UFBA	Salvador/BA
10	Aparecida Yoshie Yoshitome	UNIFESP	São Paulo/SP
11	Ana Cristina Passarella Bretás	UNIFESP	São Paulo/SP
12	Yeda Aparecida Duarte	USP	São Paulo/SP
13	Ângela Maria Alvarez	UFSC	Florianópolis/SC
14	Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues	USP-Ribeirão Preto	Ribeirão Preto/SP
15	Entrevista não validada		

Obs.: A entrevista de número 15 não pode ser citada no estudo, porque não foi validada pela entrevistada em tempo hábil para ser utilizada nesta tese.

Quadro 1 – Distribuição das entrevistadas de acordo com a instituição e cidade de origem

Cabe aqui ressaltar que nem todas as pesquisadoras que atendem esse critério foram incluídas na amostra, devido a distâncias geográficas, dificuldade de contato e de agendamento das entrevistas. Entretanto, ficam aqui citadas e reconhecidas por seus pares como pioneiras, também, Profa. Dra. Maria Coeli Campedelli, EEUSP (aposentada); Profa. Dra. Maria do Rosário Menezes (UFBA); Profa. Dra. Maria Manuela Rino (USP-Ribeirão, aposentada); Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer (FURG); e Profa. Marilene Baquero (UFBA, aposentada).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi constituída por fontes orais e documentais. Constaram como fontes documentais: estudos publicados na literatura de enfermagem, geriatria e gerontologia; livros da programação científica das oito Jornadas Brasileiras de Enfermagem já realizadas; projetos acadêmicos ou em parceria com órgãos públicos protagonizados pelas entrevistadas e pertencentes ao acervo particular delas; bem como publicações do Ministério da Saúde sobre o processo de envelhecimento de cuja elaboração participaram enfermeiras. As

informações coletadas permitiram a validação dos depoimentos orais.

As fontes orais foram angariadas por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), realizadas no período de maio a novembro de 2009. O primeiro contato foi via correio eletrônico, no qual foi explanado o objetivo da pesquisa e feito o convite à participação das professoras como pioneiras, conferida por seus pares. Fica aqui registrado o interesse unânime de todas as professoras contatadas, algumas das quais expressaram surpresa de ser consideradas pioneiras nessa área no Brasil.

Após esse primeiro contato, conforme disponibilidade de deslocamento geográfico da pesquisadora, foi agendada entrevista em ambiente privativo, de escolha das participantes. Cabe aqui ressaltar que todas as entrevistas tiveram como palco as instituições de ensino superior, às quais as professoras são vinculadas ou nelas se aposentaram, perfazendo um total de oito cidades e cinco estados brasileiros visitados.

A realização das entrevistas teve como facilitador o fato de as entrevistadas serem pesquisadoras, conhecedoras, assim, de todos os trâmites metodológicos e éticos da pesquisa com seres humanos. Esse conhecimento também auxiliou na condução da entrevista, já que todas se mostraram preocupadas com manter o foco da pergunta, evitando informações que fugiam do objetivo do estudo. Cada entrevista durou em média uma hora.

Essas facilidades foram muito úteis, porque, conforme afirma Almeida (2005), o diálogo estabelecido entre pesquisador e entrevistado, no momento da entrevista, constitui uma experiência muito significativa, além de ser um espaço para a elaboração e manifestação da memória, que avança no sentido de construir um processo de democratização da fala.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Além das questões metodológicas, que, a rigor, constituem aprendizado contínuo (realizar a entrevista, transcrever, digitar, analisar e interpretar), é preciso, ainda, atentar para o uso que se faz do material, já que se lidou com experiências de sujeitos, de seres humanos, e isso exige sempre sensibilidade, respeito e ética (ALMEIDA, 2005). Este estudo pautou-se na Resolução n^o. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e

normas que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos.

O estudo foi realizado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, em reunião do dia 16 de fevereiro de 2009, e protocolado sob o n.º. 014/09 FR-241038 (Anexo A).

As entrevistas foram agendadas previamente com as entrevistadas, explicitaram-se o objetivo e a justificativa de sua participação na amostra de sujeitos. Na gravação das entrevistas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual detalha a possibilidade de desistência da participação, em qualquer etapa da pesquisa. Por se tratar de pesquisa histórica, foi solicitado às entrevistadas que abdicassem do anonimato transcrito naquele documento, pois a identificação das falas traria contribuição ímpar para a história da enfermagem gerontológica no Brasil, solicitação que foi compreendida e atendida por todas as professoras.

A coleta dos depoimentos pautou-se nas novas imposições éticas da história oral, que exige tratamento diferenciado para quem se compromete a fazer entrevistas. Em vez de termos consagrados em outras tradições disciplinares que se valiam das entrevistas (referências como ator, informante, objeto de pesquisa), a moderna história oral usa deliberadamente a palavra *colaborador*. Esse termo é importante na definição do relacionamento entre entrevistador e entrevistado, para estabelecer uma relação de compromisso entre as partes (MEIHY, 2000).

Esse cuidado se explica, por ser a relação da entrevista protagonizada por pessoas diferentes, com experiências diferentes e opiniões também diferentes, que têm em comum o interesse por determinado tema, por determinados acontecimentos e conjunturas do passado (ALBERTI, 2004).

Cabe esclarecer que, devido ao fato de as entrevistadas estarem locadas em cidades diversas, o que dificultou o deslocamento da pesquisadora, o Termo de Cessão de Entrevista (Apêndice C) foi assinado no mesmo dia da entrevista. Deste modo, a validação das entrevistas, após a transcrição, foi realizada posteriormente à assinatura do termo, viabilizada via correio eletrônico ou postagem.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados de uma pesquisa constitui etapa complexa, de decodificação das informações elencadas, que fomenta no pesquisador interpretações que cruzam os achados das entrevistas com a revisão de literatura realizada, sob o olhar do referencial teórico escolhido.

Nessa etapa, o pesquisador conta a história, a partir da interpretação dos dados, e envolve o leitor no debate histórico, pois, ao longo de sua exposição, explica o que aconteceu e por que aconteceu, a partir de documentação ou relato obtido (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

O trabalho meticuloso do pesquisador reside em traduzir todo o quebra-cabeça, categorizar e tratar as peças a partir de aportes teóricos escolhidos. É trabalho criativo e consistente do pesquisador tecer articulações entre as fontes empíricas e as fontes teóricas, entre o particular e o geral, entre o específico e o momento histórico, a partir do qual as falas estão sendo produzidas (OLIVEIRA, 2005).

Em história oral, o coletivo não corresponde à soma dos particulares. A observância do indivíduo em sua unidade é básica para se formular o respeito à experiência individual, que justifica o trabalho com o depoimento. Em vez de se pensar nos pontos comuns que marcam uma experiência coletiva, convém deixar claro que a história oral se preocupa com as versões individuais sobre cada fenômeno e que ela apenas se justifica em razão da soma dos argumentos que caracterizam a experiência em conjunto (MEIHY, 2000). Cada indivíduo, como sujeito histórico, compreende e interpreta, construindo uma representação particular do ocorrido, que modifica, muitas vezes, a tradição (SILVEIRA, 2007).

Os dados coletados para esta pesquisa foram fontes documentais e orais, que impuseram, por suas características, interpretações diferenciadas, pois, como afirma Bardin (2010), o objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento. Para a interpretação dos dados elencados das fontes orais, foi escolhida a análise de conteúdo, que tem o objetivo de manipular mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não seja a da mensagem (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo, segundo Minayo (2007), busca tornar replicáveis e válidas as inferências sobre os dados de determinado

contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos, condizentes, aliás, com o aprofundamento necessário a uma tese de doutorado. A fundamentação dessa metodologia é fornecida por Bardin (2010, p. 44), que define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A organização da análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise tem por objetivo a organização do material a ser analisado, por meio da leitura flutuante, e a composição de um *cópus* de análise. A segunda etapa é a exploração do material, que se constitui em etapa fastidiosa, na qual ocorrem as operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas. Na fase final, os resultados em bruto são tratados de maneira a ser significativos e válidos (BARDIN, 2010).

A técnica escolhida nesta pesquisa é a análise categorial. Cronologicamente, é a mais antiga e mais utilizada: “Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou a análise temática, é rápida e eficaz na condição de aplicar discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 2010, p. 199).

Para Minayo (2007) o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A análise temática recorta o texto em unidades de registro, que podem se constituir por palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, os quais são indicados como relevantes na pré-análise. Então, o pesquisador escolhe as regras de contagem e realização da classificação e a agregação dos dados, bem como as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

Após a transcrição e validação de cada entrevista, o texto foi organizado em duas colunas, na da direita ficaram os dados brutos e, na coluna da esquerda, a indicação do tema abordado e a síntese dos enunciados, em uma categorização provisória. Após a transcrição de todas as entrevistas, os dados foram agrupados por temas e indicação dos enunciados.

A análise produziu quatro categorias assim dispostas e que estão

explicitadas no capítulo seguinte, com os resultados desta pesquisa:

1. Conhecimento e poder profissional na Enfermagem Gerontológica
2. A autonomia da Enfermagem Gerontológica
3. O mercado de trabalho na Enfermagem Gerontológica
4. Política e poder na Enfermagem Gerontológica

Deste modo, as inferências e a interpretação dos achados das entrevistas tencionaram compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil, por meio do olhar sociológico de Eliot Freidson e da análise dos constituintes do poder profissional. Os resultados permitiram conhecer a história da especialidade, bem como produzir inferências sobre o encaminhamento futuro das ações de seus participantes, rumo ao reconhecimento e *status* profissionais, tão desejados por uma profissão.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados deste estudo, os quais em forma de manuscritos, permitem compreender a historicidade da enfermagem gerontológica no país, ao relatar os obstáculos transpostos na construção dessa especialidade e fomentar reflexões sobre os constituintes do poder profissional.

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as normas dos periódicos aos quais serão submetidos, com adaptações na apresentação gráfica, para atender as normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina".

Artigo 1 - Conhecimento e poder profissional na Enfermagem Gerontológica

Revista Latino-Americana de Enfermagem (a ser submetido)

Artigo 2 - A autonomia da Enfermagem Gerontológica

Revista Texto & Contexto de Enfermagem (a ser submetido)

Artigo 3 - Política e poder na Enfermagem Gerontológica

Revista Escola de Enfermagem da USP (a ser submetido)

5.1 ARTIGO 1 - CONHECIMENTO E PODER PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Artigo a ser submetido a Revista Latino-Americana de Enfermagem, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista.

ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E O PODER (1970-1996)

GERONTOLOGICAL NURSING: THE PRODUCTION OF KNOWLEDGE AND POWER (1970-1996)

ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL PODER (1970-1996)

Denise Faucz Kletemberg¹¹
Maria Itayra Padilha¹²

Resumo: Este estudo descreve a construção do conhecimento como constituinte de poder profissional na Enfermagem Gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996. É um estudo descritivo qualitativo com abordagem sócio-histórica, que utiliza a história oral temática e se realiza com 14 enfermeiras pioneiras na área. As categorias encontradas são: 1. Os primórdios das pesquisas; 2. A inserção da gerontologia na formação profissional; 3. Relevância do conhecimento para a especialidade. A compreensão histórica permitiu conhecer os esforços para o desenvolvimento da produção científica na área, ao detalhar a criação dos grupos de pesquisa e as dificuldades encontradas na formação profissional. A relação entre o conhecimento e poder profissional, é discurso unânime entre as enfermeiras pioneiras, confirmado nos esforços empreendidos por estas para o desenvolvimento do conhecimento especializado na área

Descritores: Idoso; História da Enfermagem; Prática profissional; Poder; Conhecimento

Abstract: This study describes the construction of knowledge as a component of professional power in Gerontological Nursing in Brazil, from 1970 to 1996. It is a descriptive study with qualitative socio-historical approach, which uses oral history and is performed with 14 nurses, pioneers in the area. The following categories are: 1. The

¹¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda, PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Brasil. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES) e-mail: denisekle@yahoo.com.br

¹² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. e-mail: padilha@nfr.ufsc.br

beginnings of research, 2. The inclusion of gerontology in vocational training, 3. Relevance of knowledge to the specialty. Historical understanding allowed learning about the efforts for the development of scientific production in the area, while detailing the creation of research groups and the difficulties in training. The connection between knowledge and professional power is a unanimous discourse among the pioneer nurses, confirmed in the efforts made by them for the development of expertise in the area

Descriptors: Elderly; History of Nursing, Professional Practice, Power, Knowledge

Resumen: Este estudio describe la construcción del conocimiento como constituyente del poder profesional en la Enfermería Gerontológica en Brasil, en el período de 1970 a 1996. Es un estudio descriptivo cualitativo con abordaje socio-histórica, que utiliza a Historia oral temática y se realiza con 14 enfermeras pioneras en el área. Las categorías encontradas son: 1. Os primordios de las investigaciones; 2. La inserción de la gerontología en la formación profesional; 3. Relevancia del conocimiento para la especialidad. La comprensión histórica permitió conocer los esfuerzos para el desarrollo de la producción científica en el área, al detallar la creación de los grupos de investigación y las dificultades encontradas en la formación profesional. La relación entre el conocimiento y poder profesional es discurso unánime entre las enfermeras pioneras, confirmado en los esfuerzos emprendidos por estas para el desarrollo del conocimiento especializado en el área.

Descritores: Anciano; Historia da Enfermería; Prática profissional; Poder; Conhecimento

Introdução

O desenvolvimento da pesquisa, em particular nas últimas décadas, coloca a enfermagem em posição de destaque, pela excelência dos programas de pós-graduação, por projetos financiados por agências de fomento, qualidade do produto de suas ações e resultados de pesquisa, além de representações em órgãos nacionais e internacionais⁽¹⁾. Dentre as temáticas dessa produção científica, estão os estudos sobre a população idosa brasileira, que retratam a busca pelo saber e a melhoria na qualidade da assistência prestada a essa faixa populacional.

A atenção à saúde do idoso e familiares é questão que vem sendo estudada por número cada vez maior de profissionais da enfermagem, devido à tomada de consciência acerca de seu papel em um contexto de generalizada carência de recursos sociais e de saúde, para assistir a essa clientela⁽²⁾. Esses fatores impulsionaram a enfermagem a desenvolver o conhecimento especializado, capaz de instrumentalizar os profissionais no atendimento qualificado à população idosa e fornecer o embasamento científico necessário para a construção dessa especialidade.

Para entender esse movimento, buscou-se orientação no referencial teórico de Eliot Freidson, estudioso na área da sociologia das profissões, ao apontar que as profissões chamadas de “consulta ou práticas” oferecem a uma clientela leiga serviços que procuram resolver problemas. Assim, a profissão prática tem a tarefa de aplicar o conhecimento à vida cotidiana, e deve estar, de alguma maneira, vinculada à vida diária e ao homem comum⁽³⁾.

Os primeiros esforços para o estudo do envelhecimento em enfermagem no Brasil datam da década de 1970, com produções esparsas e a criação do primeiro Grupo de Pesquisa em Enfermagem.⁽⁴⁾ Na década seguinte, houve uma produção científica pequena, porém continuada, em programas de pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado⁽⁵⁾. Nas últimas três décadas, esses esforços se intensificaram, com picos de produção de teses e dissertações em enfermagem, concomitantemente aos períodos de maior discussão sobre o tema no Brasil, que foram aqueles em que as leis e políticas federais foram efetivadas⁽⁶⁾. O saber, como constituinte de poder ou *status* profissional, é discutido por Eliot Freidson, ao afirmar que uma profissão ganha autonomia ocupacional, com base na alegação de que seu trabalho é orientado por um conhecimento tão esotérico e complexo, que impossibilita ao leigo avaliá-lo, quanto mais compartilhá-lo. Entretanto, o conhecimento em si não dá poder especial, somente o conhecimento exclusivo dá poder a seus detentores⁽⁷⁾.

Para a discussão sobre a relevância do conhecimento para essa especialidade, fez-se necessário fazer uma retrospectiva histórica sobre seus primórdios, que possibilitou compreender o contexto dessa construção, bem como a percepção das enfermeiras sobre a relevância do conhecimento para a profissão. Diante de o que foi exposto, este estudo objetivou descrever a construção do conhecimento como constituinte de poder profissional na enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996. O recorte temporal corresponde à década da criação do primeiro grupo de pesquisa no Brasil e finda com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e

Gerontológica.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, com abordagem sócio-histórica, que utiliza a história oral temática. Quando o que se investiga ocorreu em um tempo relativamente recente e há falta de informações a respeito desse período, é possível identificar as pessoas que vivenciaram o processo histórico e participaram dele, para integrarem a pesquisa⁽⁸⁾. A história oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas, e gera como resultado fonte de consulta (entrevistas) para outros estudos⁽⁹⁾. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de maio a novembro de 2009. Os sujeitos da pesquisa foram 14 enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram entre as décadas de 1970 e 1996. As “pioneiras” são aquelas enfermeiras que participaram dos primórdios da gerontologia no país e contribuíram para a realização daquela jornada, fato que desencadeou a socialização do conhecimento da enfermagem gerontológica no Brasil. Cabe aqui ressaltar que nem todas as pesquisadoras que atendem esse critério foram incluídas na amostra, devido a distâncias geográficas, dificuldades de contato e de agendamento das entrevistas e também à saturação dos dados coletados.

O projeto de pesquisa fundamentado nas diretrizes e normas da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o n.º. 014/09 FR-241038. Os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de cessão da entrevista. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas abdicaram do anonimato, por se tratar de estudo histórico-social, de modo que se torna fundamental identificar as enfermeiras pioneiras do estudo do processo de envelhecimento no Brasil.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática⁽¹⁰⁾. Que é a significação que se desprende do texto e permite sua interpretação sob o enfoque da teoria que guia o estudo. Essa técnica também propicia conhecer uma realidade, por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculo com ela. Foram identificadas três categorias de análise: 1. Os primórdios das pesquisas em enfermagem gerontológica; 2. A inserção da gerontologia na formação profissional; 3. Relevância do conhecimento para a especialidade.

Resultados

A compreensão do saber como constituinte do poder profissional exigiu inicialmente o levantamento histórico das pesquisas sobre o processo de envelhecimento e a inserção da temática na formação profissional da enfermagem, assim, possibilitou-se seguir-se a análise da relevância desse conhecimento, atribuída por seus integrantes.

Os primórdios das pesquisas em Enfermagem Gerontológica

O desenvolvimento dessa especialidade encontrou entraves significativos por causa da escassez de pesquisadores e de bibliografia na área do processo de envelhecimento na década de 1970, o que, aliado à inexistência da troca de experiências entre as enfermeiras, imprimiu sensação de isolamento entre as pioneiras na área. As entrevistadas relatam detalhes da elaboração de uma bibliografia especializada, das dificuldades encontradas no início das pesquisas e da criação dos grupos de estudo: *[...] mas eu precisava buscar muito em literatura □R□P□éia e norte-americana, porque se tinha ainda muito pouco e muito ainda inicial.* (Profa. Dra. Marion Creutzberg)

Então, o acesso à bibliografia, à compreensão do processo de envelhecimento, entender as diferenças dessa pessoa nesse momento da vida, compreender as diferenças clínicas que ele tinha, também sociais, emocionais, foi tudo muito complicado. (Profa. Dra. Sílvia Azevedo dos Santos)

Aí a gente fez essa proposta: vamos fazer um grupo? E a gente vai trocar com eles. A gente passa para eles o que a gente sabe, o que a gente estudou nos livros, e eles passam para gente como é que eles fazem. (Profa. Dra. Célia Caldas)

Não foi fácil até compor banca no início, porque não tínhamos muitos especialistas nessa época. É... especialistas mesmo em gerontologia pela SBGG, acho que tinha três pessoas só, na enfermagem. (Profa. Dra. Maria José D'Elboux)

A falta de referências bibliográficas, aliada à falta de interação com outras pesquisadoras que também compartilhavam essa busca, levou as pioneiras ao autodidatismo. A pequena quantidade de pesquisadores na área gerava também empecilho para o desenvolvimento das pesquisas sobre o processo de envelhecimento na pós-graduação. Devido à escassez de livros e artigos científicos naquela época, a bibliografia utilizada pelas pioneiras foi por vezes unânime. Um dos livros mais citados foi de Irene Mortenson Burnside, intitulado “*Enfermagem e os idosos*” de 1979. A dificuldade de acesso à bibliografia nacional era em parte compensada pelas publicações internacionais, conseguidas com o apoio de colegas que retornavam de eventos internacionais ou de viagens ao exterior.

Na busca pela construção do conhecimento, as enfermeiras pioneiras ingressaram em programas *strito sensu* de maneira

desbravadora, sendo protagonistas da inserção da temática, trazendo relatos das dificuldades iniciais: *Eles lutaram para que a bolsa fosse minha. Por quê? Porque estavam interessados no meu projeto. [...] Por que eles quiseram? Porque eles nunca tinham visto uma maneira de se posicionar a favor da saúde do idoso.* (Profa. Dra. Maria Jalma Duarte)

Minha orientadora se entusiasmou com a área do idoso e ela, certo dia, até comentou que, de certa forma, com a minha dissertação se iniciou essa linha de estudos dentro daquele grupo de pesquisa. (Profa. Dra. Marion Creutzberg)

Apesar das dificuldades encontradas, na década de 1970, houve intensificação de estudos na área do envelhecimento, com a realização de pesquisas e participação em eventos. Entretanto, esses esforços iniciais não tiveram a socialização adequada, pois a publicação dessas pesquisas foi escassa, devido à falta de direcionamento para a publicação dos estudos realizados: *Então, fizemos trabalho em relação à constipação do idoso, úlcera de pressão. Com úlcera de pressão, fizemos até trabalho com açúcar mascavo, açúcar refinado, e isso era só empírico. Nós víamos, observávamos, acompanhávamos, mas não tínhamos o direcionamento para a pesquisa.* (Profa. Dra. Tânia Menezes)

Se, na atualidade, a reflexão não se restringe mais à preocupação com a publicação científica das pesquisas realizadas, a crítica agora remete-se ao objetivo dessas pesquisas: *Olha, nossas pesquisas são diagnósticas. Nós não temos muitas pesquisas sobre intervenção. E na área da gerontologia, pior ainda.* (Profa. Dra. Maria José D'Elboux)

Agora precisaria de um pouco mais de criatividade dos enfermeiros, [...] um pouco mais de criatividade nossa para criar coisas novas, para propor coisas novas para o cuidado do idoso no sistema de saúde. (Profa. Dra. Ângela Alvarez)

Eu sinto que nós precisamos fazer teses, mais para aplicar o conhecimento. E o enfermeiro que está lá na ponta, ele precisa saber o que está sendo pesquisado, para que ele possa utilizar esse conhecimento. (Profa. Dra. Rosalina Rodrigues)

A realização de pesquisas está intrinsecamente relacionada aos grupos de pesquisa, que fomentam os projetos e agregam pesquisadores e alunos interessados na temática. Os achados da pesquisa revelam que, nesse aspecto, a enfermagem também figura como pioneira na área, com o relato da criação dos primeiros grupos de pesquisa naquelas décadas. Esses grupos foram determinantes para a participação da enfermagem em eventos por meio de palestras, mesas redondas e sugestões de temáticas sobre o idoso, o que desbravou o espaço profissional na área da geriatria e gerontologia.

A inserção da gerontologia na formação profissional

A exemplo das dificuldades apontadas para o desenvolvimento das pesquisas sobre o processo de envelhecimento, o ensino da temática também teve de vencer grandes obstáculos. O primeiro desafio foi a

ausência de conteúdo na formação das próprias postulantes a docentes da disciplina, o que desencadeou o autodidatismo também nas metodologias pedagógicas adotadas pelas professoras pioneiras na área: *E aí era um conteúdo, eu diria até que muito primário. [...] Então, não tinha nenhum conteúdo de geriatria, era algo assim muito de... como eu diria? A gente também, como docente, acaba se aproximando do sujeito e do objeto. Aquela coisa bem empírica. Foi de erro e de acerto.* (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Então, foi uma luta para conseguir colocar [conteúdo sobre saúde do idoso] na grade curricular, mas nós conseguimos. (Profa. Dra. Clarice de Oliveira)

Esses documentos, Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, nos serviram de ferramenta, em primeiro lugar, para lutar dentro da própria instituição, para colocar no currículo o conteúdo da saúde do idoso (Profa. Dra. Marilene Portella)

As dificuldades evidenciadas deram-se pela resistência à inclusão desse conteúdo nos currículos de diversas Instituições de Ensino Superior (IES), para o que serviu como estratégia de convencimento a legislação de atenção ao idoso. Além disso, percebem-se nos relatos questões que foram foco de discussões para a implantação dessa disciplina, e que permanecem ainda na atualidade, como o enfoque do envelhecimento como fase do ciclo vital e a necessidade de disciplina específica ou transversal ao currículo.

Apesar das dificuldades apontadas, a introdução do conteúdo relativo à gerontologia nos cursos de graduação começou a surgir em várias IES, nas décadas estudadas. Algumas intenções foram iniciadas no final da década de 1980, porém, a ordem cronológica relatada pelas pioneiras entrevistadas aponta a década de 1990 como período da implantação das disciplinas específicas de gerontologia. Exemplos de IES onde isso ocorreu são a USP/Ribeirão Preto, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a Universidade de Passo Fundo (UPF), a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Concomitantemente ao movimento de inclusão da disciplina na graduação, impulsionado pela pesquisa, também surgiram os cursos de especialização, na década de 1990. Em maior número foram os multidisciplinares, entretanto, alguns cursos foram específicos de enfermagem gerontológica, cujo público-alvo estava direcionado para os enfermeiros presentes na UFBA e na UNIFESP. O espaço para a inclusão desses cursos é defendido pelas pioneiras: *[...] existe a necessidade da criação de uma especialização em enfermagem gerontológica, para que a gente possa trabalhar com teorias de enfermagem, com sistematização da enfermagem em ambiente domiciliar, entende? Isso é tecnologia de enfermagem, e não interessa passar isso para profissional nenhum.* (Profa. Dra. Célia Caldas)

Eu falei: “Não é hora de eu contribuir com a formação de outro profissional”. Neste primeiro momento, e aí eu retomo a lógica foucaultiana de saber e poder. [...] Você fala: é algo pelo que a história nos punirá ou não, mas naquele momento foi opção política. (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Após a luta das pioneiras da área para a implantação dos cursos de especialização, surgiu o confronto com a realidade: a falta de interesse da enfermagem: *Tinha muito menos enfermeiros do que qualquer outro profissional. É engraçado, não é? As nossas enfermeiras não vinham muito, vinham mais outros profissionais. (Profa. Dra. Clarice de Oliveira)*

Ah! Uma aula de ventilação mecânica invasiva! Olha, terminou a aula e tinha gente perguntando coisa. Por outro lado, na aula de cuidados de enfermagem na parte do idoso crítico ou gravemente enfermo, na hora do intervalo, sumiu quase metade das enfermeiras da aula. (Profa. Dra. Marilene Portella)

Fato contrastante com esse desinteresse teve como palco Salvador, onde os dois primeiros cursos de especialização da UFBA, no final da década de 90, tiveram como público-alvo a enfermagem, nos quais se matricularam 28 alunos. Outra mola propulsora para o crescimento de cursos sobre enfermagem gerontológica foi o desdobramento da Lei da Política Nacional do Idoso⁽¹¹⁾, que trouxe os cursos de cuidadores, como na Bahia e em São Paulo. Na Bahia, os cursos de cuidadores formaram 180 pessoas, entre auxiliares e técnicos de enfermagem e acompanhantes e parentes de idosos.

O fomento à pesquisa e as diretrizes de variados fóruns de discussão mundiais e nacionais encaminharam a atenção à saúde do idoso para a promoção da saúde e qualidade de vida. Essa conjugação encaminhou a academia para nova área de atuação: a extensão. A enfermagem teve papel atuante na área da extensão, quer com projetos de docentes universitárias vinculadas às mais diversas IES, quer com universidades abertas da terceira idade, quer com projetos de assistência à população.

Dentre as diversas experiências de universidade da terceira idade, cabe citar a experiência do NETI da UFSC, criado em 1983 pela enfermeira Profa Lúcia H Takase Gonçalves e pela assistente social Neusa Mendes Guedes, e da UnATI da UERJ, em 1993, por iniciativa do Dr. Américo Piquet Carneiro, que, em sua equipe fundadora, contava com a enfermeira Célia Caldas. Outra experiência relatada foi a de Passo Fundo: a criação do Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade (CREATI), pelo professor Agostinho Both, que, nos moldes de universidade aberta para a terceira idade, foi fomentador de cursos na área da gerontologia naquela cidade. Mais uma experiência inédita de atividade de atenção básica à saúde foi protagonizada em Salvador, pelas professoras Marilene Baquero, Clarice Oliveira e Alyde

Vieira, enfermeiras docentes da Universidade Federal da Bahia, que mantinha convênio com a Secretaria do Trabalho e Ação Social. Iniciado em 1992 e findado em 2002, esse projeto era coordenado pela Profa. Marilene Baquero, e teve impacto social ímpar em Salvador: *Foi uma dinâmica maravilhosa que nós fizemos. Eu achei que, na sociedade, foi assim uma participação maravilhosa, e ajudou muito a divulgar a enfermagem gerontológica e geriátrica.* (Profa. Dra. Clarice de Oliveira)

Essa visibilidade social alcançada em Salvador, citada e buscada pelas profissões, foi proporcionada pelo relato das atividades desse projeto: consulta de enfermagem, solicitação de exames laboratoriais básicos e específicos, como densitometria e ultrassonografia, que trouxeram a resolutividade cabível a uma profissão prática como a enfermagem.

Relevância do conhecimento para a especialidade

Analisando-se os primórdios da construção do conhecimento em enfermagem gerontológica, cabe considerar a perspectiva da construção profissional como especialidade, fornecida por Freidson, ao apontar a relação entre conhecimento e *status* profissional.

Para tal, fez-se necessário conhecer a percepção das enfermeiras pioneiras na área quanto à relação entre o conhecimento e a competência e autonomia profissionais. A visibilidade dessa relação foi unânime entre as entrevistadas. De maneira categórica, a afirmação coletiva foi a necessidade do desenvolvimento de habilidades para compor a competência profissional.

Tem que ter conhecimento, tem que treinar habilidades técnicas e tem que ter interesse para buscar, buscar desvendar áreas novas que não foram ainda exploradas. E é preciso explorar, estudar... (Profa. Dra. Lúcia Takase Gonçalves)

[...] você precisa de uma habilidade técnica que te dê condições de falar com o paciente, atender o paciente, defender aquilo que você está fazendo, ter autonomia naquilo que você está fazendo. (Profa. Dra. Ângela Alvarez)

A enfermagem é a única dessas disciplinas que tem condição, cabedal de conhecimento que consegue dar conta da complexidade do processo do envelhecimento, porque, como formação, o nosso foco é o cuidado. E com o idoso o que acontece é que o modelo biomédico não funciona. (Profa. Dra. Célia Caldas)

Porque assim, se eu lido com o frágil, eu tenho que trabalhar na perspectiva de que eu não vou ter, [...] é, assim, uma melhora no estado, mas eu tenho que dar qualidade de vida para que ele tenha uma boa finitude. (Profa. Dra. Aparecida Yoshitome)

Para as entrevistadas, há relação direta entre o saber e a competência técnica, que propicia atendimento autônomo, pautado na complexidade do processo de envelhecimento e distanciado do modelo curativista. Essa percepção da relevância do conhecimento para a

autonomia e o poder profissional foi foco de reflexões: *Uma das questões que me assustam muito na enfermagem é que ela, de uma forma bem foucaultiana, não relaciona saber com poder. E muitas vezes ela fica à margem, não por não saber fazer, mas por não ter argumentos. E aí eu insisto, argumentos técnicos, científicos e políticos de dizer que aquele saber dela faz sentido.* (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Entretanto, apesar do reconhecimento do avanço dos estudos na área do processo do envelhecimento, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais é foco de preocupação entre as pioneiras: *Isso porque, na maioria das vezes, ele não sabe trabalhar com o idoso porque faltou-lhe formação. Assim, quando eles a buscam, é muito mais: “Me ajude a resolver esse problema, porque isso para mim é um problema”. É porque esse “problema” está batendo na porta dele o tempo todo.* (Profa. Dra. Yeda Duarte)

Mas nós precisamos estar fazendo mais protocolos, fazendo mais avaliação, medindo mais o cuidado, discutindo mais o que é a nossa prática, até aonde o enfermeiro pode ir, até onde não pode ir, se a sistematização, o diagnóstico de enfermagem é o caminho mais correto. (Profa. Dra. Rosalina Rodrigues)

A principal justificativa para o investimento em estudos em gerontologia foi a realidade da transição demográfica, que impacta a prática assistencial nos serviços de saúde. Para essas pioneiras, esse conhecimento é hoje indispensável, quer no atendimento hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, pois esse embasamento teórico propiciará um olhar diferenciado, o “olhar gerontológico”, que diferenciará os sintomas da senescência e da senilidade.

Discussão

Os dados apresentados trazem o relato histórico da construção do conhecimento na enfermagem gerontológica no Brasil. Os depoimentos comprovam estudos sobre a produção científica no campo da gerontologia, quando afirmam que ela foi iniciada na década de 70⁽¹²⁾, a contribuição da enfermagem desde seus primórdios⁽¹³⁾ e que os programas brasileiros de pós-graduação voltados para a temática do envelhecimento passaram a ser criados, principalmente, no final da década de 1990⁽¹⁴⁾.

A busca pelo saber científico, que norteou a especialidade desde os primórdios, foi impulsionada pelo impacto da transição demográfica nos serviços de saúde no país. Esse fato explicita e comprova o referencial de Freidson, que afirmar que as profissões práticas passam pelo teste de resolver problemas apresentados por sua clientela⁽³⁾. Essa racionalidade de resolução de problemas está estampada: nas críticas às pesquisas, quando as pioneiras apontam a necessidade de direcionamento para intervenção específica da enfermagem, ao delimitar

as ações e competências peculiares à profissão; na preocupação com a socialização dos estudos, articulando-se academia e prática assistencial, subsidiando-se cientificamente seu processo de trabalho; e na necessidade de inovação e criatividade nas pesquisas, à medida que a profissão – como liberal – traz a aplicação de novas tecnologias e a racionalidade do empreendedorismo.

A dimensão da importância histórica da criação dos grupos de pesquisa em enfermagem gerontológica é retratada em artigo sobre as pesquisas em gerontologia. Elas apontam, na década de 1970, apenas *um* grupo com especificidade na temática da saúde do idoso, o Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (Nespi), na área de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e, na década de 1980, apenas *três*, sendo dois da Enfermagem: da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto⁽¹⁵⁾.

Esse é um dado histórico para a enfermagem no Brasil. Durante as décadas de 1970 e 1980, existiam quatro grupos de pesquisa com especificidade no estudo do idoso, sendo *três* deles da Enfermagem. Esse fato demonstra o pioneirismo e a importância da contribuição da enfermagem na história da construção do conhecimento gerontológico no país, pois tais grupos foram implementados graças aos esforços pessoais de enfermeiras pioneiras, que compuseram as bases das pesquisas na área.

As dificuldades encontradas para implantação do ensino de gerontologia foram relatadas em algumas pesquisas^(16,17), que já denunciavam a escassez de conhecimento gerontogeriátrico dos profissionais da saúde, a ausência de sintonia da maioria das IES brasileiras com o processo de transição demográfica, a escassez de conteúdo gerontogeriátrico nos currículos, além da inexperiência do corpo docente na área.

Esses fatos estão contextualizados na legislação do ensino de graduação em Enfermagem desse período, pois a inclusão do idoso como conteúdo ocorreu na década de 1990, apesar de ser identificadas iniciativas pedagógicas desde a década anterior, devido a posicionamentos pessoais de docentes e IES⁽¹⁸⁾.

Entretanto a incorporação da gerontogeriatría no curso de Enfermagem tem sido efetivada de maneira morosa. Pesquisa recente⁽¹⁹⁾ demonstra que não houve mudanças significativas no cenário descrito na década de 1990. A frágil introdução dos conteúdos de gerontologia nos currículos de graduação faz com que os profissionais de saúde recém-egressos das faculdades não disponham das competências mínimas para

atendimento ao idoso.

Os relatos sobre a resistência à inclusão da disciplina nos currículos de graduação deve ser foco de discussões pela categoria, pois Freidson afirma que a educação é seguramente de grande importância, por estabelecer individualmente entre os membros da profissão um núcleo comum de conhecimentos e atitudes⁽²⁾. Assim, sendo a enfermagem área de profissão prática, no contexto da transição demográfica no país, torna-se imperiosa a inclusão da temática nos cursos de graduação, para possibilitar a formação de profissionais capacitados a oferecer atendimento especializado ao idoso, de modo a contribuir com a solução dos agravos de saúde, promover a saúde da população atendida e favorecer o reconhecimento profissional.

As falas sobre a importância do “olhar gerontológico”, a mudança da racionalidade da cura, a preocupação com a formação de recursos humanos na área e o direcionamento das pesquisas para aspectos práticos da profissão constroem um discurso unânime entre as pioneiras, que relaciona conhecimento com competência profissional, e revela o reconhecimento da relevância do saber como constituinte do poder profissional.

Considerações Finais

Apesar da falta do direcionamento para o desenvolvimento de pesquisas em seus primórdios, das dificuldades de encontrar campos para coleta de dados, da escassez de orientadores para sua qualificação na área do envelhecimento humano, as enfermeiras pioneiras deram contribuição valiosíssima, com a criação dos primeiros grupos de pesquisa sobre idoso. Com isso, trouxeram visibilidade profissional e fomento à pesquisa, para as novas gerações.

O desenvolvimento de um conhecimento específico esbarrou na resistência à inclusão da temática nos cursos de graduação, no autodidatismo inicial das metodologias pedagógicas e na falta de interesse de seus pares nos cursos de pós-graduação em Gerontologia. Esses obstáculos têm sido suplantados pelo crescente desenvolvimento de pesquisas na área e pela atuação da enfermagem em projetos de extensão, como as universidades abertas à terceira idade.

A relação entre o conhecimento, a competência e, consequentemente, o poder profissional, referendado por Freidson, é discurso unânime entre as enfermeiras pioneiras, confirmado nos esforços empreendidos por elas para o desenvolvimento do conhecimento especializado na área.

O presente estudo traz à enfermagem gerontológica brasileira

reflexões sobre o papel das pesquisas na consolidação da especialidade. Sendo a enfermagem uma área de profissão prática, ela deverá estar capacitada, por meio de princípios teóricos e científicos, para desempenhar uma prática profissional apropriada às necessidades da população idosa no país. Assim, há necessidade de construir modelos assistenciais condizentes com a resolutividade dos problemas elencados no atendimento ao idoso, bem como urgência da inclusão da disciplina de Gerontogeriatrics na graduação em Enfermagem, para a formação da competência técnica, instrumento de poder profissional.

Referências

1. Zanetti ML. A busca da excelência na disseminação do conhecimento produzido pela Enfermagem brasileira. Ver Latino-am. Enfermagem [internet] 2010 [acesso em: 13 jun 2010];18(2). Disponível em: <http://www.scielo.br>
2. Santos SMA, Gonçalves LHT. Editorial. Texto & Contexto enferm. 2008; 17(2): 219-220.
3. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP; 2009. 451 p.
4. Caldas CP, Amorin AE. Os grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil e o envelhecimento humano. Revista Ciências da Saúde. 2004; 23(2): 28-36.
5. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro(RJ); Guanabara Koogan; 2006. P. 1110-1116.
6. Oliveira CJ, Moreira TMM. Análise das dissertações e teses de enfermagem sobre o idoso, Brasil, 1979-2004: Estudo bibliográfico. Brazilian Journal of Nursing 2007; 6(1);[on line] [acesso em 2008 jul 16] Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/n>
7. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp; 1998. 280 p.
8. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. Texto Contexto enferm. 2005; 14(4): 575-584.
9. Alberti V. Manual de História Oral. 2a ed. Rio de Janeiro: FGV; 2004. 236 p.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.
11. Brasil. Lei nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a

política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [on line] [acesso em 2008 jun 11]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>

12. Sá JLM. Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: Neri AL, Debert GG (org). Velhice e Sociedade. São Paulo (SP): Papyrus; 1999. P.223-32.

13. Goldstein LL. A produção científica brasileira na área da gerontologia: (1975 – 1999). Ver Online Bibli Prof Joel Martins.[internet] 1999 [acesso em: 28 mai 2008]; 1(1). Disponível em: <http://www.bibli.fae.unicamp.br>

14. Prado SD, Sayd JD. Os programas de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia no Brasil. Textos Envelhecimento 2003; 6(2).

15. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 57-68.

16. Diogo MJD, Duarte YAO. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. Ver Esc Enf USP. 1999; 33(4): 370-6.

17. Diogo MJD. Human resource formation in elderly's health. Rev.Latino-Am. Enfermagem 2004; 12(2): 280-82.

18. Santos SSC. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin [tese]. Florianópolis:UFSC/Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2003.

19. Tavares DMS, Ribeiro KB, Silvia CC, Montanholi LL. Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal do triangulo mineiro? Cienc Cuid Saúde. 2008; 7(4): 537-545.

5.2 ARTIGO 2 – A AUTONOMIA NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Artigo a ser submetido a Revista Texto & Contexto de Enfermagem, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista.

A AUTONOMIA DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL, SEGUNDO AS PIONEIRAS (1970-1996)

AUTONOMY OF NURSING GERONTOLOGY IN BRAZIL BY THE PIONEERS (1970-1996)

LA AUTONOMÍA DE LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA EN BRASIL, SEGÚN LAS PIONERAS (1970-1996)

Denise Faucz Kletemberg¹³
Maria Itayra Padilha¹⁴

Resumo: No contexto das discussões atuais sobre a divisão do trabalho na área da saúde, torna-se pertinente a reflexão sobre a autonomia da enfermagem no atendimento à pessoa idosa. Este estudo objetiva analisar a construção da autonomia dos profissionais vinculados à enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996. É um estudo descritivo-qualitativo, com abordagem sócio-histórica, que utiliza a história oral temática e se realiza com 14 enfermeiras pioneiras na área. As categorias encontradas após a análise são: 1. Constituintes da autonomia na enfermagem gerontológica; e 2. Avaliação da autonomia na enfermagem gerontológica. Os resultados trazem como constituintes da autonomia conhecimento, postura profissional, aplicação da sistematização da assistência e delimitação do papel da enfermagem na equipe multidisciplinar. Há reconhecimento do espaço para atuação autônoma na área, entretanto, sua concretude está em

¹³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda, PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Brasil. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES) e-mail: denisekle@yahoo.com.br

¹⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. e-mail: padilha@nfr.ufsc.br

processo de construção, intrinsecamente atrelado ao conhecimento especializado e a uma formação profissional que possibilite ações autônomas.

Descritores: Idoso. Enfermagem geriátrica. História da Enfermagem. Autonomia profissional.

Abstract: In the context of current discussions on the division of labor in health, it is pertinent to reflect on the autonomy of nursing care to the elderly. This study aims to analyze the autonomy construction of professionals involved in gerontological nursing in Brazil from 1970 to 1996. The study is descriptive and qualitative, with a socio-historical approach, that uses oral history and is performed with 14 nurses, pioneers in the area. The categories found after the analysis are: 1. Constituents of autonomy in the gerontological nursing, and 2. Evaluation of autonomy in gerontological nursing. The results bring the constituents of autonomy as self knowledge, professional attitude, application of the care system and role of nursing delimitation in the multidisciplinary team. There is the recognition of room for autonomous performance in the area, however, consolidation is in construction process, intrinsically linked to the expertise and professional training that enables autonomous performance.

Descriptors: Aged. Geriatric nursing. History of Nursing. Professional autonomy

Resumen: en el contexto de las discusiones actuales sobre la división del trabajo en el área de la salud, se torna pertinente la reflexión sobre la autonomía de la Enfermería en la atención a la persona anciana. Este estudio objetiva analizar la construcción de la autonomía de los profesionales vinculados a la Enfermería gerontológica en Brasil, en el período de 1970 a 1996. Es un estudio descriptivo-cualitativo, con abordaje socio-histórica, que utiliza la Historia oral temática y se realiza con 14 enfermeras pioneras en el área. Las categorías encontradas después del análisis son: 1. Constituyentes de la autonomía en la Enfermería gerontológica; y 2. Evaluación de la autonomía en la Enfermería gerontológica. Los resultados traen como constituyentes de la autonomía, conocimiento, postura profesional, aplicación de la sistematización de la asistencia y delimitación del papel de la Enfermería en el equipo multidisciplinar. Hay reconocimiento del espacio para actuación autónoma en el área, entretanto, su concreción está en proceso de construcción, intrinsecamente ligado al conocimiento

especializado y a una formación profesional que posibilite acciones autónomas.

Descriptor: Anciano. Enfermería geriátrica. Historia de la Enfermería. Autonomía profesional.

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a autonomia da enfermagem remete à percepção diferenciada dela como profissão da área da saúde, traz necessariamente a discussão sobre os constituintes de seu processo de trabalho e fomenta reflexões sobre sua articulação com outras áreas científicas, na perspectiva atual da interdisciplinaridade.

Na gerontologia, a interdisciplinaridade é contexto do trabalho dos profissionais envolvidos, devido à multidimensionalidade do processo de envelhecimento humano. Sua operacionalização requer a análise multiprofissional dos problemas e a integração dos conhecimentos específicos de áreas diversas, com o objetivo comum de promover e manter a saúde do idoso.¹ Esse exercício de partilhar saberes e práticas na área da saúde revela a delimitação da autonomia das profissões envolvidas, suscita reflexões sobre seus constituintes para a construção de uma prática autônoma.

A discussão dessa temática é pertinente, pois a enfermagem passa por momento de transição, posto que ainda se observa a presença de dimensões que foram hegemônicas em um determinado momento histórico da profissão, como a religiosidade, e se apontam outras, oriundas da cientificidade atual, como o conhecimento e o profissionalismo.² Nesse sentido, o profissional enfermeiro está rompendo com a imagem de profissional devoto e obediente, atrelado tanto a uma concepção religiosa do cuidado como a um paradigma que promove exclusivamente a intervenção técnica voltada a um paciente percebido meramente como uma máquina.³

A autonomia profissional é focalizada pelo sociólogo Eliot Freidson,⁴ expoente na área da sociologia das profissões, como atributo relevante para o poder de uma profissão. Para ele, a utilização adequada do conceito de profissão é fundamental para que ela tenha algo parecido com o monopólio sobre o exercício de seu trabalho, portanto, tenha autonomia. O *status* das profissões viria dessa autonomia, que precisaria ser preservada, apesar de seu prestígio ser delegação da sociedade, ou da clientela, ou do Estado.

Em seu livro *Profissão médica – um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*, escrito em 1970⁴, Freidson faz uma análise

detalhada da divisão do trabalho na área da saúde, na qual expõe os dilemas das chamadas profissões “paramédicas”, no que tange à autonomia profissional. Ele se refere ao termo “paramédico” como as atividades organizadas em torno do trabalho de cura, que são, em última instância, controladas por médicos, restando às outras profissões prestígio geralmente inferior por parte do público. As profissões paramédicas são aquelas que foram impulsionadas para uma divisão de trabalho organizada profissionalmente. Ao se referir à enfermagem, Freidson aponta que a categoria tem empenhado esforços para encontrar uma posição nova e independente na divisão do trabalho na equipe de saúde. Entretanto, um dos dilemas que ela enfrenta se refere ao fato de seu trabalho não poder ser controlado pela ocupação em si. Esse problema ocupacional é comum aos trabalhadores paramédicos, que os obriga a trabalhar sob a direção do médico. Para fugir da subordinação da autoridade médica, uma profissão paramédica tem de controlar razoavelmente um domínio de trabalho específico, que possa estar separado do campo global da medicina, ou seja, alguma área de trabalho sobre a qual possa reivindicar e manter o monopólio.⁴

Ao trazer a autonomia como componente de poder de uma profissão, a sociologia das profissões contribuiu para a compreensão da construção dessa especialidade no país. Deste modo, este estudo objetivou analisar a construção da autonomia dos profissionais vinculados à enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996. Para alcance do objetivo traçado, optou-se por entrevistar as enfermeiras pioneiras nessa área no Brasil, para trazer os constituintes de sua construção histórica, bem como a avaliação delas quanto à atividade autônoma da enfermagem. O recorte temporal corresponde à década da criação do primeiro grupo de pesquisa no Brasil e finda com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo, com abordagem sócio-histórica, que utiliza a história oral temática. Quando o que se investiga ocorreu em um tempo relativamente recente e há falta de informações a respeito desse período, é possível identificar as pessoas que vivenciaram e participaram do processo histórico, a fim de integrarem a pesquisa.⁵ A história oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas, e gera como resultado fonte de consulta (entrevistas) para outros estudos.⁶

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas no período de maio a novembro de 2009. Os sujeitos da pesquisa foram 14 enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram entre as décadas de 1970 e 1996. As “pioneiras” são aquelas enfermeiras que participaram dos primórdios da gerontologia no país, contribuíram para a realização daquela jornada, fato que desencadeou a socialização do conhecimento da enfermagem gerontológica no Brasil. Cabe ressaltar que nem todas as pesquisadoras que atendem esse critério foram incluídas na amostra, devido às distâncias geográficas e dificuldades de contato e de agendamento das entrevistas, bem como à saturação dos dados coletados.

O projeto de pesquisa fundamentado nas diretrizes e normas da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o n.º. 014/09 FR-241038. Os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de cessão da entrevista. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas abdicaram do anonimato, por se tratar de estudo histórico-social, de modo que se torna fundamental identificar as enfermeiras pioneiras do estudo do processo de envelhecimento no Brasil.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática,⁷ que é a significação que se desprende do texto e permite sua interpretação sob o enfoque da teoria que guia o estudo. Essa técnica também propicia conhecer uma realidade, por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculos com essa realidade. Foram identificadas duas categorias de análise: 1. Constituintes da autonomia na Enfermagem Gerontológica; e 2. A avaliação da autonomia na Enfermagem Gerontológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e a categorização dos dados foram elencadas pelo referencial de Eliot Freidson, ao trazer a importância da autonomia para o *status* de uma profissão e, consequentemente, para suas especialidades, como a enfermagem gerontológica. Assim, os dados coletados foram categorizados a partir da identificação dos constituintes que propiciaram a autonomia, na opinião das enfermeiras na área, bem como possibilitaram a investigação da avaliação delas quanto à prática de ações autônomas na área.

Constituintes da autonomia na enfermagem gerontológica

Neste estudo, foram identificados quatro componentes como constituintes da autonomia da enfermagem, no atendimento ao sujeito idoso e a seus familiares: o conhecimento; a postura profissional; a sistematização da assistência; e a delimitação do papel na equipe multidisciplinar, sobre os quais se discorre a seguir.

O conhecimento como constituinte da autonomia

O primeiro constituinte abstraído das entrevistas para a compreensão da autonomia profissional foi o conhecimento científico, respaldado pelo referencial teórico adotado na pesquisa. Freidson afirma que as profissões mais fortes conseguiram preservar grande parte do direito de ser árbitro de seu próprio desempenho no trabalho, sob as justificativas de que são as únicas que detêm o conhecimento suficiente para avaliá-lo adequadamente e de que estão comprometidas ativamente com garantir que o desempenho alcance padrões básicos.⁸ Nessa perspectiva, o sociólogo relaciona como o conhecimento influencia a autonomia de uma profissão e como esses dois constituintes definem o grau de poder de uma profissão em uma dada sociedade.

A análise dos dados permitiu inferir que reconhecer o conhecimento para o alcance da autonomia profissional é discurso hegemônico entre as entrevistadas: *Tem que ter conhecimento, tem que treinar habilidades, técnicas e tem que ter interesse para buscar, buscar desvendar áreas novas que não foram ainda exploradas. E é preciso explorar, estudar... e testar suas ações cuidativas, para ver que resultados vêm. E a pesquisa pode ajudar muito nisso, mas a observação da prática sistematizada também, como não? O que confere a autonomia da enfermeira é sua observação aguçada, para identificar arenas não exploradas de atendimento adequado à população.* (Profa. Dra. Lúcia Takase Gonçalves)

A compreensão do processo do envelhecimento já saiu do nível orgânico, passou para o nível bioquímico, agora, está num nível energético. Então, hoje, nós temos uma compreensão física do processo do envelhecimento. Se o enfermeiro não está acompanhando isso, fica num discurso anacrônico do século XIX, ou início do século XX, porque hoje a gente fala em física quântica, hoje a gente compreende o processo do envelhecimento como um processo de dispersão de energia. Se a gente não for capaz de sustentar uma discussão científica nesse nível com os outros profissionais, o enfermeiro não consegue respeito, não. (Profa. Dra. Célia Caldas)

A tônica do discurso das enfermeiras pioneiras é a busca incessante pelo conhecimento científico, capaz de instrumentalizar o profissional para um atendimento de qualidade, na promoção e resolutividade dos agravos de saúde. Essa percepção não se restringe à enfermagem gerontológica. Dados coletados em estudo recente sobre a autonomia da enfermagem³ confirmam que houve consenso entre os profissionais de que ela só é possível para o enfermeiro, quando ele se concentra em atividades que realmente domina.

O conhecimento científico e a construção de um saber específico do enfermeiro constituem alicerces da autonomia profissional². Pressupõe-se que o profissional e a equipe de enfermagem possam interferir no processo de definição das prioridades na assistência³, enfim, trata-se de um saber e um ser-capaz-de-fazer que remeta à práxis.⁹

Para o desenvolvimento do conhecimento em gerontologia, as enfermeiras entrevistadas elencaram algumas justificativas, sendo mais apontada a realidade da transição demográfica, que impacta a prática assistencial nos serviços de saúde e impõe à enfermagem uma necessidade de formação específica para o atendimento a essa faixa etária.

A outra questão... o idoso faz parte do ciclo da vida. Então, nós não podemos estudar até a fase adulta, e depois esquecer os idosos. [...] Então, a gente precisa avançar, porque daqui a dez, quinze anos, nós vamos ser o sexto país no mundo em população idosa. Então, como é que nós não vamos nos preparar? (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

Essa justificativa para a busca do saber científico demonstra a preocupação da enfermagem com o atendimento qualificado aos idosos, perante a transição demográfica em curso. Freidson aponta que as profissões práticas, como a enfermagem, devem atrair a clientela, ao resolver problemas apresentados por ela.⁴ Assim, o conhecimento instrumentaliza a enfermagem para a promoção e a resolutividade dos agravos de saúde apresentados pelos idosos e contribui para sua visibilidade e poder profissional.

Essa percepção da necessidade do conhecimento para atender à população é reconhecida também pelos discentes. Em pesquisa recente realizada com acadêmicos, eles referem-se à necessidade de capacitação profissional, devido à demanda de serviços na área do cuidado a idosos.¹⁰

O discurso da busca do conhecimento substitui a orientação pelo altruísmo e o “servir” que imperou na história da enfermagem. A

legitimidade social das profissões, centrada na posse de conhecimentos como ideal de serviço à coletividade, foi foco de análise das teorias sociológicas funcionalistas, que perduraram até meados do século XX.¹¹ Entretanto, Freidson cita que, a partir da década de 1970, iniciaram-se as teorias que procuraram discutir o poder e o monopólio profissionais. Estando entre tais teóricos, Eliot Freidson alcançou na atualidade uma diversidade de quadros teórico-metodológicos.¹¹ As teorias atuais corroboram a compreensão da profissão de enfermeiro, que vem nessa perspectiva, quando o discurso da abnegação ao próximo e a vocação para o cuidar foi substituído.

O saber, o conhecimento que dá o poder, para Freidson, é constituinte da autonomia e do poder profissional, que é evidenciado pelas pioneiras de maneira empírica: *Mas quem se omite é aquele que não investiu no conhecimento. Então, aquele que se qualifica, aquele consegue conversar de igual pra igual, aquele consegue propor ações. E aquele que é acomodado fica resignado às prescrições.* (Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella)

Eu acho que tem que ter conhecimento, tem que ter ética e tem que ter responsabilidade. (Profa. Dra. Aparecida Yoshitome)

A gente sempre achou que a enfermagem tinha que se especializar no cuidado do idoso. E que é esse cuidado, referenciais do cuidado, aprofundando os referenciais do cuidado, é que a enfermeira poderia se colocar diante de uma equipe e partilhar isso. (Profa. Dra. Ângela Alvarez)

Então, eu vejo que a gente precisa ter a liderança e o conhecimento... se não tiver essas duas coisas... e o relacionamento, acolhimento, tudo aquilo que é importante... Mas esses dois pontos, para mim, são fundamentais para a autonomia. Agora, se a gente não sabe, como é que nós vamos ter autonomia? Como é que você vai decidir, se você não estuda? Então, você precisa estudar. (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

Reconhecer o conhecimento como importante constituinte para a autonomia profissional vem impulsionando a enfermagem gerontológica brasileira para o desenvolvimento de estudos, na busca pela solução dos problemas vivenciados no atendimento aos idosos. Na opinião das entrevistadas, o saber científico é capaz de instrumentalizar a enfermagem para desempenhar uma assistência com competência e autonomia profissional.

A postura profissional

A autonomia não é composta somente pela construção e assimilação do conhecimento. Ela pode ser compreendida também como algo inerente ao indivíduo, pois algumas pessoas parecem ser mais autônomas do que outras. Ao resolver problemas de forma racional, competente e sem a necessidade de impor seu pensamento, o enfermeiro conquista a confiança gradualmente e amplia seu nível de autonomia.¹²

Para as pioneiras, a autonomia perpassa também pela postura pessoal das profissionais, em seu processo de trabalho e na equipe multidisciplinar: *Bom, isso depende de cada profissional. E não é só na enfermagem gerontológica, é na enfermagem de um modo geral. Há enfermeiras que são..., que encontram dentro da sua prática profissional ações autônomas a favor do seu cliente, que cuida. E outras que se limitam a trabalho rotineiro.* (Profa. Dra. Lúcia Takase Gonçalves)

Agora, precisa ter ousadia, coragem e responsabilidade, porque competência pode ter, pode ter um conhecimento teórico. Agora, precisa ter a ousadia de aplicar esse conhecimento, se associar a pessoas, outras equipes que têm essa competência e não se deixar manipular. (Profa. Dra. Maria Jalma Santana Duarte)

Porque eu, se o enfermeiro se coloca em uma situação submissa, não adianta ele ter o espaço garantido por lei, por política, por projeto, por seja lá o que for. E aí, em algumas circunstâncias, é por falta, leitura minha, posso estar equivocada, por falta de competência técnica, científica e política. O enfermeiro não se coloca. (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Então, eu vejo assim, que você tem que ter a liderança, você tem que ter o conhecimento e você tem que fazer as coisas. Não adianta você ficar só atrás do balcãozinho, que você não vai conseguir nada. Então, eu vejo assim, que autonomia nós temos, desde que a gente tenha liderança e conhecimento. Sem a liderança, sem o conhecimento, não vamos ter autonomia. (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

Essa percepção da submissão da enfermagem em seu processo de trabalho, infelizmente, é comprovada em pesquisa³ relativa à construção da autonomia profissional, que confirma que o profissional enfermeiro atua de forma acrítica e passiva, e corresponde, na maioria das vezes, aos objetivos controladores da instituição. Essa pesquisa identifica também que parte significativa do grupo estudado tinha como objetivo ampliar seus conhecimentos, porém, a rigidez organizacional torna, muitas vezes, tais objetivos inacessíveis.

Para as enfermeiras entrevistadas, não basta apenas assimilar o

conhecimento científico, é necessário assumir uma postura pessoal para enfrentamento e posicionamento pessoal na seara da interdisciplinaridade na gerontologia, que seja capaz de instrumentalizar a enfermagem na aplicação desse saber em prol da população idosa.

A sistematização da assistência de enfermagem

A sistematização da assistência, de acordo com as teorias de enfermagem, a consulta de enfermagem e a estruturação dos serviços de saúde oportuniza a autonomia do enfermeiro, assim como sua inserção efetiva no processo de trabalho em saúde e a politicidade profissional como fatores que promovem a autonomização.¹³

Os depoimentos colhidos na pesquisa corroboram essa percepção, ao identificar a implantação da sistematização da assistência no processo de trabalho da enfermagem, como constituinte da autonomia profissional: *Porque, assim, a única coisa que é minha, que eu não posso delegar para ninguém, é a sistematização da assistência de enfermagem. É a prescrição. Agora, eu posso fazer a prescrição por fazer, sem uma boa avaliação, só com os dados coletados pelos técnicos.* (Profa. Dra. Aparecida Yoshitome)

[...] porque a gente vê muitas situações em que a enfermagem nem utiliza que é de seu direito, que é sua ferramenta de trabalho, o processo de trabalho, o processo de enfermagem. Então, como é que ela vai ter autonomia de propor qualquer coisa que seja, se tem muitas que nem gostam de entrar no quarto? (Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella)

E, de novo, o conhecimento, a sistematização da assistência, tem que estar tudo integrado a essa construção do conhecimento da enfermagem como um todo [...] (Profa. Dra. Marion Creutzberg)

A implantação da sistematização da assistência de enfermagem é reconhecida como instrumento importante para a organização e o gerenciamento do cuidado a ser prestado, pois delimita as ações de seu domínio perante sua equipe e outros profissionais. Para Freidson independentemente das estratégias adotadas, uma profissão deve conquistar o comando da exclusiva competência, para determinar o conteúdo adequado e o método efetivo para desempenhar seu trabalho.⁴ É o que proporciona o processo de enfermagem: ao coletar dados e fazer o diagnóstico de maneira científica, a enfermagem determina de maneira autônoma as ações exclusivas a ser implementadas por sua equipe, no atendimento aos problemas elencados.

A percepção das entrevistadas quanto à relevância da sistematização da assistência para a autonomia profissional é

compartilhada também pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), concretizado na Resolução COFEn n.º. 358/2009.¹⁴ Eles consideram que a operacionalização e documentação do processo de enfermagem evidencia a contribuição da enfermagem para a atenção à saúde da população, assim aumentam sua visibilidade e seu reconhecimento profissional.

A delimitação do papel na equipe multidisciplinar

A interdisciplinaridade é ainda um grande desafio no processo de trabalho na área da saúde, em que a ação interdisciplinar agrega os mais diversos tipos de conhecimentos fragmentados, em prol de uma atenção compartilhada, pela qual se transcenderão os limites multidisciplinares.¹

Para a execução desse exercício, a enfermagem deverá ter delimitação clara de suas atribuições dentro dessa equipe, o que é apontado nas entrevistas como constituinte da autonomia profissional: *Nós falamos muito de trabalho em equipe, mas não deixamos muito claro quem somos nós nessa equipe. O que cabe ao enfermeiro dentro da equipe? O que compete à enfermagem gerontogeriátrica no trabalho de uma equipe multiprofissional? Onde que começa e onde que termina? Onde é que estão as interfaces com as outras áreas?* (Profa. Dra. Sílvia Azevedo dos Santos)

A autonomia do profissional enfermeiro se concretiza a partir do “ser profissional”, que por meio de seu conhecimento, pode compreender o paradigma vigente, habilitando-o a responder às questões: o que faço, para que faço, como faço e para quem? A autonomia não se esgota nos conflitos vivenciados na interioridade da equipe de saúde, mas se constitui a partir da delimitação consistente daquilo que a caracteriza como profissão e a distingue das demais.¹⁵

Na percepção da necessidade das delimitações da atuação da enfermagem na equipe multidisciplinar transparece a busca pelo conhecimento e pela autonomia da enfermagem na construção da especialidade. Essa temática deverá ser foco de discussões na área, pois, ao delimitar e compreender o papel específico da enfermeira no atendimento ao idoso, suas intervenções serão mais seguras, efetivas e darão o empoderamento profissional necessário para a autonomia da enfermagem.

A avaliação da autonomia na enfermagem gerontológica

Após o relato dos constituintes apontados para a autonomia profissional, coube investigar, então, a avaliação das protagonistas da

criação da gerontologia no Brasil sobre a atuação da enfermagem nessa área. As opiniões se dividiram entre pioneiras que percebem clara autonomia profissional e aquelas que têm uma percepção mais insatisfatória:

Como eu enxergo? Eu não enxergo, ela existe! O enfermeiro dessa área é respeitado. Meus alunos ficam loucos... Eu recebo os alunos de oitavo período, eu gostaria que você gravasse os depoimentos dos meus alunos de oitavo período, que ficam chocados. “Eu nunca passei por um estágio, onde o enfermeiro tivesse tanta autonomia quanto em saúde do idoso”. [...] Basta ser competente, espaço tem. (Profa. Dra. Célia Caldas)

Eu vejo assim muito importante o papel do enfermeiro, e que realmente, pelo menos nos serviços em que eu ando, ele tem sido respeitado profissionalmente. (Profa. Dra. Tânia Menezes)

Depende da enfermeira. [...] Eu acho que uma enfermeira, quando ela se reconhece primeiramente como enfermeira, quando ela tem segurança no trabalho dela, ela com certeza tem autonomia. (Profa. Dra. Ângela Alvarez)

Transpareceu nas respostas obtidas que as opiniões estiveram atreladas à realidade individual de cada entrevistada, seja pela própria atuação, seja pela avaliação de seus pares no processo de trabalho da enfermagem. Essa dicotomia é encontrada também em pesquisa¹⁶ que cita que a autonomia profissional tende a ser representada como algo ainda não completamente estabelecido, ao passo que também não é representada como ausente ou inexistente. Ela é representada, essencialmente, como processo, como algo que está sendo construído, apesar das contradições vivenciadas no cotidiano da profissão.

As entrevistadas apontam dificuldades para o desempenho autônomo do profissional enfermeiro, como a hegemonia e o modelo biomédico ainda vigentes na área da saúde: *Eu acho que a gente ainda vai andar por um longo tempo para conseguir esse papel de independência. E não é só na gerontologia não, é na enfermagem de modo em geral. [...] Eu não sei nem o que está faltando, eu acho que está sobrando o prestígio médico. (Profa. Dra. Clarice de Oliveira)*

Eu acho que a enfermagem tem poder de decisão, sim. Ela gerencia sua equipe, mas está muito atrelada ainda ao médico. Com as atividades de atendimento domiciliário, eu acho que isso trouxe um campo de muita expansão, inclusive para a própria autonomia da enfermagem. Então, as pessoas, os profissionais que estão trabalhando nessa área, eu sinto mais autonomia. Elas conseguem decidir, elas conseguem tomar iniciativas próprias sem ficar muito na dependência,

pelo próprio conhecimento na área. (Profa. Dra. Maria José D’Elboux).

Os relatos demonstram que a enfermagem, como profissão, ainda se percebe atrelada ao poder hegemônico da medicina. O desrespeito à autonomia do enfermeiro é percebido com maior magnitude por parte dos médicos, o que torna o relacionamento entre ambos conflituoso, especialmente nas situações em que médicos culpam enfermeiros por tratamentos malsucedidos, não leem as anotações de enfermagem ou não aceitam o exame físico feito por enfermeiros.¹²

Eliot Freidson faz uma extensa reflexão sobre a hierarquização do trabalho na saúde, que envolve controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos. Aponta assim que o monopólio de uma área do conhecimento é capaz de hierarquizar outras ocupações, como na área da saúde, a medicina e as profissões paramédicas⁴. Para Freidson, na virada do século XIX e XX, a enfermagem se estabeleceu com ocupação plena, e começou a esforçar-se muito para encontrar uma posição nova e independente na divisão do trabalho. Entretanto, ele alerta que mesmo uma profissão combativa como a enfermagem pode ter as próprias escolas de formação, pode exercer controle sobre numerosas instâncias de credenciamento e pode ter os próprios serviços no hospital, aparentando assim ter autonomia específica, oficial, apoiada pelo Estado. Apesar disso, o trabalho que seus integrantes desenvolvem permanece subjugado à ordem de outra da medicina. Esse é o grande empecilho para a autonomia plena na área da saúde.

Assim, aponta-se para a enfermagem a necessidade da reflexão sobre como retirar as amarras que a prende à hegemonia médica. Como definir seu espaço dentro da equipe, mantendo sua autonomia? Freidson⁴ parece responder a essa questão quando cita que, para alcançar a autonomia de profissão, uma profissão paramédica tem de controlar razoavelmente um domínio de trabalho específico, que possa estar separado do campo global da medicina, ou seja, alguma área de trabalho sobre a qual possa reivindicar monopólio e mantê-lo.

A autonomia profissional só se concretizará, como consequência da produção do conhecimento na resolução dos problemas da população, se a clientela for atraída, como condiz a uma profissão prática ou de “consulta”. O depoimento das enfermeiras sujeitos desta pesquisa relatam exemplos da aplicação prática do pensamento de Freidson, quando percebem a superação desse modelo por meio do conhecimento:

Então, a gente tem que estar o tempo todo antenado com o que está acontecendo, para isso, você tem que estar se atualizando, buscando as tendências, estudando, e você tem que ser capaz de sustentar uma discussão com os outros profissionais no mesmo nível.

Porque em geriatria é interdisciplinar, então, não dá para a equipe médica ficar discutindo proteína, envelhecimento celular, teorias celulares do envelhecimento, e a enfermagem ficar calada, só preocupada com a troca de fralda, com a mudança de decúbito. (Profa. Dra. Célia Caldas)

Eu acredito que temos autonomia não porque somos enfermeiras, mas porque somos competentes naquilo que nos propomos a fazer. (Profa. Dra. Yeda Duarte)

As universidades têm papel importante nessa discussão e na mudança da postura profissional da enfermagem apontada até aqui, pois propiciam uma atuação com conhecimento, aliada à criatividade e ao posicionamento pessoal:

A universidade, no meu jeito de ver, tem uma parcela de responsabilidade muito grande nisso. A gente ainda é muito tecnicista. A gente forma pouco o enfermeiro para que ele compreenda o mundo e faça parte do mundo, numa situação de igualdade. (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Agora, mas nós precisamos ensinar o aluno a ter autonomia. A gente às vezes faz algumas coisas. Quando vai fazer uma coisa, tem professor que pergunta: “Quem mandou você fazer isso? Não era para você fazer isso”. Então, o aluno só faz aquilo que o professor manda. Então, o aluno vai ou não vai, de acordo com o docente, se deixa ir ou não deixa ir. [...] Eu acho que tinha que trabalhar mais na graduação e também na especialização, mestrado e doutorado, quais são as estratégias de enfrentamento. (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

O alerta feito por essas docentes sobre o papel da academia na formação de enfermeiros autônomos fomenta reflexões sobre as metodologias pedagógicas aplicadas na atualidade para o ensino de “ser enfermeira”. A formação profissional do enfermeiro, em que pesem as iniciativas inovadoras de algumas universidades, ainda se sustenta nas ciências biomédicas e na disciplinarização dos alunos, tende a formar profissionais subordinados e, às vezes, sem capacidade de delimitação de um espaço de um saber/fazer próprio, apesar da evolução sociotecnológica da área e do crescimento da enfermagem, tanto no âmbito teórico quanto prático.²

Estudo recente aponta caminhos, ao defender que o ensino busque desenvolver a capacidade de: articular conhecimentos, habilidades e atitudes; buscar informações para resolução de problemas e para enfrentar situações de imprevisibilidade; agir com eficácia frente

às mais diversas situações, apoiando-se em conhecimentos anteriormente adquiridos, mas sem limitar-se a eles.¹⁷

A formação deve expor os alunos a conteúdos e experiências de naturezas diversas, de modo a desenvolver a capacidade do pensamento rápido, de resolução de situações críticas e de enfrentamento de confrontos. Simultaneamente, ela deve exercitar a autoestima do profissional, a destreza manual e a decisão de prioridades, dentre outros fatores.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso das entrevistadas, ao relacionar conhecimento com competência e autonomia, expõe a percepção comum aos profissionais da necessidade do conhecimento especializado, condizente com uma profissão prática como a enfermagem.

A autonomia está intrinsecamente relacionada com o conhecimento científico, com postura pessoal, com a sistematização da assistência e com a delimitação das atividades exclusivas da enfermagem na equipe multidisciplinar. Então, será preciso fomentar e divulgar pesquisas na área, repensar o ensino da graduação na perspectiva da autonomia do discente e futuros profissionais e, principalmente, conscientizar os profissionais e graduandos das atribuições específicas da enfermagem no atendimento ao idoso.

Os constituintes aqui apresentados tornam-se um grande desafio para a área. Entretanto, é imperioso que esforços sejam implementados nesse direcionamento, no sentido de, como profissão prática, a enfermagem gerontológica buscar a resolutividade da atenção ao idoso, para obter reconhecimento do público e de outras áreas científicas e, conseqüentemente, a autonomia profissional esperada por seus componentes.

REFERENCIAS

1. Saintrain MVL, Vieira LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2008 [acesso em 2010 jun 16]; 13(4): 1127-1132. Disponível em: <http://www.scielo.org>
2. Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital Rev. bras. enferm. [on line] 2008 [acesso em 2010 Mai 04]; 61(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
3. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev. bras. enferm. [on line]. 2006 [acesso em 2010 Mai 04]; 59(2): 222-227. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo>.

4. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo(SP):UNESP; 2009.
5. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 out-dez;14(4): 575-84.
6. Alberti V. Manual de História Oral. 2a ed. Rio de Janeiro(RJ): FGV; 2004.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa(PT): Edições 70; 2010.
8. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo(SP): Edusp; 1998.
9. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [on line] 2010 [acesso em 2010 jun 16]; 44(3) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
10. Medeiros FAL, Araújo DV, Barbosa LNS. Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidar de idosos *Cogitare Enferm*. 2008 Out/Dez; 13(4):535-41.
11. Gonçalves CM. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*.2008; 18:177-224.
12. Berti HW, Braga EM, Godoy I, Spiri WC, Bocchi SCM. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on line]. 2008 [acesso em 2010 Mai 04]; 16(2): 184-191. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
13. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. esc. enferm. USP* [on line] 2007 [acesso em 2010 Mai 04]; 41(spe): 793-798. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>
14. COFEN. Resolução n.º 358 de 23 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF);2009.
15. Gomes AMT. A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública: um estudo de representações sociais. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem da UERJ; 2002.
16. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev. esc. enferm USP* [on line]. 2005 [acesso em 2010 Mai 04]; 39(2): 145-153. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

17. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto contexto - enferm. [on line].2010 [acesso em 2010 jun 16]; 19(1): 176-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

5.3 ARTIGO 3 - POLÍTICA E PODER NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL

Artigo a ser submetido a Revista Escola de Enfermagem da USP, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista.

POLÍTICA E PODER NA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO BRASIL

POLITICS AND POWER IN NURSING GERONTOLOGY IN BRAZIL

POLÍTICA Y PODER EN LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA EN BRASIL

Denise Faucz Kletemberg¹⁵
Maria Itayra Padilha¹⁶

Resumo: As estratégias políticas implementadas por uma área do conhecimento estão intrinsecamente relacionadas ao *status* profissional. Trata-se de estudo cujo objetivo foi identificar as atividades políticas implementadas pela Enfermagem Gerontológica no Brasil, para sua

¹⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda, PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Brasil. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES) e-mail: denisekle@yahoo.com.br

¹⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da UFSC. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. e-mail: padilha@nfr.ufsc.br

consolidação como especialidade no atendimento ao idoso, no período de 1970 a 1996. Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo, com abordagem histórica, que utiliza a história oral temática e se realiza com 14 enfermeiras pioneiras na área. As categorias encontradas são: 1. Organização política da área; e 2. Relação da área com o Estado. Os resultados identificam como exemplos de atividades políticas: a realização das jornadas brasileiras, com objetivo de agregar pesquisadores interessados na temática; criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica; e a participação efetiva da enfermagem na elaboração de políticas públicas no país. A especialidade tem consciência da relevância política para sua construção, e vem empreendendo esforços para alcançar reconhecimento como área do conhecimento na equipe multidisciplinar de atendimento ao idoso.

Descritores: Idoso. Enfermagem geriátrica. História da Enfermagem. Política.

Abstract: The political strategies implemented an area of knowledge are intrinsically related to professional status. It is aimed to study to identify the political activities implemented by the Gerontological Nursing in Brazil, for its consolidation as a specialty in serving the elderly in the period 1970 to 1996. This is a qualitative-descriptive study, with a historical approach that uses oral history and is performed with 14 nurses, pioneers in the area. The following categories are: 1. Policy organization of the area, and 2. Ratio of the area with the state. The results identify as examples of political activities: the accomplishment of the Brazilian journeys, aiming to add researchers interested in the subject, creation of the Scientific Department of Gerontological Nursing, and the effective participation of nursing in public policy development in the country. The specialty is aware of policy relevance for its construction and has been making efforts to achieve recognition as an area of knowledge in multidisciplinary team care for the elderly.

Descriptors: Aged. Geriatric nursing. History of Nursing. Policy.

Resumen: As estratégias políticas implementadas por una área del conocimiento están intrínsecamente relacionadas al *status* profesional. Se trata de estudio cuyo objetivo fue identificar las actividades políticas implementadas por la Enfermería Gerontológica en Brasil, para su consolidación como especialidad en la atención al Anciano, en el período de 1970 a 1996. Se trata de un estudio descriptivo-cualitativo, con abordaje histórica, que utiliza la Historia oral temática y se realiza

con 14 enfermeras pioneras en el área. Las categorías encontradas son: 1. Organización política del área y 2. Relación del área con el Estado. Los resultados identifican como ejemplos de actividades políticas: la realización de las jornadas brasileras, con objetivo de agregar investigadores interesados en la temática; creación del Departamento Científico de Enfermería Gerontológica; y la participación efectiva de la Enfermería en la elaboración de políticas públicas en el país. La especialidad tiene conciencia de la relevancia política para su construcción y viene emprendiendo esfuerzos para alcanzar reconocimiento como área de conocimiento en el equipo multidisciplinar de atención al Anciano.

Descriptor: Anciano. Enfermería geriátrica. Historia da Enfermería. Política.

INTRODUÇÃO

A compreensão da historicidade de uma especialidade do conhecimento perpassa pela análise dos vários constituintes que compõem sua construção como área, os quais elucidam a busca pelo poder profissional, ao conferir a autonomia e a reserva de mercado esperadas por seus praticantes. Um dos constituintes mais facilmente identificados pelos profissionais para sua autonomia está no desenvolvimento do conhecimento específico, que atenda às necessidades de determinada clientela e confira um saber exclusivo a seus detentores.

A atividade política já é reconhecida pela enfermagem, quando traz em sua literatura que a prática profissional centrada na proficiência técnica pode garantir algum espaço de autonomia individual e restrito ao enfermeiro, porém, é a face política da qualidade que questiona e desconstrói sistematicamente as assimetrias de poder⁽¹⁾. Com o fortalecimento da organização política da profissão, alcançar-se-á representatividade social importante e, talvez, um novo paradigma na prática discursiva, a respeito da atuação do profissional enfermeiro, assim como na abrangência de seu saber⁽²⁾.

Entretanto, Eliot Freidson, pesquisador na área da sociologia das profissões, alerta que a reserva de mercado de trabalho não está garantida apenas pelo conhecimento especializado, pois os profissionais não têm recursos intrínsecos, exceto o domínio sobre um corpo de conhecimento e competência de que outros não se apropriaram. Por isso, os profissionais dependem tanto do capital econômico quanto do poder político para sua própria sobrevivência⁽³⁾. Essa perspectiva traz novo

constituente de análise para a historicidade da especialidade: as relações com as esferas de poder político no país e sua atuação na elaboração das políticas públicas. A manutenção e o aprimoramento da posição da profissão no mercado e na divisão do trabalho exigem contínua atividade política. A profissão deve tornar-se um grupo de interesse, para promover seus objetivos e se proteger daqueles que têm objetivos concorrentes⁽³⁾. A consolidação da especialidade perpassa também por sua capacidade de articulação política, ao estabelecer estratégias que visem à formação de um grupo de interesse coeso e defensor de seus interesses.

O incentivo à maior participação política deverá ter como pensamento norteador a racionalidade da profissão prática apontada por Freidson, que oferece a uma clientela leiga serviços para resolver seus problemas⁽⁴⁾. A enfermagem como profissão prática deverá buscar constantemente o relacionamento estreito com os órgãos de poder, participar ativamente na elaboração e, posteriormente, na supervisão e execução das políticas públicas de atenção ao idoso, visando a defender os interesses dos idosos.

Deste modo, para a compreensão da história dessa especialidade, fez-se necessária a investigação das atividades políticas implementadas por seus participantes, para se consolidar como especialidade no atendimento ao idoso. Cabe ressaltar que este estudo terá como foco a atividade política como instrumento de poder profissional, mas reconhece que a atividade política também deve ser utilizada no compromisso social com a população assistida. Afinal, sendo a enfermagem uma profissão prática, ela precisa atender às necessidades de sua clientela e também defendê-las⁽⁴⁾, o que pode ser concretizado na contribuição com as políticas públicas de saúde no país.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo identificar as estratégias políticas implementadas pela enfermagem gerontológica no Brasil, para sua consolidação como especialidade no atendimento ao idoso, no período de 1970 a 1996. O recorte temporal corresponde à década da criação do primeiro grupo de pesquisa no Brasil e finda com a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e qualitativo, com abordagem sócio-histórica, que utiliza a história oral temática. Quando o que se investiga ocorreu em um tempo relativamente recente e há falta de informações a respeito desse período, é possível identificar as pessoas

que vivenciaram o processo histórico e participaram dele, a fim de integrarem a pesquisa⁽⁵⁾. A história oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas, gera como resultado fonte de consulta (entrevistas) para outros estudos⁽⁶⁾.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de maio a novembro de 2009. Os sujeitos da pesquisa foram 14 enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram entre as décadas de 1970 e 1996. As “pioneiras” são aquelas enfermeiras que participaram dos primórdios da gerontologia no país, e contribuíram para a realização daquela jornada, fato que desencadeou a socialização do conhecimento da enfermagem gerontológica no Brasil. Cabe ressaltar que nem todas as pesquisadoras que atendem a esse critério foram incluídas na amostra, devido a distâncias geográficas, dificuldade de contato e de agendamento das entrevistas e à saturação dos dados coletados.

O projeto de pesquisa fundamentado nas diretrizes e normas da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o n.º. 014/09 FR-241038. Os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de cessão da entrevista. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas abdicaram do anonimato, por se tratar de estudo histórico-social, de modo que se torna fundamental identificar as enfermeiras pioneiras do estudo do processo de envelhecimento no Brasil.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática⁽⁷⁾, que é a significação que se desprende do texto e permite sua interpretação sob o enfoque da teoria que guia o estudo. Essa técnica também propicia conhecer uma realidade, por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculos com tal realidade. Foram identificadas duas categorias de análise: 1. Organização política da área. 2. A relação da área com o Estado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise, na perspectiva da atividade política como constituinte do poder profissional, propiciou duas categorias: organização política, que trouxe o relato da historicidade das estratégias implementadas para a criação do grupo de interesse, com a criação do Departamento Científico da Enfermagem Gerontológica na Associação Brasileira de

Enfermagem; e a relação da área com o Estado, que descreveu as relações da especialidade com as instâncias do poder político no país, bem como a participação da enfermagem na elaboração das políticas de atenção à saúde do idoso.

A organização política da área

A perspectiva do constituinte político para a análise histórica da enfermagem gerontológica no Brasil remete inicialmente à investigação da relevância atribuída a esse componente pelas enfermeiras e as estratégias políticas idealizadas pelas pioneiras para a consolidação da especialidade. Os dados coletados permitem inferir que as enfermeiras pioneiras percebem a importância da mobilização política, pois a realização da I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica teve como uma das estratégias, segundo relato da Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, estimular os participantes a agregar outros colegas interessados na assistência aos idosos, em suas localidades.

A realização das jornadas brasileiras foi mencionada por grande parte das entrevistadas como principal estratégia para a socialização do conhecimento e como instrumento importante para a consolidação da especialidade. A utilização de eventos como estratégia política na enfermagem também está exemplificada nos congressos brasileiros, pois eles constituem espaços políticos privilegiados. Nesse encontro, reúnem-se profissionais de todo o país, que participam do evento e discutem o tema, que é sempre relacionado ao contexto da profissão. As jornadas possibilitam um intercâmbio técnico, político e cultural entre profissionais, que dificilmente seria viável em outro cenário⁽⁸⁾.

A intenção de agregar pessoas, formar um grupo de interesse como estratégia política, encontra respaldo teórico no pensamento de Freidson, pois, para esse sociólogo, quando uma associação é unificada, bem financiada e capaz de mobilizar seus membros para uma ação coletiva, ela provavelmente terá mais influência nas decisões sobre alocação dos recursos⁽³⁾. As pesquisadoras da área percebem essa necessidade:

É necessário formalizar a nossa especialidade, para o seu reconhecimento e instância de discussões, deliberações e encaminhamentos. (Profa. Dra. Lúcia Takase Gonçalves)

Desde 2004, estamos lutando por essa organização. Há cinco anos que a gente tenta fazer essa organização, desde a V Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontogeriatrica, aqui em

Florianópolis. (Profa. Dra. Ângela Alvarez)

[...] e eu acredito que é através das associações que a gente consegue força política. Juntando as associações e agora o Conselho Regional e Federal, que agora a gente consegue trabalhar em consonância com a ABEn, nós teremos muito mais força. Mas é preciso que esses enfermeiros se mobilizem. (Profa. Dra. Sílvia Azevedo dos Santos)

Nós teremos uma instituição, porque eram grupos: o grupo da Lúcia de Santa Catarina, é o grupo da Teda, é o grupo da Rosalina Partezani, eram grupos de pessoas. Faltava dizer: “Somos nós, eu sou da Associação Brasileira de Enfermagem Gerontológica”. (Profa. Dra. Célia Caldas)

Os depoimentos apresentados demonstram o anseio das pioneiras pela criação de uma associação de classe como instrumento político para consolidação da especialidade. Quando o corpo de conhecimento e competência de uma profissão é tal que pode fornecer um serviço pessoal a clientes individuais, seus membros têm maior margem de ação para encontrar trabalho do que quando isso não acontece, como é o caso da medicina e do direito⁽³⁾. A enfermagem, apesar de ser uma profissão liberal, não tem como característica a prestação de serviço individualizado, e sim, prioritariamente, como trabalhadora no sistema hospitalar, a saúde coletiva. Assim, torna-se imprescindível agregar os profissionais em associações, que lhes possibilitem lutar por seus interesses, visando à reserva de mercado de trabalho e autonomia.

A perspectiva da criação de um grupo, de uma associação de enfermeiras em gerontologia, esbarrou em discussões internas sobre qual seria o direcionamento mais eficaz para o alcance do objetivo traçado: criar uma entidade própria, dentro da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) ou focalizar na participação na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). O impasse foi resolvido durante o 15º. Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem (SENPE), realizado no Rio de Janeiro, em reunião temática do idoso, no dia 10 de junho de 2009.

O grupo presente apresentou à presidente da ABEn Nacional, Maria Goretti David Lopes, a proposta da criação de um departamento. A proposta foi aceita e concretizada pela Resolução CONABEn nº. 001/2009, de 15 de dezembro de 2009, que cria o Departamento

Científico de Enfermagem Gerontológica.⁹ Em reunião durante a VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em 15 de abril de 2010, foi apresentado às lideranças nacionais o regimento interno, que diz, dentre outros atributos: desenvolver a competência para realizar cursos de aperfeiçoamento para capacitação de enfermeiros e técnicos de enfermagem; propor medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho em Enfermagem gerontológica; representar a ABEn nos fóruns de geriatria, de gerontologia e de áreas afins e de interesse⁽¹⁰⁾.

Destaca-se aqui a conquista alcançada pela categoria com a criação desse departamento. A formalização de uma seção dentro da ABEn proporciona visibilidade dessa especialidade dentro da enfermagem, ao identificar a competência e a necessidade da qualificação profissional nessa área, bem como ela se torna instrumento político de luta por espaços da categoria na arena do mercado de trabalho, fornecendo instrumento jurídico de representatividade da classe frente a outros órgãos da área da saúde.

Para Freidson, a dimensão pressuposta para um abrigo seguro no mercado de trabalho é a capacidade de uma ocupação de negociar coletivamente como entidade, seja com consumidores do trabalho ou o Estado, e de organizar as instituições de recrutamento, treinamento e colocação de empregados⁽³⁾. Entretanto, não findam aqui as estratégias políticas para consolidação da especialidade, ao contrário, a criação do departamento inicia um percurso longo e árduo para a construção do conhecimento, da autonomia e de domínio de mercado de trabalho, atributos essenciais para o poder profissional elencado por Eliot Freidson. Um alento para a enfermagem brasileira é a confirmação na literatura de crescimento da organização política, com a formação de grupos de interesse nos serviços. Esse movimento evidencia preparação técnico-científica e organização política, o que é fundamental para que se possa ter protagonismo maior no campo de captação de recursos e formulação de políticas públicas⁽¹¹⁾.

Apesar do reconhecimento da atividade política para a consolidação da especialidade, as enfermeiras pioneiras reconhecem o isolamento de pesquisadores e a falta de mobilização política e se mostram preocupadas com isso:

Eu penso que muitas vezes [a participação política acontece] até em situações locais, regionais, um pouco mais, mas em nível nacional muito focado em alguns nomes, talvez muito mais por uma situação de envolvimento pessoal naquela situação, do que de uma forma articulada (Profa. Dra. Marion Creutzberg)

[...] e se tiver um evento aqui que seja um simpósio que vá tratar da área médica, da área da saúde, de alguma forma de intervenção nova, você pode estar certa de que o auditório da área médica vai estar lotado, e o auditório da discussão das políticas públicas vai ter poucos elementos. (Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella)

E a gente vê assim: que cada vez vêm pessoas completamente diferentes. Poucas pessoas são as mesmas... Não que eu diga que tem que ser sempre as mesmas. Mas assim: cada vez mais vêm alunos interessados, depois na outra jornada somem. (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

A demanda na área de enfermagem é altíssima, mas o número de enfermeiros é sempre muito, muito pequeno. É o menor, é o menos expressivo. Talvez falte um elemento mais político, um elemento mais agregador, porque são todos muito executores. (Profa. Dra. Yeda Duarte)

A falta de mobilização política na enfermagem é foco permanente nas discussões entre os pares, pois há necessidade de a enfermagem vencer a atual apatia política e considerar a importância de sua participação nas instâncias de decisão política, bem como questionar a estrutura de sua profissão e da oferta dos serviços dirigidos aos idosos e contribuir para a formulação de políticas sociais que acompanhem o envelhecimento populacional⁽¹⁾. A fragilidade política contribui para as desigualdades sociais, expressas pela hegemonia do modelo biomédico, pelo saber científico sobre as múltiplas formas de cuidar da saúde e pelo obtuso tecnicismo presente na prática dos profissionais de saúde⁽²⁾. A adoção da racionalidade política como instrumento de busca do poder profissional perpassa obrigatoriamente pela reflexão do significado desse constituinte para a profissão da enfermagem. Nas entrevistas realizadas, algumas pioneiras trazem esse questionamento:

Então, uma das teses em que eu venho pensando muito: enquanto universidade, eu preciso impregnar de sentido para esse futuro enfermeiro, a importância de ele ter poder. E poder na lógica da positividade do poder. O poder não é uma coisa ruim. O que eu preciso saber é o que quero fazer com isso... (Profa. Dra. Ana Cristina Brêtas)

Esses questionamentos identificam as dificuldades das relações

de poder da enfermagem brasileira. Entretanto, se essas questões não forem repensadas, a enfermagem continuará a ser excluída nas instâncias de formulação política e continuará executando ações políticas sobre as quais não exerce influência, e que, por isso, muitas vezes, não lhes compreende o sentido⁽¹⁰⁾. Adotar uma postura crítica frente ao contexto da prática significa, também, pensar em transformações, principalmente em relação aos discursos que orientam a formação profissional, uma vez que a enfermagem parece estar ausente nas posições de poder que garantem as decisões sociais. Assim, é imprescindível que o enfermeiro atue nas questões relacionadas à saúde⁽³⁾.

A relevância da atividade política e da criação de um departamento também é vista pelas entrevistadas como instrumento de combate à hegemonia médica. Freidson cita que a questão de saber qual trabalho é feito e de que maneira será realizado torna-se função de uma divisão do trabalho organizado socialmente, estabelecida por associações ocupacionais e órgãos legislativos que formam o ambiente da organização⁽³⁾

E isso também, a meu ver, dará ainda mais visibilidade à enfermagem gerontológica, que ainda se encontra um pouco acuada, amuada, por conta dessa projeção da geriatria. (Profa. Dra. Tânia Menezes)

Essa percepção encontra respaldo em Freidson, quando ele cita que as fronteiras formais das jurisdições são frequentemente estabelecidas por legislação, produzidas e reproduzidas em um processo de luta política e negociação, no qual os representantes das ocupações buscam defender ou melhorar sua posição relativa na organização interocupacional, denominada divisão do trabalho. Dentro das ocupações, podem ser vistos processos, pelos quais grupos especializados se empenham na renegociação de fronteiras, e, dentro das especialidades, segmentos que lutam pelo poder, para mudar a definição das tarefas características da especialidade e mesmo sua identidade⁽³⁾.

Portanto, para que a enfermagem se torne protagonista de sua jurisdição profissional, é imperiosa a criação de associações que propiciem o intercâmbio do conhecimento, a visibilidade profissional, a fim de demarcar espaços dentro da equipe multidisciplinar no atendimento ao idoso.

A relação da área com o Estado

Para Freidson, o único recurso intrínseco a uma profissão é seu

corpo de conhecimentos e qualificações, e, embora possa ser denominado de capital humano e cultural, certamente não tem o poder do capital econômico ou político. As profissões não podem ser estabelecidas ou mantidas sem o exercício do poder do Estado, pois o controle ocupacional da própria divisão do trabalho, do próprio mercado de trabalho e do modo de ensino pode ser contrário ao interesse da população¹². Portanto, a compreensão do constituinte político da construção da enfermagem gerontológica no Brasil perpassa também pela análise de sua relação com o Estado brasileiro e a contribuição da área na elaboração das políticas públicas de saúde, que propiciam estabelecer o grau de participação política nas esferas de poder.

Para exercer total controle sobre sua economia política, o Estado necessita de uma organização administrativa, como os ministérios da Educação ou da Saúde, por exemplo. O funcionamento efetivo desses órgãos depende da atuação de seus dirigentes, que devem ter conhecimento suficiente sobre seus domínios, para poder formular diretrizes pertinentes e compreender e avaliar a informação recebida das instituições praticantes sob sua jurisdição⁽³⁾. Para fazer essa avaliação sobre seus domínios, *experts* nos variados assuntos são consultados, para proceder a interpretação das informações coletadas e nortear as diretrizes sobre determinado assunto. Assim, torna-se importante identificar de que maneira o Estado vem recrutando a enfermagem brasileira a participar dos fóruns de discussões sobre o idoso:

Foi muito importante, porque estavam se determinando normas, e o enfermeiro se apóia, deve se apoiar nessas normas, nessa legislação. (Profa. Dra. Maria Jalma Duarte)

A nível de Bahia, a gente pode dizer, houve uma contribuição direta. [...] Mas Marilene, ela foi convidada para participar da comissão que fez a Política Estadual do Idoso. (Profa. Dra. Clarice Oliveira)

Na maioria dos Estados e também aqui, nós prestamos assessoria a Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Opinamos na questão das políticas, na formação e definição de estratégias e de trabalho. (Profa. Dra. Sílvia Azevedo dos Santos)

[...] Então, sempre estão chamando esse grupo quando querem discutir qualquer coisa, em termos de política. (Profa. Dra. Aparecida Yoshitome)

Então, todas as discussões de que eu me recordo... sempre tinha a presença de representantes da nossa categoria... Então, isso eu acho foi bom, nunca a enfermagem ficou fora, inclusive, outras categorias falavam: “A enfermagem está sempre presente”. Então, reconheciam que a gente estava ali. Eu acho que foi a única área que realmente ficou sempre na área de geronto, nos congressos [...] (Profa. Dra. Maria José D’Elboux)

A outra participação que nós tivemos foi na elaboração da Política Nacional do Idoso, [...] Eu não me lembro de quantas enfermeiras participaram. Eu estava presente. Eu participei, foi um trabalho de dois, três dias, em Brasília, até num hotel. E também outra colaboração foi no Ministério da Saúde. Eu estive em várias reuniões para discutir a questão do cuidador, e também fui convidada para preparar um edital, com recurso de seis milhões do Ministério da Saúde e CNPq, para desenvolver pesquisa na área do envelhecimento. [...] Então, eu acho que foram assim, coisas pontuais, mas que foram importantes (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

A participação da enfermagem na elaboração das políticas públicas está exemplificada nas participações pessoais das enfermeiras pioneiras na área, com quantitativo maior em nível municipal, mas também em nível de políticas estaduais e federais. Constata-se que a categoria vem correspondendo às expectativas lançadas, contribuindo de maneira efetiva para a melhoria da qualidade do atendimento prestado a essa faixa populacional.

Uma das atividades propostas para a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso foi a realização de oficina que contou com a presença de 80 profissionais de variadas instituições, sendo sete enfermeiras: Alice Moreira Derntl (USP), Célia Pereira Caldas (UERJ), Lúcia H. Takase Gonçalves (UFSC), Margarida Maria Carreiro de Barros (UFPE), Maria José D’Elboux (Unicamp), Marlene Teda Pelzer (FURG) e Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (USP-Ribeirão Preto). Na avaliação das entrevistadas, não houve participação da enfermagem na elaboração das políticas públicas como categoria, e, sim, de pessoas que foram chamadas a dar sua contribuição. Apesar da autocrítica da não-composição de grupo, o fato de a enfermagem ser convocada a dar seu parecer é conquista histórica para a enfermagem brasileira, pois, em um universo tão restrito de profissionais em torno do poder político, a enfermagem foi convidada a contribuir com seu

conhecimento específico para elaboração das leis de conquista de cidadania do idoso no país.

Como profissão prática, a enfermagem também deve estar atenta às ações de proteção social. Considerando-se a insuficiência de renda e falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano, as políticas mais importantes para o idoso são a de geração de renda e a de cuidados de longa duração. O envelhecimento populacional é resultado do sucesso obtido pelas políticas econômicas e sociais, que geraram melhorias nas condições de vida, especialmente em relação à saúde⁽¹³⁾. Nesse contexto, o enfermeiro deve participar, não apenas colocando em prática os artigos do estatuto, mas também informando à população idosa a existência desse documento, garantindo-lhe o conhecimento de seus direitos nele reafirmados. Cabe ainda ao enfermeiro ser um agente intermediador entre a legislação, o idoso e a sociedade⁽¹⁴⁾. Entretanto, a atuação política da enfermagem na elaboração das políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil não se restringiu apenas à defesa dos direitos sociais dos idosos, mas também visou à defesa da reserva de mercado de trabalho e das discussões sobre o cuidador do idoso:

Os enfermeiros foram os que mais debateram, porque os mentores dessa política, que eram profissionais da área do envelhecimento, queriam embutir nessa política a questão do cuidador leigo, como uma categoria profissional, assim como os agentes comunitários. E não como ocupacional que eles são, mas como uma categoria profissional. Nós debatemos muito, porque nada mais era do que a reedição do papel do atendente de enfermagem, que recém nós estávamos conseguindo dar conta de capacitar e extinguir. (Profa. Dra. Sílvia Azevedo dos Santos)

Porque a questão do cuidador quando surgiu, já na época da política, os enfrentamentos que a gente teve que ter com o COREn, para o COREn também entender o que era esse cuidador... Então, isso, embora esteja mais claro, mas ainda é um “calo no nosso sapato”. Queira ou não, é uma questão que é discutida sempre. Em qualquer congresso ou encontro que é específico de enfermagem, a questão do cuidador está presente, porque é devido à problemática em si. (Profa. Dra. Maria José D’Elboux)

Os relatos demonstram o posicionamento da enfermagem frente à inclusão do cuidador como categoria profissional. A descrição dos

enfrentamentos vivenciados naquela época e a constatação da permanência das discussões sobre a temática ainda na atualidade demonstram a dimensão desse problema. Esse fato ilustra a mobilização política empregada pelas pioneiras, que conseguiram impedir a entrada de uma nova categoria profissional em seu mercado de trabalho. O que poderia ser considerado ruim, como a percepção de um corporativismo desmedido, na verdade, trouxe para a categoria uma lição de defesa profissional, que deverá ser aprendida e repetida em oportunidades que se fizerem necessárias, para a defesa da autonomia e jurisdição de seu mercado de trabalho. Cabe ressaltar que essa conquista não significou apenas uma vitória do corporativismo, mas foi possível também pelo apoio conquistado entre os próprios idosos.

As discussões sobre reserva de mercado de trabalho são importante espaço de delimitação da autonomia e poder de uma profissão. Eliot Freidson avalia que a questão central do poder profissional reside mais no controle do trabalho pelos próprios trabalhadores do que no controle pelos consumidores, em um mercado aberto, ou pelos funcionários de um Estado⁽³⁾.

Deste modo, a enfermagem gerontológica deverá continuar marcando sua posição quanto ao cuidador leigo, ciente de que a capacitação do cuidador demanda planejamento sistemático e contextualizado das ações cuidativas voltadas para melhora da qualidade de vida do idoso e de seu cuidador, e de que ela requer redirecionamento no planejamento e execução das ações, especialmente do enfermeiro, para implementar intervenções que minimizem o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador⁽¹⁵⁾. A enfermagem não se furtou à formação de cuidadores leigos, pois eles participam ativamente das políticas para capacitação, como no Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, em 1999.

E dentro da Política Nacional do Idoso, tanto o Ministério da Saúde quanto o Ministério da Previdência e Assistência Social, aquelas portarias voltadas para o cuidador, elas estão assinadas pelos ministros da Previdência e da Convivência Social e Ministro da Saúde. Mas durante esse tempo em que eu estive na Secretaria de Assistência Social, nós participamos da elaboração das portarias sobre o cuidador naquela época, na década de 90. (Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues)

Em parceria com a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência Social, a Profa. Dra. Rosalina Partezani Rodrigues coordenou um projeto de curso de aperfeiçoamento em 1998:

“O processo de cuidar do idoso”. Conforme relato dessa professora, o curso constava de três etapas: a primeira etapa, a de fundamentação teórica, contou com 30 participantes; a segunda etapa era contemplada na aplicação de um projeto de pesquisa de um curso de cuidadores nas instituições de origem dos alunos; a terceira etapa constava da apresentação e discussão do trabalho realizado. Estava proposta uma quarta etapa de avaliação, mas, devido a mudanças significativas na Secretaria de Assistência Social, ela não foi concluída. Participaram desse projeto, dentre outras, as enfermeiras: Ana Lúcia Pinto, Ângela Maria Alvarez, Maria Manuela Rino Mendes e Marilene Bacelar Baquero.

A partir dos depoimentos elencados nas entrevistas, pode-se inferir que a enfermagem tem participado ativamente da elaboração das políticas públicas de atenção ao idoso no país, na garantia dos direitos sociais e de saúde, bem como esteve atenta e atuante na delimitação de seu mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance do poder profissional requer de uma profissão ou de uma especialidade da área do conhecimento constituintes que extrapolem o desenvolvimento do conhecimento específico. Na arena do mercado de trabalho, onde as delimitações são estabelecidas pela concessão do Estado e pela sociedade, em um embate de poder entre profissões diferenciadas, a atividade política se torna imprescindível à conquista do *status* profissional.

Consciente de sua relevância política para a construção da especialidade, a enfermagem gerontológica brasileira vem empreendendo esforços para alcançar reconhecimento como área do conhecimento dentro da enfermagem e na equipe multidisciplinar de atendimento ao idoso. Essas atividades estão exemplificadas na realização das Jornadas Brasileiras de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, que têm como objetivos, além da socialização do saber científico, agregar pesquisadores interessados na temática, a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica e a participação efetiva na elaboração de políticas públicas no país.

Sendo uma profissão prática, a enfermagem deverá buscar estabelecer uma relação estreita com a população idosa, como vem fazendo historicamente, na defesa do direito à saúde e das questões sociais, participando das organizações e das políticas públicas de saúde. Também, a enfermagem deverá manter relação com órgãos de poder político, pois as jurisdições são delimitadas por processos de luta

política e de negociações entre os representantes das ocupações, que visam a manter e melhorar suas posições no mercado de trabalho.

Assim, a consolidação da enfermagem gerontológica no Brasil está intrinsecamente relacionada a sua capacidade de criar associações politicamente ativas, bem como na consciência de seu papel sociopolítico nas questões do processo de envelhecimento no país.

REFERÊNCIAS

1. Pires MRGM. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado Rev Esc Enferm USP [periódico na internet] 2007 [citado 2010 mar 28]; 41(4):717-23. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp>
2. Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. Acta paul. enferm. [periódico na internet]. 2006 [citado 2010 mar 28]; 19(1):82-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
3. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp; 1998. 280p.
4. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo:UNESP; 2009. 451p.
5. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. Texto Contexto enferm. 2005; 14(4): 575-584.
6. Alberti V. Manual de História Oral. 2a ed. Rio de Janeiro: FGV; 2004. 236 p.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.
8. Mancia J, Padilha MYCS, Ramos FRS, Cordova FP, Amaral NV. Congresso Brasileiro de Enfermagem: sessenta anos de história. Rev. Bras. Enferm. [periódico na internet]. 2009 [citado 2010 mar. 31]; 62(3): 471-479. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
9. Associação Brasileira de Enfermagem. Resolução CONABEn nº. 01/2009. Dispõe sobre a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, de 15 de dezembro de 2009.[legislação na internet] Brasília; 2009. [citado 2010 jun 16] Disponível em: <http://www.abennacional.org.br>
10. Associação Brasileira de Enfermagem. Departamento Científico de Enfermagem gerontológica. Regimento Interno, de 07 de fevereiro de 2010. [legislação na internet] Brasília; 2009. [citado 2010 jun 16]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br>
11. Seixas CT. A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025 [dissertação]. Belo

Horizonte: Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

12. Freidson E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e conhecimento formais. *Rev Bras de Cien Sociais*. 1996; 31:141-154.

13. Camanaro AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

14. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política Nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto contexto enferm*. [periódico na internet]. 2007. [citado 2010 mar 25]; 16(3): 536-545. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

15. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev. Esc. enferm. USP* [periódico na internet]. 2009 [citado 2010 jul 09]; 43(4): 818-824. Disponível em: <http://www.scielo.br>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa histórica traz contribuição significativa para a enfermagem, remete os profissionais a uma visão crítica dos constituintes sociopolíticos e culturais que entremearam a construção dela como profissão. Ainda, possibilita a amplitude necessária para a análise desses fatores, ao revelar os avanços alcançados no período de tempo estudado, bem como as dificuldades encontradas. Deste modo, fomenta a reflexão sobre intervenções futuras que se fazem necessárias para sua consolidação profissional.

Historicizar as especialidades da enfermagem faz parte dessa releitura histórica da profissão, à medida que traz os componentes da construção do conhecimento especializado, compreendido inicialmente apenas como meio de aperfeiçoamento da prática da enfermagem. Entretanto, essa temática exige um novo olhar, uma nova percepção de pesquisa sobre a profissão, ao reportar-se à visão da especialidade do conhecimento como importante instrumento na busca do *status* profissional.

Esse novo olhar foi oportunizado pela sociologia das profissões, que vislumbrou uma gama de investigações diferenciadas daquelas mais comumente propostas pelas pesquisas em enfermagem, ao trazer âmbito mais geral das relações entre as profissões e a sociedade e possibilitar o alcance do objetivo proposto neste estudo: compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil, no período de 1970 a 1996.

O referencial teórico de Eliot Freidson para fundamentação da análise deste estudo foi pertinente, pois compreender a enfermagem como profissão “prática ou de consulta”, como aponta o sociólogo, a qual necessita de atrair sua clientela, convencê-la de sua utilidade, trouxe, já nas primeiras leituras de aproximação com seu pensamento, instigantes questionamentos para esta pesquisa. Leituras subsequentes levaram o estudo para além dos horizontes pensados no projeto inicial da tese, ao alertar sobre a influência do conhecimento especializado, como importante, mas não exclusivo constituinte do poder profissional e que há interdependência entre conhecimento, autonomia, reserva de mercado e capacidade de articulação política, os quais, entrelaçados e fortemente construídos, propiciam o *status* de uma profissão ou especialidade.

Após o desenvolvimento desta pesquisa, é possível apontar, mesmo de maneira provisória, algumas conclusões sobre a construção

da especialidade da enfermagem gerontológica no Brasil, tecidas a partir do referencial escolhido e dos depoimentos coletados entre as pesquisadoras pioneiras.

O desenvolvimento de um conhecimento especializado da enfermagem em gerontologia no Brasil foi impulsionado, desde seus primórdios, pelo impacto da transição demográfica nos serviços de saúde no país, a partir da década de 1970. Isso foi experienciado tanto por enfermeiras docentes como por enfermeiras assistenciais que, por meio do autodidatismo e de referências bibliográficas internacionais, construíram a base do conhecimento específico, constituindo-se mola propulsora para o grande avanço das pesquisas sobre o processo de envelhecimento, na virada do século XXI.

Esse conhecimento foi impulsionado nos grupos de pesquisa sobre o processo de envelhecimento, criados por iniciativa da enfermagem, a qual protagonizou a criação de três dos quatro grupos existentes entre as décadas de 1970 e 1980. Esse fato demonstra o pioneirismo e a consequente relevância histórica do papel da enfermagem no desenvolvimento das pesquisas sobre o idoso no Brasil.

A busca pelo conhecimento específico no contexto da crescente demanda de idosos em sua prática assistencial remete ao pensamento de Freidson: a enfermagem como profissão prática, que busca no saber científico o papel de promotora da resolutividade aos agravos de saúde, bem como ações na prevenção de doenças e promoção da saúde e reconhecimento do conhecimento exclusivo como importante constituinte do *status* profissional. Assim, quanto ao constituinte “conhecimento” para o poder profissional, constata-se que a enfermagem brasileira reconhece, embora não seja na perspectiva da construção como profissão, sua relevância, e vem empreendendo esforços na busca do saber exclusivo, como mostra o crescimento vertiginoso do número de estudos e a socialização desse conhecimento, visando a sua consolidação como especialidade.

O domínio do conhecimento específico está intrinsecamente relacionado com a competência e habilidade profissional, e foi apontado pelas enfermeiras pioneiras na área como constituinte imperioso para a conquista da autonomia da enfermagem gerontológica. Foram relacionados também outros fatores, como postura pessoal, aplicação da sistematização da assistência no processo de trabalho e delimitação das atividades exclusivas da enfermagem na equipe multidisciplinar.

Novamente, aqui sobressai o pensamento de Freidson. O discurso que relaciona conhecimento com competência e a consequente autonomia expõe a percepção, que é comum aos profissionais, da

necessidade do conhecimento especializado, para o alcance da autonomia profissional, constituintes interdependentes, apontados pelo sociólogo para a conquista de poder de uma profissão.

Portanto, os dados coletados permitem inferir que a enfermagem brasileira vem buscando, por meio do conhecimento científico, delimitar suas ações dentro da equipe de saúde para o atendimento ao idoso, visando a sua autonomia profissional, dentro de uma conjuntura histórica de hegemonia médica, centralizada em ações curativas aos agravos de saúde.

O conhecimento especializado e a busca pela autonomia profissional articulam-se, no pensamento de Freidson, com a atividade política, tanto no sentido de conservar sua situação e privilégio, quanto na promoção de seus próprios projetos de incentivo à pesquisa, para melhorar seu conhecimento e competência.

A investigação deste estudo identificou, entre as 14 pesquisadoras pioneiras na área, o reconhecimento da atividade política para sua consolidação como especialidade, quer nos esforços empreendidos para agregar pesquisadores interessados na temática, por meio da realização das Jornadas Brasileiras de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, quer na importante conquista da criação de sua associação, o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, ligado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O estudo também revelou que, historicamente, o Estado brasileiro vem recrutando a enfermagem a participar dos fóruns de discussões e da elaboração das políticas públicas de atenção ao idoso no país. Como profissão prática, a enfermagem vem estabelecendo relação estreita com a população idosa, na defesa do direito à saúde e das questões sociais do idoso, e vem mantendo relação com órgãos de poder político, atenta aos processos de luta política e de negociações entre os representantes das ocupações, que visam a manter e melhorar suas posições no mercado de trabalho.

Os resultados apresentados sucintamente confirmam a tese aqui defendida de que: A especialidade da Enfermagem Gerontológica no Brasil tem sua construção pautada na produção e no domínio do conhecimento, na busca da autonomia e na capacidade de organização política de seus membros.

A finalização deste estudo traz à enfermagem gerontológica brasileira algumas contribuições, como o relato de sua historicidade, bem como fomenta reflexões sobre os direcionamentos futuros na perspectiva sociológica, ao trazer os constituintes para alcance do *status* profissional.

A metodologia histórica utilizada permitiu identificar as enfermeiras pesquisadoras pioneiras na área da Gerontologia no Brasil, que se dividiram entre aquelas que iniciaram seus estudos nas décadas de 1970-1980, e se constituíram como a “primeira geração”: **Profa. Dra Clarice Oliveira, Profa. Dra Lúcia Takase Gonçalves, Profa. Dra Maria Coeli Campedelli, Profa. Dra Rosalina Partezani Rodrigues, Profa. Dra Maria Manuela Rino Mendes, Profa. Dra Maria Jalma Santana Duarte.**

Por meio da criação de grupos de pesquisa sobre o processo de envelhecimento e de orientações acadêmicas, as professoras citadas foram inspiradoras de uma “segunda geração” de enfermeiras pesquisadoras na área, na década de 1990, dentre as quais, estão, por ordem alfabética: **Profa. Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas, Profa. Dra. Ângela Maria Alvarez, Profa. Dra. Aparecida Yoshie Yoshitome, Profa. Dra. Célia Pereira Caldas, Profa. Dra. Maria do Rosário Menezes, Profa. Dra. Maria José D’Elboux, Profa. Dra. Maria Manuela Rino, Profa. Dra. Marilene Baquero, Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella, Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer, Profa. Dra. Marion Creutzberg, Profa. Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Profa. Dra. Tânia Menezes, Profa. Dra. Yeda Aparecida Duarte.**

Cabe aqui o reconhecimento a essas profissionais, que, por meio da motivação e de recursos pessoais, suplantaram as dificuldades iniciais, como o preconceito, a racionalidade curativista, a falta do direcionamento para o desenvolvimento de pesquisas, e criaram os primeiros grupos de estudo sobre o processo de envelhecimento. Deste modo, trouxeram visibilidade profissional à especialidade e construíram seus fundamentos no país.

Este estudo também trouxe contribuição à própria história da enfermagem, agregando fatos e fortalecendo a linha de pesquisa História em Saúde e Enfermagem e o Grupo da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Na perspectiva futura, este estudo aponta reflexões que se fazem necessárias para a consolidação da especialidade. Ao descrever os constituintes do poder profissional, referenciados em Eliot Freidson, aponta os cenários de lutas e esforços a ser enfrentados a seu fortalecimento: conhecimento, autonomia, reserva de mercado de trabalho e atividade política. Assim, é preciso fomentar e divulgar pesquisas na área, disseminar a temática nos cursos de graduação e pós-graduação, para a formação da competência técnica, que é instrumento

de poder profissional, e a construção de modelos assistenciais condizentes com a solução dos problemas elencados no atendimento ao idoso.

Essa construção do conhecimento é peça fundamental para o alcance da autonomia profissional e dá à enfermagem a autoridade do saber, ao se instrumentalizar de um conhecimento próprio, alicerçado em um domínio exclusivo, ou seja, uma área de trabalho sobre a qual ela possa reivindicar monopólio e mantê-lo. É necessário também repensar o ensino da graduação na perspectiva da autonomia do discente e de futuros profissionais e, principalmente, nortear os profissionais e graduandos das atribuições específicas da enfermagem no atendimento ao idoso.

O conhecimento e a autonomia propiciarão a reserva no mercado de trabalho, pois, como afirma Eliot Freidson, a negociação dos limites jurisdicionais entre as ocupações, a fim de estabelecer e controlar a divisão do trabalho, expressa o poder profissional de uma categoria. Deste modo, a enfermagem brasileira deverá estar alerta para a preservação dos espaços já conquistados e para a delimitação das ações específicas da enfermagem dentro da equipe multidisciplinar, para alcançar autonomia condizente com a aspiração dos participantes dessa especialidade.

Todavia, somente o conhecimento não garante espaço no mercado de trabalho. Então, a consolidação da enfermagem gerontológica no Brasil está intrinsecamente relacionada também a sua capacidade de criar associações politicamente ativas, que atuem nas esferas de poder, visando à renegociação das fronteiras formais, buscando defender e melhorar sua posição relativa na divisão do trabalho no atendimento ao idoso. Esses constituintes apontados deverão estar norteados pela racionalidade da enfermagem como profissão prática, ou seja, que deverá buscar estabelecer relação estreita com a população idosa, como vem desempenhando historicamente. Então, para consolidar-se a enfermagem gerontológica precisa continuar sua busca por um conhecimento que atenda aos problemas da clientela, à defesa do direito à saúde e às questões sociais, bem como participar das organizações e das políticas públicas de saúde.

Este estudo não tem a pretensão de ser conclusivo. Ele esboça uma perspectiva sociológica sobre a construção da Enfermagem Gerontológica no Brasil, e tem o crédito de fomentar novas investigações que possam complementar a análise e contribuir para o debate sobre o profissionalismo da enfermagem brasileira. A complexidade da temática ficou evidente nesta pesquisa, ao suscitar

novos questionamentos e a percepção da necessidade de se realizar outros estudos, a partir de visões diferentes, que contribuam para a história e a consolidação da especialidade no atendimento ao idoso.

Finalmente, em conclusão, esta tese possibilitou vislumbrar que a enfermagem brasileira, em congruência com os movimentos políticos e sociais mundiais sobre o envelhecimento populacional, a partir de meados do século XX, foi impulsionada a desenvolver estudos para o atendimento das especificidades do idoso, condizentes com o conceito de uma profissão prática. Assim, a busca pela autonomia e pela reserva no mercado de trabalho estiveram permeadas pelas estratégias políticas adotadas e pautadas na construção de um corpo de conhecimento especializado, que, embora necessite de mais esforços no sentido de seu aprimoramento, contextualizado nos avanços teórico-metodológicos em curso, vem se constituindo como importante fator para o *status* profissional almejado por essa especialidade.

REFERÊNCIAS

- ACHENBAUM, W.A. **Crossing frontiers** - Gerontology emerges as a science. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ALMEIDA, P.R. Dossiê historia oral: uma breve apresentação. **Revista de História e Recursos Culturais**, v. 2, n. 2, abr/jun. 2005.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 266-272, jun. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.7, n. 3, v. 7 n. 3, p. 87-93, jul. 1999.
- BARREIRA, I. A., SAUTHIER, J., BAPTISTA, S. S. O movimento associativo das enfermeiras na primeira metade do século XX. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 2, p. 157-73, abr/jun. 2001.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BENJAMÍN, W. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BONELI, M. G. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson. In: FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo** - teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, 1998. p. 11-30.
- BOURDÉ, G; MARTIN, H. **As escolas históricas**. Lisboa: Fórum da História, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa Federal.**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao_compilado.htm. Acesso em: 11 junho 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Lei No 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 11 junho 2008.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília: MPAS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1395**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 24 junho 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Lei N° 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 23 junho 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 junho 2008.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1019-1026, dez. 2005.

BURKE, P. **A escrita da história**. São Paulo: UNESP, 2001.

CALDAS, C.P; AMORIM, A.E. Os grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil e o envelhecimento humano. **Revista Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 28-36, jan/dez. 2004.

CAMANARO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMANARO, A.A.

org. **Os novos idosos brasileiros - muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-92.

CANÇADO, F.A.X. Históricos do COMLAT-IAG. **Gerontologia**, v. 5, p. 74-86, jun. 1997.

CARVALHO, M.C.B. N. M. de. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças** : projeto “era uma vez... atividades intergeracionais”. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 260, de 12 de julho de 2001. Fixa as Especialidades de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/legislacao>>. Acesso em: 15 agosto 2008.

COSTA, N.E.; MENDONÇA, J.M.; ABIGAIL, A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. In: FREITAS, E.V. et al (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1077-82.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.

_____. O significado da velhice na sociedade brasileira. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.13, n esp, p. 147-158, 2000.

DINIZ, M. **Os donos do saber** - profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

DIOGO, M.J.DE. Consulta de enfermagem em gerontologia. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 209-221.

DUARTE, Y.A.O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 222-229.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FONTE, I. B. **Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Conseqüências no Conceito de Velhice**. Ouro Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>> Acesso em: 11 junho 2008.

FREIDSON, E. Administrative Accountability in Health Services. **American Behavioral Scientist**, v. 19, n. 3, jan/fev. 1976.

_____. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 31, p. 141-154, 1996.

_____. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. **Profissão médica** – um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Unesp, 2009.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GOLDSTEIN, L.L. A produção científica brasileira na área da gerontologia: (1975 - 1999). **Rev Online Bibli Prof Joel Martins**, v. 1, n.1, out. 1999. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br>>. Acesso em: 28 maio 2008.

GOMES, F.A.A. **Manual de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Brasileira de Medicina, 1994.

GONÇALVES, C.M. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Letras: Sociologia**, v. 18, p. 177-224, 2008.

GONÇALVES; L. T.; ALVAREZ, A.M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et al (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1110-1116.

GORINI, M.I.P.C.; SEVERO, I.M.; SILVA, M.C.S. Análise da produção do conhecimento de enfermagem sobre educação em saúde e envelhecimento **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br>>. Acesso em: 18 junho 2008.

GROISMAN, D. A velhice entre o normal e o patológico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan/abr. 2002.

HABER, C. Geriatrics: a speciality in search os specialists. In: TASSEL, D.V. **Old age in a bureaucratic society**. Nova York: Greenwood Press. 1986

HAMMERSCHMIDT , K. S. A.; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H.; SEIMA, M.D. Pesquisas de enfermagem em gerontologia. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 214-221, abr/jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica Sócio econômica. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 setembro 2008.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 setembro 2008.

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KATZ, S. **Disciplining old age** - the formation of the gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virgínia, 1996.

KLETEMBERG, D.F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LE GOFF, J. **Enciclopédia Enaudi**. Lisboa: Casa da Moeda, 2000.

LEME, L. E. G. **A gerontologia e o problema do envelhecimento - visão histórica**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.13-25.

LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica. In: _____. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LLOYD-SHERLOCK, P. A. **Development and social protection** - a research agenda. Valência: UNRISD, 2002.

LOPES, A. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. Campinas: Alínea, 2000.

MANCIA, J.R. **Revista Brasileira de Enfermagem e seu papel na consolidação profissional**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L.; NASCIMENTO, E. R. P. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr/jun. 2007.

MARTINS, M.S.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 26-33, mar. 2008.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** - pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, 1143-1151, jul/ago. 2008.

NERI, A.L. A pesquisa em gerontologia no Brasil: análise de conteúdos de amostra de pesquisa no período de 1975-1996. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 69-105, mai/ago. 1997.

_____. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **A Terceira Idade (SESC)**, São Paulo, v. 16, n. 34, p. 7-24, out. 2005.

OGUISSO, T.; TSUNECHIRO, M.A. História da Pós- Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. esp, p. 522-534, 2005.

OLIVEIRA, V.F. Educação, memória e histórias de vida: usos da história oral. **História Oral**, v. 8, n. 1, p. 91-106, jan/jun. 2005.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Análise das dissertações e teses de enfermagem sobre o idoso, Brasil, 1979-2004: Estudo bibliográfico. **Online Bras. J. Nurs.**, v. 6, n.1, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing>>. Acesso em: 16 julho 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPA, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional**. Viena: ONU, 1982.

_____. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 575-584, out/dez. 2005.

PEREIRA NETO, A. Eliot Freidson: progression and constraints in the biography of an intellectual. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, v. 16, n. 4, p. 941-960, 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PRADO, S.D.; SAYD, J D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 491-501, abr/jun. 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai/jun. 2003.

REIS, P. O.; CEOLIM, M. F. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 57-64, 2007.

RODRIGUES, R., KUSUMOTA, L.; MARQUES, S. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 536-545, jul/set. 2007.

SANTOS, S.M.A. Algumas reflexões sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica na UFSC. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 174-185, jan./abr. 1999.

SANTOS, S.S.C. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTOS, S.M.A.; GONÇALVES, L.H.T. Editorial. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 219-220, abr/jun. 2008.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar/abr. 2004.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.

SILVEIRA, E.S. História Oral e Memória: a construção de um perfil de Historiador-Etnográfico. **Ciência e Conhecimento**, v.1, 2007.

SOUZA, W.G.A. et al. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar **ACM arq. Catarin. Med.**, v. 35, n. 4, p. 56-63, out/dez. 2006.

THOMPSON, P. **A voz do passado** – historia oral, 2 ed. São Paulo: Paz

e Terra, 1998.

TRENTINI, M.; SILVA, S.H.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K.S. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev. 2005.

VALE, E.G. ABEn: 75 anos de democracia, ética e compromisso com a enfermagem brasileira. **Revista Bras de Enferm.**, v. 54, n .2, p. 151-156, abr/jun. 2001.

VIANA, L.O. **A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades: 1920-1970**. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro, 1995.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M.H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, 509-513, out/dez. 2007.

APÊNDICES

APENDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Telefones para
contato: _____

Instituição: _____

1. Em que época iniciou seu interesse pelo estudo do processo de envelhecimento e qual foi a sua motivação para realizar estudos nesta especialidade?
2. Como era pesquisar sobre o idoso naquela época?
3. Na sua percepção, qual é a importância do desenvolvimento de um conhecimento específico da enfermagem gerontológica?
4. Como você avalia a relação da enfermagem gerontológica com o Estado brasileiro desde o início de seus estudos nesta área?
5. Em sua opinião, a enfermagem gerontológica no Brasil vem implementando estratégias políticas para consolidar esta especialidade?
Justifique
(Associação de classe, dificuldades e facilidades para a criação desta associação)
6. Como você avalia a autonomia da enfermagem no processo de trabalho no atendimento ao idoso?
 - a) Positivo: O que confere esta autonomia aos profissionais da enfermagem gerontológica?
 - b) Negativa: O que vem dificultando esta autonomia no processo de trabalho da enfermagem gerontológica?
7. Qual sua opinião sobre a construção da especialidade da enfermagem gerontológica no Brasil? Como você analisaria este desenvolvimento?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
GRUPO DE ESTUDOS DA HISTÓRIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM E
SAÚDE (GEHCES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo com a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde –
Resolução 196/96)

Você está sendo convidada(o) para participar, como voluntária(o), em uma pesquisa. No caso de aceitar fazer parte do estudo, após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, , assinie ao final deste documento. Serão produzidas duas cópias, ficando uma com você e outra sob responsabilidade da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: A
CONSTRUÇÃO DA ESPECIALIDADE NO BRASIL

Pesquisadoras responsáveis: Denise Faucz Kletemberg¹⁷ e Maria Itayra Padihla¹⁸

Este estudo tem como objetivo compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil. Perante a transição demográfica brasileira do envelhecimento populacional, este estudo se justifica para conhecer a resposta da enfermagem enquanto profissão, frente a esta nova realidade brasileira.

¹⁷ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

¹⁸ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto/Canada. Coordenadora do GEHCE. Pesquisadora do CNPq.

Estudos na perspectiva histórica, permitirão uma melhor compreensão destes dados, dando o embasamento sócio-histórico que permitirá vislumbrar o papel que a enfermagem vem desempenhando no estudo da gerontologia, contribuindo para a valorização profissional e o reconhecimento das enfermeiras pioneiras nesta área.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, que será desenvolvida nos anos 2009-2010. A proposta será concretizada utilizando a história oral temática, por meio de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro previamente estabelecido. Fica garantido o anonimato dos participantes e o direito de desistir do projeto em qualquer momento. Também não existe nenhum risco associado que comprometa a sua integridade física, emocional, ética ou espiritual. Os procedimentos inerentes à implementação do projeto requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias.

Para qualquer dúvida ou para esclarecimento adicional, você poderá entrar em contato através do telefone: (41) 9104-2312 ou 3343-4625 e/ou e-mail: denisekle@yahoo.com.br ou contatar a orientadora desta pesquisa Prof^a Maria Itayra Padilha pelo telefone (48) 9962-4510 e/ou e-mail padilha@ccs.ufsc.br

Denise Faucz Kletemberg

Maria Itayra Padilha

Consentimento Pós-informado

Eu, _____, declaro que fui informada(o) sobre os objetivos, propósitos e procedimentos inerentes a este estudo e que recebi, de forma detalhada, todas as explicações inerentes sobre o direito de desistir em qualquer fase do processo de investigação, assim como fui assegurada(o) da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha atividade profissional. Declaro que (abdicou/não abdicou) _____ do anonimato de minhas declarações firmadas. Estando ciente destas informações, estou de acordo em

participar voluntariamente do estudo proposto e autorizo a gravação das minhas falas, a obtenção de fotografias e a exposição das mesmas.

Nome do participante : _____

RG do participante: _____

Endereço residencial: _____

Telefone: _____

Local da entrevista: _____

Data : ____ de _____ de 2009

Horário da entrevista: _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
GRUPO DE ESTUDOS DA HISTÓRIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM E
SAÚDE (GEHCES)

Termo de cessão de entrevista

Eu,

_____, estado civil _____, portador(a) da carteira de identidade n° _____, declaro para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada para leitura e inclusão no trabalho de tese de doutorado da enfermeira Denise Fauz Kletemberg, intitulada **ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: A CONSTRUÇÃO DA ESPECIALIDADE NO BRASIL**, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada a terceiros, ficando vinculado o controle a autora da pesquisa.

Abdico assim, dos meus direitos sobre a entrevista, abdicação que alcança também meus descendentes.

Subscrevo-me atenciosamente

Cidade, ___/___/_____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SERES HUMANOS – UFSC



Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br/ +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 014/2009

I - Identificação

Título do Projeto: Enfermagem gerontológica: a construção da especialidade no Brasil.

Pesquisador Responsável: Maria Itayra Coelho de Sousa Padilha.

Pesquisador Principal: Denise Fauz Kletemberg.

Propósito: A pesquisa em questão se vincula ao Doutorado da pesquisadora principal realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Instituição onde se realizará: Vários Programas de Pós-Graduação no Brasil.

II - Objetivos:

Geral:

- Compreender o processo histórico de construção da especialidade em enfermagem gerontológica no Brasil.

III - Sumário do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica a ser realizada com profissionais de vários Programas de Pós-Graduação no Brasil que terá como sujeitos enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, que atuaram entre as décadas de 1970 e 1996. Os sujeitos serão em número de 17 selecionados por meio da revisão de literatura e por indicação da profa. Dra Lúcia Takase Gonçalves, fundadora de um dos primeiros grupos de pesquisa sobre o idoso na enfermagem. O instrumento de coleta de dados será a entrevista. Para obtenção do TCLE será realizado um contato inicial com os sujeitos da pesquisa, via telefone, informando o objetivo do estudo e o eventual interesse em participar da pesquisa. Constará no TCLE que a qualquer momento o entrevistado poderá desistir de participar da pesquisa. Espera-se que a análise das entrevistas possibilite conhecer a construção da especialidade de enfermagem gerontológica no Brasil.

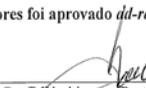
IV - Comentários:

O TCLE será entregue aos participantes da pesquisa sendo garantido o sigilo das suas identidades, bem como, o direito de decidirem sobre sua participação ou não. A pesquisa em questão apresenta a documentação exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. A pesquisa poderá contribuir com a compreensão da construção da especialidade de enfermagem gerontológica e estimular o desenvolvimento de pesquisas nesta área. A considerar esses aspectos, somos de parecer favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

V – Parecer:

Aprovado *ad referendum* (X)

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado *ad-referendum* em 18 de fevereiro de 2009.



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH