

**SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS**

**O ENSINO DA ENFERMAGEM  
GERONTOGERIÁTRICA NO BRASIL DE 1991 A 2000  
À LUZ DA COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN**

**FLORIANÓPOLIS  
2003**

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

O ENSINO DE ENFERMAGEM  
GERONTOGERIÁTRICA NO BRASIL DE 1991 A 2000  
À LUZ DA COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN

SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: DRA. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

Florianópolis, fevereiro de 2003.

**O ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA NO BRASIL DE 1991 A  
2000 À LUZ DA COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN**

**SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS**

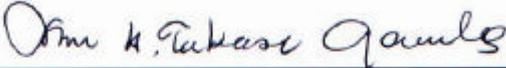
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

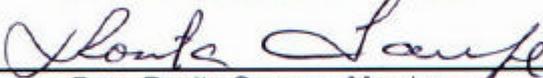
E aprovada na versão final em 21 de fevereiro de 2003, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-graduação em Enfermagem, Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

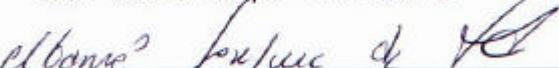
  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

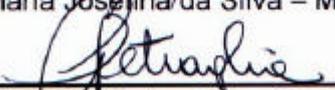
**BANCA EXAMINADORA**

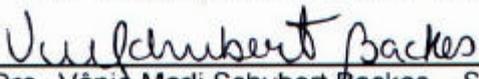
  
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves Presidente - Orientadora

  
Dr. Ari Paulo Jantsch – Membro

  
Dra. Rosita Saufe – Membro

  
Dra. Maria Josefina da Silva – Membro

  
Dra. Izabel Cristina Petraglia – Membro

  
Dra. Vânia Marli Schubert Backes – Suplente

  
Dra. Valéria Lerch Lunardi - Suplente

*A **Wilson Pereira dos Santos Silva (Neto)**, DEDICO, por ser um tesouro de filho, por ter deixado amigos para trás, sem reclamar, apesar de mostrar-se assustado, quando mudamos para João Pessoa, PB (Mestrado) e depois para Florianópolis, SC (Doutorado); por acreditar na mãeeeeeee, por admirar-me, defender-me e até aconselhar-me, de forma sábia, madura e amorosa...*

## AGRADECIMENTOS

*Ao final de mais este pedaço da minha vida percebo a importância de alguns “seres especiais” durante a caminhada percorrida. Aqui registro a Eles o meu sincero reconhecimento:*

*À Deus, meu amigo mais bondoso, minha fonte inspiradora.*

*À Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pelas orientações.*

*Aos professores do Doutorado, pelos ensinamentos ministrados, em especial à Dra. Ingrid Elsen, Dra. Tereza Leopardi e Dra. Itayra Padilha, ouvinte atenciosa; à Dra. Betina Bub, pelas orientações sobre curso na Suécia; à funcionária Odete Rosa, pela constante amabilidade.*

*Aos membros da banca de qualificação, em especial à Dra. Flávia Regina Souza Ramos e aos membros da banca de defesa, em especial à Dra. Valéria Lerch Lunardi, Dra. Rosita Saupe e Dra. Maria Josefina da Silva.*

*Aos colegas do Doutorado, pelo convívio partilhado, em especial à Mara Regina dos Santos Silva, Vera Nogueira, Eliane Vasconcelos e Telma Marques, Josefa Delgado e Kênya Reibnitz.*

*A todas as pessoas que conheci em quatro anos de moradia em Florianópolis: Elizete Pereira e família, Elizabete Pereira, Olga Borges Machado, Guiomar Bittencourt, Lia Rosa Leal, Fernando Volkmer, Édina Crunfli, Giovana Mazo, Tânia Bertoldo, Claudinete Vasconcelos, Maria Lígia Bellaguarda, Marlene Teda e em especial à Sonia Argollo, pela amabilidade e correção do português.*

*À Dra. Ulla Lundh e em especial à enfermeira Gunnel Hall, pela acolhida em Jönköping, Suécia.*

*Aos meus colegas professores da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG, Universidade de Pernambuco (UPE), por entenderem a necessidade de capacitação docente e terem-me liberado mais uma vez, agora para o Doutorado. E principalmente, agradeço à chefia do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Ciências do Comportamento (DESPCC) e à direção, por confiarem em mim, como ser humano e profissional, e terem me ajudado a realizar curso sobre envelhecimento numa perspectiva*

*internacional na Suécia, que foi mais um dos grandes feitos da minha vida acadêmica. À Roseane Almeida pela revisão final das referências.*

*A meus avós maternos, Abelardo e Naylde, meus avós paternos, João Lau e Amélia, ao meu pai, Wilson (Teta), ao Sr. Adriano Soares, à colega Maria do Carmo dos Santos Lopes (Carminha), todos in memoriam, meus agradecimentos saudosos pelo prazer da convivência partilhada.*

*A minha mãe Carmemsita e minhas irmãs, mulheres de força, minha gratidão.*

*À Coordenação de Apoio a Pesquisa (CAPES), pela ajuda financeira sob a forma de bolsa de estudo.*

*A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, pois como Morin (2000b, p. 9) “quero apenas dizer aqui, para mim mesmo [a], que as pessoas não citadas estão presentes em mim, assim como as vivas, que foram providência, e as mortas que tinham sensibilidade demais para viver”.*

## RESUMO

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin.** 2003. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

Os objetivos deste estudo foram identificar as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nas publicações da enfermagem brasileira; refletir sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação, partindo das características identificadas, à luz da Complexidade de Edgar Morin. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como fonte de dados nove livros-resumo de congressos brasileiros de enfermagem (281 resumos, 260 sobre gerontogeriatrica e 21, acerca do ensino da enfermagem gerontogeriatrica) e sete periódicos da enfermagem nacional: Revista Texto e Contexto em Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Enfermagem da UERJ, Revista da RENE, REBEN, Revista Latino-Americana de Enfermagem (186 números de revistas, nos quais 88 artigos foram sobre gerontogeriatrica e nove, referiram o ensino da enfermagem gerontogeriatrica), considerando-se o período de 1991 a 2000. O *corpus* deste estudo foi composto por 16 artigos científicos, sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nos quais utilizou-se o software para análise qualitativa – QRS-NUD\*IST4. Os resultados obtidos permitiram perceber a existência deste ensino, no período pesquisado, tendo como modos de condução: a matéria obrigatória, a inserção de conteúdos específicos em matérias diversas, a participação em trabalhos de extensão e a realização de estágios extracurriculares. Os conteúdos foram apresentados através dos temas: idoso; envelhecimento; velhice; gerontologia e geriatria; enfermagem gerontogeriatrica voltada a aspectos conceituais, processo de trabalho, processo de enfermagem, cuidados aos idosos – asilados, dependentes e submetidos a cirurgia, cuidado familiar, cuidado ao cuidador familiar e atendimento domiciliário. Estes achados emprestam forte apoio à tese de que a enfermagem brasileira já começa a perceber que a área gerontogeriatrica é uma lacuna ainda não preenchida e que suscita caminhos para uma ação profissional autônoma e/ou em equipes multidisciplinares e trabalhos interdisciplinares e/ou transdisciplinares. Refletir sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, ou de qualquer outra matéria, na enfermagem, por meio dos princípios da Complexidade de Edgar Morin é perceber o ensino educativo enquanto instância que procure transmitir uma cultura que permita ao futuro trabalhador: compreender a condição humana; pensar de forma contextualizada, aberta, globalizada, ética, dialógica, recursiva, hologramática; e direcioná-lo: a adquirir competências, liberdade e solidariedade; a desenvolver habilidades cognitivas, a aprender a pesquisar, a desenvolver aulas práticas e/ou estágios e outras atividades voltadas ao cuidado ao idoso e a realizar a religação dos saberes com outras disciplinas, tendo como alvo principal deste ensino educativo os cuidados: humano, profissional e ecológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em enfermagem. Gerontologia. Geriatria. Filosofia em enfermagem.

## ABSTRACT

### THE TEACHING OF GERONTOGERIATRIC NURSING IN BRAZIL FROM 1991 TO 2000 SEEN UNDER THE COMPLEXITY OF EDGAR MORIN.

The present study had the following objectives: to identify the characteristics of gerontogeriatric nursing such as exhibited on Brazilian Nursing Journals; and to draw a reflection on the teaching of gerontogeriatric nursing in undergraduation courses, based on identified characteristics as seen under the Complexity of Edgar Morin. A qualitative research, it had as a data-source 9 proceedings volumes of Brazilian Nursing Congresses (281 abstracts, of which 260 are on gerontogeriatrics and 21 on the teaching of gerontogeriatric nursing), plus 7 national nursing publications: "Revista Texto e Contexto em Enfermagem", "Revista da Escola de Enfermagem da USP", "Revista Gaúcha de Enfermagem", "Revista Enfermagem da UERJ", "Revista da RENE", REBEN, "Revista Latino-Americana de Enfermagem" (186 Journal issues, of which 88 articles on gerontogeriatrics and 9 covering the teaching of gerontogeriatric nursing) for the 1991-2000 period. The main body of this article comprised 16 scientific articles on the teaching of gerontogeriatric nursing, where software was used for a qualitative analysis – QRS-NUD\*IST4. Results made possible to perceive teaching during the research period conducted as: the mandatory subject, the introduction of specific contents in various subjects, the participation on extension work, and extra-curriculum training stages. Contents were presented through the themes: the aged; growing old; old age; gerontology and geriatrics; gerontogeriatric nursing turned to conceptual aspects; work process, nursing process, care to the elder – in houses for the aged, dependent and undergoing surgery, family care, care given to family carers, and care given at home. Such findings strongly support the thesis that Brazilian nursing already understands the gerontogeriatric field as a void still to be filled, requiring roads for an autonomous and/or multidisciplinary team work professional action, and interdisciplinary and/or transdisciplinary work. To think of the teaching of gerontogeriatric nursing or any other subject matter, in Nursing, using the Principles of Edgar Morin's Complexity is tantamount to perceiving educative teaching as trying to convey a culture enabling the future worker to: understand the human condition; think in a contextualized, open, globalized, ethics, dialogic, recursive and hologrammatic form; and, to direct this worker towards: acquiring qualifications, learning how to do research, to develop practical classes and/or training stages, and other activities turned to the care of the elderly, reconnecting the various knowledges with other disciplines, having as the main target of this educational teaching the human, professional, and ecological care.

**KEY WORDS:** Nursing - education. Gerontology. Geriatrics. Nursing - philosophy.

## RESUMEN

### ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA EN BRASIL DESDE 1991 AL 2000 A LA LUZ DE LA COMPLEJIDAD DE EDGAR MORIN.

Los objetivos de este estudio fueron identificar las características de la enseñanza de enfermería gerontogeriatrica, en las publicaciones de brasileras de enfermería; reflexionar sobre su enseñanza en los cursos de graduación, partiendo de las características identificadas, a la luz de la Complejidad de Edgar Morin. Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como fuente de datos nueve libros-resúmenes de congresos brasileros de enfermería (281 resúmenes, 260 sobre gerontogeriatrica y 21 referidos a la enseñanza de enfermería gerontogeriatrica) y siete periódicos de enfermería nacional: Revista Texto y Contexto en Enfermería, Revistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo, Revista Gaucha de Enfermería, Revista de Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Revista de la RENE, REBEN, Revista Latino-Americana de Enfermería – 186 números de revistas, de los cuales 88 artículos fueron sobre gerontogeriatrica y 9 referían a la enseñanza de enfermería gerontogeriatrica – considerándose el periodo 1991 a 2000. El *corpus* de este estudio fue compuesto por 16 artículos científicos, relacionados a la enseñanza de enfermería gerontogeriatrica; para su análisis cualitativo se utilizó el software QRS-NUD\*IST4. Los resultados obtenidos, permitieron identificar la existencia de este contenido temático en ese periodo investigado, teniendo como características: materia obligatoria, inserción de contenidos específicos en materias diversas, participación en trabajos de extensión y la realización de actividades extracurriculares. Los contenidos fueron presentados a través de los temas: anciano, envejecimiento, vejez; gerontología y geriatrica; enfermería gerontogeriatrica orientada a aspectos conceptuales, proceso de trabajo, proceso de enfermería, cuidados a los ancianos – asilados, dependientes y sometidos a cirugia, cuidado familiar, cuidado al cuidador familiar y atención domiciliaria. Estos hallazgos proporcionan fuerte apoyo a la tesis de que la enfermería brasileras ya comienza a percibir que la área de gerontogeriatrica es una laguna que aún no ha sido rellenada y que suscita caminos para una acción profesional autónoma y/o en equipos multidisciplinarios y trabajos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios. Reflexionar sobre la enseñanza de la enfermería gerontogeriatrica, o de cualquier otra materia, en enfermería, por medio de los principios de la Complejidad de Edgar Morin, es percibir el proceso educativo en cuanto instancia que procura transmitir una cultura que permita al futuro trabajador: comprender la condición humana; pensar de forma contextualizada, abierta, globalizada, dialógica, recursiva, hologramática; y direccionarlo: a adquirir competencias, libertad y solidaridad; desarrollar habilidades cognitivas, aprender a investigar, a desarrollar aulas prácticas y/o pasantías y otras actividades orientadas al cuidado del anciano y realizar el relacionamiento de los saberes con otras disciplinas, teniendo como objetivo principal de este proceso educativo el cuidado: humano, profesional y ecológico.

**PALABRAS CLAVES:** Educación en enfermería. Gerontología. Geriatrica. Filosofía en enfermería.

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO		11
1. ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA: um desafio		18
1.1	Problema e tese do estudo.....	18
1.2	Gerontologia e enfermagem gerontogeriatrica.....	22
1.3	Currículos de enfermagem e ensino da gerontogeriatrica.....	26
1.4	Justificativa e objetivos do estudo.....	39
2. COMPLEXIDADE E CAMINHO DO ESTUDO: teoria ↔ método		41
2.1	Teoria.....	41
2.2	Método.....	46
2.3	Produção e análise dos dados.....	48
2.3.1	Coleta dos dados.....	48
2.3.2	Processo de análise dos dados.....	64
3. CARACTERÍSTICAS DO ENSINO DE ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA		66
3.1	Condução do ensino.....	67
3.2	Conteúdos identificados.....	75
4. UM NOVO OLHAR SOBRE O ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA		105
4.1	Uma nova condução ao ensino da gerontogeriatrica.....	105
4.2	Conteúdos (re)apresentados.....	108
4.3	Política Nacional do Idoso e ensino da gerontogeriatrica: um (re)olhar.....	133
4.4	Sugestões e experiências no ensino da gerontogeriatrica.....	135
5. RELAÇÃO COMPLEXIDADE E ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA		140
5.1	Educação e Complexidade de Edgar Morin.....	140
5.2	Ensino da enfermagem gerontogeriatrica e Complexidade.....	143
5.3	Elementos importantes ao ensino da gerontogeriatrica.....	147
5.4	Papel do professor no ensino da gerontogeriatrica.....	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS		161
REFERÊNCIAS		168
APÊNDICES		177
A.	Carta de solicitação dos trabalhos na íntegra encaminhada(s) ao(s) autor(es), cujo resumo foi publicado no livro-resumo de Congressos Brasileiros de Enfermagem.....	177
B.	Relação dos resumos apresentados nos congressos e artigos científicos publicados encontrados sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica e presença no estudo.....	178
C.	Relação dos trabalhos científicos analisados .....	180
ANEXOS		186
A.	Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem.....	186
B.	Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.....	192

## APRESENTAÇÃO

***A busca do futuro melhor deve ser complementar, mas não antagônica, ao reencontro com o passado. Todo ser humano, toda a coletividade deve irrigar sua vida pela circulação incessante entre o passado, no qual reafirma a identidade ao restabelecer o elo com os ascendentes, o presente, quando afirma suas necessidades, e o futuro, no qual projeta aspirações e esforços*** (Morin, 2000a, p. 77).

Minha primeira atividade como enfermeira aconteceu na docência, no início de 1983, um mês após concluir a graduação, quando fui convidada para atuar no Curso de Auxiliar de Enfermagem do Hospital Português, em Recife-PE. Naquele momento, senti necessidade de mais conhecimentos acerca do processo ensino-aprendizagem. Para supri-la, realizei a licenciatura em enfermagem. Fui professora desse curso até 1985 e, após esses anos de prática no ensino médio de enfermagem, senti-me insatisfeita quanto ao produto da ação desenvolvida no ensino médio, pois os alunos saíam com alguma habilidade técnica, mas carentes de outras competências, tais como a reflexão, a crítica. Pensei que no ensino da graduação, tal processo fosse mais fácil de acontecer. Estabeleci como objetivo da minha vida profissional ser docente de um curso de graduação.

A formação do enfermeiro, através do ensino em enfermagem psiquiátrica, e mais recentemente, de enfermagem gerontogeriatrica<sup>1</sup>, tem sido tema do meu interesse e atuação. O envolvimento com o processo de formação desse profissional torna-se mais intenso a cada dia, desde 1988, quando ingressei na docência da

---

<sup>1</sup> A enfermagem gerontogeriatrica supõe o agrupamento do conhecimento e da prática de enfermagem, provenientes da enfermagem geral, da geriatria e da gerontologia (GONÇALVES; ALVAREZ, 2002). A gerontogeriatrica, outra nomenclatura que uso quando a palavra enfermagem já está inclusa na frase, é ainda uma especificidade da enfermagem que cuida do idoso em todos os níveis de prevenção, ou seja, desde a promoção da saúde até a reabilitação. Escolhi essas nomenclaturas para utilizar neste estudo, por entendê-las mais completas e adequadas.

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) , da Universidade de Pernambuco (UPE).

Desde então, mesmo entendendo que, na saúde, os currículos priorizem os conhecimentos da área biomédica e biológica, constantemente me preocupei em formar enfermeiros competentes tecnicamente e competentes ética e politicamente, direcionando-os para a reflexão, à ação crítica e à importância de necessitarem entender e atender as mudanças sociais e as relações sociais. Ainda caminhando na direção desse objetivo, realizei um curso de especialização sobre ensino superior com colegas enfermeiros e outros docentes da Universidade de Pernambuco, no qual pude perceber a importância de cursos pedagógicos para o docente e a minha certeza no fato de ser *um eterno aprendiz* no ato de ensinar.

Durante o meu ensinar e aprender na enfermagem psiquiátrica, participei de oportunidades que considero muito importantes na minha vida docente: exerci a chefia do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Ciências do Comportamento (DESPCC), por dois mandatos, e fui integrante da Comissão de Estudos sobre Mudança Curricular da FENSG – UPE. Nessa comissão de análise e proposta de mudança curricular, que durou alguns anos, pude perceber que lidar com seres humanos diferentes, idéias diversas e interesses nada comuns direciona para um caminhar muito difícil, principalmente quando se propõe mudança, transformações relacionadas ao ato de ensinar e de aprender.

Apesar das mudanças, uma inquietação em relação ao ensino me incomodava e, como declara Morin (PENA-VEGA; ALMEIDA; PETRAGLIA, 2001, p. 65), “[...] a inquietude deve, não ser negada, mas remetida para nossos horizontes e se tornar nosso próprio horizonte”. E assim, sempre me preocupei em compartilhar um ensino problematizador, onde professor e aluno fossem parceiros do processo e procurei distanciar-me dos pressupostos da Escola Tradicional<sup>2</sup>, entendendo que tais pressupostos não servem mais para formar um enfermeiro, cujo perfil não se insira em um novo contexto, no qual se necessita de profissionais que apresentem,

---

<sup>2</sup> Na Escola Tradicional, o papel da escola é difundir a instrução e transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente. O mestre-escola é o artífice dessa grande obra. A escola se organiza, como uma agência centrada no professor, o qual transmite, segundo uma gradação lógica, o acervo cultural aos alunos, cabendo a esses alunos assimilar os conhecimentos que lhes são transmitidos (SAVIANI, 1999).

além da competência técnica, a capacidade de pensar, de criar, de analisar, de propor soluções e de ser solidário.

Através dos escritos de Edgar Morin as minhas inquietações foram *abrandadas* e ficaram mais claras, pois este autor me deu mais compreensão sobre como fazer melhor para aprender, ensinar e aprender. Principalmente, quando Morin (1999a) diz que precisamos ter uma cabeça bem feita, ou seja, que em vez de acumular o saber, precisamos mesmo dar mais importância e dispor ao mesmo tempo de uma aptidão geral para colocar e resolver os problemas, além de dominar princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido. Ainda segundo esse autor, quanto mais desenvolvida é a inteligência geral, maior é a sua capacidade de tratar problemas especiais, e a educação deve estimular a aptidão natural da mente para colocar e resolver problemas, ao mesmo tempo em que favorece o pleno emprego da inteligência geral. Mesmo antes de conhecer os pressupostos de Edgar Morin, já me preocupava com a formação do enfermeiro, onde se considerasse a sua capacidade de resolução de problemas, não só especiais, mas gerais.

Comecei a preocupar-me com o idoso durante a docência na enfermagem psiquiátrica. Sempre tive um cuidado especial pelos doentes mentais idosos e, a partir disto, elaborei proposta para seleção do Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), direcionada ao idoso. Tal proposta originou a dissertação: *O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na Enfermagem*. Esse cuidar eu realizei com base na Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem<sup>3</sup>, de Peplau, utilizando-a na relação de ajuda entre enfermeiro e ser humano idoso, e por meio da sistematização do cuidado de enfermagem domiciliar. Desde então venho priorizando a enfermagem gerontogeriatrica, percebendo nessa temática uma prática social que se reproduz em meio a contradições, antagonismos, alienações e interdependências próprias de sua inserção social.

---

<sup>3</sup> A Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, de Hildegard Elizabeth Peplau, foi publicada em 1952, nos Estados Unidos e enfoca o potencial terapêutico do relacionamento enfermeiro e ser cuidado, mostrando o quanto a enfermeiro pode influenciar diretamente, no atendimento do ser cuidado, em interações individuais.

O exercício da docência na enfermagem psiquiátrica, de 1988 a 1994, e de enfermagem gerontogeriatrica de 1996 até o momento, firmou minha convicção de que o doente mental e o ser humano idoso constituam minorias e que necessitam que os profissionais de saúde que deles cuidem os ajudem a se defender e a lutar por seus direitos. Daí minha preocupação com a formação do enfermeiro, de sempre estimulá-lo ao desenvolvimento da argumentação e do enfrentamento das situações, na busca da conquista e da manutenção de seu espaço social, um profissional integrante de uma equipe com postura multidisciplinar e interdisciplinar, com tendência à transdisciplinaridade e na perspectiva de construir-se como sujeito social.

A necessidade de mais e mais conhecimento e o compromisso em contribuir com a melhoria das atividades desenvolvidas na universidade em que trabalho, impulsionaram-me à realização do doutorado, e escolhi a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para cursá-lo. Vindo realizar o doutorado, continuei a proposta de estudo apresentada na seleção, a qual me direcionou para este trabalho de pesquisa. Entendo que a escolha do objeto de pesquisa é o resultado do interesse do pesquisador pelo contínuo trabalho de reflexão e análise das questões do conhecimento e, principalmente, das inquietações da sua prática profissional.

Continuando meu estudo e com o objetivo de fortalecê-lo, busquei conhecimentos em outras áreas do saber, cursando duas disciplinas no Centro de Educação da UFSC, onde pude adentrar-me nos temas da Complexidade. Considere que Complexidade e Pensamento Complexo não são sinônimos. O Pensamento Complexo é um modo de pensamento que une os diversos tipos de pensamento: mítico, empírico, racional e outros. A Complexidade é uma epistemologia que tem como objetivo um modo de pensar complexo, embasado em princípios teóricos. E, ao realizar esse estudo deparei-me com a Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade e nos elementos teórico-metodológicos na produção desses conhecimentos.

Ainda, cursando uma disciplina no Departamento de Antropologia, aprofundei-me em questões relacionadas aos tipos de análise de dados qualitativos e tive oportunidade de conhecer o NUD\*DIST4. Partindo de tal trajetória, desenvolvi este estudo: *O ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da Complexidade de Edgar Morin.*

Para tanto, inicialmente, procurei verificar, através da internet, a situação dos cursos de enfermagem no país, quanto a possuírem em sua grade curricular matéria voltada à enfermagem gerontogeriatrica. Deparei-me com as estruturas curriculares de seis das 27 escolas de enfermagem, apresentadas como as melhores pelo Guia Abril do Estudante (1999): a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Departamento de Enfermagem da UFSC não apresentavam, na época, em suas estruturas curriculares e de forma explícita, conteúdos gerontogeriatricos; a Escola de Enfermagem da USP tem, de forma obrigatória, a matéria *Assistência de Enfermagem aos Seres humanos que Envelhecem*; a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP tem a matéria optativa *Enfermagem Gerontológica e Geriátrica*; o Curso de Graduação em Enfermagem da UFC tem uma matéria obrigatória no 6º período chamada *Enfermagem no Processo do Cuidar IV (Idoso)*; o Curso de Enfermagem da UFPB tem uma matéria optativa intitulada *Enfermagem e a Saúde dos Idosos*.

Penso que a inclusão curricular de matérias voltadas ao idoso, envelhecimento e velhice vem acontecendo quando os envolvidos na mudança curricular dos cursos de enfermagem percebem o currículo como um processo dialógico e transformativo, ou seja, como um instrumento que acompanhe as mudanças histórico-sociais e não apenas a permuta e/ou acréscimo e/ou diminuição de disciplinas ou de cargas horárias, seguindo estritamente as sugestões dadas em um dispositivo legal, sem analisar a realidade da região onde a escola de enfermagem está inserida. Segundo Morin (1999a), é desejável que haja reformas de flexibilidade, de alteração de carga horária, de organização, mas essas modificações isoladas não passam de pequenas mudanças que camuflam ainda mais a necessidade da reforma do pensamento<sup>4</sup>.

Logo após o levantamento dos cursos de enfermagem feito pela Internet, realizei um estudo exploratório e aproximativo para elaboração do projeto de pesquisa, principalmente para estabelecer a questão de pesquisa, tese e objetivos do estudo. Intitulado *O ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica: instrumentalização do futuro profissional no cuidado ao idoso*, ele só veio confirmar a existência, mesmo

---

<sup>4</sup> A reforma do pensamento dá-se quando o pensamento simplificador, que é aquele que mutila, reduz, unidimensiona e ilude a percepção da realidade, é ultrapassado pelo pensamento complexo, o qual tenta resgatar o que o pensamento mutilante exclui, ou seja, suas articulações, relações objetivando alcançar um conhecimento multidimensional (MORIN, 2000f).

ainda não sendo citado nos currículos de enfermagem. Por isso, ele foi desenvolvido com o objetivo de compreender as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, na formação do enfermeiro, acreditando que tal ensino vem sendo realizado, mesmo não fazendo parte do currículo e procurando apreender que perspectivas ele traz para a sua formação profissional.

Este estudo foi o resultado de uma pesquisa qualitativa realizada através de levantamento em artigos científicos apresentados e/ou publicados sobre a temática do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, identificados em livros-resumo de Congresso Brasileiro de Enfermagem, e também em periódicos da enfermagem brasileira, considerando o período de 1991 a 2000; Tem a Complexidade, segundo Edgar Morin, como aporte teórico e a utilização do QRS-NUD\*IST 4 (Qualitative Research and Solutions), software para análise de dados qualitativos, na codificação e auxílio da análise dos dados. Foi estruturado em cinco capítulos, além da apresentação em pauta, em que situei minha aproximação com a temática e as considerações finais, nas quais reflito sobre as *(inter)ações* acontecidas.

No Capítulo 1: *O ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica: um desafio*, elaborado como introdução ao estudo, analiso o surgimento da gerontologia e da enfermagem gerontogeriatrica; relaciono os currículos de enfermagem e o ensino da gerontogeriatrica. Busquei, como direção para a composição deste capítulo, o tema central da tese: o ensino da enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação. Fazem parte deste capítulo o problema, a tese, a justificativa e os objetivos do estudo.

No Capítulo 2: *A Complexidade e o caminho do estudo: teoria e método*, equivale a metodologia do estudo e nele discorro sobre o conceito e os princípios da Complexidade, segundo Edgar Morin; em seguida abordo o método do estudo; e apresento a produção e análise dos dados. Neste capítulo procuro oferecer a compreensão e as bases teóricas que fundamentaram a análise e interpretação do estudo.

No Capítulo 3: *Características do ensino de Enfermagem Gerontogeriatrica*, ou apresentação dos resultados, nele apresento, discuto e interpreto os dados, abordando as formas de condução do ensino da gerontogeriatrica e os conteúdos presentes nos artigos científicos para ele direcionados, utilizando diagramas que emergiram do QRS-NUD\*IST4.

No Capítulo 4: *Um novo olhar sobre o ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica*, busco apreender as novas formas de condução e refletir acerca dos conteúdos no ensino da gerontogeriatrica, na graduação em enfermagem, considerando que temas como idoso, processo de envelhecimento e velhice necessitam ser (re)olhados, utilizando-se os elementos da complexidade, pois eles tendem a estimular a formação de enfermeiros mais sensíveis, competentes e solidários no atendimento das necessidades do ser humano idoso.

No Capítulo 5: *A relação da Complexidade e o ensino da enfermagem gerontogeriatrica*, procuro perceber a relação da educação e do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, sob a ótica da Complexidade.

Por fim, as *Considerações finais*, reflito acerca do alcance dos objetivos do estudo; analiso sobre a utilização da fonte de dados escolhida, bem como do uso do QRS-NUD\*IST, considerando as inter-relações estabelecidas.

Considero esse trabalho inacabado até por sua natureza específica, ou seja, tratar sobre o processo ensino e aprendizado, e principalmente sobre ensinar e aprender a cuidar do ser humano idoso, visto serem temáticas dinâmicas, complexas, interdisciplinárias e transdisciplinárias. A sensação que experimento, após *terminá-lo*, é realmente a de que muito ainda há para ser dito e refletido, e que desejo continuá-lo em outros momentos, considerando o meu fazer enfermagem gerontogeriatrica no ensino, na extensão e na pesquisa.

# CAPÍTULO 1

## O ENSINO DE ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA: UM DESAFIO

*Conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo, e não separá-lo dele [...], todo conhecimento deve contextualizar seu objeto, para ser pertinente. 'Quem somos?' é inseparável de 'Onde estamos?', 'De onde viemos?', 'Para onde vamos?' (Morin, 2000a, p. 47).*

Neste capítulo inicial, apresento o problema e a tese do estudo; discuto sobre o surgimento da gerontologia, enfatizando principalmente a enfermagem gerontogeriatrica. Descrevo a evolução dos currículos de enfermagem no Brasil e o ensino da gerontogeriatrica na formação profissional, finalizando com a apresentação da justificativa e dos objetivos deste estudo.

### 1.1 Problema e Tese do Estudo

A enfermagem levou vinte anos para apresentar uma mudança do currículo, tal mudança iniciada na década de 80 e concretizando-se a partir da Portaria n.º 1.721/94, cuja proposta foi apresentada após estudo de âmbito nacional coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com a participação das escolas de enfermagem do país, das entidades de enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Essa proposta foi aprovada em 15 de dezembro de 1994 e trouxe muitos aspectos de mudança estrutural, como áreas e matérias novas, aumento de carga horária do curso e estabelecimento de carga horária por área temática. Porém, após aprovação, pelo órgão competente, não houve qualquer alusão ao cuidado ao *idoso*.

Em 1996, surge a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), n.º 9.394/96, cujas diretrizes curriculares são muito amplas, favorecendo que comissões de especialistas voltem-se para o currículo mínimo. Surgiram então duas comissões de especialistas em ensino de enfermagem. A atual, estabelecida através da Portaria n.º 1.518 de 14/6/2000, apresentou, como resultado de uma construção coletiva da enfermagem brasileira, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, aceitas pelo Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior e aprovada, com algumas modificações, através da Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Nestas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, já está explícito, no cuidado de enfermagem, o termo *idoso*.

Existe um futuro promissor para os enfermeiros que caminharem na área gerontogeriatrica, desde que eles considerem algumas vias, como: favorecer aos idosos melhorar ou manter o bem-estar e viver de maneira autônoma no seu domicílio; participar da análise dos cuidados de saúde para os idosos e ajudar a elaborar estratégias adaptáveis a esses seres humanos; centrar os cuidados não somente nas doenças, mas no idoso e em suas necessidades; desenvolver modelos de cuidados que atendam aos idosos e a suas famílias; procurar trabalhar sempre em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, partilhando as responsabilidades; promover cuidados domiciliares, incluindo, os familiares cuidadores; procurar ampliar cada vez mais os seus conhecimentos, não só em gerontogeriatrica, mas em diferentes domínios disciplinares.

A Organização Pan-americana da Saúde, apud Duarte, Diogo e Rodrigues (1996), recomenda que se evite oferecer conteúdos sobre idoso, envelhecimento e velhice de forma parcial e inseridos em outras matérias, para não correr o risco de diluí-los ou reduzi-los no seu desenvolvimento; recomenda a existência de uma matéria específica em gerontogeriatrica na enfermagem, cujos conteúdos voltados à promoção da saúde sejam ministrados antes dos assuntos referentes aos idosos institucionalizados, a fim de possibilitar aos jovens estudantes desenvolver atitudes positivas quanto aos idosos, passando a percebê-los de maneira mais adequada.

Acreditando que o ensino da enfermagem gerontogeriatrica não estava sendo contemplado nos cursos de graduação, realizei uma pesquisa exploratória, com o objetivo de tornar-se um estudo aproximativo para a elaboração da tese ou hipótese

desta pesquisa de doutorado. Encaminhei questionários para cinco professores e três alunos de cinco cursos de graduação de enfermagem, sendo um curso de cada região do país, totalizando 40 questionários, dos quais retornaram 19 provenientes de professores e 12 de alunos, ou seja, 31 questionários (SANTOS, 2000a).

A análise empreendida nesse estudo aproximativo, considerando suas limitações e recortes, levou-me a refletir sobre as preocupações dos professores<sup>56</sup> e alunos do último ano do curso consultados, com o aumento da população idosa brasileira quando comparada com a população geral, a insegurança quanto a como cuidar desse ser humano e a vontade de conhecer mais sobre o envelhecimento, para poder ensinar/aprender melhor o cuidado ao idoso. Esses professores e alunos justificaram sua preocupação argumentando que tem aumentado a demanda de atendimento a idosos nos serviços de saúde, em tratamentos ambulatoriais e de internação. Seus depoimentos apontam para algumas questões teóricas.

Os professores já começaram a discutir, nos conteúdos programáticos das diversas disciplinas, alguns pontos relacionados ao envelhecimento, mas é durante as aulas práticas e estágios, por conta de se depararem com grande número de idosos nos serviços de saúde, que ensinam cuidando desse ser humano e direcionando o ensino para o atendimento de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais dos idosos. Eles perceberam como sendo de pouca influência, na formação do futuro enfermeiro, a forma como vem acontecendo o ensino acerca do idoso, envelhecimento e velhice na graduação de enfermagem. Reconheceram que necessitam aprofundar o conhecimento sobre envelhecimento. Acreditam que a presença de uma matéria específica em gerontogeriatría na grade curricular sensibilizaria mais o corpo docente sobre a relevância dessa temática e direcionaria o futuro enfermeiro a fortalecer-se no seu aprendizado de cuidado ao idoso.

Os alunos que tiveram alguma abordagem ou conteúdos teóricos e práticos de gerontogeriatría inseridos em matérias diversas apresentaram sentimentos de insegurança e dificuldades quanto ao cuidado ao idoso. Para os alunos que cursaram uma matéria específica, o sentimento de segurança esteve mais presente. Eles se mostraram confiantes e firmes em seus depoimentos, inclusive sugerindo

---

<sup>5</sup> que ensinam nas disciplinas de fundamentos de enfermagem, saúde pública, saúde do adulto, obstetrícia e neonatologia, cirurgia e centro cirúrgico, psiquiatria.

que os idosos sejam mais estimulados, mais ouvidos e que o cuidador e a família do idoso sejam envolvidos, não só por serem cuidadores, mas como seres humanos que também necessitam de cuidados de enfermagem, pois não raro o cuidador é um cônjuge-idoso.

Considerando o aumento proporcional da população idosa brasileira comparada com a população total, penso que é desejável um conhecimento específico e multidimensional<sup>6</sup> direcionado ao idoso na formação do enfermeiro. Esta minha preocupação surgiu pelo desejo de capacitar profissionais de saúde que possam atender a uma demanda que tende a aumentar, proporcionalmente, a cada dia nos serviços de saúde do nosso país; necessitando ser esta também, no meu entender, uma preocupação dos curricularistas<sup>7</sup> brasileiros da área da saúde e da enfermagem.

Sobre a educação, Morin (1999a, p. 11) afirma que *educar*, no sentido de utilizar meios que permitam a formação e o desenvolvimento do ser humano, torna-se uma terminologia muito forte para ser aceita. Já a palavra *ensino* ligada à arte ou a ação de transmitir informações, aparece como termo frágil. Para esse autor, a junção dos dois termos educação e ensino direcionam a um *ensino educativo*, cuja missão não é transmitir um simples saber, mas construir um conhecimento ou saber complexo, elaborando uma cultura que permita ao ser humano compreender sua condição humana e ajudá-lo a viver, favorecendo, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre.

Na compreensão de Morin (1999a), o ensino educativo, como ele prefere denominar, necessita contribuir para a autoformação do ser humano<sup>8</sup>, ensinando-o a

---

<sup>6</sup> O multidimensional é visto por Morin (2000a, p 38) como unidade complexa e desta forma “o ser humano ou a sociedade são multidimensionais: [...] o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa [...]”. O ensino precisa reconhecer esse caráter multidimensional, pois não se pode isolar uma parte do todo, nem as partes umas das outras.

<sup>7</sup> Educadores com formação específica em elaboração e acompanhamento de currículo (PACHECO, 1996).

<sup>8</sup> Utilizo o termo ser humano, ao invés de indivíduo ou de homem, por entendê-lo mais abrangente e para fugir da linguagem sexista. Para Morin o ser humano é um ser *unidual*, que ao mesmo tempo é um ou mais de um; que é uma coisa e outra ao mesmo tempo. É um duplo que, de cada um dos lados, concentra aspectos diferentes, complementares e contraditórios. Como o *homo sapiens-demens*, que é o homem da sabedoria e o da demência no mesmo ser, o duplo é o *eu* que também é o *outro*, é o corpo-espírito, é o cérebro-espírito, é a objetividade-subjetividade, é o real-imaginário. (PETRAGLIA, 2001, p. 96).

assumir a condição humana, a viver melhor e a como se tornar cidadão. No meu entender, ensinar e aprender na enfermagem tem como principal objetivo o cuidar e o cuidado para com seres humanos em qualquer fase do processo de nascer, viver e morrer, seja na promoção da saúde, tratamento, reabilitação, processo de luto, e em qualquer faixa etária.

Buscando elucidar as reflexões apresentadas, surgiu o **problema** deste estudo, indicado pela seguinte questão de pesquisa: Como se deu o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, no período de 1991 a 2000 e como esta experiência tem apontado para atual realização deste ensino nos cursos de graduação em enfermagem, no Brasil?

Neste sentido acredito que a enfermagem brasileira já começa a perceber que a área gerontogeriatrica é uma lacuna ainda não preenchida e que suscita caminhos para uma ação profissional autônoma e/ou em equipes multidisciplinares e trabalhos interdisciplinares e/ou transdisciplinares. Estas idéias compõem a **tese** deste estudo.

## **1.2 Gerontologia e Enfermagem Gerontogeriatrica**

No Ocidente, foi no século XIX que cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade, iniciando-se como grande ciência, embora não sendo ainda designada como Geriatria. Neste período a geriatria foi realizada pela inglesa Marjorie Warren, no controle de pacientes crônicos, em Londres. No século XX, o americano Metchinikoff apresentou um tratado onde correlacionava velhice a um tipo de auto-intoxicação e, nesse momento, referiu-se, pela primeira vez à palavra gerontologia. Ainda neste século, Nascher, pediatra americano nascido em Viena, criou o termo geriatria, um ramo da medicina que trata dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais das doenças que podem acometer os idosos. Mais tarde, foi criado o termo gerontologia, como uma especialidade com caráter global e um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (BEAUVOIR, 1990).

Procurando entender os termos gerontologia e geriatria foi em Salgado (1989, p.23) que encontrei o conceito mais amplo de gerontologia:

Gerontologia é o estudo do processo de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais [...] vêm se fortalecendo dois ramos igualmente importantes: a Geriatria, que trata das doenças no envelhecimento; e a Gerontologia Social, voltada aos processos psicossociais manifestados na velhice. Embora não se encontrem definitivamente explorados esses dois setores das pesquisas gerontológicas já apresentaram [...] contribuições para a elucidação da natureza do processo de envelhecimento, e provaram estar em condições de levantar questões sobre os problemas dele decorrentes.

Penso que as questões geriátricas, voltadas à saúde e à doença, às alterações surgidas na velhice e às outras interfaces biológicas, são as mais exploradas. Já, as questões referentes às relações sociais dos idosos e às dificuldades enfrentadas nas suas relações com os outros seres humanos necessitam ser estudadas com mais empenho, pelos profissionais de enfermagem e da saúde em geral.

Na década de 50, Morin (1997) faz algumas considerações entre a velhice e a morte, correlacionando o processo de envelhecer às questões biológicas e ancorado em teses de autores diversos nas quais, o envelhecer decorre: da decadência do sistema endócrino, da esclerose do tecido conjuntivo, do resultado das fermentações intestinais que terminam por intoxicar o corpo humano, e concordando com Metchnikoff, quando afirmou que a velhice é uma ruptura de harmonia. Conclui, então, que “a velhice não pode ser tida como consequência de um desgaste geral do organismo, isto é, das células, mas o envelhecimento se manifesta através deste desgaste” (MORIN, 1997, p. 318).

Morin acredita que é difícil perceber a origem, o motor do processo de envelhecer, pois para ele o caráter patológico da velhice manifesta-se em três planos: no social; na percepção de que a velhice sadia é patológica enquanto velhice em si; a própria morte que é patológica e é aproximada pela velhice. Finalizando suas reflexões Morin aceita que a velhice e a morte estão inscritas na herança genética humana e que são: “coisas normais e naturais, porque uma e outra são universais e não sofrem qualquer exceção entre os ‘mortais’” (MORIN, 1997, p. 320).

Para Organização das Nações Unidas (ONU) (1982), o ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. No Brasil, é considerado idoso quem tem 60

anos e mais ou, ainda, para determinadas ações governamentais, considerando-se as diferenças regionais verificadas no país, aquele que, mesmo tendo menos de 60 anos, apresenta acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 1996a).

Na compreensão de Beauvoir (1990, p. 345), a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam *velhos*; impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Pelo menos, pode-se confrontá-los, tentando destacar deles as constantes e dar razões às suas diferenças. Esta autora mostra a complexidade do conceito de velhice e deixa claro que não se trata de eliminar o conflito, mas de reconhecê-lo como elemento capaz de mexer com as organizações e manter um clima propício à mudança. Não se trata de homogeneizar, mas de integrar as diferenças. Beauvoir (1990, p. 353) lembra ainda que, uma vez que em nós é o outro que é velho, a revelação de nossa idade vem através dos outros, referindo que, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece, sempre, o mesmo ser humano.

Dentre os princípios de identidade do sujeito descritos por Morin (1999a, p. 121), um deles tem uma relação mais direta com o processo de envelhecer. É o que o autor denomina de *inseparável*, o qual ocorre quando o *eu* continua o mesmo a despeito das modificações internas do *eu* (nas mudanças de humor), do *si mesmo* (nas modificações físicas devidas à idade). Este autor concorda que o ser humano modifica-se somaticamente do nascimento até a morte, porém o ser humano continua o mesmo. Diz de si: quando eu era criança, quando eu era adolescente [...]. *Ele* é sempre o mesmo *eu*, apesar de suas características exteriores ou físicos irem se modificando, e neste momento Morin (1999a) correlaciona a permanência da auto-referência, à despeito das transformações e através das transformações, corroborando com o que Beauvoir nos legou anteriormente.

No momento, existem pesquisas que apontam para o envelhecimento como processo fluido, cambiável e que pode ser acelerado, reduzido, parado por algum tempo e até mesmo revertido. O processo de envelhecimento pode ser reformulado quando se utiliza, de forma adequada, a conexão mente e corpo e quando se considera o valor da alimentação, a importância da relação com o mundo exterior e a importância do exercício do silêncio interior. Esses estudos, realizados nas três últimas décadas do século XX, têm comprovado que o envelhecer é muito mais

dependente do próprio ser humano do que se imaginou em épocas passadas. Um dos defensores desta teoria é Chopra (1999, p.19), e na sua compreensão

embora os sentidos lhe digam que você habita um corpo sólido no tempo e no espaço, esta é tão-somente a camada mais superficial da realidade. Esta inteligência é dedicada a observar a mudança constante que tem lugar dentro de você. Envelhecer é uma máscara para a perda desta inteligência.

Esses estudos são pautados na física quântica, na qual não há fim para a dança cósmica. Penso que essa realidade trazida pela física quântica possibilita, pela primeira vez, manipular a inteligência invisível que está como pano de fundo para o mundo visível, e alterar o conceito de envelhecimento.

No entendimento de Martins (2002), a *velhice* pode ser considerada um conceito *abstrato*, porque diz respeito a uma categoria criada socialmente para demarcar o período em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos, idosos. Em seu estudo, esta autora identificou que foi mais fácil aos seus pesquisados (adolescentes, adultos e idosos) definirem o *velho* (aquele que se sente velho) ou o *idoso* (aquele que, mesmo tendo idade avançada, não se sente velho, porque é ativo, participativo), por estas definições apresentarem um caráter mais *concreto* e porque, através dos idosos, poder-se identificar as características da velhice.

Partindo desta contextualização e das reflexões aqui tecidas, considero o envelhecimento processo universal, que não afeta só o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade, tendo a velhice como sua última fase. Lembro que o número de idosos está crescendo proporcionalmente no Brasil, existindo mais mulheres idosas e só do que homens idosos. Acrescento que a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença, e que são notórias as desigualdades e as especificidades nesse contingente populacional, as quais se refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida.

Por tudo isso, como profissionais da saúde, urge que passemos a discutir pré-requisitos básicos direcionados à melhoria da qualidade de vida do idoso, considerando a multidimensionalidade que cerca o processo de envelhecer e as necessidades que cada velhice, de cada ser humano, demande. Trata-se de considerar questões como: alimentação e saneamento básico adequados, moradia segura, acesso aos serviços de saúde, cidadania, dentre outras. Uma oportunidade

para iniciar essa reflexão é no processo de formação do ser humano, no seio familiar e durante o período de escolaridade, desde o pré-escolar, no ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Isto se torna mais urgente nos cursos de saúde, incluindo a enfermagem, onde se impõe, por conseguinte, a inclusão do ensino de conteúdos gerontogerítricos, que capacitem os alunos para cuidar do idoso.

Para refletir sobre o conceito de enfermagem gerontogerítrica, utilizei o conceito de enfermagem gerontológica de Gunter e Miller, apud Duarte (1997, p. 223), para o qual esta especificidade se estabelece como

o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado 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 do idoso.

O profissional de enfermagem, utilizando uma abordagem contextualizada e individualizada, ao cuidar do idoso, considera as especificidades e a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, do idoso e da sua velhice. Os termos humanização, qualidade de vida, individualização do cuidado e autocuidado fazem parte do vocabulário dos profissionais da enfermagem gerontogerítrica. O trabalho em enfermagem gerontogerítrica orienta-se para os cuidados específicos, o que obriga a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, a sua família e a sua comunidade e sociedade.

É importante ressaltar que o profissional que deseja atuar nesta área do saber necessita desenvolver algumas aptidões ou qualidades singulares. Berger (1995) destaca sensibilidade e empatia; maturidade e capacidade de adaptação; amor pelos outros; objetividade e espírito de crítica; sentido social e sentido comunitário; flexibilidade e polivalência e, principalmente, criatividade. Entendo que estas aptidões ou qualidades singulares podem ser estimuladas através de uma formação específica em gerontogeriatrics e que esta formação necessita ser uma preocupação dos responsáveis diretos pela elaboração do currículo de enfermagem.

### **1.3 Currículos de enfermagem e ensino da gerontogeriatrics**

O campo do currículo é bem recente no Brasil, adquirindo, a cada dia, consistência e visibilidade, revelando-se cada vez mais multifacetado e complexo, e tendo, como principais características, a multidimensionalidade, pois na elaboração dos currículos considera-se as dimensões geográficas, sociais, culturais e outras. Pode-se observar a emergência de nova polarização no campo do currículo, de novas ênfases que se deslocam, ora para as prescrições (de conteúdos ou de atividades), isto é, para o documento escrito, ora para o processo, ou seja, para a prática escolar efetiva (MOREIRA, 1999, 2000).

Penso que um elemento muito importante na discussão de questões curriculares seja o fato de que as atividades curriculares, tanto as teóricas quanto as práticas, não sejam isoladas das lutas econômicas, políticas e ideológicas da sociedade mais ampla. Os contextos sociais, econômicos e políticos do Brasil e da região onde o currículo será desenvolvido necessitam ser discutidos e considerados neste currículo, e aqui estou fazendo referência ao Projeto Político Pedagógico (PPP) – aquele documento construído e vivido pelos autores envolvidos com o processo de ensino e aprendizagem, ou seja, com o processo educativo de uma determinada instituição.

A formação na enfermagem, no Brasil, iniciou-se com a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atualmente, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro, em 1890, pelo Decreto n.º 791, de 27 de setembro de 1890, criada por médicos à luz do modelo francês, não tendo ainda a concepção de enfermagem moderna, já estabelecida na Europa e Estados Unidos. Com essa escola, os médicos pretendiam atender à necessidade de formar profissionais de enfermagem no *hospício*, referência feita ao Hospital Nacional de Alienados, devido à saída abrupta das irmãs de caridade. Mas, principalmente, pretendiam formar enfermeiros e enfermeiras em escola controlada por médicos, dando continuidade à institucionalização do poder médico como elemento central da assistência de saúde já garantida pela regulamentação oficial do ensino de medicina (PIRES, 1989).

O currículo da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, apresentado no citado Decreto n.º 791, incluía: noções práticas de propedêutica clínica; noções gerais de anatomia; fisiologia; higiene hospitalar; curativos; pequena cirurgia; cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas ou

tratamento através de banhos; administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias (BRASIL, 1974).

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criou a primeira escola de enfermagem no país, dentro dos princípios da enfermagem moderna. Após realizar uma visita aos Estados Unidos, em 1921, ter-se entusiasmado com o trabalho profissional de enfermagem daquele país, já estruturado nos padrões nightingalianos<sup>9</sup>, o Dr. Carlos Chagas, à frente do DNSP, achou oportuno adequá-lo ao Brasil, na compreensão de Pires (1989, p.129), “acreditando ser este o profissional da área de saúde capaz de atender as necessidades urgentes de sanitarismo e de saúde pública”.

A Escola de Enfermeiras, atualmente, Escola de Enfermagem da UFRJ, do DNSP, foi criada pelo Decreto n.º 15.799/22, de 10 de novembro de 1922, passando a funcionar em 1923, numa casa alugada, próxima ao hospital, e que servia também de residência das alunas. Esse curso visava a fornecer instrução teórica e prática, simultaneamente, com duração de dois anos e quatro meses, tempo este que precisou ser estendido, para ser possível ministrar as matérias estabelecidas.

O currículo da Escola de Enfermeiras do DNSP, estabelecido pelo Decreto n.º 16.300/23, de 31 de dezembro de 1923, era composto de uma *parte geral*, da qual constavam dezesseis matérias: princípios e métodos da arte de enfermeira; bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira; anatomia e fisiologia; higiene individual; administração hospitalar; terapêutica farmacológica e matéria médica; métodos gráficos na arte de enfermeira; física e química aplicada; patologia elementar; parasitologia e microbiologia; cozinha e nutrição; área de enfermeira (clínicas médicas, clínica cirúrgica, doenças epidêmicas, doenças venéreas e da pele, tuberculose, doenças nervosas e mentais, ortopedia, pediatria, obstetrícia e ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia); higiene e saúde pública; radiografia; campo de ação da enfermeira – problemas sociais e profissionais. Ele incluía, ainda, uma *parte especializada* com oito matérias: serviço de saúde pública; serviço

---

<sup>9</sup> Ao me referir aos padrões nightingalianos, faço alusão ao trabalho desempenhado por Florence Nightingale, enfermeira, precursora da Enfermagem moderna, que viveu na Inglaterra de 1820 a 1910, tendo atuação destacada na Guerra da Criméia. Em seu país, Florence atuou na reforma de hospitais militares de campanha, na administração sanitária do exército, na elaboração de políticas internas e externas e como *expert* em assuntos sanitários, lançando as bases da Enfermagem como profissão, para todo o mundo (CASTRO, 1989).

administrativo hospitalar; serviços de dispensários; serviços de laboratórios; serviços de sala de operações; serviço privado; serviço pediátrico (BRASIL, 1974).

Em relação ao ensino acerca do idoso, envelhecimento e velhice, nenhuma evidência se faz presente nos currículos apresentados. Porém considero como justificativa possível as colocações de Chaimowicz (1998) de que, durante as quatro primeiras décadas do século XX, o Brasil apresentava grande estabilidade de sua estrutura etária, em virtude da pequena oscilação das taxas de natalidade<sup>10</sup> e de mortalidade geral<sup>11</sup>, ambas muito elevadas. Nesse período, a população era extremamente jovem, com cerca de 42% a 46% de menores de 15 anos, e os idosos não representavam mais do que 2,5% da população.

Em 5 de agosto de 1949, surgiu Lei n.º 775/49 que uniformizou o ensino de enfermagem no Brasil, apresentando: o curso de enfermagem, com 36 meses, e o curso de auxiliar em enfermagem, com 18 meses. Então, o Decreto n.º 27.426/49, de 14 de novembro de 1949, direcionou o currículo para a formação do enfermeiro, distribuindo as matérias em três séries: a *primeira* com técnica de enfermagem (economia hospitalar, drogas e soluções, ataduras); higiene individual; anatomia e fisiologia; química biológica; microbiologia e parasitologia; psicologia, nutrição e dietética; história da enfermagem; saneamento; patologia geral; enfermagem e clínica médica; enfermagem e clínica cirúrgica; farmacologia e terapêutica; dietoterapia. A *segunda*, com técnicas de sala de operações; enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais; enfermagem e fisiologia; enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas; enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem; enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica; enfermagem e socorros de urgência; enfermagem e clínica urológica e ginecológica; sociologia; ética. A *terceira*, com enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica; enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal; enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil; enfermagem de saúde pública (epidemiologia e bioestatística, saneamento, higiene da criança, princípios de administração sanitária); ética II; serviço social. Os estágios eram realizados em:

---

<sup>10</sup> Taxa de natalidade é o número anual de nascimentos por 1000 habitantes na metade do ano (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

<sup>11</sup> Taxa de mortalidade geral é o número de óbitos concernentes a todas as causas, em determinado ano, pela população naquele ano, circunscritos a determinada área (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

clínica médica geral, clínica cirúrgica geral, clínica obstétrica e neonatal, clínica pediátrica, cozinha geral e dietética, serviços urbanos e rurais de saúde pública (BRASIL, 1974).

Ainda não se evidencia o ensino sobre idoso, envelhecimento e velhice nesse currículo de graduação em enfermagem. Segundo Chaimowicz (1998), em 1940 iniciou-se o processo de declínio rápido da taxa de mortalidade, que se prolongaria até a década de 70. A combinação de menores taxas de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade<sup>12</sup> determinou o aumento do crescimento da população brasileira, que saltou de 41 para 93 milhões de habitantes, entre 1940 e 1970. A redução da taxa de mortalidade ocorreu, principalmente, por conta da queda das taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil<sup>13</sup>. Os menores de 15 anos continuavam sendo a maioria ampla da população, e o número de idosos ainda representava cerca de 2,5%.

A partir de 1950, com o incremento das indústrias voltadas para o complexo médico, o aumento dos laboratórios de medicamentos e outros empreendimentos, as questões de saúde pública começam a perder a sua importância e a atenção médica hospitalar torna-se o foco da prestação de serviços, forçando uma mudança na formação do enfermeiro. É então, reformulado o currículo de enfermagem pelo Parecer n.º 271/62, de 19 de outubro de 1962, que estabeleceu um curso geral e duas alternativas para especialização (BRASIL, 1974).

De acordo com o Parecer n.º 271/62, de 19 de outubro de 1962, o *curso geral* foi formado por: fundamentos de enfermagem; enfermagem médica; enfermagem cirúrgica; enfermagem psiquiátrica; enfermagem obstétrica e ginecológica; enfermagem pediátrica; ética e história da enfermagem; administração. As *especializações* objetivavam formar o enfermeiro de saúde pública, que devia cursar: higiene, saneamento, bioestatística, epidemiologia, enfermagem de saúde pública; e formar a enfermeira obstétrica, que cursava: gravidez, parto e puerpério normais; gravidez, parto e puerpério patológicos; assistência pré-natal, enfermagem obstétrica (BRASIL, 1974).

---

<sup>12</sup> Taxa de fecundidade ou taxa de fertilidade é o número de nascimentos em determinado ano por 1000 mulheres em idade reprodutiva (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

<sup>13</sup> Taxa de mortalidade infantil é o número de óbitos de crianças no primeiro ano de vida por 1000 nascidos vivos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

O Parecer n.º 163/72, aprovado em 27 de janeiro de 1972, e a Resolução n.º 4, de 25 de fevereiro do mesmo ano, confirmam a Reforma Universitária na Enfermagem, estabelecida pelo MEC, cujo currículo passa a compreender três partes: *pré-profissional*, incluídas biologia (citologia, genética, embriologia e evolução); ciências morfológicas (anatomia e histologia); ciências fisiológicas (bioquímica, fisiologia, farmacologia, nutrição); patologia (processos patológicos gerais, imunologia, parasitologia, microbiologia); ciências do comportamento (noções de psicologia e de sociologia); introdução à saúde pública (estatística vital, epidemiologia, saneamento, saúde da comunidade). *Tronco profissional comum*: introdução à enfermagem; enfermagem médico-cirúrgica; enfermagem materno-infantil; enfermagem psiquiátrica; enfermagem em doenças transmissíveis; exercício da enfermagem (deontologia médica e legislação profissional); didática aplicada à enfermagem; administração aplicada à enfermagem. As três *habilitações*: enfermagem médico-cirúrgica (administração de centro cirúrgico, enfermagem em pronto socorro, unidade de recuperação e cuidado intensivo, administração de serviços de enfermagem hospitalar); enfermagem obstétrica (enfermagem obstétrica, ginecológica e neonatal, administração de serviços de enfermagem em maternidades e dispensários pré-natais); ou enfermagem de saúde pública (enfermagem em saúde pública e administração de serviços de enfermagem em unidades de saúde) (BRASIL, 1974).

Apesar de todas essas mudanças curriculares, o ensino de temas relacionados à enfermagem gerontogeriatrica, o cuidado ao idoso e até a palavra idoso continua sem prestígio, embora, conforme Chaimowicz (1998), o processo de envelhecimento populacional no Brasil tenha-se iniciado em 1960, intensificando-se bastante a partir de 1990. Este fenômeno estendeu-se e continua atualmente, em todas as regiões do país, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais.

Chegou-se enfim à uma redução das taxas de mortalidade geral e infantil, através de políticas urbanas de saúde pública, ampliação e desenvolvimento tecnológico na rede pública, do uso da terapia de reidratação oral. Tais medidas reduziram as taxas citadas, mas não melhoraram a qualidade de vida dos habitantes. Também, a taxa de fecundidade caiu mais de 50% entre 1970 e 1990 (de 5,8 para 2,7 filhos por mulher), em resposta à crise econômica, ao processo de urbanização da sociedade e, principalmente em decorrência da utilização dos

métodos contraceptivos irreversíveis. Como consequência, a população de jovens declinou (em 1970 era de 41% e em 1990 passou a ser de 31%) e a proporção de idosos cresceu (em 1970 era de 3,1% e em 1990 passou a 5,4%) (CHAIMOWICZ, 1998).

A formação do enfermeiro, quanto ao cuidar do idoso, começou a *inquietar* alguns enfermeiros docentes brasileiros na década de 70. Moura (1979) demonstrou preocupação quanto ao conhecimento de alunos da graduação de enfermagem no trato com o idoso quando realizou dissertação de mestrado, tendo como sujeitos 190 alunos de enfermagem de quatro escolas do Rio de Janeiro. A finalidade do estudo foi verificar o grau de informação sobre gerontologia que o estudante de enfermagem obtinha durante o curso. A autora encontrou que o nível de desinformação dos estudantes de enfermagem em relação ao envelhecimento humano era elevado e, naquele momento, sugeriu que fosse incluída, nos currículos de graduação de enfermagem, a abordagem ao envelhecimento humano.

A enfermagem brasileira intensificou o número de cursos de graduação e de pós-graduação, na década de 80. Com os cursos de pós-graduação, começaram a surgir pesquisas, que levaram os enfermeiros a repensar e criticar os modelos formadores dos profissionais de enfermagem, à luz de referenciais teórico-metodológicos críticos. Nesse mesmo período, foi aprovada a Lei n.º 7.498/86 e o Decreto n.º 94.406/87, que regulamentam o exercício da profissão. Todos esses movimentos conduziram a uma nova percepção de formação dos profissionais de enfermagem e, à revisão do currículo.

Mendes (1989), tanto quanto Moura, preocupou-se com o ensino de enfermagem gerontogeriátrica, e constatou que: de 81 cursos de graduação de enfermagem que fizeram parte do seu trabalho de dissertação, nove desenvolviam disciplinas específicas relativas ao envelhecimento, sendo quatro optativas; 62 cursos ministravam assuntos inseridos em diversas disciplinas, e dez não faziam nenhuma alusão ao cuidado de enfermagem ao ser humano idoso. Quanto às cargas horárias estabelecidas para essas disciplinas ou unidades de disciplinas a serem ministradas, a autora verificou que esta carga horária não excedia 20 horas em todo o curso, concluindo então que, naquele momento histórico, era mínima a contribuição do ensino de enfermagem para formar profissionais habilitados a cuidar

do idoso. Naquela ocasião, Mendes apresentou uma proposta para o ensino dessa matéria.

Ainda no final dos anos 1980, Campedelli (1989), preocupada com o aumento de idosos em todos os serviços de saúde, ambulatoriais ou de internação, da cidade de São Paulo, apresentou proposta para a consulta de enfermagem ao idoso, acreditando que tal atividade poderia contribuir para o aumento da qualidade de vida dos idosos, através da promoção da sua saúde. Naquela ocasião, esta autora sugeriu às escolas de enfermagem incluir conteúdos de geriatria e gerontologia em seus currículos.

Na década de 90, Brêtas e Lestingi (1994) apresentaram um relato de experiência acerca do ensino de gerontologia na graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se iniciou em 1990, inserido na disciplina de enfermagem em saúde pública II, ministrada na 2ª série do curso e que, com o passar dos anos, chegou a 18 horas teóricas e 18 horas práticas. Este ensino teve uma conotação multiprofissional e os alunos (dos cursos de enfermagem, medicina, serviço social e psicologia) desenvolviam as aulas práticas em unidades básicas de saúde, ambulatórios, enfermarias e realizavam visitas domiciliárias, objetivando motivar o idoso a autocuidar-se, considerando as esferas bio-psico-sociais. Na apresentação desse estudo, as autoras procuraram sensibilizar os professores da importância de inclusão de matéria voltada ao idoso, após mudança curricular próxima.

Conforme já descrito, de forma resumida, na problematização deste estudo, a ABEn, após realizar várias oficinas e seminários estaduais, regionais e nacionais, e um longo período de processo de ação e reflexão voltado à formulação dos currículos, apresentou e discutiu de forma participativa uma proposta curricular que foi encaminhada ao Ministério de Educação e Cultura (MEC), sendo aprovada com algumas alterações através da Portaria n.º 1.721, de 15 de dezembro de 1994. O currículo de graduação de enfermagem foi apresentado em seis áreas assim distribuídas: fundamentação básica de enfermagem, métodos e técnicas na enfermagem; enfermagem na assistência à formação e nascimento do ser humano; enfermagem na assistência à saúde da criança e do adolescente; enfermagem na assistência ao adulto e ao idoso (e quanto ao idoso foi registrado: “pretende-se que o aluno adquira conhecimentos científicos necessários ao desenvolvimento da

assistência integral ao ser humano adulto e idoso nos diversos níveis de atenção”); enfermagem e administração (BRASIL, 1989a, p.9).

Com a aprovação pelo MEC da Portaria n.º 1.721/94, algumas modificações foram realizadas, apresentando as matérias: a) *Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem*, formada pelas Ciências biológicas: morfologia (anatomia e histologia); fisiologia (fisiologia, bioquímica, farmacologia, biofísica); patologia (processos patológicos gerais, parasitologia, microbiologia, imunologia); biologia (citologia, genética, evolução e embriologia); Ciências humanas: antropologia filosófica; sociologia; psicologia aplicada à saúde. b) *Fundamentos de Enfermagem*: conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos de trabalho individual e coletivo, comportando: história da enfermagem; exercício da enfermagem (deontologia, ética profissional e legislação); epidemiologia; bioestatística; saúde ambiental; semiologia e semiotécnica de enfermagem; metodologia da pesquisa. c) *Assistência de Enfermagem*: conteúdos teórico-práticos que compõem a assistência de enfermagem individual e coletivamente voltada à criança, adolescente e adulto, em situações: clínicas; cirúrgicas; psiquiátricas; gineco-obstétricas; saúde coletiva. d) *Administração em Enfermagem*: conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, de médio porte, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde (RIBEIRO; COSTA; LOPES, 1996).

Nesta proposta o termo *idoso* foi excluído, tirando das escolas de enfermagem o compromisso da inserção de conteúdos relativos ao cuidado ao ser humano com 60 anos e mais. Alguns enfermeiros, de forma equivocada, entenderam que o processo de envelhecimento, o idoso e a velhice estariam inseridos no estudo sobre o adulto, não diferenciando estas populações, desconsiderando suas especificidades.

Outra preocupação quanto ao ensino sobre o idoso, o envelhecimento e a velhice surgiu através da Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei n.º 8.842 de 04 de janeiro de 1994, a qual normaliza esta Política e traz, na área de educação, a possibilidade de inserção de conteúdos sobre o envelhecimento, nos currículos mínimos e nos diversos níveis de ensino, eliminando preconceitos e produzindo novos conhecimentos sobre este tema; inclusão da geriatria e da gerontologia nos currículos dos cursos superiores; elaboração de programas educativos,

principalmente nos meios de comunicação, com a finalidade de informar a população sobre o processo de envelhecimento; estímulo a programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso (BRASIL, 1997).

A regulamentação da referida Lei ocorreu em 03 de julho de 1996, através do Decreto n.º 1.948, cujo Art. 10, referente ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, reforça o que foi descrito acima. A partir desta regulamentação, gerou-se o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, documento que norteia as ações voltadas à viabilização da Política Nacional do Idoso, através dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com organizações governamentais e não governamentais, apresentando as seguintes ações do Ministério da Educação:

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, a família e a 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, 1996a, p.33).

Essas ações apresentam ainda como metas na área acadêmica a adequação de currículos, metodologia e material didático; encaminhamento, através de órgãos competentes, de proposta de inclusão da disciplina de geriatria, como disciplina obrigatória dos cursos de saúde e de gerontologia social, nos cursos da área social; viabilização da inclusão de conteúdos sobre processo de envelhecimento nos currículos brasileiros (BRASIL, 1997).

Na formação de profissionais da saúde, quanto ao cuidado ao idoso, a Política Nacional do Idoso reconhece a importância da participação das universidades nos cursos de graduação da saúde e na formação de recursos humanos competentes, desde que esses futuros profissionais sejam contemplados com enfoque multidisciplinar e interdisciplinar do processo saúde e doença; percebam a compreensão desse processo como decorrente da interação biopsicossocial; adquiram uma visão das estratégias de saúde originárias de discussões acadêmicas, dos executores das ações de saúde e dos próprios usuários

dos serviços; dão prioridade à educação continuada dos profissionais da saúde, da comunidade e da população que envelhece (BRASIL, 1999a; 1999c).

Continuando a focar a preocupação com o ensino da gerontogeriatría, cito a pesquisa realizada por Duarte, Diogo e Rodrigues (1996) com o objetivo de verificar a abordagem de temas relativos à atenção ao idoso, nos cursos de graduação em enfermagem no país. Foram enviados questionários a todas as escolas de enfermagem da época, 99 escolas, e obtiveram 71 respostas, nas quais: 63 instituições confirmaram a abordagem destes conteúdos, sendo 14 em matérias específicas e 57 em aulas inseridas em outras matérias ou em outras formas de abordagens (como exemplo, cursos extracurriculares). A carga horária destinada ao tema variou entre duas horas até 180 horas durante todo o curso. Quanto aos conteúdos ensinados, foram tópicos abordados: a senescência ou envelhecimento normal, os aspectos da enfermagem gerontogeriatría, a senilidade ou envelhecimento acompanhado por processos patológicos, a atenção ao idoso em diferentes contextos, aspectos epidemiológicos e demográficos, e o trabalho multidisciplinar no cuidado ao idoso. As autoras verificaram que: não foram observados grandes avanços em relação ao estudo de Mendes (1989), considerando-se que algumas escolas reformularam seus currículos; ausência de homogeneidade, seja na carga horária, nos conteúdos ou nas estratégias de ação e assim, as pesquisadoras sugeriram um conteúdo mínimo como proposta do ensino desta matéria.

Gonçalves, Saupe e Reibnitz (1997) desenvolveram um estudo sobre o ensino do cuidado ao idoso, levantando a realidade e a possibilidade do ensino de enfermagem gerontogeriatría. Verificaram que sete escolas pesquisadas e localizadas na Região Sul não possuíam uma matéria específica em gerontogeriatría; conteúdos referentes à geriatria e à gerontologia eram ministrados em várias disciplinas, em uma média de 19 horas de aula, durante todo o curso de graduação; a realidade apresentada foi de que os cursos investigados não estavam preparando adequadamente os futuros enfermeiros para cuidar do idoso. Como possibilidade, as autoras vislumbravam a mudança da situação verificada, após a implementação do novo currículo para os cursos de graduação em enfermagem, idéia que poderia ser ampliada através dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos.

No Nordeste, merece destaque o trabalho realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia que, desde a década de 70, vem se preocupando com o ensino da enfermagem geriátrica e gerontológica na graduação e na pós-graduação, e desenvolvendo trabalhos permanentes de extensão, voltados ao idoso. Com a mudança curricular ocorrida em 1996, foi inserida no curso de graduação a Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso, no 5º período, com carga horária de 60 horas, sendo 30 horas teóricas e 30 horas práticas. Recentemente, foi realizada avaliação por alunos que cursaram tal matéria, e os resultados apontaram que os alunos evidenciaram o interesse e a importância atribuídos a esta matéria para sua formação profissional (BAQUEIRO; OLIVEIRA, 2000).

Em 1996, a regulamentação da LDB, n.º 9.394/96, em seu artigo 53, atribui ao MEC a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas, através das Comissões de Especialistas do Ensino de Graduação, estabelecendo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Desta forma, a Comissão de Especialistas de Enfermagem (CEEn), inserida na Secretaria do Ensino Superior (SESU), do Departamento de Política de Ensino Superior (DEPES), no MEC, elaborou um modelo de Enquadramento das Propostas de Diretrizes Curriculares, que caminhou em descompasso com as discussões realizadas nas organizações de ensino, nas entidades de classe e defendidas pela ABEn (VALE; GUEDES, 1999).

No final da década de 90, com a mudança na equipe que integra a Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem do MEC, surgiu uma outra proposta curricular para os cursos de graduação em enfermagem, que corroborou os princípios curriculares elaborados pela ABEn (Anexo A), inclusive contemplando o ser humano idoso na área da assistência de enfermagem. Essa proposta está direcionada para a elaboração de um PPP que contemple as dimensões necessárias à formação do enfermeiro, tornando-se, após modificações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior, a Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001 (Anexo B), sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Entendo que um modelo de currículo linear, fundamentado na divisão disciplinar com a qual se trabalha, não é necessariamente a única forma de ordenamento possível para os conteúdos da instrução, e para a criação de ambiente propício à sua aplicação prática. Por isso, os currículos precisam encaixar-se em

modelos não lineares, mas circulares, incorporando a idéia de que os atos da vida cotidiana são continuamente negociados e caracteristicamente temporais, limitados, falíveis e contraditórios. O currículo não-linear passa a ser um território comum de conversação, como ambiente de aprendizagem que propicia um conjunto de possibilidades, sendo uma delas a reforma do pensamento, através da Complexidade.

Na verdade, também acredito que o segredo maior, o problema da educação não está só no currículo e nem na integração de conteúdos, está no olhar dos envolvidos no processo, no jeito deles verem a vida, na forma de relacionar todo-parte e parte-todo, ou seja, no desenvolvimento (individual e quem sabe coletivo) do olhar complexo. Para isso os conteúdos necessitam ser repassados de forma ética, solidária, responsável, contextualizada e, principalmente de forma problematizadora.

O pensamento de Morin nos aponta a solidariedade como alternativa possível para enfrentar as várias dificuldades que nos afligem neste novo século, tais como: fabricação de bombas nucleares, terrorismo em função de causas isoladas e outras e que toma conta de todos nós. A educação, numa dimensão de *complexidade*, direciona a promoção dessa solidariedade necessária em todos os campos de conhecimento e em todos os locais, principalmente nas instituições de ensino.

Percebo, a partir de Chaimowicz (1998), que o aumento proporcional de idosos na população brasileira vem acontecendo de forma mais rápida que nos países desenvolvidos. No contexto e na velocidade com que ocorrem tais transformações no país, visualiza-se uma crescente complexidade das alternativas de atenção às demandas dessa nova estrutura etária emergente e direciona-se o pensamento para o ensino nesta área específica do saber.

Torna-se imprescindível para o Brasil um investimento efetivo em programas de suporte para idosos como aposentadorias e pensões adequadas, oferta de serviços alternativos como o centro-dia, o hospital-dia e outros, apoios em áreas como alimentação, transporte, assistência médica voltada aos problemas dos idosos, serviços de orientação e atividades culturais. E também para os profissionais que cuidarão desses idosos é necessário um investimento em salários justos, condições adequadas de trabalho, cursos e reciclagens nesta área específica, implantação e implementação de ações interdisciplinares e transdisciplinares, dentre outros.

Porém, o mais importante é adequar os serviços de saúde e, principalmente, formar os profissionais, para bem cuidar do ser humano idoso, o que se apresenta um desafio, considerando-se a (in)visibilidade desta temática nos currículos dos cursos de graduação da enfermagem brasileira no período estudado.

#### **1.4 Justificativa e Objetivos do Estudo**

O presente trabalho se justifica, primeiro, pela possibilidade de iniciar o futuro enfermeiro em conteúdos de gerontogeriatría, capacitando-o nos cuidados específicos dessa parcela populacional, independentemente do fenômeno do seu crescimento, pois o enfermeiro precisa *saber cuidar* do ser humano, em todas as suas faixas etárias.

Em segundo lugar, considerando o aumento da população idosa, o tema desvelado, visto tratar de ações que significam conhecer as coisas a fundo e descobrir o que há em seu interior para poder transformá-las, apresenta uma relação direta com o contexto social. A população idosa é a que mais cresce proporcionalmente se comparada à população total, em nosso país; o que também torna desejável o preparo de recursos humanos para bem cuidar deste contingente populacional.

As estimativas indicaram que a partir do ano 2000 ocorreria o mais rápido incremento na proporção de idosos, alcançando quase 9% da população geral. Pode-se dizer que o número de idosos brasileiros, já é um dos maiores do mundo, com cerca de 14,5 milhões, numa população total de mais de 170 milhões de habitantes (IBGE, 2001).

Como foi dito inicialmente, não é motivo maior deste estudo correlacionar o resultado mecânico do aumento do número de seres humanos idosos e ainda perceber na velhice um problema social e somente por isso pensar-se no ensino nesta área; outras implicações se fazem presentes como as ligadas diretamente à formação profissional do enfermeiro, ou seja, 1) saber cuidar do ser humano em qualquer faixa etária e 2) atender uma população crescente que, além de demandar cuidados específicos, vem *exigindo* uma postura mais adequada de todos os cidadãos brasileiros.

Neste momento de adequação curricular e elaboração do Projeto Político Pedagógico – PPP das instituições de ensino superior, é importante que as escolas de enfermagem percebam a relevância de incluir, no seu ensino, a enfermagem gerontogeriatrica. Principalmente agora que se encontra explícita a referência ao ser humano idoso, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, é desejável que exista preocupação com a formação de enfermeiros voltados ao atendimento das necessidades do ser humano, independente da faixa etária em que este esteja inserido.

As razões levantadas, fazem surgir o desejo no futuro enfermeiro de ser formado para cuidar, não só da criança, do adolescente, do adulto, mas também do idoso, priorizando no cuidado ao idoso a promoção da saúde e tendo conhecimento da multidimensionalidade que o cerca. Para tanto são objetivos deste estudo:

- Identificar as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas publicações da enfermagem brasileira, no período de 1991 a 2000.

- Refletir sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nos cursos de graduação, partindo das características identificadas, à luz da Complexidade de Edgar Morin.

## CAPÍTULO 2

### COMPLEXIDADE E CAMINHO DO ESTUDO: TEORIA ↔ MÉTODO

*O conhecimento não é uma coisa pura, independente de seus instrumentos e de suas ferramentas materiais, mas também de seus instrumentos mentais que são os conceitos; a teoria científica é uma atividade organizadora da mente, que implanta as observações e que implanta, também, o diálogo com o mundo dos fenômenos (Morin, 2000f, p. 43).*

*[...] o objeto de minha procura de 'método' é não encontrar o princípio unitário de todos os conhecimentos [...] eu faço um discurso muito longo à procura de um método que não se revela por nenhuma evidência primária e que deve ser elaborado com esforço e risco. A missão deste método não é fornecer as formulas programáticas de um pensamento 'são'. [...]. Não é dar a receita [...] (Morin, 2000f, p.140).*

Neste capítulo, faço uma apresentação da teoria - do conceito e do arcabouço da Complexidade, segundo Edgar Morin<sup>14</sup>. Em seguida, faço uma abordagem sobre o *método* do estudo ou o *caminho* da pesquisa, e descrevo a produção e análise dos dados.

#### 2.1 Teoria

A Complexidade é uma forma de compreender o mundo, tendo a capacidade de integrar no real as relações que sustentam a co-existência entre os seres no universo, possibilitando o reconhecimento da ordem e da desordem; do uno e do diverso, da estabilidade e da mudança. A complexidade comporta as ações, as interações e as determinações que constituem o mundo dos fenômenos e, principalmente, a noção de incerteza (MORIN, 1995).

---

<sup>14</sup> Sociólogo, antropólogo, historiador e filósofo, desenvolveu formação universitária em direito e como autodidata realizou um estudo transdisciplinar em diversas áreas e caracteriza-se enquanto “mestre na arte de fazer caminhos ao caminhar [...] é pensador da Complexidade, do imaginário, da compreensão e de uma sociologia do cotidiano e do presente” (SILVA; CLOTET, 2001, p. 13).

Na visão de Morin (2000b), a Complexidade apresenta *sete princípios* básicos, que são complementares e interdependentes, nos quais três são os fundamentais: o *hologramático*, o *recursivo* e o *dialógico*. Passo a descrever os sete princípios apresentados por Morin (1999a, 2000f), dando realce gráfico aos três principais.

O primeiro princípio, *sistêmico ou organizacional*, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. A organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes. Ela é, ao mesmo tempo, uma unidade e uma multiplicidade, que Morin denomina *unitas multiplex*, cuja lógica sugere não transformar o múltiplo em um, nem o um em múltiplo. Este princípio liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, lembrando que o todo é igualmente mais e menos que a soma das partes, que têm algumas de suas qualidades inibidas pela organização do conjunto, e lembrando ainda que nada está realmente isolado no universo e tudo está em relação.

O segundo princípio, o *hologramático*, evidencia que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito nas partes. Isso não significa, todavia, que a parte seja um reflexo puro e simples do todo, pois cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas de algum modo contém o todo. E, nesse momento, é preciso colocar-se num caminho de pensamento, o qual faz o ir e vir das partes ao todo e do todo às partes. Considere-se o holograma<sup>15</sup> para melhor entendimento deste princípio. A partir dele percebe-se que não se pode mais olhar um sistema complexo segundo a alternativa do *reducionismo*, o qual quer compreender o todo partindo somente das qualidades das partes, ou do *holismo*, que não é menos simplificador, negligenciando as partes para compreender o todo.

Um exemplo deste Princípio diz respeito aos organismos biológicos, pois cada uma das células do corpo humano, até a mais simples célula da epiderme, contém a informação genética do ser global, mas não é em si o ser global.

O terceiro princípio é o *do circuito retroativo*, que permite o conhecimento dos processos auto-reguladores e rompe com o princípio da causalidade linear, onde a causa age sobre o efeito e o efeito sobre a causa, como no sistema de aquecimento,

---

<sup>15</sup> Holograma é a imagem física cujas qualidades de relevo, de cor e de presença são devidas ao fato de cada um dos seus pontos incluírem *quase* toda a informação do conjunto que ele representa (MORIN, 1995).

em que o termostato regula o aquecimento do aquecedor. É preciso abandonar um tipo de explicação linear e adotar um tipo de explicação circular, no qual se vai das partes ao todo, do todo às partes, para tentar compreender um fenômeno.

Para exemplificar este Princípio Morin nos lembra que a elucidação do todo pode ser feita a partir de um ponto especial que encarna em si próprio, num dado momento, o drama ou a tragédia do todo. Por isso se deve considerar que um fenômeno global ou geral necessita de circuitos ou de vaivém entre os pontos individuais e o conjunto.

O quarto princípio, o do circuito recursivo, representa um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz - como um tufão que simultaneamente é produto e produtor do processo.

Um exemplo deste princípio relaciona-se à sociedade. Ela é produzida pelas interações entre seres humanos e estas interações produzem um todo organizador que retroage sobre eles, para co-produzi-los como seres humanos: o que eles poderiam ser, não o seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura. O processo social é um círculo produtivo no qual os produtos são necessários à produção daquilo que os produz. Outro exemplo para o princípio recursivo diz respeito ao fenômeno biológico do ciclo da reprodução, no qual os seres vivos são produzidos, sendo, eles mesmos necessários para a continuação do ciclo, ou seja, a reprodução produz seres vivos que reproduzem o ciclo da reprodução.

O quinto princípio é o da *autonomia/dependência (auto-eco-organização)*, para o qual os seres vivos são autônomos, mas a sua autonomia depende do meio exterior. Assim como eles têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência, por isso são concebidos como seres auto-eco-organizadores<sup>16</sup>. No entendimento de Morin, a autonomia se fundamenta na dependência do meio ambiente, passando o conceito de autonomia a ser um conceito complementar ao da dependência, embora também lhe seja antagônico. Para clarificar esse princípio lembremos que, no universo das coisas simples, é preciso que a porta esteja aberta ou fechada, mas, no

---

<sup>16</sup> Para Morin (1999a), um aspecto importante da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte das suas células, segundo o que dizia Heráclito – *viver de morte*,

universo complexo, é preciso que um sistema autônomo esteja aberto e fechado, a um só tempo, sendo preciso ser dependente para ser autônomo.

O sexto princípio, o *dialógico*<sup>17</sup>, permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias (como ordem, desordem e organização) para conceber um mesmo fenômeno complexo, ou seja, ele une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Com essa forma de pensar, Morin teve a idéia que ele chamou de *unidualidade*, quando afirma que o ser humano é um ser unidual, totalmente biológico e totalmente cultural a um só tempo.

O sétimo princípio, da *reintrodução do conhecimento em todo conhecimento*, opera a restauração do *sujeito* e torna presente a problemática cognitiva central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução por um espírito/cérebro numa cultura e num tempo determinados. Para reafirmar esse princípio, Morin assegura que a reforma do pensamento é de natureza não-programática, mas paradigmática<sup>18</sup>, porque concerne à aptidão dos seres humanos para organizar o conhecimento. Através desta reforma é que se teria condição de permitir a adequação à finalidade da cabeça bem-feita, ou seja, o pleno uso da inteligência.

Morin (2002a), preocupado em nos apresentar as *funções* da complexidade, lista algumas ações que esta teoria pode abarcar, dentre elas: fazer com que tenhamos consciência dos limites do conhecimento, o que nos permitirá conhecer nosso próprio conhecimento e, ao mesmo tempo, fazê-lo progredir em novos territórios; permitir que possamos detectar melhor “as doenças” (MORIN, 2002, p.32), ou seja, os fenômenos de esclerose que afetam os processos do nosso pensamento; compreender, cada vez mais, que conhecer é uma aventura incerta, frágil, difícil e por vezes trágica. Reside o problema epistemológico da complexidade em fazer comunicar as instâncias, que teimam em continuar separadas, principalmente quanto aos limites do conhecimento: biológicos, cerebrais,

---

*morrer de vida*, ou seja, as idéias de morte e vida são, ao mesmo tempo, complementares e antagônicas.

<sup>17</sup> O termo *dialógico* quer dizer que duas lógicas, dois princípios estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade (MORIN, 1995).

<sup>18</sup> Relativo a paradigma ou o que encerra um paradigma (FERREIRA, 2000).

antropológicos, sociológicos e culturais. Trata-se, de certo modo, de promover o circuito destes limites.

O modo complexo de pensar não tem somente a sua utilidade para os problemas organizacionais, sociais e políticos. O pensamento que afronta a incerteza pode esclarecer as estratégias do *nosso* mundo incerto; o pensamento que une pode esclarecer uma ética da *reunião* e da solidariedade; o pensamento da Complexidade tem igualmente os seus prolongamentos existenciais que postulam a *compreensão* entre os seres humanos (MORIN, 1999b).

Morin lembra, ainda, que um modo de pensar capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados está apto a desdobrar-se em uma ética da união e da solidariedade entre humanos, pois um pensamento hábil em não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos, estaria apto a favorecer o senso da responsabilidade e o da cidadania. A reforma do pensamento teria, então, conseqüências existenciais, éticas e cívicas.

As diversas complexidades que foram aqui descritas, como a desordem, a contradição, a dificuldade da lógica, os problemas da organização, formam o tecido da Complexidade (MORIN, 1995). Lembro: que *complexus* é o que está junto, é o tecido formado por diferentes fios que se transformam numa só unidade, isto é, tudo se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da Complexidade. Porém, a unidade do Complexus que foi formada não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o teceram.

Na compreensão de Morin (1995), as idéias de ordem, desordem e organização necessitam ser pensadas em conjunto e surgem de diferentes pontos de partida. A missão da ciência seria não mais afastar a desordem de suas teorias, mas estudá-la, não mais abolir a idéia de organização, mas concebê-la e introduzi-la, para englobar as disciplinas que foram separadas, afastadas umas das outras.

A preocupação de Morin com a educação, começou em 1982, quando naquele momento ele explica a diferença que entende entre inter e transdisciplinaridade (MORIN, 2000f); depois participa de alguns movimentos voltados ao ensino em Portugal, Colômbia e outros países, e recentemente em 1997, quando foi convidado pelo então ministro da Educação da França, para equacionar uma reforma geral do saber para o ensino médio. Neste momento, Morin

se pôs a campo e organizou um conjunto de oito jornadas temáticas transdisciplinares, que tiveram por objetivo refletir sobre o mundo, a terra, a vida, a humanidade, as artes, a história, as culturas adolescentes e o próprio conhecimento. Nessas jornadas, foi possível visualizar que os obstáculos são transponíveis, embora qualquer reforma de ensino que se preze necessite estar aderente a uma reforma de pensamento que afronte e detenha a hiperespecialização galopante difundida em nossas instituições educacionais.

Após a repercussão positiva do seu trabalho no Ministério de Educação da França, em 1999, Edgar Morin foi convidado pela UNESCO, para sistematizar um conjunto de reflexões que servissem como ponto de partida para se repensar a educação do próximo milênio. Com seu empenho, Morin nos direcionou a entender a ética como atitude deliberada de todos os que acreditam que ainda é possível para as sociedades democráticas e abertas solidarizarem-se, mesmo que o caminho seja árduo e desanimador.

Pensador de uma cidadania terrestre, que propõe uma ética de solidariedade, Edgar Morin transita em diferentes contextos, sejam regionais ou mundiais, de forma a contribuir para a construção do pensamento complexo. Nas suas obras voltadas à educação, Edgar Morin propõe-nos uma reforma do pensamento por meio do ensino transdisciplinar, capaz de formar cidadãos planetários, solidários e éticos, aptos a enfrentar os desafios dos tempos atuais.

É esta reforma do pensamento por meio do ensino planetário, solidário e ético, tendo como alvo a contextualização do ser humano com o objeto e o meio ambiente, que me direciona a pensar no ensino da enfermagem gerontogeriatrica e na formação de enfermeiros competentes, e mais sensíveis às questões relacionadas ao idoso, ao processo de envelhecimento e à velhice.

## **2.2 Método**

Considerando a complexidade que envolve o objeto deste estudo - o ensino de enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação, não poderia escolher qualquer caminho metodológico para apreendê-lo, mas precisava optar por um método que apresentasse maior possibilidade de retratar esta realidade. Entendendo o método como um caminho de investigação acoplado à teoria e dela

própria originário, e não como *amarra* do fazer científico, encontrei na Complexidade, de Edgar Morin, um direcionamento para achar o caminho pretendido.

O método de investigação deste estudo originou-se dos pressupostos teóricos aqui defendidos, pois, como lembra Morin, “a teoria não é nada sem o método” (MORIN, 2000f, p. 337), e ambos são componentes indispensáveis do pensamento complexo. Para esse autor, a Complexidade não tem metodologia, mas pode ter o seu método, o que ele chama de *lembrete*. Continuando o seu ponto de vista, Morin (2000f) acrescenta que o método da Complexidade pede que pensemos nos conceitos sem dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para restabelecermos as articulações entre o que foi separado, para tentarmos compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade e para nunca esquecermos as totalidades integradoras.

Na compreensão de Morin (1996), a palavra método não significa metodologia, pois a metodologia é um guia *a priori* que programa a investigação, ao passo que o método que se liberta ao longo do caminhar do pesquisador será sempre um auxiliar da estratégia, comportando, necessariamente, descobertas e inovações. A finalidade do método, no pensamento complexo, é ajudar o pesquisador a pensar por si mesmo para responder ao desafio da complexidade do problema. O método que guia o pesquisador para a elaboração da epistemologia complexa é precisamente aquele que resulta da epistemologia complexa. Assim, complementa Morin:

[...] o método auto-produziu-se. A necessidade de fazer comunicar os conhecimentos dispersos para desembocar num conhecimento do conhecimento, a necessidade de superar alternativas e concepções mutilantes [...], tudo isto contribuiu para a auto-elaboração de um método visando o pensamento o menos mutilante possível e o mais consciente das mutilações que opera inevitavelmente para dialogar com o real (MORIN, 1996, p. 30).

Porém, como afirmam Morin e Le Moigne (1999), não se trata de abandonar os princípios da ciência clássica – ordem, separatividade e lógica, mas de integrá-los num esquema que é ao mesmo tempo “largo e rico” (MORIN; LE MOIGNE, 1999, p. 205). Não se trata, também, de “opor um holismo global e vazio a um reducionismo sistemático” (MORIN; LE MOIGNE, 1999, p. 205), mas de ligar o concreto das partes

à totalidade, pois é preciso articular os princípios da ordem e da desordem, da separação e da junção, da autonomia e da independência que, estando em dialógica, são complementares, concorrentes e antagônicos no seio do universo. O pesquisador não pode esquecer que o pensamento complexo é “essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir [...], de contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto” (MORIN; LE MOIGNE, 1999, p.207).

O paradigma da Complexidade proposto por Morin, termina por retratar um conhecimento sobre condições possíveis. Ele se torna, então, um conhecimento relativamente imetódico, ou construído a partir de uma pluralidade metodológica, necessitando de uma composição transdisciplinar e/ou individualizada. Se individualizada, sugere um movimento de maior *personalização* do trabalho científico e do investigador.

Considerando que teoria e método se confundem, e que ambos são componentes indispensáveis do conhecimento complexo, acrescento as ponderações de Morin quando aponta ser o método uma “atividade pensante do sujeito” (MORIN, 2000f, p.337).

Assim, para construir as bases metodológicas favoráveis à pesquisa pretendida, em uma concepção de conhecimento aberto, dinâmico e dentro dos pressupostos da Complexidade, foi possível adotar a idéia de que o pesquisador precisa desenvolver e construir os métodos e caminhos mais adequados às explicações dos fenômenos que ele busca revelar, sem ignorar os princípios da lógica e objetividade da ciência, mas não perdendo de vista a busca da articulação da teoria com a realidade.

## **2.3 Produção e análise dos dados**

### **2.3.1 Coleta dos Dados**

Serviram de fonte de dados para este estudo: *nove livros-resumo e seis livros-programa de Congressos Brasileiros de Enfermagem (C.B.Enf.)*, do período de 1991 a 2000, sendo os primeiros analisados no *todo*, para que nenhum resumo

ficasse fora do estudo. Foram incluídos os resumos que apresentaram os descritores: idoso, envelhecimento, velhice, terceira idade, gerontologia, geriatria, gerontogeriatrics, aposentadoria, ensino da enfermagem gerontogeriatrics e correlatos. Estes livros-resumo pesquisados fazem parte do acervo da autora do estudo ou foram emprestados de outras enfermeiras. E foram analisados também *sete periódicos da enfermagem brasileira*, escolhidos por serem os mais antigos e/ou importantes da disciplina e pesquisados na Biblioteca Central da UFSC.

A escolha em trabalhar com o decênio de 1991 a 2000 ocorreu por alguns *motivos*: são os anos mais próximos, ou seja, trata-se de um passado recente; foi um período em que houve as repercussões das mudanças curriculares na enfermagem, além de ter sido também o período de aprovação da Política Nacional do Idoso, no país.

Escolhi como fonte dos dados os artigos científicos originados de apresentações de Congressos Brasileiros de Enfermagem ou publicados acerca do ensino da enfermagem gerontogeriatrics ou temáticas correlatas, por entender que as mudanças curriculares são lentas, mas que a produção científica é dinâmica. Ela reflete, com mais abrangência, a realidade vivida por uma disciplina, e tem um grande poder de influência na formação profissional, já que os enfermeiros, principalmente os docentes, utilizam esses trabalhos científicos como modelos e/ou subsídios ao seu cotidiano profissional.

A seguir apresento o quadro 1 referente a Distribuição quantitativa dos resumos apresentados por enfermeiros, relacionados à gerontogeriatrics e seu ensino na enfermagem, nos Congressos Brasileiros de Enfermagem:

CONGRESSOS	TEMAS		
	Enfermagem Gerontogeriatrica	Ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica	TOTAL
43º C.B.Enf. 1991 – Curitiba / PR	2	–	2
44º C.B.Enf. 1992 – Brasília / DF	6	–	6
45º C.B.Enf. 1993 – Olinda / PE	7	–	7
46º C.B.Enf. 1994 – Porto Alegre / RS	6	–	6
47º C.B.Enf. 1995 – Goiânia / GO	5	–	5
48º C.B.Enf. 1996 – São Paulo / SP	23	7	30
49º C.B.Enf. 1997 – B. Horizonte / MG	*	*	*
50º C.B.Enf. 1998 – Salvador / BA	48	5	53
51º C.B.Enf. 1999 – Florianópolis / SC	73	5	78
52º C.B.Enf. 2000 – Olinda / PE	90	4	94
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>21</b>	<b>281</b>

\* O 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem não teve livro-resumo.

**Quadro 1** – Distribuição quantitativa dos resumos apresentados por enfermeiros, relacionados à gerontogeriatrics e seu ensino na enfermagem, nos Congressos Brasileiros de Enfermagem – C.B.Enf., 1991-2000, Brasil.

Penso que a enfermagem brasileira vem elaborando e apresentando uma quantidade considerável de trabalhos científicos e que, neste momento, seria interessante atentar para a qualidade desta produção.

Sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, foi constatado um aumento relevante de publicações no 48º C.B.Enf, que pode ser justificado por três razões: a aprovação da Política Nacional do Idoso, através da Lei n.º 8.842 de 04 de janeiro de 1994 e do Decreto n.º 1.948 de 03 de julho de 1996; a influência de enfermeiras gerontogeriatricas paulistas que integram grupo de estudos na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), na secção São Paulo e nacional; a influência da Portaria n.º 1.721/94, e as reflexões surgidas quanto ao acréscimo de conteúdos e matérias relacionadas ao idoso, envelhecimento e velhice no momento das alterações no currículo dos cursos de enfermagem.

Foram identificados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem 281 resumos, sendo 260 sobre enfermagem gerontogeriatrica e 21 resumos sobre o ensino de enfermagem gerontogeriatrica na graduação. Para analisá-los, busquei as formas de classificação, em áreas e sub-áreas temáticas, em dois outros estudos sobre pesquisa na área do idoso, envelhecimento e velhice na enfermagem brasileira. Um deles foi o estudo de Mendes et al. (1997), que ao realizarem a análise documental de bibliografias, utilizaram como áreas temáticas: fundamentação gerontológica e geriátrica, assistência de enfermagem gerontológica e geriátrica, educação em saúde, formação de recursos humanos. O outro, foi o estudo de Silva e Fraga (1999), cujas áreas temáticas analisadas foram: estudos sobre o envelhecimento, garantia de assistência à saúde, promoção da saúde, modelos de atenção não convencionais e, por fim, ensino.

Esses trabalhos me ajudaram a compor uma classificação, com as seguintes áreas temáticas: o idoso, o envelhecimento e a velhice; o cuidado de enfermagem na gerontogeriatrica; problemas que *acometem* a saúde dos idosos e ações específicas; atenção social e atenção à saúde em gerontologia; ensino.

Defini, para cada área temática, os assuntos que a compõem, como se segue:

- *O idoso, o envelhecimento e a velhice*: resumos sobre conceitos, características e/ou perfis, teorias, preconceitos, atitudes, percepções,

expectativas sobre a velhice e/ou qualidade de vida, avaliação funcional do idoso;

- *O cuidado de enfermagem na gerontogeriatría:* resumos sobre o cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, domiciliado e rural; realizado por profissionais de enfermagem, cuidador profissional e cuidador familiar (leigo); cuidado direcionado ao cuidador do idoso; promoção do autocuidado; o cuidado na enfermagem gerontogeriatrica e a interdisciplinaridade;
- *Problemas que acometem a saúde dos idosos e ações específicas:* resumos sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), doenças *específicas* (Demência do Tipo Alzheimer, Depressão, Doença de Parkinson), outras doenças (Tétano, AIDS), acidentes e quedas, violência, além de estudos epidemiológicos, estudos relacionados à vacinação e a terapias complementares (Toque, Reflexologia, Reiki, Fitoterapia, Florais de Bach);
- *Atenção social e atenção à saúde em gerontogeriatría:* resumos sobre modelos alternativos de atenção social e de saúde, avaliação de políticas dirigidas ao idoso, rede de apoio (pessoal e/ou institucional), além das questões relacionadas à aposentadoria e ao trabalho realizado por idosos;
- *Ensino:* resumos relacionados a propostas de ensino no nível médio, na graduação, na pós-graduação em enfermagem, em atividades de extensão, pesquisa, grupos de estudo, capacitação do cuidador profissional e do cuidador familiar/leigo.

Na página a seguir, apresento o quadro de distribuição quantitativa das áreas e sub-áreas temáticas.

ÁREAS TEMÁTICAS	Qt.	SUB-ÁREAS TEMÁTICAS	Qt.
<b>1 O idoso, o envelhecimento e a velhice</b>	113	1.1 Conceitos de idoso, envelhecimento e velhice	21
		1.2 Atitudes do idoso quanto a: sexualidade, velhice, morte, solidão	18
		1.3 Qualidade de vida	18
		1.4 Avaliação da capacidade funcional do idoso	10
		1.5 Percepção e conhecimento do idoso sobre assuntos diversos	14
		1.6 Características e/ou perfis do <i>ser</i> idoso	30
		1.7 Dor	02
<b>2 O cuidado de enfermagem na gerontogeriatría</b>	50	2.1 Em hospitais	10
		2.2 Em instituições asilares	09
		2.3 Na comunidade: domicílio, <i>home care</i>	10
		2.4 Por profissionais de enfermagem	03
		2.5 Pela família	08
		2.6 Rural	02
		2.7 Ao cuidador	03
		2.8 Promoção do autocuidado	01
		2.9 O cuidado de enfermagem gerontogeriatría e a interdisciplinaridade	04
<b>3 Problemas que acometem a saúde dos idosos e ações específicas</b>	50	3.1 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)	18
		3.2 Doenças <i>específicas</i>	08
		3.3 Outras doenças	02
		3.4 Acidentes e quedas, violência	05
		3.5 Estudos epidemiológicos	04
		3.6 Vacinação	05
		3.7 Terapias complementares	08
<b>4 Atenção social e atenção à saúde em gerontogeriatría</b>	43	4.1 Casa lar	01
		4.2 Universidade Aberta à Terceira Idade	05
		4.3 Desenvolvimento de atividades culturais, de lazer e desportivas	07
		4.4 Geração de emprego e renda, Trabalho	04
		4.5 Centro de convivência, grupos de terceira idade	02
		4.6 Educação em saúde, Reuniões de profissionais e idosos	13
		4.7 Aposentadorias	03
		4.8 Avaliação de políticas específicas	07
		4.9 Rede de apoio	01
<b>5 Ensino</b>	25	5.1 Nível médio	01
		5.2 Graduação	18
		5.3 Pós-graduação	01
		5.4 Atividades de extensão	01
		5.5 Pesquisa	01
		5.6 Grupos de estudos e pesquisas	01
		5.7 Cuidador familiar/leigo	02

**Quadro 2** – Distribuição quantitativa das áreas e sub-áreas nos resumos encontrados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, relacionados à enfermagem gerontogeriatría, 1991-2000, Brasil. Total de resumos = 281

Na *primeira área temática, O idoso, o envelhecimento e a velhice*, verifiquei que os trabalhos referentes às características e os perfis da população idosa apareceram em primeira evidência, seguida das pesquisas acerca de conceitos sobre idoso, envelhecimento e velhice. Sendo a gerontogeriatrics uma área recente na enfermagem brasileira, torna-se interessante que os enfermeiros estejam preocupados inicialmente em conhecer o objeto de estudo da gerontogeriatrics, ou seja, o idoso, o envelhecimento e a velhice, fazendo isto através de investigações sobre este sujeito (Quem é o idoso? Como avaliá-lo?), este processo (O que é o envelhecimento? Como se apresenta no curso de vida do ser humano?) e as características apresentadas por este sujeito (O que é velhice? Como ela se apresenta? Como delimitá-la?). As pesquisas voltadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos tomam corpo, algumas utilizando a aplicação de instrumentos de outras disciplinas.

Na busca de conhecer o ser humano idoso, os enfermeiros também investigaram sobre suas atitudes em relação a determinadas situações, suas percepções e conhecimentos sobre assuntos diversos e começaram a preocupar-se com uma melhor maneira de avaliar o idoso de forma integral. Também, foi importante verificar que os enfermeiros pesquisaram junto com o idoso, ou seja, além de procurar conceituá-lo, caracterizá-lo, avaliá-lo, para conhecê-lo mais, estes profissionais estão interessados em suas opiniões, percepções, sendo este um dos caminhos mais eficazes para o estabelecimento do cuidado ao ser humano, e de desenvolvimento de ações melhor direcionadas às suas necessidades.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, as linhas de pesquisa sobre gerontogeriatrics necessitam concentrar-se em quatro tipos de estudos: perfil do idoso; avaliação da capacidade funcional; modelos de cuidados, considerando implantação, implementação e avaliação das intervenções; hospitalização e cuidados alternativos de assistência ao idoso, priorizando: orientação e cuidados ao idoso, alta hospitalar, diferentes alternativas de cuidados (atendimento domiciliário, centro-dia) e estudos de articulação entre os profissionais de áreas diferentes – interdisciplinaridade (BRASIL, 1999b). Como verificado, os enfermeiros brasileiros, de certa forma, investigaram sobre as linhas de pesquisa sugeridas, no período de 1991 a 2000.

Na *segunda área temática, Cuidado de enfermagem na gerontogeriatria*, foi possível verificar que as sub-áreas mais evidentes foram: o cuidado realizado ao idoso hospitalizado, principalmente o referente às consultas de enfermagem gerontogeriátricas implantadas e implementadas em ambulatórios de hospitais universitários e, com a mesma evidência, o cuidado de enfermagem domiciliário também se fez presente, tornando-se, a cada dia, uma das formas mais adequadas de cuidados direcionados a esta parcela populacional.

Os cuidados de enfermagem na gerontogeriatria em instituições *asilares* também foram preocupação dos enfermeiros, até porque estes profissionais começam a integrar, de uma forma mais presente, a equipe que atua nestes serviços; o cuidado familiar ao idoso também tem a sua parcela de importância nas investigações dos enfermeiros brasileiros; a interdisciplinaridade começa a aparecer, mesmo que de forma tímida, mas vindo conscientizar os enfermeiros da possibilidade de trabalhar com e para o idoso ligando seus saberes aos de outra disciplina.

A Política Nacional do Idoso, Decreto N.º 1.948, de 03 de julho de 1996, em seu Art. 9º, traz entre outras ações, que compete ao Ministério da Saúde: garantia ao idoso da assistência integral à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), e tanto de forma preventiva quanto curativa; garantia ao acesso à assistência hospitalar; desenvolvimento de políticas de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde; desenvolvimento e apoio a programas de prevenção e promoção da saúde do idoso, de forma a estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com autonomia e independência que lhe for própria; estimular o autocuidado; envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso (BRASIL, 1997). Também, nos estudos investigados verifiquei que os enfermeiros estão tendo preocupações que se coadunam com tal Política.

Em relação aos trabalhos descritos como interdisciplinares, foi possível perceber a intenção, mas a ação relatada está mais direcionada a atividade multidisciplinar do que interdisciplinar. Neste momento tenho presente a aceção de Jantsch e Bianchetti (1999, p. 12) de que a interdisciplinaridade não é um trabalho em equipe ou em parceria, pois “a forma simples do somatório de individualidades não é milagrosa nem redentora”. Complementando seus pensamentos, os mesmos

autores acrescentaram que nem todos os objetos exigem, necessariamente, tratamento interdisciplinar; “os objetos que [o] exigem [...] não demandam o ato da vontade de um sujeito [...]; falar hoje da interdisciplinaridade já não depende mais da decisão do sujeito: é uma imposição do momento atual” (JANTSCH; BIANCHETTI, 1999, p. 21).

Não se pode perceber a interdisciplinaridade possível somente quando houver trabalho em equipe ou alguma parceria, ou ainda consenso, harmonia, pois ela se constitui dialeticamente e dialogicamente, apresentando-se una e diversa e impedindo o reducionismo infértil. Como já nos apontaram Jantsch e Bianchetti (1999), a interdisciplinaridade pode ser conquistada de forma individualizada ou coletiva. Os mesmos autores ainda afirmam que não se pode perder de vista que a interdisciplinaridade é um princípio teórico-metodológico da produção do conhecimento e do pensamento e não um simples *ajuntamento* de profissionais de disciplinas diversas.

Torna-se importante para os enfermeiros, ao escreverem sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, ampliarem conhecimento sobre esta temática e desejarem desenvolver tais ações, não repetindo experimentos isentos de reflexões mais filosóficas. É possível perceber e elaborar outras formas de organização do conhecimento científico, tais como a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, já que algumas migrações tendem a ocorrer entre as fronteiras, mesmo protegidas e muito vigiadas. Conforme Morin (2000d, p. 73), “a constituição de um objeto ao mesmo tempo interdisciplinar, polidisciplinar e transdisciplinar, permite, muito bem, criar a troca, a cooperação e a policompetência”.

Na *terceira área temática, Problemas que acometem os idosos e ações específicas*, os enfermeiros pesquisaram mais as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), principalmente hipertensão e diabetes, até porque alguns destes pesquisadores são enfermeiros clínicos e já lidam com estas doenças, procurando aprofundá-las em relação ao idoso. Outras pesquisas foram às relacionadas às doenças *específicas ao idoso* como Demência do Tipo Alzheimer, depressão, Doença de Parkinson. Os acidentes e, mais especificamente as quedas, começam a ser objeto de pesquisa dos enfermeiros da área Gerontogeriatrica. Os estudos epidemiológicos ainda apresentam pouca evidência na pesquisa desta área

do saber na enfermagem. As vacinações para os idosos, seus efeitos e como os idosos as percebem, também estão incluídas entre os assuntos pesquisados, até por ter sido gratuita a distribuição de vacinas pelo SUS nesta década. Já as terapias complementares Toque, Reflexologia, Reiki, Fitoterapia e Florais de Bach mostraram que os enfermeiros tiveram (e continuam tendo) preocupações com questões relacionadas à medicina vibracional, que utiliza a energia vital e os pressupostos da física quântica no acompanhamento e tratamento de problemas de ordem emocionais, apresentados pelos idosos.

Nesta temática, precisam ser mais explorados os estudos relacionados aos problemas considerados *típicos* do idoso, os assim chamados *gigantes da geriatria*, a saber e de acordo com a SBGG (2002): demências, delírios, depressão, instabilidades postural e quedas, imobilidade e úlcera de pressão, incontinência urinária e ou fecal, iatrogenia e farmacologia. Em estudo descrito por Silvestre et al (1996), ocorrido em hospital do Rio Grande do Sul, tais problemas apresentaram alta incidência, e tiveram, naquele momento, pouca atenção por parte dos profissionais, já que não foram identificados durante o período de internação de idosos com outros diagnósticos, o que contribuiu para mantê-los hospitalizados por mais tempo.

Na *quarta área temática, Atenção social e atenção à saúde em gerontogeriatria*, foram prioridade da pesquisa dos enfermeiros os relatos de experiência de educação em saúde e reuniões e oficinas de saúde dos enfermeiros com os idosos, nas salas de espera dos hospitais universitários, nas comunidades, nos centros de convivência ou nos grupos de terceira idade. O reconhecimento e as investigações das ações benéficas das atividades culturais, de lazer e principalmente das atividades desportivas para o idoso, fizeram-se presentes. Igualmente os estudos sobre avaliação de políticas direcionadas ao idoso começaram a ser objeto de interesse dos pesquisadores e, por fim, estudos sobre a inserção e participação do idoso nas universidades abertas à terceira idade começaram a destacar-se nas pesquisas da enfermagem gerontogeriatrica.

Percebi que as ações relacionadas à atenção social e à atenção à saúde do idoso, tais como educação em saúde para o idoso, desenvolvimento de atividades culturais, de lazer e atividades desportivas estão embasadas em medidas de promoção da saúde. Sendo a saúde a resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, cujos

problemas não podem ser resolvidos somente no atendimento hospitalar, tornou-se desejável buscar um paradigma mais abrangente e explicativo, que superasse a concepção clínico-assistencial para a questão da saúde e doença na sociedade, surgindo daí a concepção da terminologia *promoção da saúde* como um novo paradigma mundial para a saúde.

Na Carta de Ottawa, elaborada no Canadá em 1986, discutiu-se acerca da promoção da saúde, como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 1996c, p. 2). Tendo ela como campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e serviços de saúde. É importante acrescentar que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, incluindo medidas de auto-ajuda e de apoio social. Verifiquei que, de certa forma, estas medidas foram temas de investigação presentes nos resumos pesquisados.

Na *quinta área temática*, *Ensino da enfermagem gerontogeriatrica*, houve uma predominância das investigações sobre tal ensino nos cursos de graduação em enfermagem. Nestas pesquisas, os enfermeiros descrevem alguns experimentos teóricos e/ou práticos, ou procuraram *descobrir* interesses e necessidades dos professores e alunos acerca do idoso, do envelhecimento e da velhice, para, em seguida, propor conteúdos programáticos a serem incluídos em disciplinas ou comporem uma disciplina específica. No entanto, esta é uma área pouco explorada.

A temática relacionada ao ensino continua sendo a de menor evidência nas pesquisas de gerontogeriatrica na enfermagem, desde a pesquisa de Mendes et al. (1997) e de Silva e Fraga (1999). Os estudos nesta temática apresentaram-se em pequeno número, se limitaram à inclusão de conteúdos nos cursos de graduação e a instituição de núcleos de estudo e pesquisa, abordaram aspectos relacionados ao cuidador domiciliar e relato de experiência no ensino de enfermagem em saúde pública junto ao idoso, trazendo pouca contribuição à enfermagem.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, reconhecendo a participação frutífera das universidades na formação de profissionais direcionados ao cuidado do idoso, estabeleceu os centros colaboradores e os pressupostos da capacitação em saúde do idoso. Foi

apresentado como objetivo geral visar à promoção, manutenção ou recuperação de um estado de saúde que possa levar a uma máxima expectativa de vida do idoso de forma ativa, na comunidade, junto à família, e com maior grau possível de independência funcional e autonomia (BRASIL, 1999c).

Torna-se, então, desejável um maior empenho dos pesquisadores da enfermagem na área de ensino da gerontogeriatría. Penso que isto vai acontecer à medida que os cursos de enfermagem introduzirem este ensino em seus projetos políticos pedagógicos, conforme sugestão das Diretrizes Curriculares de Enfermagem. Então, testes e experimentos passarão a ser divulgados e publicados, como já acontecem em outras áreas de ensino da enfermagem (administração, saúde da mulher, fundamentos de enfermagem e outras), cujas comunicações científicas encontram-se, em número considerável, nos livros-resumo dos Congressos Brasileiros de Enfermagem e, em menor número, nos periódicos específicos.

Depois de identificados os 21 resumos apresentados nos C.B.Enf., relacionados ao ensino da enfermagem gerontogeriatría, enviei até duas cartas registradas aos autores, solicitando artigo científico ou relatório de pesquisa correspondente (Apêndice A). Essas cartas foram elaboradas a partir da Resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996b). Para alguns autores, também enviei e-mails e fiz alguns telefonemas interurbanos.

Dos 21 resumos apresentados nos congressos, considere que os autores principais de dois resumos não moravam mais nos endereços descritos nos livros-resumo, e dois resumos tornaram-se artigos científicos publicados, aos quais tive acesso nos periódicos pesquisados. Então, na verdade, sobraram 17 resumos, cujos artigos científicos poderiam ter se tornado *corpus*<sup>19</sup> deste estudo. Destes, obtive dos autores sete artigos científicos.

As informações necessárias para a coleta dos dados dos periódicos de enfermagem foram retirados de suas contra-capas ou de seus sites correspondentes. Também obtive informações por meio de respostas de e-mail enviado a especialista no assunto. Os periódicos utilizados neste estudo foram:

---

<sup>19</sup> Na compreensão de Bandin (1977) o *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

- **Texto e Contexto Enfermagem**, originária do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, destinando-se à publicação da produção técnico-científica da área da saúde e da enfermagem. Iniciada em 1992, hoje quadrimestral, cada número focaliza uma unidade temática, definida pelo conselho editorial, tendo em vista a relevância do tema no contexto atual da profissão em nível nacional e internacional. Classificada na CAPES (MANCIA, 2002) como sendo C – internacional. É indexada nas bases de dados LILACS, BDENF e mais recentemente no CINAHL e no CUIDEN.
- **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, divulga a produção científica da Escola de Enfermagem da USP. Iniciada em 1967, é trimestral. Classificada na CAPES (MANCIA, 2002) como sendo C – internacional. É indexada na MEDLINE, LILACS e BDENF.
- **Revista Gaúcha de Enfermagem**, da Escola de Enfermagem da UFRG. Publica trabalhos de interesse da enfermagem. Teve início em junho de 1976, é semestral, apresenta seu sumário na contra-capa externa, o que facilita a consulta dos seus artigos publicados. Classificada na CAPES (MANCIA, 2002) como sendo C – internacional. Está indexada no LILACS e na MEDLINE.
- **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. RENE**, publicação da Rede de Enfermagem do Nordeste e do Departamento de Enfermagem da UFC, semestral. Foi criada em 2000. Classificada na CAPES (1999) como sendo C – nacional. Está indexada no LILACS.
- **Revista Enfermagem – UERJ**, publicada pelo Órgão do Núcleo de Pesquisa e Editoração da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em co-edição com o Departamento de Extensão da UERJ e Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Classificada na CAPES (1999) como sendo B – nacional. É semestral. É indexada no LILACS. Teve início em junho de 1993.
- **A Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**, criada em 1932 e denominada *Annaes de Enfermagem*, depois *Anais de Enfermagem* e, a partir de 1955, passou a denominar-se *Revista Brasileira de Enfermagem*. É o órgão oficial de divulgação da ABEn, é bimestral, tendo por finalidade divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber que seja de interesse da enfermagem. Foi classificada na CAPES

(MANCIA, 2002) como sendo C – internacional. Está indexada no LILACS, BDENF, MEDLINE/INI, CINAHL.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem publicação oficial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que é Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem e visa à divulgação de conhecimento científico nesta área do saber. É bimestral e teve início em janeiro de 1993. Classificada na CAPES (1999) como sendo B – internacional. Indexada no LILACS, MEDLINE, CINAHL E BDENF.

Foram consultados 186 números de revistas de enfermagem, dos quais: 36 números da Revista Texto e Contexto em Enfermagem, 29 números da Revista de Enfermagem da USP, 19 números da Revista Gaúcha de Enfermagem, dois números da Revista de Enfermagem da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), 19 números da Revista de Enfermagem da UERJ, 30 números da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), 39 números da Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 números da Revista Baiana de Enfermagem. Identifiquei 97 artigos sobre enfermagem gerontogeriatrica, dos quais *nove* artigos relacionados ao ensino da enfermagem gerontogeriatrica. A Revista Baiana de Enfermagem não pôde ser incluída no estudo por encontrar-se incompleta, no local de coleta de dados e a pesquisadora não ter conseguido obter os números em falta.

A seguir apresento o quadro 3 sobre a distribuição quantitativa dos artigos científicos publicados por enfermeiros, relacionados a gerontogeriatrica e seu ensino na enfermagem, nos periódicos da enfermagem brasileira.

PERIÓDICOS	TEMAS		
	Enfermagem Gerontogeriatrica	Ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica	TOTAL
Revista Texto e Contexto em Enfermagem	60	6	66
Revista da Escola de Enfermagem da USP	8	1	9
Revista Gaúcha de Enfermagem	6	–	6
Revista de Enfermagem da UERJ	6	–	6
Revista de Enfermagem da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE	1	–	1
Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN	9	–	9
Revista Latino- Americana de Enfermagem	3	–	3
TOTAL	88	9	97

**Quadro 3** – Distribuição quantitativa dos artigos científicos publicados por enfermeiros, relacionados a gerontogeriatrics e seu ensino na enfermagem, nos periódicos da enfermagem brasileira, 1991 - 2000, Brasil.

A Revista Texto e Contexto em Enfermagem demonstrou um grande número de artigos científicos, resumos e resenhas críticas publicados sobre enfermagem gerontogeriatrica e sobre o ensino desta área de saber da enfermagem. Um número especial sobre idoso, envelhecimento e velhice surgiu após a realização da I Jornada de Enfermagem Geriatrica e Gerontológica, de 28 a 30 de março de 1996, em Florianópolis, o que contribuiu para aumentar o número de comunicações científicas sobre gerontogeriatrics.

A Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) apresentaram o mesmo número de

artigos científicos sobre a temática pesquisada. A Revista Gaúcha de Enfermagem mais recentemente começou a oportunizar a publicação de trabalhos referentes às questões do idoso, do envelhecimento e da velhice, divulgando artigos científicos de enfermeiros gerontogerítricos atuantes na área e procedentes de todo o país.

A Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) tem um número considerável de artigos completos ou de resumos publicados acerca do idoso, do envelhecimento e da velhice. A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Revista RENE), é uma publicação recente, mas já vem garantindo espaço para artigos científicos sobre a gerontogeriatría.

A Revista Latino-Americana, oriunda da Escola de Enfermagem, da USP de Ribeirão Preto, considerando-se sua tiragem e abrangência de seus artigos científicos em um número importante de banco de dados e a existência de um grupo de estudos e pesquisa relacionado ao idoso na própria instituição, vem divulgando pouco a temática sobre idoso, envelhecimento e velhice.

No estudo de Silva e Fraga (1999), dentre as áreas emergentes de pesquisa em enfermagem, assim consideradas por elas pelo pouco volume de trabalhos divulgados: saúde do idoso, bioética, saúde da família, saúde do adulto, práticas alternativas, informação e informática - a saúde do idoso é a que mais desperta o interesse dos enfermeiros brasileiros. Porém, as mesmas autoras consideram ainda que exista pouca sensibilidade dos enfermeiros para esta temática, a qual diz respeito a uma população em crescimento acelerado no país e por ser o Brasil um *locus* satisfatório de pesquisas envolvendo a população idosa.

Complementando, Silva e Fraga (1999) relatam que a prática da pesquisa na saúde do idoso exigirá um conhecimento novo e específico para a enfermagem. Elas chamam atenção para o fato de que se torna possível que os órgãos formadores de profissionais da enfermagem, além das instituições onde atuem enfermeiros assistenciais, implementem pesquisas que gerem conhecimento sobre o tema, expondo suas experiências e tecnologias adequadas aos novos paradigmas sobre idoso, envelhecimento e velhice.

Concordo com Leite (2000) quando chama atenção para que a pesquisa em enfermagem apresenta as seguintes características: tem pouco tempo de existência no Brasil, um grande número de estudos descritivos e exploratórios, necessitando tais estudos serem continuados para que se aprofundem e alcancem soluções mais

contundentes nos problemas identificados nos serviços de saúde e nas instituições do ensino superior; apresentam lacunas enormes a serem preenchidas, como por exemplo, poucas linhas de pesquisa sedimentadas, temáticas ainda não exploradas e outras insuficientemente abordadas. No meu entender, estas colocações apresentam um grande significado: precisamos pesquisar mais, não só quantitativamente, mas, principalmente de forma qualitativa na enfermagem e mais ainda na enfermagem gerontogeriatrica.

### 2.3.2 Processo de Análise dos Dados

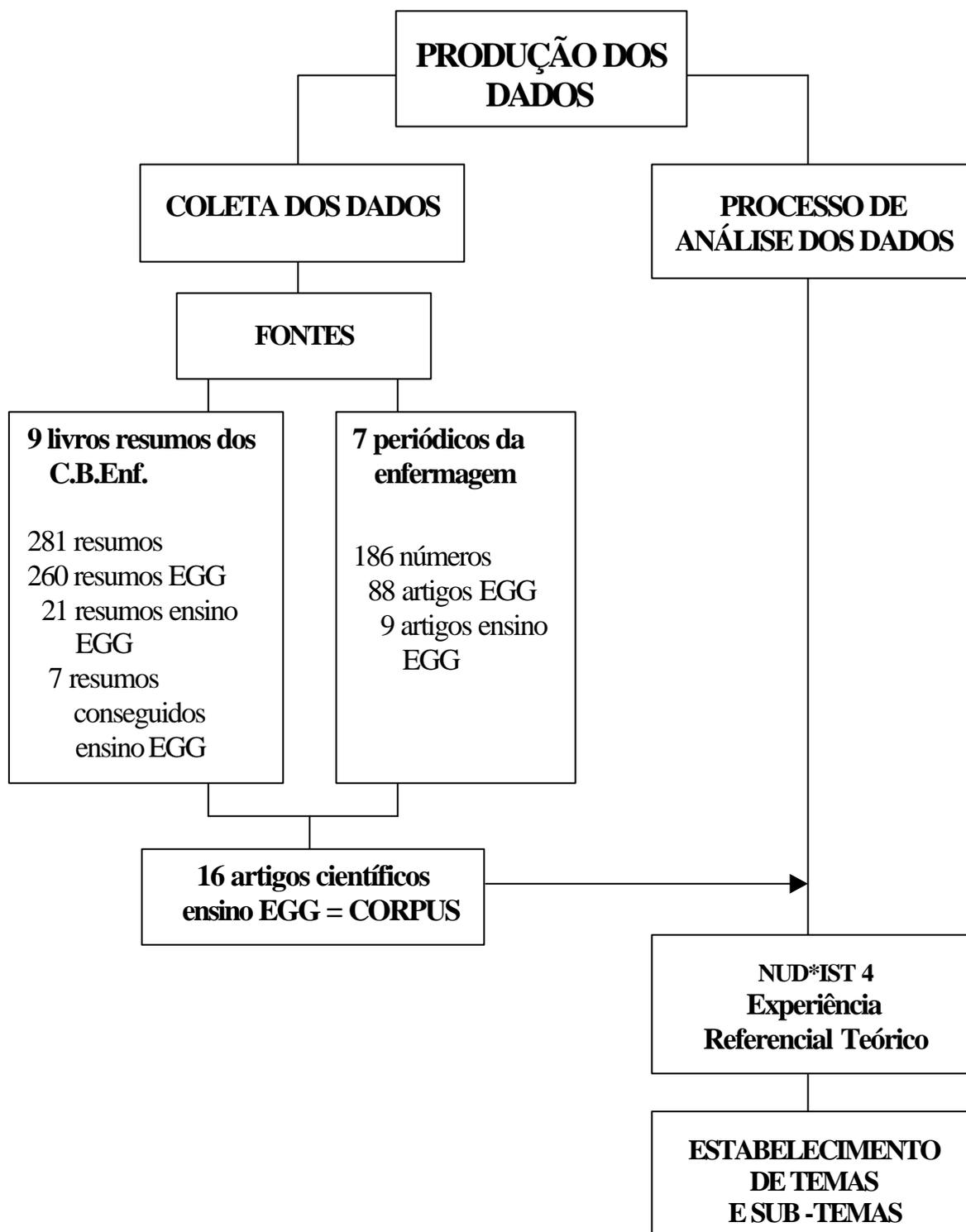
Dos 21 resumos apresentados nos congressos e dos nove artigos publicados sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, em cursos de graduação (Apêndice B), resultaram 16 artigos científicos na íntegra (Apêndice C), que se tornaram o *corpus* deste estudo. Utilizei o software para análise de dados qualitativo, denominado QRS-NUD\*IST4 (Qualitative Research and Solutions)<sup>20</sup>. Para tanto, os 16 artigos científicos foram digitados e introduzidos no programa.

Considerei satisfatória a amostra de 16 artigos científicos, a partir de Minayo (1994), quando lembra que os dados tornam-se suficientes quando começam a reincidir, e quando o conjunto das informações possibilita a apreensão de semelhanças e diferenças contendo as expressões que se pretendia objetivar com a pesquisa, ou seja, a saturação dos dados direciona a análise.

Empreendi a análise dos dados utilizando o QRS-NUD\*IST4, que me auxiliou na escolha dos temas e sub-temas e, tendo como base o referencial teórico e a minha experiência prévia, busquei a "descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado" (MINAYO, 1994, p. 74). Assim sendo, estabeleci conexões e relações entre os discursos dos autores sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, na graduação de enfermagem, e o referencial teórico adotado, além da minha prática profissional, formando uma rede de vivências, opiniões e expectativas sobre o objeto do estudo. Apresento, a seguir, o diagrama 1 sobre a produção e análise dos dados.

---

<sup>20</sup> O nome do programa é uma sigla que significa: *Non-numeric and Unstructured Data – Index, Searching and Theorizing*, isto é, dados não numéricos e não estruturados, que se possa indexar, buscar e a partir deles, teorizar. Tal programa é projetado de modo a permitir o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de idéias e/ou teorias sobre os dados (MÁXIMO, 2002).



EGG = Enfermagem Gerontogeriatrica

Diagrama 1 - Representação esquemática da produção dos dados, Brasil, 1991 - 2000.

## CAPÍTULO 3

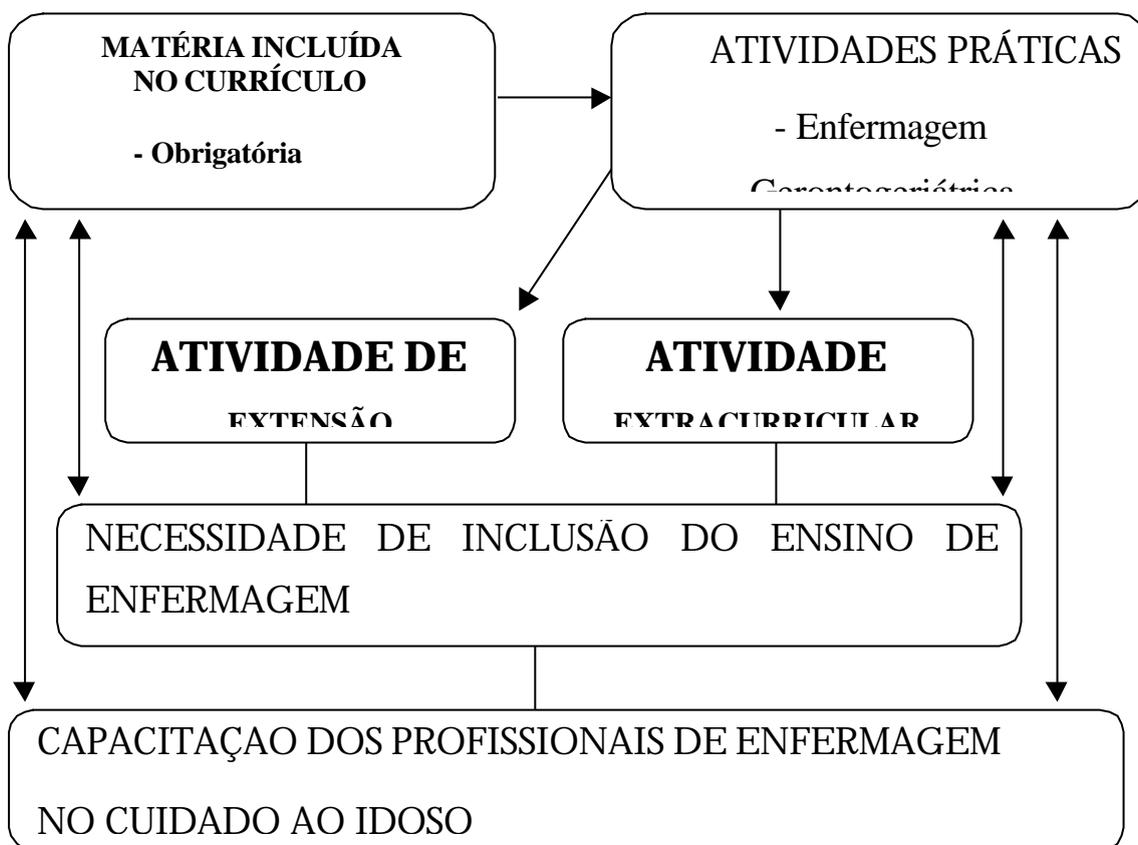
# CARACTERÍSTICAS DO ENSINO DE ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA

*Temos necessidade de nos projetar num futuro possível, ainda que improvável hoje. Mas deveríamos poder viver sem sacrificar o presente pelo futuro, nem precisarmos abandonar o passado. Temos necessidade de conservar uma herança cultural e a fidelidade a nossas raízes. Devemos, de qualquer forma, conquistar nosso presente, isto é, viver de forma não apenas utilitária e funcional, mas também de forma poética, o estado poético sendo aquele em que alcançamos o amor, a comunhão, a festa, a alegria, e que culmina no êxtase (MORIN, 2000b, p. 247).*

Neste capítulo, apresento as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação no Brasil, no período de 1991 a 2000, considerando as formas de condução e conteúdos identificados. Estas características são apresentadas por meio de diagramas, emergidos do NUD\*DIST4, seguidos de discussão e interpretação.

Para apresentar os resultados, utilizei parágrafos identificados nos artigos científicos pesquisados por meio do NUD\*DIST4. Procurei compor um texto aonde fui introduzindo as unidades significativas, retiradas dos artigos investigados, inclusive mantendo, sempre que possível, sua própria apresentação gramatical, realizando uma interconexão entre minhas idéias, reflexões e comentários, em um exercício difícil e arriscado. Procedi desta forma no intuito de instituir um significado de co-autoria, produzindo com os autores. Das redes lançadas e interconexões estabelecidas, retirei trechos significativos que aparecem com destaque gráfico (itálico). Dentro dos parágrafos, os temas aparecem em caixa alta, os sub-temas em itálico e grifados, estando todos estes elementos inter-relacionados em um novo texto como os fios em um tecido.

### 3.1 Condução do Ensino



**Diagrama 2** – Formas de condução do ensino de enfermagem gerontogeriatrica nos artigos científicos pesquisados, Brasil, 1991 - 2000.

O ensino por meio de MATÉRIA INCLUÍDA NO CURRÍCULO de gerontogeriatrica foi verificado, no período pesquisado. Encontrei artigos científicos que diziam respeito à introdução da enfermagem gerontogeriatrica, de forma *obrigatória*, no ensino da graduação, mesmo considerando-se que até recentemente, os curso de enfermagem sob vigência da Resolução do Conselho Federal de Educação n.º 4/72, que fixava os mínimos do conteúdo e duração do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia, com base na Lei n.º 5540/68 não contemplava conteúdos específicos sobre a atenção à saúde do idoso. Estes conteúdos poderiam estar inseridos nas diferentes matérias a critério de cada curso. [...] Após anos de estudos, foi proposto um novo currículo. [...]. Entretanto, quando publicado sob forma da Portaria n.º 1.721/94, [...] ficaram assim redigidos: 'nesta área compreendendo 35% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual coletivo prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico

*e o quadro sanitário do País/Região/Estado. [...] o termo 'idoso' foi excluído (DIOGO; DUARTE, 1999).*

A publicação da Portaria n.º 1721 de 15/12/94 trouxe perdas à formação dos futuros profissionais de enfermagem, no que se relaciona ao ensino sobre idoso, envelhecimento e velhice. Escolas que ministravam este ensino, cujos líderes administrativos passaram a seguir a legislação e, com o apoio da comissão de mudança curricular, retiraram de suas novas grades curriculares os conteúdos inseridos sobre tal temática em matérias diversas. Isto aconteceu até mesmo em matérias obrigatórias que vinham sendo oferecidas e eram procuradas pelos alunos, há quatro semestres, como é possível verificar em um dos artigos científicos pesquisados: *essa estratégia de ensino [desenvolvida na enfermagem geriátrica e gerontológica] tornou-se um desafio, para os professores e discentes do curso de enfermagem, já que a partir da última revisão curricular esse conteúdo estaria excluído do processo de formação do futuro profissional de enfermagem (SANTOS, I., 1999).*

Porém, outros cursos de enfermagem, mesmo antes de ser estabelecida a Portaria n.º. 1721 de 15/12/94, já apresentavam uma consciência mais alerta sobre o aumento do número de idosos brasileiros e a necessidade de incluírem conteúdos sobre esta temática no currículo. Assim, *os problemas relacionados à população que envelhece, já sensibilizam as universidades brasileiras que estão desenvolvendo muitos trabalhos de apoio, pesquisa e extensão nessa área. A UFSCar, através do Departamento de Enfermagem, também já vem atuando em atividades com o idoso, no curso de graduação, na Enfermagem na Saúde do Idoso, de caráter obrigatório, a partir de 1987 (SILVA; BRÊTAS, 1997).*

Acerca do ensino por meio de ATIVIDADES PRÁTICAS, verifiquei que os artigos que discutiram sobre a Enfermagem Gerontogeriatrica ministrada de forma obrigatória apresentaram a matéria tanto no seu conteúdo teórico quanto no seu conteúdo prático. De forma mais direta, um dos artigos descreve as atividades práticas realizadas em um *grupo de terceira idade*, mostrando a importância de correlacionar teoria e prática no ensino das diversas áreas para os futuros enfermeiros, principalmente de uma área do conhecimento emergente, como é o caso da gerontogeriatrics na enfermagem. Esta experiência foi assim descrita: *no primeiro semestre de 1998 realizamos a prática de Enfermagem e Saúde do Idoso*

*em quatro grupos de terceira idade subsidiados pela Legislação Assistência de Recife (LAR), órgão da Prefeitura de Recife [através da realização de um curso para os idosos]. O curso foi denominado Autoconhecimento para um Envelhecimento com Qualidade, o qual já funcionava como curso de extensão universitária permanente na FENSG - UPE (SANTOS; SENA, 1998).*

Nos artigos, comprovei que outras matérias, tais como enfermagem em médico-cirúrgica, fundamentos em enfermagem, enfermagem em saúde pública e enfermagem nas intercorrências clínicas apresentaram atividades teóricas e/ou práticas abordando o idoso, o envelhecimento e a velhice. Evidenciei que a existência deste ensino, só foi possível graças à sensibilidade e interesse na temática, demonstrada por alguns professores de áreas diversas, quanto à necessidade de inserção dos temas relacionados ao idoso, ao envelhecimento e a velhice no ensino de graduação em enfermagem. Este fato foi verificado em um dos artigos pesquisados: *observa-se na maioria das vezes iniciativas individuais de professores que, sensibilizados ou conscientes sobre a problemática atual relacionada ao crescente número de idosos na população e as conseqüências sociais dessa explosão demográfica, acabam por inserir temas relativos a esta especialidade dentro de sua área de conhecimento ou em disciplinas sob sua responsabilidade (DIOGO; DUARTE, 1999).*

O ensino teórico e/ou prático sobre idoso, envelhecimento e velhice foi realizado também em matérias diversas, conforme apresento: *este trabalho trata-se de um relato de experiência com alunos de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), cursando a quinta fase, durante estágio supervisionado na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica I [...] (SANDRI, 1997).* Outro estudo: *Esta pesquisa teve como proposta compreender como foi para os alunos da 2ª série de graduação em enfermagem, cuidar de pessoas idosas em sua primeira experiência prática [enfermagem fundamental] (CASTRO et al, 2000).* Um terceiro estudo: *O ensino em gerontologia foi incorporado ao Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFESP em 1990, na disciplina de Saúde Pública (SILVA; BRÊTAS, 1997).* Mais outro artigo: *Nossa participação nos seminários da disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas, da V Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, [da UFSC] deu-se a partir do primeiro semestre de 1996, com o título de 'Necessidades Básicas de Saúde do Idoso sob o Ponto de*

*Vista Epidemiológico e Sociocultural, como Fundamentos para o Cuidado de Enfermagem'. [...] com uma carga horária de quatro horas-aula e [...] aula expositiva dialogada (SANTOS, S. M., 1999).*

Uma questão importante relacionada ao ensino da enfermagem gerontogeriatrica com conteúdos teóricos e/ou práticos inseridos em outras matérias, principalmente originários da sensibilidade e da preocupação de alguns professores, foi também colocada por Brêtas e Lestingi (1994) e dizia respeito a que não havia garantia de continuidade do ensino voltado ao idoso, envelhecimento e velhice, já que não era formalizado.

Ainda relacionada às atividades práticas, voltadas ao idoso, envelhecimento e velhice, desenvolvidas por matérias diversas, em um dos artigos pesquisados, um grupo de professores defende que o ensino da enfermagem gerontogeriatrica é, *necessariamente*, realizado durante tais atividades, pois *acreditam que os estágios e as práticas desenvolvidas em instituições de saúde, promovem, até pela sua própria contingência de demanda e presença maciça dos mesmos [idosos], uma necessidade do professor e aluno atenderem esta clientela (GONÇALVES; SAUPE; REIBNITZ, 1997)*. Ensinou-se sobre idoso, envelhecimento e velhice durante as aulas práticas e estágios por necessidade, já que uma grande parte dos doentes hospitalizados ou em tratamentos ambulatoriais, ou até mesmo em atendimentos nas unidades básicas de saúde eram idosos. Então, ao cuidá-lo, o professor *aproveitava* para passar informações aos alunos.

A questão é: *com que preparo (GONÇALVES; SAUPE; REIBNITZ, 1997) o professor realizava este ensino?* Será que só sensibilidade e interesse nas questões relacionadas ao idoso, envelhecimento e velhice são suficientes para um professor ter condições de ensinar um futuro enfermeiro a cuidar de um idoso? Entender a complexidade do processo de envelhecimento? Entender a multidimensionalidade da velhice de cada idoso? Considere a especificidade que cerca o ser humano idoso e que se deseja que ele seja cuidado considerando-se estas peculiaridades.

O Ensino por meio de ATIVIDADE DE EXTENSÃO permanente numa IES confirmou-se em um artigo científico, através da experiência do *Programa de Ensino e Assistência de Enfermagem Gerontológica na Favela 'Mãos Unidas'* [que] *teve início em 1995, com a finalidade voltada a desenvolver assistência primária de saúde a idosos no contexto domiciliar, propiciando o desenvolvimento de modelos*

*de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem para graduandos e pós-graduandos. Tem por objetivos a sensibilização de professores e discentes para: identificar e refletir sobre os principais problemas de saúde do idoso favelado; indicar alternativas de solução para esses problemas, envolvendo a população assistida; valorizar os preceitos humanísticos e éticos em suas relações com os idosos, suas famílias e comunidade (BRÊTAS et al, 1997).*

O Ensino por meio de ATIVIDADES EXTRACURRICULARES foi evidenciado em artigos científicos desenvolvidos por alunas que já tinham tido a matéria obrigatória voltada ao idoso, envelhecimento e velhice, e tiveram a supervisão indireta da professora da matéria cursada. A maior dificuldade enfrentada pelas alunas interessadas no referido estágio foi a de conseguir uma instituição asilar para desenvolvê-lo. Finalmente *após quatro tentativas negativas conseguimos um asilo, cuja administração local impôs várias condições para realização do estágio extracurricular, que foram aceitas; [...] iniciou-se o estágio com algumas restrições e posteriormente, pôde-se ter mais liberdade quanto à atenção junto às idosas asiladas.* Para estas alunas, os motivos para procurarem este estágio extracurricular foram paixão e sensibilidade pela temática e preocupação em aprender mais sobre o cuidado ao idoso, e ainda atendimento à sua necessidade de *testar os conhecimentos adquiridos durante a realização da matéria Enfermagem em Saúde do Idoso (PACHECO et al, 1998).*

A partir deste estágio extracurricular, as alunas perceberam que suas atuações positivas naquele estágio só foram possíveis porque, segundo elas: *cursamos a disciplina específica no cuidado ao idoso no nosso curso de graduação em enfermagem, o que achamos ser muito necessário ao futuro enfermeiro. Do nosso grupo [foram quatro alunas], pelo menos duas de nós pretendem atuar na enfermagem gerontogeriatrica (PACHECO et al, 1998).* Esta afirmação leva à reflexão de que uma matéria voltada às questões relacionadas ao idoso, ao envelhecimento e à velhice, na grade curricular do curso de enfermagem, termina por estimular os futuros profissionais a trabalharem nesta área após a formatura.

O tema NECESSIDADE DE INCLUSÃO DO ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL foi evidenciado nos artigos científicos investigados, quando os autores mostraram preocupação quanto às mudanças demográficas e epidemiológicas que vêm ocorrendo no país. O aumento

da população idosa e, principalmente, o aumento da demanda desta população por serviços de saúde vem tornando relevante à necessidade de incluir no currículo do curso de enfermagem as temáticas relacionadas ao idoso, envelhecimento e velhice.

Algumas sugestões foram postas, como por exemplo ministrar conteúdos gerontogeriátricos em várias matérias, ao longo de todo o curso de enfermagem: *[...] apresentar uma proposta de inclusão de conteúdos de gerontologia no currículo do curso de enfermagem [...]. Nesta, propúnhamos não uma disciplina específica de enfermagem gerontogeriátrica, mas que os conteúdos gerontológicos fossem abordados desde as disciplinas básicas até as disciplinas específicas do curso de graduação, de forma que o enfermeiro egresso [...] tivesse tido a oportunidade de adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades, atitudes e comportamentos que lhe possibilitassem refletir sobre seu processo de envelhecimento, trabalhar em programas de educação para um envelhecimento saudável e prestar uma assistência de qualidade a pessoas da terceira idade [...]. Em virtude de várias dificuldades, e dada à entrada em vigor da nova LDB, todo o processo anteriormente desencadeado foi temporariamente suspenso para que se pudessem fazer as adequações necessárias (SANTOS, S. M., 1999).*

Outra sugestão semelhante foi apresentada, após um estudo desenvolvido sobre o cuidado de enfermagem aos idosos que se submeteram a cirurgias: *[...] mostrou-se necessária à inclusão de conteúdos sobre cuidado ao idoso cirúrgico na disciplina de Enfermagem em Clínica Cirúrgica,[...]. A faculdade onde as autoras são professoras tem uma disciplina obrigatória e voltada a Gerontogeriatría, [...] porém esta disciplina [...] tem a sua ementa mais direcionada à promoção da saúde e à prevenção das doenças, não tendo então, carga horária suficiente para abarcar mais este conteúdo tão específico. Entendemos que conteúdos sobre cirurgias devam ser inseridos na disciplina Enfermagem em Clínica Cirúrgica e que nesta se possa estudar as questões cirúrgicas do ser humano em todas as suas faixas etárias (JATOBÁ; SANTOS, 2000).*

Ainda concordando com a distribuição das temáticas idoso, envelhecimento e velhice em todo o currículo de formação do enfermeiro, foi encontrado em um dos artigos investigados: *[que os professores pesquisados] não recomendaram a criação de uma disciplina específica à pessoa idosa. Antes, enfatizam a importância da inclusão de conteúdos em 'todas' as disciplinas, salientando características do idoso*

na anatomia, fisiologia, psicologia, etc., incorporadas nas matérias profissionalizantes, tanto nas [...] teóricas, quanto naquelas [...] práticas (GONÇALVES; SAUPE; REIBNITZ, 1997).

Um artigo que teve como objeto de estudo o cuidado familiar e o cuidado com o cuidador de idosos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), mostrou também que *no âmbito do ensino de enfermagem faz-se necessário a incorporação de conteúdos que levem o aluno a preocupar-se com os problemas eminentes que enfrenta a população idosa em nosso país, estimulando-os a intervir adequadamente no cuidado familiar. Essa intervenção não deve ser no sentido de substituir ou limitar as funções da família, mas sim se integrar a ela, valorizá-la e apoiá-la, com o objetivo de melhorar a qualidade [de vida] do cuidador, bem como na diminuição do impacto da doença sobre a vida do cuidador (ANDRADE; RODRIGUES, 1999).*

Quanto à preocupação na CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO IDOSO, alguns artigos científicos investigados, de forma mais contundente ou mais tímida, fizeram referência a esta inquietação. Porém as palavras *ensino* e *capacitação* por vezes se confundem, o que termina por deixar dúvidas quanto ao que os autores estão enfatizando. Entendo ser a capacitação um aprendizado mais informal, improvisado, assistemático; já ensino, é uma ação realizada por meio de uma estrutura formal, sistemática, regulamentada, inserida e organizada em uma grade curricular.

Um dos artigos relata a experiência descrita por um grupo de estudantes de enfermagem, realizando um estágio extracurricular numa instituição asilar, onde foi verificada a necessidade de capacitar os funcionários daquele serviço, afirmando: *fica evidente a necessidade de se promover estratégias de capacitação desse pessoal, pois assim poder-se-á fornecer uma boa qualidade de vida, bem estar geral e participação social aos idosos, a fim de que eles possam viver livremente e integrados, e nunca num mundo à parte, pois isto significa uma fonte permanente de solidão, depressão, isolamento e rejeição, e muitas vezes imbuídas de um só sentimento: a proximidade da morte (CARVALHO et al, 1998).* Então, para estas autoras, funcionários mais capacitados cuidam melhor dos idosos asilados, aumentando, assim, a qualidade de vida destes idosos.

Estas mesmas alunas, em outro estudo desenvolvido na mesma instituição, verificaram a necessidade da capacitação dos funcionários, usando como técnicas a observação e a entrevista. Elas partiram da prerrogativa de *que o ambiente das casas de repouso deve ser usado para maximizar as capacidades e o conforto do idoso, fornecendo segura assistência e privacidade [e] as informações fornecidas pelos idosos devem sempre que possível ser aproveitadas, respeitadas e atendidas (PACHECO et al, 1998)*. Mostram, assim, que só profissionais capacitados têm condições de entender as informações dos idosos e, o que é mais importante, têm condições de atender às necessidades destes idosos, a partir de suas informações.

Nos dois artigos científicos citados, o empenho das alunas foi além da verificação das deficiências dos funcionários, pois elas conseguiram *despertar o interesse dos dirigentes da instituição quanto à necessidade de profissionais habilitados para atuarem junto às idosas e também a importância de fazer uma reciclagem dos profissionais [...]*. *Curso com esta finalidade foi oferecido pela FENSG - Universidade de Pernambuco, com a participação dos autores deste estudo, onde alguns destes profissionais [do asilo onde foi realizado o estágio extracurricular] participaram (CARVALHO et al, 1998)*.

No final deste estudo, as alunas, além de perceberem a importância de capacitar os funcionários através de cursos de reciclagens, enxergando nos cursos oferecidos pelas universidades uma forma eficaz de treiná-los, também mostraram preocupação quanto à formação de profissionais da saúde, quanto ao acesso às informações e formas de adquirir conhecimentos relacionados ao idoso, ao processo de envelhecimento e à velhice. Assim, *estes futuros profissionais perceberão a necessidade de capacitação dos funcionários (CARVALHO et al, 1998)*.

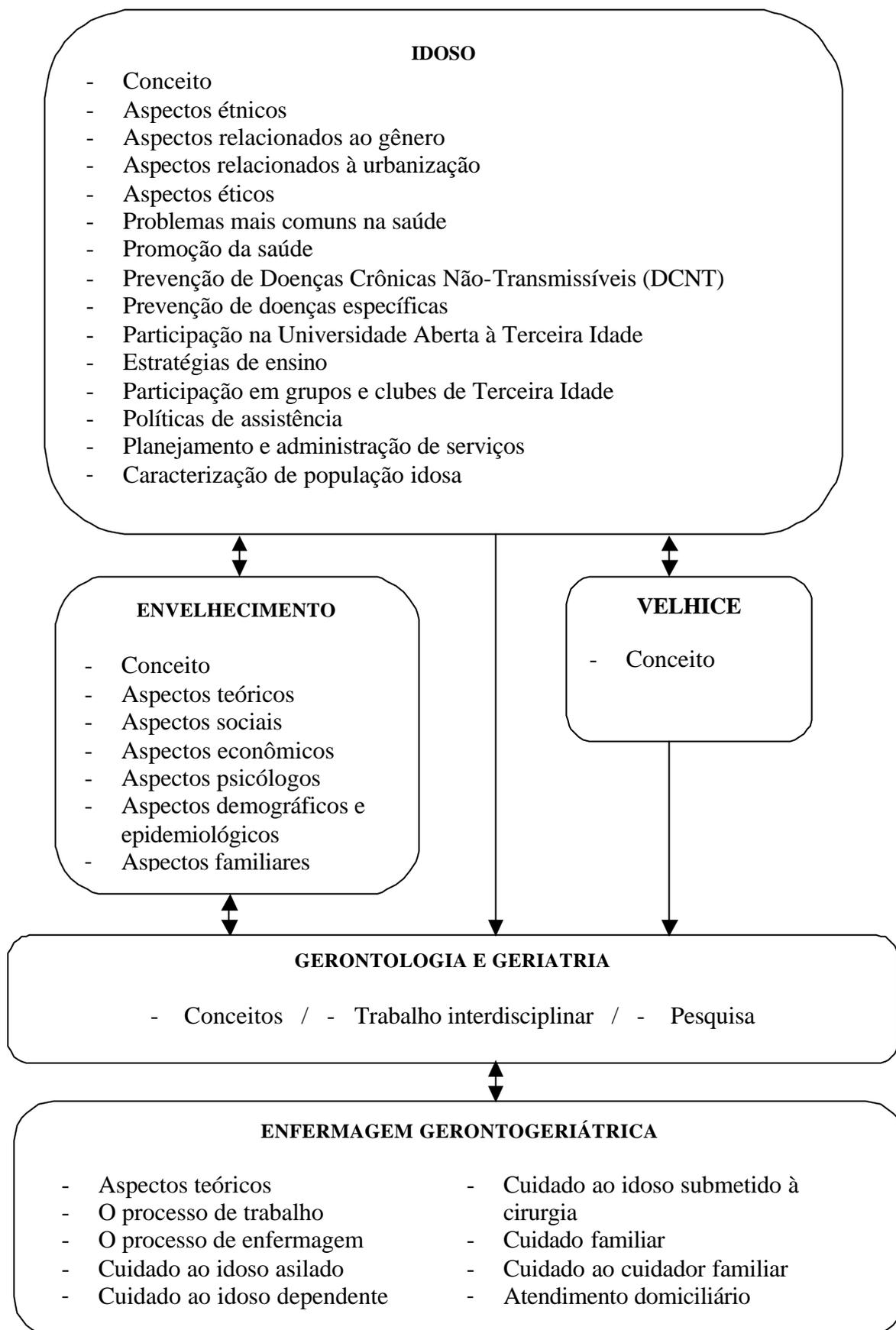
Em outro texto investigado, as autoras desenvolveram estudo voltado ao cuidado ao idoso em uma clínica cirúrgica, e perceberam que *com o aumento da idade estes idosos necessitaram de cuidados mais específicos, mostrando-se, cada vez mais necessária a capacitação dos profissionais da saúde e principalmente, dos enfermeiros, técnicos e auxiliares no cuidado a esta clientela (JATOBÁ; SANTOS, 2000)*. Percebi que as palavras ensinar e capacitar às vezes parecem se misturar e ter, neste caso, um mesmo objetivo (in)formar os profissionais sobre o cuidado ao ser humano idoso.

Um outro texto diz respeito à Política Nacional do Idoso, quando afirma que

[neste] documento [...], nas áreas de educação e saúde são sugeridas recomendações no sentido de habilitar mais especificamente os profissionais voltados ao atendimento desta população através de programas educativos de graduação e pós-graduação além de treinamentos específicos para a atualização e capacitação continuada das equipes profissionais de saúde envolvidas na gerência, planejamento, pesquisa e assistência aos idosos (DIOGO; DUARTE, 1999). Aqui fica mais claro que há necessidade de ensinar sobre idoso, envelhecimento e velhice, para que os futuros profissionais tenham condições de ministrar cursos de atualização e de capacitação nesta área, aos que trabalham, aos que cuidam dos idosos.

### **3.2 Conteúdos identificados**

Início esta reflexão com o Diagrama 3, relacionado aos conteúdos apresentados nos artigos científicos pesquisados sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica. Nos momentos que se seguem, não indico os parágrafos nos artigos científicos por autor(es), para evitar identificação dos mesmos, pois entendo que o que escrevemos há algum tempo muitas vezes nos deixa pensativos e com vontade de fazer um novo texto (refazer conceitos, ponderar reflexões); faço incursões sobre os artigos investigados de forma integrada, considerando as reflexões dos autores, os referenciais utilizados e atendo-me ao tema ou ao subtema estabelecido. Continuo usando destaque gráfico (itálico), para apresentar os trechos que foram retirados dos artigos científicos investigados.



**Diagrama 3** – Conteúdos identificados nos artigos científicos pesquisados, Brasil, 1991 - 2000.

Quanto ao tema IDOSO, foram estabelecidos vários sub-temas, conforme o Diagrama 3. Início a apresentação e discussão pelo Conceito de idoso, apresentado assim: *consideramos o conceito de idoso da OMS, para quem, o ser humano idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são considerados idosos aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65anos e mais.* Neste conceito, verifiquei que este autor e outros, utilizando citação de citação, fazem referência à Organização Mundial da Saúde (OMS), como tendo criado os critérios cronológicos para determinar quem é idoso. Porém essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) (1982), através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos.

Encontrei que *os últimos dados da Contagem Populacional, realizados em 1996, mostraram que a população brasileira contava com aproximadamente 8,4 milhões de idosos (pessoas com mais de 65 anos de idade) naquele ano,* estabelecendo uma base cronológica para o conceito de idoso para o Brasil - ser maior de 65 anos. Na Constituição da República Federativa do Brasil, segundo Martinez (1997), o idoso é lembrado de várias formas, como: na dignificação do ser humano, na promoção do bem-estar, na assistência judiciária, no cumprimento de pena, na indistinação salarial, no não pagamento do imposto de renda referente a aposentadoria e pensões, na assistência social e com referência a outros temas, sempre responsabilizando a família, a sociedade e o Estado por eles, amparando-os, defendendo sua dignidade e garantindo-lhes o direito à vida. Porém, no inciso 2º, do artigo 230, está determinado que aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1990). Ora, se a Política Nacional do Idoso, seguindo os pressuposto da ONU, estabelece, no seu capítulo I e artigo 2º que se considera idoso, para os efeitos da Lei 8.842/94, o maior de 60 anos de idade (BRASIL, 1997), há uma certa discordância, ou falta de clareza quanto a quem seja idoso no país, e isto de certa forma termina por confundir os professores.

Em outro artigo, verifiquei que *o idoso não pode ser considerado um 'velho adulto', ao contrário, são indivíduos que requerem abordagens específicas advindas de conhecimentos profundos dos efeitos fisiológicos, psicológicos, sociológicos e*

*patológicos do envelhecimento sobre os seres humanos. E outro autor complementa que [...] a reserva funcional do ser humano diminui gradativamente com o passar dos anos. Sendo assim, os idosos tornam-se freqüentemente mais suscetíveis às doenças ou aos agravos à saúde.*

Quanto aos Aspectos étnicos relacionados ao idoso, um artigo científico, cujo trabalho foi realizado, em um hospital universitário, em Recife, PE, registrou que *60,0% dos idosos admitidos na clínica cirúrgica, em 1999, foram de etnia negra.* Resultado que não confere com estudos realizados por Berquó (1999), no qual 60,0% dos idosos brasileiros são brancos, 38,0% são negros e 1,0% são asiáticos e índios, justificando-se estes achados pelo fato de que a grande maioria da população negra do país pertence aos estratos mais pobres da população geral, desde muito tempo, contribuindo para que sejam poucos os negros que atingem à velhice. No meu entender, a pesquisa realizada em Recife mostrou alguma dificuldade metodológica, talvez relacionada a quem preencheu a ficha de identificação dos idosos, a qual foi a fonte de dados deste estudo.

Em relação aos Aspectos relacionados ao gênero, foi verificado, em um dos artigos investigados que o número de idosas é maior do que o de idosos, ou seja, *dos [...] sujeitos participantes do estudo verificamos que estes [eram] todos do sexo feminino.* Na compreensão de Berquó (1999), a feminização do envelhecimento é um fenômeno comprovado e vem ocorrendo desde o final da década de 1980, mas há muito tempo tem sido superior, no país, o número absoluto de mulheres idosas, quando comparado com os homens idosos. É importante perceber que este déficit dos homens idosos acentua-se mais à medida que a idade avança. Considero importante conhecer a distribuição dos idosos por sexo para a implantação e implementação de políticas sociais, em especial, as de saúde.

Nos Aspectos relacionados à urbanização, encontrei em um artigo científico que *a procedência dos idosos submetidos à cirurgia era a cidade, ou seja, uma grande parte dos idosos brasileiros reside na área urbana.* Para Berquó (1999), a concentração de idosos nas áreas urbanas está presente em todas as grandes regiões do país, ocorrendo o oposto no meio rural. Não se pode deixar de destacar a migração campo-cidade, que desempenhou um importante papel na interpretação desses resultados, pois em décadas passadas a mortalidade no meio rural era mais acentuada, fazendo com que o número de idosos sobreviventes da cidade fosse

maior. Importante considerar ainda que a concentração de idosos nas áreas urbanas deve prevalecer, direcionando os governantes e a sociedade a aparelharem as cidades para poder oferecer recursos de variadas ordens demandadas pelos idosos e que esta atenção estenda-se à área rural.

Quanto aos Aspectos éticos relacionados ao idoso, verifiquei em um dos textos analisados, o seguinte: *precisamos considerar que, quando empregamos técnicas assépticas nesses procedimentos [cirúrgicos], os riscos aos quais o cliente é exposto podem ser minimizados*. Esta é mais uma questão ética do profissional da saúde e principalmente do profissional de enfermagem: expor, o mínimo possível o ser cuidado, principalmente o idoso às infecções, utilizando técnicas adequadas.

Dentre os Problemas mais comuns da saúde do idoso, evidenciei: [...] *as doenças que contribuem para alterar a qualidade de vida são aquelas denominadas de incapacitantes, por impingirem falência social às pessoas envolvidas. O impacto destas doenças atinge o idoso, a família e a própria sociedade, alterando o curso normal da vida [...] interferindo na satisfação das necessidades básicas do indivíduo acometido, [...] nas atividades cotidianas de sua família*. E no mesmo artigo analisado encontrei que *entre as doenças mais conhecidas como geradoras desta situação, enquadram-se as demências, em particular a do tipo Alzheimer, a doença de Parkinson, o Acidente Vascular Cerebral e outras*.

A proporção de óbitos por causas mal definidas entre os idosos é elevada, as principais causas de morte dos idosos brasileiros estão relacionadas às doenças cardiovasculares (DCV), às doenças respiratórias e doenças neoplásicas. Está havendo uma redução da morbi-mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em parte relacionada à melhoria das condições de saúde da população idosa. E, por outro lado, está havendo um aumento das causas externas no adoecer e morrer do idoso brasileiro (acidentes de trânsito, violência urbana e outras) (CAMARANO, 2002).

Quanto à Promoção da saúde do idoso encontrei: *os grupos de estudo e pesquisa em gerontologia têm como principal preocupação a promoção da saúde dos que estão envelhecendo [...] as instituições e serviços que atendem os idosos necessitam voltar-se às ações relacionadas à promoção da saúde*. Há necessidade de adaptar os serviços de saúde, de modo que sejam seus objetivos: manter a

capacidade funcional do idoso, realizar o atendimento domiciliário e manter a maior independência possível do idoso assistido.

Na compreensão de Ramos (2002), a manutenção da capacidade funcional é uma atividade interdisciplinar que requer profissionais treinados, esperando-se que esse treinamento ocorra através da abertura de disciplinas nas universidades, de residências e de linhas de financiamento a pesquisas relacionadas à área da gerontogeriatrics. Para avaliar a capacidade funcional do idoso há necessidade de instrumentos multidimensionais que possam identificar as questões sociodemográficas, a subjetividade, a saúde física, a saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), os níveis de dependência e o suporte familiar e institucional do idoso avaliado, e tanto a aplicabilidade, quanto a leitura destes instrumentos requerem profissionais capacitados e ação de uma equipe interdisciplinar.

Quanto à Prevenção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no idoso, foi possível verificar nos artigos investigados que *o Estado necessita aplicar estratégias para prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e das outras intercorrências que possam acometer os idosos, proporcionando a esta clientela a prevenção de incapacidades, da perda da autonomia e a manutenção da qualidade de vida. E ainda que [...] o indivíduo idoso convive com uma ou mais doenças de especificidade crônica. [...] podemos inferir que a qualidade de vida da população idosa está ameaçada se considerarmos a saúde como um dos seus indicadores. As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), além de representarem um risco de vida, são ameaças constante à manutenção da autonomia e da independência do idoso. Com o passar dos anos, o idoso tem a possibilidade de maior prevalência e incidência de DCNT, o que concorre para a maior concentração de atendimentos em torno de pessoas de mais de 60 anos, nos serviços de saúde.*

Em relação à Prevenção de doenças específicas no idoso, e em especial àquelas que têm mais relação com a velhice, tais como a depressão, as demências – enfatizando-se a demência do tipo Alzheimer – e a doença de Parkinson, encontrei nos artigos científicos analisados que um dos objetivos de um curso ministrado aos próprios idosos era *estimular a prevenção e controle de doenças que podem*

*acometer os idosos, priorizando a depressão e a doença de Alzheimer, através de sensibilização a eles próprios e à equipe de enfermagem.*

No entendimento de Ramos (2002), há comprovação de que o grau de desenvolvimento intelectual, verificado por meio do nível de educação formal, seja um fator ligado ao potencial de risco para perdas cognitivas e para o surgimento de quadros demenciais. Deste modo, entendi que, como existe um grande número de idosos brasileiros, principalmente mulheres, que não tiveram acesso à educação formal, não lêem e não escrevem, ou fazem isto com limitações, é esperado, para breve, o aumento do número de idosos com quadros demenciais e, em consequência disto, o aumento da demanda por atendimento para idosos nos serviços de saúde, que precisam estar adequados e com profissionais preparados para atendê-los.

Um dos artigos analisados descreveu a Participação na universidade aberta à terceira idade pelos idosos, apresentando que *em algumas universidades foi criada a Universidade para a Terceira Idade*. As universidades abertas à terceira idade (UnATI) são recursos importantes, surgidos a partir de grupos de estudo e pesquisas, ou através de atividade de extensão, e tendo como objetivo não só socializar o idoso, mas ajudá-lo a desenvolver-se como ser no mundo, ou seja, um ser humano com referências e tendo seu espaço e suas opiniões respeitadas.

Quanto às Estratégias de ensino para idosos, verifiquei que *o objetivo primordial do curso [ministrado para maiores de 50 anos] [...] é promover discussão sobre o processo de envelhecimento com a finalidade de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônico-degenerativas aos maiores de 50 anos, estimulando-os a envelhecerem com melhor qualidade possível. A clientela tida como população-alvo deste curso são as pessoas com 50 anos e mais, pois entendemos que quanto mais cedo uma pessoa começar a preparar-se para a velhice, melhor qualidade de vida ela terá.*

É um mito pensar-se que o idoso aprende menos por conta da degeneração cerebral, pois o desenvolvimento do cérebro é orgânico e social, ou seja, a estimulação social e a convivência grupal, auxiliam na regeneração do cérebro, ainda mais quando ligadas ao prazer de viver e conviver. Considere-se o papel das emoções, da cultura, da organização social, do trabalho e das atividades de lazer no desempenho do processo cognitivo dos seres humanos. O idoso-aluno participante

e envolvido nas atividades, nas propostas da UnATI, terá um resultado mais satisfatório quanto à execução, resolução, apreensão do conhecimento novo e, a sua memória reterá por mais tempo as informações adquiridas e processadas.

Na compreensão de Lima (2001), a plasticidade do cérebro é de um valor incalculável para qualquer ser humano que assuma uma proposta para sua regeneração. E um meio eficaz de fazer isto é facilitando as conexões entre os dendritos, que se realiza quando pensamos. Então, pensar é um excelente exercício cerebral. Esta afirmação é corroborada por Chopra (1995), quando afirma que qualquer que seja a idade do ser humano, seu corpo e sua mente não passam de uma minúscula fração das possibilidades ainda abertas, que apontam para um número infinito de novas habilidades, *insights* e realizações futuras.

Em relação à Participação em grupos e clubes de terceira idade pelo idoso, identifiquei que: *os grupos de terceira idade, têm um papel especial na vida dos seus participantes, pois é através deles que [...] procuram ajudar-se para obterem uma qualidade de vida melhor. [...] a principal motivação do idoso a participar do curso [o curso foi desenvolvido no grupo] é adquirir conhecimento, isso mostra que mesmo com todo o conhecimento que possui com o passar dos anos, o idoso não quer deixar de aprender, conhecer mais para melhorar sua condição de vida e manter a sua posição social. Encontrei ainda que muitos idosos buscam no grupo um segundo lar, onde a motivação de sair de casa foi um dos itens ressaltados entre eles, isso mostra o descaso que a sociedade e a família têm para com o idoso que não recebe o seu apoio. [...] o grupo de idosos representa um espaço de ampliação de relações extra familiar, oportunizando seus integrantes dedicarem-se à atividade de lazer.*

Em relação às Políticas de Assistência ao idoso, verifiquei que há *despreparo dos órgãos dirigentes de nosso país para compreender a gravidade da situação do idoso nos dias atuais e buscar soluções para problemas que os afetam, mostrando que os nossos sistemas sociais ainda estão estruturados para proteger as populações jovens ativas e produtivas, rejeitando as mais velhas por conta de sua decadência física, psicológica e social.*

Em outro texto encontrei que *[...] apesar das ações isoladas e mesmo tímidas tentativas de estabelecer políticas de apoio aos idosos pouco se tem conseguido para garantir condições mínimas de qualidade de vida para os mesmos. Vê-se na*

*realidade um aumento da marginalização social, abandono e maus tratos aos idosos, sendo estes confinados em instituições asilares.* Esta é a realidade a que nos deparamos no cotidiano, na mídia e estas imagens nos deixam cada vez mais conscientes da responsabilidade de cada um de nós e de todos nós diante do aumento da população idosa brasileira e mundial.

Na temática *Instituições e Serviços* direcionados ao idoso, foram encontrados vários textos relacionados ao asilamento de idosos. Identifiquei como definição da instituição asilar: [...] *o atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.*

Preocupados com a heterogeneidade dos asilos, alguns membros da SBGG – secção Pernambuco - promoveram, em agosto de 1998, o 1º Encontro Pernambucano das Instituições Geriátricas, Idosos Residentes e seus Familiares e neste evento foi criada a Associação Brasileira de Familiares de Idosos Residentes em Instituições Geriátricas (ABRAFI), um fórum de discussão permanente voltado à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos nos asilos. Nos Congressos Brasileiros de Geriatria e Gerontologia, principal evento da SBGG, este fórum tem assento assegurado por discussões voltadas ao que é denominado: Instituições de Longa Permanência, quando é possível perceber saídas para problemas como o encontrado em um dos artigos pesquisados: [...] *a clínica geriátrica [asilos] tem sido vista como um lugar e também uma especialidade cheia de desafios intelectuais na qual a realização profissional raramente é alcançada, isto talvez reforçada pela ausência de conteúdo nos cursos de formação profissional.*

Outra questão diz respeito ao *amparo e proteção aos idosos, que por motivos econômicos ou afetivos, não tem onde ou com quem morar, torna-se cada vez mais grave no país, em parte porque há poucas instituições, em parte porque a qualidade da assistência prestada por estas instituições é muitas vezes discutível em virtude principalmente da falta de recursos materiais e humanos.* No Art. 18 do Decreto 1.948/96 (BRASIL, 1997), é estabelecida a proibição da permanência de idosos em asilos, quando acometidos por doenças que necessitem de assistência médica constante ou de assistência de enfermagem intensiva. É até aceitável que problemas mais graves de saúde necessitem de hospitalização, isto para todos os seres humanos, mas lembrando que, em muitos casos, o asilo é a *residência* do

idoso, penso que seja recomendável que este continue sendo cuidado no próprio asilo até quando seja possível, pois é esta a orientação da Política Nacional do Idoso: manter o máximo possível o idoso no seu domicílio.

Com o mesmo entendimento, o Art. 27º da Norma Técnica Especial (NTE) sobre o funcionamento, controle e fiscalização de estabelecimento de hospedagem para idosos, n.º 1/97 (RECIFE, 1997), através da Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária, de Recife/PE estabelece que, quando houver mais de 50 idosos em um asilo, deverá haver local apropriado para consultório médico, bem como um quarto próprio para abrigar o idoso que se encontrar doente, até sua remoção para o hospital. Fica evidenciada assim, a necessidade de uma equipe multidisciplinar mínima para o cuidado ao idoso asilado.

Também em relação ao que denomino de síndrome da institucionalização, ou seja, os resultados dramáticos do asilamento ao idoso, caracterizada por despersonalização, perda da sua condição de sujeito, perda da sua autonomia, encontrei que: *[...] a institucionalização da pessoa idosa é um processo difícil, pois se reveste de temor e sensação de perda de seus objetos de estimação e de seu mundo familiar, sendo muitas vezes difícil a adaptação num novo ambiente cheio de estranhos.* O confinamento em asilos, sem um contato, mesmo que esporádico, com familiares e amigos, e sem o direito de ir e vir, faz com que o idoso perca o controle de sua mente e de seu corpo. Essas condições tornam a institucionalização asilar uma situação estressante e desencadeadora de depressão, pois neste ambiente o idoso se vê isolado de seu convívio social e adota estilo de vida diferente do seu (horário das refeições e de atividades, falta de intimidade, controle de medicações e outros). Este isolamento social leva-o à perda de identidade, de liberdade, de auto-estima, à solidão e, muitas vezes, recusa à própria vida, o que justificaria a alta prevalência de doenças mentais nos asilos.

A ausência de parâmetros mínimos, tais como: área física adequada, recursos humanos capacitados, recursos materiais suficientes, para funcionamento eficaz dos asilos, foi verificada quando *[...] constata-se que a maioria das instituições asilares não satisfaz os princípios básicos de organização, área física, instalações e recursos humanos, contido na legislação.* As instituições asilares *carecem de melhor planejamento e organização em todo o processo de organizar a vida em comum.* Porém constatei que, na medida em que aumenta a população idosa brasileira, com

seus idosos dependentes, semidependentes, pobres ou desprovidos de apoio familiar, multiplicam-se os asilos, principalmente os de caráter filantrópico ou privado com fins lucrativos, e mostrando-se heterogêneos quanto ao padrão dos serviços oferecidos.

No entanto, os asilos continuam sendo *um lugar desprovido de profissionais qualificados, havendo falta de pessoal médico e de enfermagem. Sendo assim, a maior parte do trabalho é realizada por auxiliares de enfermagem e/ou cuidadoras que, [...] foram ou ainda são profissionais responsáveis também por serviços gerais.* No entendimento de Born (1997), algumas instituições estão se empenhando no sentido de adequar-se a novas demandas, através de reformas nas suas instalações e contratação de profissionais, apesar da falta de recursos, e ainda assim caminhando com dificuldades e muitas vezes oferecendo uma assistência deficiente.

Outra questão diz respeito aos recursos humanos existentes (ou inexistentes?) nos asilos, quando em um artigo investigado encontrei que: *a participação da enfermeira em instituições asilares é de extrema importância, uma vez que a maioria dos recursos humanos em geral não possui qualquer qualificação para trabalharem com idosos, resultando em oferecerem uma precária assistência e, por conseguinte, oferecerem também baixa qualidade de vida aos mesmos.* Carvalho et al (1999), ao desenvolverem estudo sobre os asilos de Recife/PE, verificaram esta necessidade e, a partir deste estudo, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), secção Pernambuco, passou a sugerir a presença do profissional enfermeiro em instituição asilar.

Quanto ao Planejamento e administração de serviços direcionados ao idoso, desenvolvidos e relatados nos artigos científicos analisados, eles dizem respeito, principalmente, à reestruturação organizativa, com referências a: *Conscientização pela administração da necessidade de uma equipe interdisciplinar que atue na instituição; promoção de atividades ocupacionais e de lazer; necessidade de um manual de normas e rotinas; aceitação do modelo de prescrição de enfermagem [...]; aquisição de materiais para suprimento do ambulatório; realização de encaminhamentos médico-odontológicos; necessidade da compra de materiais básicos para atender as idosas (nebulizador, termômetro, medicamentos, soluções para curativo e outros).*

Em outro artigo científico, o trabalho desenvolvido em um asilo trouxe contribuições à organização da instituição e junto, trouxe conforto e aumento de qualidade de vida aos residentes, com medidas como: *manter um ambiente limpo e seco; proporcionar iluminação adequada; evitar objetos pelo chão, em locais que as idosas transitem; orientar as idosas a não entrarem sozinhas em locais com pouca iluminação; proporcionar um ambiente agradável e confortável para que a idosa se sinta em casa; discutir com os dirigentes sobre a realização de passeios fora da instituição, como praias, parques, shoppings e outros lugares de interesse das idosas; ensinar à lavadeira sobre a importância de ferver as roupas de cama e vestuário para evitar a contaminação, e em caso de escabiose: passar medicação específica 3 vezes ao dia [...]; ouvir as idosas em todas as situações e, principalmente quando houver necessidade de mudanças no asilo.*

Quanto à Caracterização de População Idosa encontrei, em relação ao perfil dos idosos que freqüentam um centro de convivência, que eram [...] *peças independentes, do ponto de vista, social e do autocuidado; participavam ativamente das atividades [...]: recreação, viagens, trabalhos manuais, jogos, danças; pouco queixosos com relação a doenças; sentiam-se bem em relatar suas experiências de vida; participavam do convívio familiar e social.*

Quanto ao perfil de idosos hospitalizados, foi verificado que eles: *estavam acometidos de [...] doença aguda, agravada pelos fatores do envelhecimento ou doença crônica relacionada a hábitos viciosos como o fumo; eram carentes do ponto de vista psico-social; as características físicas do envelhecimento estavam acentuadas; apresentavam limitações físicas que os deixavam dependentes dos cuidados de enfermagem; eram incapazes de se autocuidar; não gostavam de relatar suas experiências de vida.*

O perfil dos idosos asilados mostrou-se o mais comprometedor, pois: *eram deprimidos e choravam com facilidade; não participavam de recreações suficientes para que diminuísse a solidão; não possuíam convívio familiar, muitas vezes eram rejeitados pela família; eram dependentes quanto ao autocuidado; necessitavam de ajuda profissional para realizarem algumas tarefas habituais; alguns recebiam uma aposentadoria irrisória; relatavam que gostariam de ter mais convívio social; não desenvolviam a questão cognitiva.*

Quanto ao tema ENVELHECIMENTO, inicio reflexão pelo conceito de envelhecimento, que muitas vezes é confundido com o conceito de velhice: *o envelhecimento é universal, afeta cada indivíduo e família, comunidade e sociedade, sendo este processo normal e dinâmico constituindo a última fase do ciclo biológico do homem. [...] O envelhecimento está relacionado a uma fase da vida. Cabe aqui lembrar que o envelhecimento é processo contínuo durante todo o curso de vida do ser humano e, como tal, inicia-se com o nascimento, acompanhando o ser humano ao longo da vida, até a morte. Porém parece claro que o envelhecimento só é pensado no texto acima no seu estágio mais avançado, ou seja, na velhice.*

Um artigo trouxe como contribuição: *sabemos, que durante o desenvolvimento humano, no aspecto biológico, ocorrem reações estruturais celulares, e que após a maturação de alguns grupos de células, o organismo começa a entrar em fase de intenso declínio, sem reposição imediata ou sem nenhuma reposição de tais perdas em diferentes partes do corpo, sendo que esses déficits orgânicos, começam a ser evidenciados após a quarta ou quinta década de vida, [e] esses efeitos podem estar relacionados a condições extrínsecas às quais o indivíduo se expõe como: sedentarismo, estresse, qualidade alimentar, exposição a radiações, alcoolismo, drogas e etc.*

Nos Aspectos conceituais sobre o envelhecimento, encontrei que [...] *ao adentrar-nos na historicidade dessa ciência [a autora refere-se à geriatria], é importante destacar que a preocupação com o ser humano idoso e com o processo de envelhecimento data de épocas bem remotas, desde Hipócrates, na antiga Grécia; passa por Galeno, já no final do século II, com sua teoria dos humores e do calor interno; pelos regimes de saúde e longevidade da Idade Média, apresentada pela Escola de Salerno e de Montpellier; pelos estudos anatômicos, no período da Renascença; pelas teorias racionalistas e mecanicistas e pelo vitalismo dos séculos XVIII e XIX; pela relação entre os estudos fisiológicos e clínicos e pela medicina preventiva do século XIX.*

Em nenhum dos artigos científicos analisados foram exploradas as teorias biológicas, psicológicas e sociológicas que tentam explicar o processo de envelhecimento. Seria interessante que os enfermeiros comessem a perceber a importância desta temática para melhor compreensão do fenômeno e, a partir de

reflexões sobre o assunto, poderem elaborar ações mais específicas para o idoso e sua velhice.

Quanto as Aspectos sociais do envelhecimento encontrei: *hoje, em toda sociedade e em diversos segmentos da imprensa, percebemos uma grande preocupação com questões relacionadas ao envelhecimento e formas de evitá-lo. Porém, o que se vê [...] é um paradoxo, de um lado a ciência evolui criando meios para prolongar a vida do idoso num plano biológico, e de outro pouco tem a oferecer aos mesmos.* O trecho mostra que medidas estéticas podem ser importantes para retardar o processo de envelhecer, mas as medidas políticas mostram-se mais eficazes, principalmente porque se direcionam ao coletivo e não só a um ser humano. Encontrei ainda que *[...] a demanda de cuidados ao idoso com AVC, sejam eles de qualquer natureza, em seu conjunto, causarão um impacto profundo na vida social [...] do cuidador [...].* Torna-se primordial que as políticas públicas relacionadas ao idoso devam ter mais atenção aos cuidadores familiares, para que estes não sejam, após a morte dos seus parentes, os próximos doentes a necessitarem de cuidados.

Verifiquei ainda a dificuldade de estar/ser doente ou de ser/estar idoso na sociedade brasileira, quando um dos autores referiu que *estar doente, ser velho, envelhecer significa privação de muito bens. Tudo isso significa ter menos, ganhar menos, ser menos eficiente. Doença e velhice trazem-nos uma nova maneira de conhecer a precariedade do nosso futuro onde os velhos de nosso país são excluídos de tudo.*

Quanto aos Aspectos econômicos do envelhecimento, encontrei que: *o processo de envelhecimento está associado a um aumento da morbi-mortalidade e conseqüentemente ao risco de internação hospitalar. Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar, pode-se verificar que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. E ainda que [...] os idosos representam custos sociais específicos e portanto um desafio político-social. A longevidade é freqüentemente acompanhada por processos crônicos que além do risco de vida representam uma ameaça potencial à independência e à autonomia destes indivíduos. As intervenções nestes processos exigem altos custos, tecnologia complexa e sem dúvida recursos humanos habilitados.*

Em relação aos Aspectos psicológicos do envelhecimento, verifiquei: [...] *a gente não pode sair, não tem com quem deixar [o idoso], como vive uma família assim? Como você pode ter uma convivência boa com seu marido, com os filhos [...]*. Outra cuidadora cujos cuidados são dirigidos à sua tia com AVC, relatou que existem impedimentos para o lazer, e estes podem trazer graves conseqüências para o relacionamento familiar.

Constatei que os Aspectos demográficos e epidemiológicos foram uma grande preocupação dos autores. Os artigos científicos investigados, em sua maior parte, deram relevância a estes aspectos, iniciando seus estudos a partir de sua reflexão, para depois relacioná-los com as ações necessárias ao atendimento da população idosa brasileira, percebendo que os conteúdos relacionados aos aspectos demográficos e epidemiológicos são importantes para o embasamento de todo planejamento de assistência a uma demanda populacional.

Nos artigos pesquisados, encontrei afirmações como: *o envelhecimento populacional é um fenômeno inevitável e presente em nosso meio*. A justificativa deste aumento populacional de idosos, pode ser explicado *pelos avanços tecnológicos e científicos, representados pela educação, pela medicina preventiva e sanitária e pelas descobertas de drogas que atuam na cura e no controle de diversas doenças*. Encontrei ainda que *estudos envolvendo a problemática relativa aos idosos vêm sendo alvo de atenção*, inclusive direcionando o mercado de consumo pois *os meios de comunicação de massa vêm dedicando cada vez mais espaço à apresentação de tais dados [demográficos e epidemiológicos], mostrando como a população idosa torna-se cada dia mais representativa numericamente, o que aponta para um tipo de consumidor potencial ainda pouco trabalhado pelo mercado*.

Em outros artigos, os autores mostram-se preocupados com o aumento do número de idosos brasileiros por vir este aumento acontecendo de forma rápida em um país de economia e sociedade heterogêneas como o nosso. O Brasil não teve tempo, ao contrário dos países desenvolvidos, de resolver os problemas específicos das faixas etárias consideradas prioritárias em determinados períodos, e agora não tem condições de oferecer uma velhice mais tranqüila aos seus idosos. Assim, encontrei que: *esse aumento da população idosa brasileira vem acontecendo de forma rápida e ainda sem que tenhamos resolvido questões básicas essenciais*

*ligadas diretamente às crianças, adolescentes e adultos jovens, ficando as pessoas idosas ou as que estão envelhecendo, relegadas ao último plano. E ainda que no Brasil [...] estas mudanças merecem estudos atenciosos pois se trata de um país muito heterogêneo onde ao lado de uma parcela populacional altamente diferenciada, rica e com acesso a todos os tipos de recursos convive outra parcela desesperadamente miserável e atrasada e em ambas as situações a população envelhece.*

Nos artigos investigados, pude identificar que: *o tema idoso vem se impondo ao pessoal de saúde não só pelo aumento da vida média dos brasileiros, mas [...] pela ausência de programas específicos destinados a esta população e condições adequadas dos serviços de saúde, que atendam suas peculiaridades. Ainda que a evidência dos fatores negativos [...] se mostra concretamente quando identificamos um novo perfil epidemiológico, onde têm lugar as doenças crônicas degenerativas, as baixas aposentadorias percebidas, e os serviços de saúde disponíveis.* Este fato leva-me a inferir que, apesar de o ser humano ao longo dos anos ter conseguido viver cada vez mais, não significa dizer que vive melhor, pelo menos em nossa sociedade. Neste sentido, o que nos chama mais atenção, são os problemas de saúde que afetam a população idosa.

Estas preocupações estão diretamente ligadas ao papel do Estado, responsável pela saúde dos seus cidadãos e o conclamam a tomar medidas urgentes com relação a tal problemática, pois *o Estado necessita aplicar estratégias para prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e das outras intercorrências que possam acometer os idosos, proporcionando a [estes] a prevenção de incapacidades, da perda da autonomia e a manutenção da qualidade de vida.* E que estas medidas estejam voltadas à manutenção do idoso no seu domicílio e comunidade, conservando, ao máximo, sua autonomia e independência. Principalmente, que sejam direcionadas ao autocuidado, pois não basta só prescrever ações e não aplicá-las na prática, considerando que *o tão discutido aumento da população idosa brasileira vem trazendo reflexões, as quais devem ser transformadas em ações objetivas e que ajudem aos maiores de 60 anos a ter uma vida com mais qualidade, pautada no autocuidado.*

Em relação aos Aspectos familiares e o envelhecimento, verifiquei que a [...] *família e sociedade não estão preparadas para enfrentar os problemas decorrentes do envelhecimento, seja por falta de habilidade, por questões financeiras ou indisponibilidade de tempo, transformando os idosos em objetos de manipulação. Os idosos tornam-se vítimas da marginalização social, e às vezes, são lançados em asilos, [que] na maioria das vezes pouco têm a oferecer e em nada lembram o aconchego de sua casa. Ainda que as doenças crônico-degenerativas que acometem a população idosa evidenciam o papel da família como suporte social informal ao idoso enfermo. [...] englobam os cuidados diretos e permanentes, garantindo a sobrevivência do idoso. [...] muito ainda há que se conhecer acerca do cuidado familiar de idosos demonstrando a necessidade de enfermeiros, tanto na área hospitalar como da saúde pública, proporem e planejem assistência domiciliar junto à família que desenvolve cuidado ao idoso.*

Em relação ao tema VELHICE, cujo conceito é visualizado relativamente a uma fase do curso de vida e suas repercussões familiares e sociais, encontrei que [...] *a terceira idade [a velhice] deve ser incorporada como mais uma fase de desenvolvimento natural do ser humano, considerando o idoso com direitos à cidadania. A velhice é um fenômeno biológico, já que o organismo do idoso apresenta singularidades; é também um processo psicológico, pois algumas condições dos idosos são somente suas. Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, ou seja, modifica a relação do ser humano com o tempo, modificando sua relação com o mundo e com sua própria história. Enfim, a velhice não deveria ser vista como um fato estático, conforme verificado em alguns artigos investigados, mas como o resultado e o prolongamento de um processo.*

Em outro artigo, verifiquei que a *velhice está associada a um aumento da morbi-mortalidade e conseqüentemente ao risco de internação hospitalar e aumento de custos nos serviços de saúde e na sociedade como um todo.* Essa é a visão mais presente acerca dessa fase do processo de envelhecimento humano: a velhice, pontilhada por preconceitos, trazendo inutilidade, prejuízos à família, à comunidade e ao Estado, sendo discriminada e isolada, embora esses traços negativos venham sendo trabalhados e aos poucos estejam sendo transformados em função mais positiva. Não obstante, a persistirem sem solução problemas de saúde materna e

infantil, de adultos jovens e principalmente do trabalhador, o aumento rápido e proporcional da população idosa, em relação à população geral, em um país em desenvolvimento como o Brasil, assume a condição de problema de saúde pública.

Encontrei nos artigos investigados que *a velhice não é uma doença e os velhos tornam-se um grupo populacional cada vez maior*. Penso que, com o avanço tecnológico e com a transição demográfico-epidemiológica<sup>21</sup>, no Brasil, decorrente da redução da mortalidade geral e infantil, do próprio aumento da expectativa de vida, da diminuição das taxas de fecundidade e da alteração do quadro de doenças e de causas de morte, o simples crescimento do número de idosos não é suficiente para conquistarem espaços que lhes permitam uma velhice mais tranqüila, mais saudável e, principalmente, mais adaptável às limitações que possam surgir nessa fase do processo de viver.

Quanto aos temas GERONTOLOGIA E GERIATRIA, encontrei sobre seus Conceitos [...] *a Gerontologia estuda o idoso do ponto de vista científico, em todos os seus aspectos, físicos, biológicos, psíquicos e sociais, sendo responsável pelo atendimento global do cliente, [...] a Geriatria, que se ocupa do aspecto médico do idoso, pode ser considerada como parte de Gerontologia*. Ainda que a Gerontologia é o conjunto das disciplinas que intervêm no mesmo campo, o campo da velhice. A gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento; a Geriatria é a ciência médica que cuida das pessoas idosas; a primeira noção é médica e social, a segunda é unicamente médica e se aplica ao domínio da patologia.

Na compreensão de Papalléo Netto (2002), a gerontologia é uma disciplina científica multi-interdisciplinar e, acrescento, transdisciplinar, tendo como finalidade o estudo dos idosos, as características da velhice como fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicosociais.

Quanto ao Trabalho interdisciplinar na gerontologia, encontrei algumas afirmações já contestadas em capítulo anterior. Uma delas foi que *a assistência global ao idoso requer uma abordagem interdisciplinar 'harmônica'*[...]. É importante

---

<sup>21</sup> Processo pelo qual uma fertilidade e uma mortalidade em diminuição produzem declínios acentuadamente rápidos nas doenças transmissíveis entre os jovens, levando a populações cada vez mais idosas com uma proporção crescente de membros mais velhos, entre os quais predominam as doenças de caráter crônico-degenerativas (GWATKIN; GUILLOT; HEUVELINE, 1999).

atentar para o que se pretende dizer com harmonia, pois uma característica principal da interdisciplinaridade é que nela *não se estabelece uma 'afonia' das disciplinas*, e muitas vezes a *harmonia* de uma equipe termina se dando por omissão ou persuasão de seus integrantes.

Em estudo sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, encontrei em um dos artigos que *apenas nove referências [...] citavam o enfoque multidisciplinar como conteúdo a ser abordado no ensino de graduação, o que causa certa preocupação, pois a abordagem gerontogeriatrica eficiente é predominantemente realizada pela integração dos diferentes campos de conhecimentos das diversas áreas de atuação que objetivam a melhoria da qualidade de vida do idoso*. Considerando-se que se pode ser interdisciplinar em conjunto ou sozinho, um professor de enfermagem gerontogeriatrica, ou de outra matéria, pode desenvolver um trabalho interdisciplinar, desde que tenha consciência da necessidade de conhecer e estudar outras áreas que tenham afinidade com a sua área de atuação, e que possa ver os fatos e fenômenos com outro olhar, que não seja o olhar da mesma coisa.

Encontrei ainda que é objetivo da equipe interdisciplinar *atuar junto ao idoso, família e/ou comunidade levando e identificando os problemas pertinentes, selecionando, implementando e avaliando os meios para a solução dos mesmos*. Deseja-se que as soluções de problemas aconteçam realmente com a participação do idoso, da família e da comunidade.

Em relação à Pesquisa na gerontologia, dei prioridade à contribuição da pesquisa em enfermagem gerontogeriatrica e verifiquei que uma saída para o crescimento da investigação nessa área é a formação de grupos de estudos e pesquisas, como apresentado em um artigo: *uma estratégia coletiva para a consolidação da área [gerontogeriatrica] tem sido a criação de Núcleos ou Grupos de Estudo e Pesquisa, na sua maioria com características interdisciplinar e multiprofissional, o que tem conferido à gerontologia o status de integradora de várias áreas do saber*. É importante considerar que já existem vários grupos de estudos e pesquisas sobre idoso, envelhecimento e velhice inscritos no Diretório de Grupos do CNPq e que, conforme já citado no capítulo 2, o CNPq considera saúde do idoso um dos seus temas prioritários. Resta-nos explorá-lo.

Um dos artigos investigados descrevia um levantamento sobre pesquisa em enfermagem gerontogeriatrica, no Brasil, no período de 1951 a 1995, e foi

constatado que: *o período, 1951-88, totalizou 124 publicações. No segundo período [1989-95], 88 pesquisas. O total geral das pesquisas reais foi de 80 [consideradas as repetições em publicações], número irrisório que expressa falta de destaque para essa temática na pesquisa de enfermagem.* A pesquisa a que se refere o artigo foi realizada em monografias, dissertações, teses, bases de dados, periódicos e livros-resumo dos congressos brasileiros de enfermagem e de congressos brasileiros de geriatria e gerontologia, em um período de 44 anos. Em meu estudo, cujo levantamento baseou-se em livros-resumo de congressos brasileiros de enfermagem e em periódicos, de 1991 a 2000, foram encontrados 281 resumos de congressos brasileiros de enfermagem e 87 publicações em periódicos brasileiros, ou seja, 368 publicações sobre enfermagem gerontogeriatrica, em um período de 10 anos. Não é um grande número. Essas publicações continuam incluídas na área emergente da enfermagem, mas houve um crescimento, mostrando que a gerontogeriatrics vem se tornando uma área de preocupação para os pesquisadores da enfermagem.

O acesso às publicações nos resumos dos congressos brasileiros de enfermagem continua sendo o mais fácil para os enfermeiros, tal qual num dos artigos investigados, quando descreve que: *foi localizado grande número de publicações em livros-programa de congressos, na forma de resumos (a maioria), acessível somente aos que estiveram presentes.*

Outro dado desde artigo diz respeito à eclosão da gerontogeriatrics e descreve que: *[...] somente a década de 70 começou a dar sinais para a temática, destacando-se a década de 80, incentivada pela Assembléia Internacional do Envelhecimento, em Viena, em 1982.* Na década de 1990, com a publicação da Lei n.º 8.884/94 e seu Decreto n.º 1.948/96, intensificou-se a preocupação com as questões relacionadas ao idoso, ao envelhecimento e à velhice. Foi verificado ainda que, de 1951 a 1995, *o desenvolvimento do conhecimento nessa área [gerontogeriatrics] é um processo lento e os enfermeiros brasileiros estão iniciando-o. O envelhecimento populacional é a maior causa da procura pelo seu entendimento, uma vez que já tem havido aumento da demanda por serviços de saúde para idosos.* Atualmente, este desenvolvimento na pesquisa gerontogeriatrica continua acontecendo um pouco menos lento, necessitando um ritmo mais intenso e uma relação mais direta com os problemas sociais enfrentados pelos idosos brasileiros.

Quanto à publicação de livros na enfermagem gerontogeriatrica, encontrei que: de 1951 a 1995 é *quase inexistente a difusão de livros na língua portuguesa, exceção a algumas traduções*. Percebo que de 1994 para cá, têm surgido livros brasileiros voltados a enfermagem gerontogeriatrica ou livros da gerontologia com a participação de enfermeiros. Alguns desses títulos são: em 1994, *Caminhos do envelhecer*, organizado pela SBGG, com capítulos preparados por enfermeiras; em 1995, *Princípios básicos de enfermagem em geriatria*; em 1996, *Como cuidar dos idosos*; em 1997, *Gerontologia*, organizado por Papalléo Netto, com capítulos elaborados por enfermeiras; em 1998, *A saúde do idoso: a arte de cuidar*, em 2000, *Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa*, voltado à capacitação do técnico e do auxiliar em enfermagem no cuidado ao idoso, tendo sido revisto, atualizado e relançado em 2ª edição em 2001; também em 2000, *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*; em 2002, o *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, organizado por integrantes da SBGG, trouxe alguns capítulos escritos por enfermeiras. Existem ainda alguns livros originados de dissertações e teses, que tiveram o idoso como sujeito do estudo.

Em relação ao tema ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA foram encontrados, nos artigos científicos investigados: os aspectos conceituais, o processo de trabalho na gerontogeriatrica, o processo de enfermagem, o cuidado ao idoso (asilado, dependente, submetido à cirurgia) e ainda o cuidado familiar, o cuidado ao cuidador familiar e o atendimento domiciliário.

Quanto aos Aspectos conceituais, dei relevância ao conceito de enfermagem gerontogeriatrica, que foi assim apresentado: *é um ramo da enfermagem em ascendência atualmente, até por conta do aumento de pessoas idosas na população brasileira. Fundamenta-se teoricamente na filosofia do envelhecimento, na filosofia da enfermagem e no contexto sócio-histórico da própria enfermagem. Seus objetivos centram-se no cuidado ao ser humano idoso, sua família e comunidade, considerando [...] [a velhice] uma das etapas do ciclo de vida*. 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 e/ou domiciliado; na assessoria e/ou consultoria de questões relacionadas ao idoso, ao

envelhecimento e à velhice; no planejamento e coordenação de serviços e programas e outros.

No momento, esta área do saber é um dos campos mais promissores para a ação dos profissionais da enfermagem, principalmente no tocante à promoção da saúde dos idosos, seja atuando em grupos de idosos saudáveis, seja realizando cuidado domiciliar direcionado a idoso dependente e sua família.

Sendo uma área emergente na enfermagem [...] em 1966, a *Enfermagem Gerontológica* foi declarada uma especialidade pela *American Nurses Association (ANA)*. Em 1981, a *Divisão em Enfermagem Gerontológica da ANA* descreveu um programa para a graduação que previa um conhecimento básico e habilidades em enfermagem (incluindo enfermagem ao idoso) necessárias para preparar um enfermeiro generalista que também estivesse capacitado para a prática em enfermagem gerontológica.

Com o crescimento da população idosa, surge necessidade de discutir-se a gerontologia e o avanço da enfermagem gerontológica, priorizando o cuidado ao idoso, visando o autocuidado, a vida ativa e independente, [...] direcionada também ao outro extrato dos idosos fragilizados ou doentes, dando suporte à família cuidadora, envidando esforços conjuntos (comunidade e profissionais) na busca e na conquista de políticas e programas que viabilizem uma assistência condigna, em quaisquer condições e circunstâncias e à conservação da sua dignidade na vida social.

Quanto ao Processo de trabalho na gerontogeriatría, encontrei em um dos artigos pesquisados um estudo que: *teve por objetivo refletir sobre a enfermagem gerontológica subsidiado na abordagem sobre processo de trabalho, segundo Marx. Trata-se de um estudo bibliográfico onde se verificou o conceito, as fundamentações teóricas, os objetivos e o processo de trabalho da enfermagem gerontológica. A partir das reflexões realizadas, a autora do trabalho percebeu que se aplicou conceitos apreendidos sobre processo de trabalho à enfermagem gerontológica, procurando despertar para a importância da inclusão de conteúdos sobre gerontologia na formação dos profissionais de enfermagem.*

Em relação à utilização do Processo de enfermagem, foi encontrado em um dos artigos pesquisados que houve *aceitação da proposta de Sistematização da*

*Assistência de Enfermagem* [elaborada pelas alunas durante estágio extracurricular em asilo] *pela administração do asilo*. Considerando-se as dificuldades encontradas na implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem em instituições hospitalares, principalmente quando esta sistematização inclui a identificação dos diagnósticos de enfermagem, sendo estas dificuldades maiores em instituições asilares onde ainda é ausente ou única a presença do enfermeiro, é importante que se elaborem parâmetros mínimos de avaliação dos idosos, sejam estes asilados ou estejam em outras instituições, tais como: hospitais, sendo acompanhados em ambulatórios, enfim em serviços de saúde diversos.

No *Cuidado ao idoso asilado*, constatei que os artigos investigados diziam respeito ao desenvolvimento de aulas práticas ou a estágio extracurricular. O asilo é um campo de atividades práticas adequado ao desenvolvimento de técnicas iniciais da enfermagem, como os cuidados de higiene, alimentação, hidratação, lazer, troca de curativos, administração de medicamentos menos complexos, enfim de procedimentos diversos, neles incluídos o relacionamento interpessoal idoso e aluno, pois em um asilo pode-se realizar desde os cuidados de promoção à saúde até os cuidados de reabilitação.

Sobre este tema, inicialmente dou relevância à impressão dos alunos quanto à realização de aulas práticas em asilos. Quando comunicados sobre a prática, os alunos ficaram assustados: *senti medo, fiquei nervosa* ou ainda *nunca tive contato com idosos*. Após as orientações iniciais, houve um momento de tranquilidade, porém no primeiro dia de atividades práticas alguns alunos mostraram-se muito ansiosos. Isso acontece, pois os asilos nem sempre apresentam uma organização adequada e, às vezes, o local parece insalubre, pouco arejado e com odores desagradáveis, sem falar das aparências dos idosos, por vezes descuidados ou pouco cuidados, apresentado-se desanimados ou até depressivos, como constatado: *[...] quando vi aqueles idosos sentados, alguns com problemas, dependentes, fiquei com receio, [...] fiquei um pouco triste, eu estava vendo aquela situação e não podia fazer quase nada pra mudar*. Este aluno mostrou-se com medo e impotente diante da situação relatando também que *logo de início, quando cheguei, fiquei meio assustada, achei que não ia conseguir fazer nenhum procedimento, fazer nada, chocada em ver a situação*.

Na medida em que as atividades práticas foram acontecendo, os alunos passaram a gostar: *foi um prazer [...] fazer estágio no asilo, [eles] são carentes, necessitam de carinho, de apoio e de compreensão. [...] foi uma lição de vida e ainda [...] um carinho que você faz eles ficam satisfeitos. Senti medo no primeiro dia, foi um prazer no outro dia, ou [...] quanto à prática, no procedimento não tive muita dificuldade.* Os alunos percebem que os idosos têm muita carência afetiva e terminam por supri-las quando realizam os cuidados, ou vêem no carinho também uma forma de cuidar.

Interessante perceber que os alunos, ao desenvolverem atividades práticas com idosos, terminam por refletir sobre a velhice e até sobre a própria velhice, como visto: *fiquei pensando que será que eles pensam, qual o prazer deles? [...] acho que eles não têm prazer nenhum de viver e de estar ali. Nossa, a velhice! Acho o asilo um lugar complicado, ou ainda, a gente acha que nunca vai ficar velho, [lá] a gente aprende muita coisa.* E assim o asilo termina sendo um local de aprendizado de técnicas de enfermagem, de desenvolvimento da sensibilidade e, principalmente de desenvolvimento pessoal e interpessoal, reconhecido como: *um estágio bem gratificante.* Como acontece na maior parte das aulas práticas, a teoria termina servindo de base ao que se desejaria fazer, e não às ações possíveis, como descreveu um aluno: *a teoria é diferente na prática.* Penso que aproximar a teoria da prática é uma responsabilidade do professor e isto se torna possível quando este professor tem afeto por e domínio com sua ação docente.

Alguns alunos ficaram preocupados com o atendimento dos funcionários para com os idosos asilados. Isto foi verificado quando um aluno foi à enfermaria para avisar: *o Sr. X está com dor de cabeça, e a cuidadora falou: se ele quiser vai ficar com dor de cabeça até as 5:00 horas da tarde, que o médico só vem as 5:00 horas [...]. Se ela foi grossa na nossa presença, eu imagino [...] fora da nossa presença [...] se tivessem mais funcionários dariam mais atenção, eles [os idosos] ficam lá, sentados numa cadeira. [...].* Será que com mais funcionários o atendimento seria diferente? Ou ainda: *eu acho que todas as pessoas que iam lá como voluntárias têm mais paciência, mais dedicação do que as próprias pessoas que ficam lá no dia a dia.*

Entendo que cuidar de idosos é tarefa árdua e que os funcionários que trabalham em asilos necessitam de folgas regulares, mas funcionários capacitados

ao cuidado ao idoso, certamente, terão melhores condições de atender suas necessidades. Se não, observações como esta serão mais comuns: *é muito precário o cuidado que os velhinhos recebem lá, os funcionários não dão tratamento adequado, alguns até maltratam [...],* ou ainda *eles [os idosos] não são bem cuidados.*

Quanto ao Cuidado ao idoso dependente, identifiquei em um dos artigos pesquisados a realização destes cuidados voltados a idosos que tiveram AVC com seqüelas, e que estavam sendo cuidados em domicílio, por membros da família. O suporte ao idoso dependente é realizado através de um conjunto de quatro tipos básicos de suporte: a) *o emocional, que envolve uma preocupação real com a situação do idoso;* b) *a valorização e/ou apoio moral ao cuidador familiar, implicando no aumento da sua auto-estima;* c) *informação, representada pelos conselhos úteis para solucionar problemas;* d) *o instrumental, que é identificado pela assistência ou fornecimento de gêneros de primeira necessidade, como recursos financeiros e ajuda na condução do cuidador domiciliar.*

O suporte ao idoso dependente pode ainda possuir duas formas essenciais de apoio: *o formal, ou seja, a organização burocrática, [...] com a utilização de profissionais ou voluntários para atingir objetivos específicos e o informal ou natural, cujas funções pertinentes são regidas por procedimentos informais e não técnicos. [...].* O surgimento do processo de cuidar do idoso é consequência de relações sócias, que englobam outras funções além do apoio, como investimentos afetivos, sentimentos de obrigação, sistemas de crenças e valores e outros determinados culturalmente. O autor do estudo propõe ainda que a natureza do cuidado ao idoso dependente, e realizado em família, seja composto por: *higiene, alimentação, proteção, mobilização, atenção, conforto físico e emocional, segurança, curativo, medicação, lazer, eliminação e socialização.*

Quanto ao cuidado ao idoso submetido à cirurgia, verifiquei que *dentre as demandas de saúde antes não verificadas, a cirurgia nos idosos atualmente têm aumentado seus níveis de ocorrências. A cirurgia em [...] idosos, até pouco tempo, era considerada de alto risco. Porém, com o avanço da gerontologia, geriatria e da cirurgia, verifica-se que as presenças de [...] idosos nas clínicas cirúrgicas vêm aumentando.* Neste estudo, com 268 idosos, as hérnias e as colecistites foram os principais diagnósticos; as hernioplastias+herniorrafias e as colecistectomias, as

cirurgias mais realizadas; a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi um dos impedimentos para realização da cirurgia. A anestesia geral foi a mais freqüente; a ausência de complicações pós-cirúrgicas foi predominante; dos procedimentos de risco, o mais realizado foi a punção de veia central; quanto a antibioticoterapia, a profilática foi a mais utilizada; a alta hospitalar em condições de cura foi preponderante.

No estudo citado, as autoras deixaram claro que o cuidado ao idoso submetido a cirurgia necessita ser revisto, sistematizado, apreendido, aprendido e ensinado, tanto na graduação, quanto nos cursos de nível médios, em vista da especificidade presente na velhice de cada idoso e, principalmente, em vista da alta incidência de idosos em clínicas cirúrgicas.

Em relação ao *Cuidado familiar*, constatei que há necessidade de incorporar na formação do enfermeiro a importância e os tipos de suporte familiar para os idosos dependentes, pois [...] *é de suma importância para a enfermagem geriátrica e gerontológica, buscar conhecimentos que definam a tipologia dessa estrutura [o cuidado familiar ao idoso]. Identificar suas características, compreender o impacto sofrido pela família e cuidador e prognosticar as conseqüências sobre os envolvidos, [para] fornecer pistas valiosas para intervenções. [...] este conhecer deve partir da experiência vivida da nossa realidade.* Complementando, torna-se desejável considerar as diversas realidades familiares do Brasil.

*O cuidado familiar no domicílio pode ser caracterizado como sendo um conjunto de ações dirigidas a uma pessoa que demanda cuidados de saúde, desenvolvidas por um ou mais membros da família no próprio domicílio. Neste caso, denominado cuidador. [...] através das atividades desenvolvidas no processo de cuidar, o cuidador busca prover, manter e sustentar a vida do idoso. Para alcançar seu objetivo, o cuidador promove tanto os cuidados de manutenção como os de reparação da vida, ou seja, aqueles em que sua realização visa manter a vida cotidiana e aqueles que estão centrados na doença.*

Além das orientações médicas, *o cuidador lança mão de outros meios, para lutar contra a doença do idoso, [como] alternativas transmitidas pelo conhecimento popular, na tentativa de reverter o que está bloqueando a vida normal do idoso, [mostrando] a identidade do cuidado familiar [...], que se funda no senso comum, em que congrega conhecimentos de diversas origens.* Na opinião de Lundh (1999a),

torna-se desejável reconhecer o conhecimento e a perícia do cuidador familiar, porém ela defende que é preciso ser estabelecido um acordo ou contrato. Eu acrescento que também deve haver encontros entre os cuidadores formais e os cuidadores familiares, pois através deste processo as trocas de experiências ocorrem e o crescimento para ambos é verificado, além do ganho que surgirá para o idoso cuidado.

Em relação ao significado do cuidado familiar para os cuidadores, verifiquei que: [...] *o desgaste físico e emocional que afeta a sua saúde, faz parte das características e da identidade desse processo de cuidar. Revestido de propriedades peculiares e autônomas, o significado do cuidado familiar reflete a própria experiência concreta, vivenciada pelos cuidadores. [...] cada cuidador [...] emite o que significa para si: 'cuidar significa envelhecer junto com eles, deixar de viver para viver pra eles. Você tem que matar a sua vida e viver inteiramente pra eles'.* O significado do cuidado ao idoso está relacionado ao tempo que lhe é tomado, impedindo o cuidador de se dedicar a outros compromissos, de viver com mais liberdade. Lundh (1999b), através de estudo desenvolvido com cuidadores familiares suecos, identificou vários aspectos estressantes que foram advindos tanto do relacionamento cuidador e idoso, quanto da natureza da demanda física do papel de cuidador, tais como: restrição do cuidado, falta de tempo para assuntos pessoais, incapacidade de preservar assuntos externos.

Ainda, quanto ao significado do cuidado familiar, alguns cuidadores destacaram: *privação da vida, benção de Deus, carma, mandamentos de Deus e envelhecer com o idoso. Forte conotação religiosa ao significado do cuidado revela que o cuidado familiar aproxima cada vez mais de Deus. [...] significa uma benção de Deus, [e] ao realizá-lo ocorre purificação de sua fé. O cuidador tem que seguir abnegado, um desígnio de Deus.* Os cuidadores suecos têm procurado formas de enfrentamento comportamentais para realizarem o seu papel. Na compreensão de Lundh (1999c), algumas dessas formas foram: alterar o ambiente domiciliar de maneira a tornar o cuidado mais fácil; obter todas as informações possíveis sobre a doença do idoso cuidado; pensar o problema e tentar superá-lo; estabelecer prioridades, apegando-se a elas; lembrar os bons momentos vividos com o idoso cuidado e procurar ver o lado positivo das situações.

Encontrei que [...] o significado do cuidado ao idoso está ligado a uma rotina, cansativa e frustrante, pois não se tem um resultado. [...] a sobrecarga e os efeitos indesejáveis como o desgaste físico e emocional que fazem parte do cotidiano do cuidado familiar ao idoso [...], reflete de maneira decisiva no significado que o representa, ou seja uma rotina cansativa. E ainda que as imagens e os sentidos referentes ao cuidado familiar ao idoso [...] estão ligados às dificuldades, às privações que demandam sua condução, às crenças e aos valores transmitidos culturalmente e ainda [...] à visão de mundo construída pelo cuidador ao longo de sua vida.

As doenças crônico-degenerativas que acometem a população idosa, [...] evidenciam o papel da família como suporte social informal ao idoso enfermo. Esta responsabilidade engloba, entre outras funções, o cuidado direto e permanente, garantindo a sobrevivência do idoso. Cabe, então, aos órgãos governamentais, principalmente as universidades, e órgãos não-governamentais procurar soluções para ajudar o cuidador familiar, não os preparando para futura “frente de trabalho” (conforme sugestão do representante do Ministério da Saúde em um congresso de geriatria e gerontologia, ocorrido em Foz de Iguaçu, em 1999), após a morte do idoso cuidado, mas ajudando-o a melhor desempenhar seu papel de cuidador, fornecendo-lhe suporte humano e material para atendimento a este fim e, também, fornecendo-lhe orientações quanto a cuidar-se, ter folgas, ter seus momentos de lazer.

No Cuidado ao cuidador familiar, encontrei que as mulheres realizam mais a função de cuidador familiar do que os homens: [...] os sujeitos [cuidadores] constituíram-se [...] de pessoas do sexo feminino. O fato de aparecer um cuidador do sexo masculino, [...] leva-nos a inferir que se originou da condição de não existir um cuidador do sexo feminino para cuidados da idosa enferma, sentindo-se então, o esposo na obrigação de assumir essa responsabilidade. Muitas vezes, são idosos que cuidam de idosos. Eles, que além da atribuição do cuidar, têm outras atividades a serem realizadas. E, como os seres cuidados, os cuidadores têm problemas na saúde, que se agravam à medida que desempenham o processo de cuidar.

Por vezes [...] cuidadores familiares de idosos [...] sentem falta de apoio e reclamam do afastamento da família, [adquirindo] vulnerabilidade para o isolamento, a solidão, a depressão e o stress, levando muitas vezes à própria anulação [...].

Interessante perceber que, no estudo de Lundh (1999b), os cuidadores familiares suecos não reclamaram da falta de apoio dos membros da família, assinalando em um percentual mais intenso o *não se aplica*, para afirmações do tipo: os parentes não mantêm contato tão freqüente quanto eu gostaria, ou alguns membros da família não ajudam tanto quanto eles poderiam. Isso talvez aconteça porque a cultura daquele país seja de não esperar ajuda dos filhos para cuidar do pai ou da mãe dependente.

Encontrei, ainda, que *o cuidador angustiado busca uma saída para aliviar sua tensão, procura seu equilíbrio emocional conversando com a vizinha para diminuir o seu stress, [estas] são alternativas possíveis e imediatas encontradas pelo cuidador*. No entendimento de Lundh (1999e), os cuidadores de seu estudo acharam que, para lidar bem com o *stress* do cuidado, eles deveriam ter algum tempo livre para si mesmos e ser capazes de manter algum interesse fora da atividade do cuidar. Na Suécia, existe um serviço público, oferecido pelo município, denominado de Cuidado de Alívio (Respite Care). Nestes locais, o cuidador inscreve seu familiar cuidado e, com antecedência, programa folgas ou até férias, deixando seu familiar com profissionais habilitados, podendo descansar com tranquilidade.

Aqui no Brasil, encontrei que [...] *os cuidadores [poderiam solicitar] ajuda para outros membros da família, amigos e grupos religiosos, além do hospital-dia, que é subsidiado pelo governo, para diminuir a sobrecarga imposta pelo cuidado*. Existe legislação específica, que trata sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso brasileiro, que é a Portaria n.º 73, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social (BRASIL, 2001). Assim, são propostas novas modalidades de atenção ao idoso que necessitam ser adequadas à realidade da cada município, considerando-se, na sua organização, a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos.

Nesta Portaria, são sugeridos como serviços alternativos: família natural, família acolhedora, residência temporária, centro-dia, centro de convivência, casa-lar, república, atendimento integral institucional, assistência domiciliar/atendimento domiciliar. Tais opções estão legalmente previstas, cabendo aos órgãos governamentais, não-governamentais e à própria sociedade civil implantá-las e implementá-las.

Em relação ao Cuidado domiciliário, inicialmente, explicito sua definição, que é o serviço prestado ao idoso que vive só e que seja dependente, a fim de suprir suas necessidades de vida diária. Este serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da saúde ou por integrantes da própria comunidade. O objetivo deste atendimento é proporcionar ao idoso meios para que possa permanecer no seu grupo familiar e na comunidade. As atividades a serem desenvolvidas são, principalmente: higiene, cuidados básicos de saúde, preparo de refeições, compras, limpeza, fazer companhia ao idoso (BRASIL, 1997; BRASIL, 1996a).

Após concluir a coleta dos dados pude perceber que os vários conteúdos apresentados nos artigos científicos pesquisados, fazem parte de um todo que é o ensino da enfermagem gerontogeriatrica e mesmo estando suas partes, ainda dissociadas deste todo e, algumas vezes, descoladas das realidades vividas, percebi que sem conhecer o referencial da Complexidade os enfermeiros já ensinam considerando, de certo modo as necessidades de contextualizar, globalizar e localizar, propostas por Morin, mostrando, assim, a necessidade de (re)pensar este ensino de forma mais aproximada desta abordagem teórica.

## **CAPÍTULO 4**

# **UM NOVO OLHAR SOBRE O ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA**

*O pensamento complexo não esgota a surpresa. Vivo me surpreendendo. Minha surpresa não é mais apenas infantil – ‘O que é isto?’ ‘Por que o carro anda?’ ‘Por que o sol brilha?’ É também e, sobretudo, uma surpresa da consciência despertando para o desconhecido do conhecido e descobrindo que quanto mais evidente é o conhecido, mais profundo é seu desconhecido (Morin, 2000b, p. 266).*

Neste capítulo, inicialmente repenso acerca das formas de condução e dos conteúdos identificados, no ensino da enfermagem gerontogeriatrica, no período de 1991 a 2000, considerando que temas como idoso, processo de envelhecimento e velhice são complexos e carecem de diversos e novos olhares. Em seguida reflito sobre a postura da Política Nacional do Idoso e a formação profissional; depois deixo algumas sugestões acerca do ensino da enfermagem gerontogeriatrica.

### **4.1 Uma nova condução ao ensino da gerontogeriatrica**

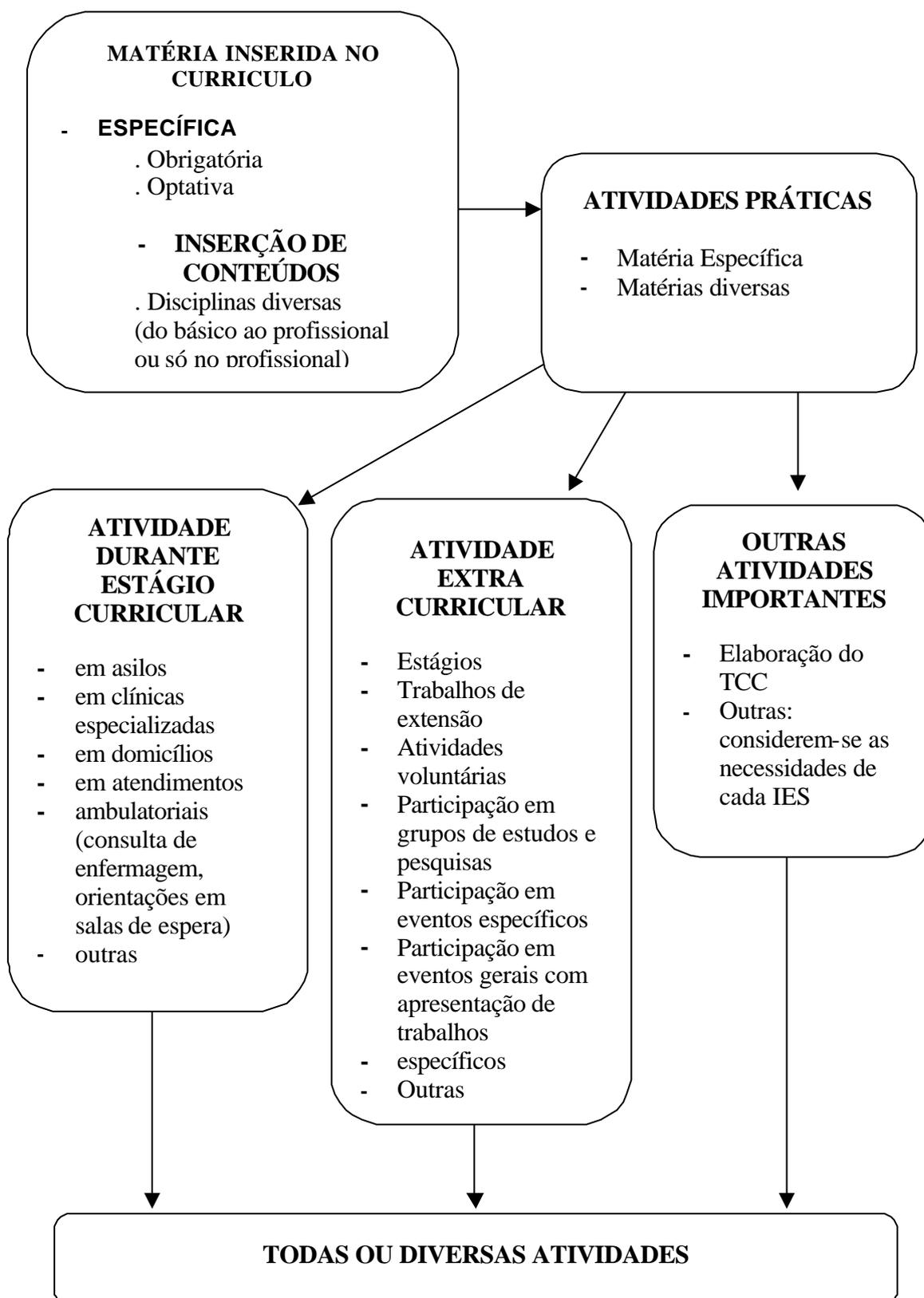
As formas de condução do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nos cursos de graduação, no período de 1991 a 2000, foram realizadas por meio de matéria obrigatória presente no currículo e geralmente ministrada por professor com alguma experiência teórica e/ou prática na área. Os conteúdos sobre o idoso, processo de envelhecimento e velhice foram apresentados por meio de atividades teóricas e/ou práticas inseridos em matérias diversas, tais como: enfermagem médico-cirúrgica, fundamentos de enfermagem, enfermagem em saúde pública e enfermagem nas intercorrências clínicas. Tais conteúdos, muitas vezes, não se encontram explícitos nas matérias e, sendo assumidos e ministrados por professores sensíveis à causa do idoso, através de atividades de extensão, permanentes ou

provisórias nas IES, ou através de atividades extracurriculares, após os alunos cursarem a matéria específica, e terem sentido desejo de mais conhecimento na área.

A enfermagem gerontogeriatrica, como matéria obrigatória, terminar proporcionando a todos os alunos, futuros enfermeiros, aprendizado sobre idoso, envelhecimento e velhice, como já acontece em relação aos conhecimentos acerca da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador, do adulto. Por outro lado, uma matéria optativa encaminha para o cuidado ao idoso aqueles alunos que sentem afinidade pelo tema, e desta forma, espera-se que o aproveitamento desta matéria seja mais intenso.

Também os cursos de extensão e a participação nos grupos de estudo e pesquisa desempenham funções acadêmicas adequadas. Os estágios curriculares e extracurriculares podem ser indicados para aqueles alunos que já cursaram a gerontogeriatrica e desejam aprender mais, ou para aqueles alunos que têm interesse na área. Mas o aproveitamento destes estágios, principalmente dos extracurriculares, só é possível quando há supervisão, mesmo que indireta, de um enfermeiro que tenha aptidão na gerontogeriatrica. Igualmente importante para ensinar sobre idoso, envelhecimento e velhice é estimular os alunos a realizarem seus trabalhos finais de curso ou Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC) nesta área do saber, ou ainda estimulá-los a desenvolver estudos para serem apresentados em eventos, sobre assuntos pertinentes a esta temática.

Existem várias formas de ensinar enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação, e considero a compreensão de Petraglia (1993), de que a realidade é apresentada ao nosso conhecimento revestida de múltiplas faces. O aluno não pode analisar um problema tendo em vista um único aspecto. Há desejo de uma análise global, onde sejam contemplados todos os aspectos e, para que isto aconteça, e se tenha uma visão do todo, é preciso que sejam também analisadas as partes, simultaneamente com o todo. Considerando as várias maneiras de ministrar o ensino sobre enfermagem gerontogeriatrica, apresento o diagrama 4 como sugestão para a realização deste ensino, nos cursos de graduação em enfermagem.



**Diagrama 4** – As formas possíveis de condução do ensino de enfermagem gerontogerátrica.

Cabe a cada escola de enfermagem pensar uma maneira mais adequada à sua realidade, não esquecendo de contextualizar<sup>22</sup> este ensino. O importante é que, pelo menos aqueles alunos que tenham interesse na área, tenham acesso aos conhecimentos específicos durante sua formação profissional. Por outro lado, pode ficar interessante utilizar várias formas de ações educativas relacionadas com o idoso, envelhecimento e velhice e, se isto for feito, “termina por ser um treino do olhar em múltiplas, porém precisas direções, o que pode constituir-se em um real exercício de interdisciplinaridade” (PETRAGLIA, p. xiv, 1993) que se encaminha para a transdisciplinaridade.

#### 4.2 Conteúdos (re)apresentados

Em relação aos conteúdos apresentados nos artigos científicos pesquisados, começo analisando o conceito de idoso, no qual comprovei que alguns autores consideraram a idade de 60 anos para início desta fase do viver humano e, outros, consideraram 65 anos. Apesar de ser dos menos preciso, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, até para delimitar a população de um determinado estudo, ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais voltados para desenho de políticas públicas e para o planejamento ou oferta de serviços.

Como descreve Martins (2002), os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no *corpo*, na dimensão física. Mas é desejável que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por esta etapa do processo de viver. Complemento, acrescentando que o ser humano idoso tem várias dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras, que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo.

---

<sup>22</sup> Contextualizar, para Morin (1999b, p. 25) “trata-se de procurar sempre as relações e inter-retro-ações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/parte: como uma modificação local repercute sobre o todo e como uma modificação do todo repercute sobre as partes. Trata-se, ao mesmo tempo, de reconhecer a unidade dentro do diverso, o diverso dentro da unidade; de reconhecer, por exemplo, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, as diversidades individuais e culturais em meio a unidade humana”.

Considerando a relação do todo com as partes e vice-versa, o ser idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso. Porém, vejo como necessária uma uniformização com base cronológica do ser humano idoso brasileiro, a ser utilizada, principalmente, no ensino, considerando idoso, no Brasil, quem tem 60 anos e mais.

No entendimento de Morin (2000b) vivemos todas as idades precedentes. Ele conta que envelheceu aos dez anos com a morte da sua mãe, mesmo ainda sendo uma criança e, até hoje, com mais de 80 anos, conserva a curiosidade e o questionamento da infância. Este autor complementa que:

É agora, quando se misturam envelhecimento e rejuvenescimento, que sinto em mim todas as idades da vida. Sou permanentemente a sede dialógica entre infância/adolescência/maturidade/velhice. Evoluí, variei, sempre segundo esta dialógica. Em mim, unem-se, mas também se opõem, os segredos da maturidade e os da adolescência (MORIN, 2000b, p. 256).

Também, Bobbio (1997) relata que a velhice não é uma cisão em relação à vida precedente, mas é, na verdade, uma continuação da adolescência, da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras. Para esse autor, também as circunstâncias históricas, que ele relaciona tanto à vida privada, quanto à vida pública, exercem muita importância nos determinantes da velhice.

Morin (2000c) chama-nos a atenção para a perda de autoridade que o idoso enfrenta à medida que o desenvolvimento das civilizações acontece. Para este autor, os impulsos juvenis aceleram a história, tornando-se mister, não mais a experiência acumulada, mas o que Morin denomina de “adesão ao movimento” (MORIN, 2000c, p. 147), o que torna a experiência dos idosos *desusada*.

Na compreensão de Morin, a partir da Segunda Guerra Mundial, os atores e atrizes que ultrapassavam os 50 anos passam a fazer sucesso, não significando, porém, que a juventude tenha deixado de ser exigência do cinema, mas significando que “a idade do envelhecimento recuou” (MORIN, 2000c p.152). Estes atores e atrizes representam seres humanos que cronologicamente envelheceram, mas que

---

continuaram jovens física e psicologicamente, ou seja, continuaram ativos, aventureiros e amorosos.

Cria-se um novo modelo de ser humano, aquele “em busca de sua auto-realização, através do amor, do bem-estar, da vida privada. É o homem e a mulher que não querem envelhecer, que querem ficar sempre jovens para sempre se amarem e sempre desfrutarem do presente” (MORIN, 2000c p. 152). Através desta percepção, Morin nos incita a perceber que o rejuvenescimento se democratiza e os seres humanos, cada vez mais correm em busca de meios para alcançá-lo (ginásticas, dietas, cirurgias plásticas e outros), o que significa, “metafisicamente, um protesto ilimitado contra o mal irremediável da velhice” (MORIN, 2000c p. 157).

Mesmo não sendo idoso, na época em que publicou estes escritos, Morin correlaciona o processo de envelhecimento e principalmente a fase de velhice com situações de perdas, com a morte, enfim, com um certo pessimismo. Bobbio (1997), também e de forma sutil, lembra as limitações e perdas que a velhice traz para os seres humanos. Na verdade tenho me deparado com mais situações negativas do que favoráveis, relacionadas à velhice, isto a partir dos meus avós e de outros idosos com quem convivi e convivo. É complexo, mas desejável, admitir que envelhecer não é fácil e que neste processo é possível verificar uma situação dialógica, onde convivem o medo e as perdas com os ganhos e as boas expectativas.

Em um conceito mais transdisciplinar do ser idoso, Sá (2002, p. 1120) nos brinda com a seguinte declaração:

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.

Os aspectos étnicos, relacionados ao gênero e à urbanização, além dos aspectos éticos, são questões comuns encontradas no país e até nas nações vizinhas, visto que algumas características do envelhecimento da população idosa brasileira são apontadas como sendo comuns a outros países latino-americanos. São elas: maior número de idosos nas regiões urbanas, predominância de mulheres

idosas e interferência destes pressupostos nas mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar, pois morar em grandes centros urbanos indica, na maior parte das vezes, que a família mora em pequenos apartamentos e que se afasta de casa e só retorna à noite. Então, que tipo de apoio esta família pode oferecer a um idoso dependente? O que fazer? Essas características necessitam ser vistas quando se planeja e implementa ações para esta parcela populacional, principalmente no que diz respeito à organização dos serviços de saúde e ao apoio familiar, o qual constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde do idoso.

Nos problemas mais comuns da saúde do idoso, tornam-se relevantes os principais problemas de saúde da região, do local onde está inserido o curso de enfermagem e também as questões gerais, visto que as partes e o todo, o todo e as partes formam um movimento de relação contínuo. Enfim, contextualizar é a palavra de ordem para se atingir os objetivos propostos.

Ramos (2002) chama a atenção para um aumento de casos de demência entre os idosos brasileiros, principalmente da Demência do tipo Alzheimer que, segundo este autor, são doenças que têm como fator de risco a própria idade. Já se verifica aumento de casos de Aids em maiores de 50 anos, conforme estudo de Alves (2002). Percebo, a partir destas comprovações, que os problemas de saúde do idoso brasileiro estão mudando, necessitando cada vez mais da ampliação do conhecimento pelos profissionais e, mais intensamente, de reflexão e troca ou religação dos saberes.

Precisam ser mais exploradas as ações voltadas à promoção da saúde. Se bem que vale lembrar, como temos pouco tempo de ação voltada ao idoso, no Brasil, que é desejável que primeiro nos voltemos mais intensamente à prevenção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e à prevenção de doenças específicas ao idoso, tais como demência do tipo Alzheimer, doença de Parkinson, depressão, já que estas doenças afligem os idosos brasileiros e agora é que estamos começando a aprender a saber lidar com elas. É possível que cheguemos, daqui a alguns anos, à situação apresentada, por exemplo, na Suécia. Neste país, a promoção da saúde do idoso é uma das questões básicas e fundamentais do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, pois os suecos já conseguiram controlar grande parte das DCNT e estão controlando boa parte das doenças específicas ao idoso, sobrando-lhes as ações de promoção da saúde para serem mais exploradas.

*A participação na universidade aberta à terceira idade, as estratégias de ensino voltadas ao idoso e a participação em grupos e clubes de terceira idade,* considerando-se estes grupos, propiciadores de momentos de reflexão e crescimento pessoal, coletivo e grupos de (re)aprendizagem, tornam-se questões primordiais ligadas ao ensino da enfermagem gerontogerátrica. Através do processo educativo surgem múltiplas possibilidades do idoso ter uma maior participação social, e a partir daí, poder sentir-se útil e feliz, alcançando uma velhice melhor sucedida.

Ao fazerem a opção de participar de grupos ou clubes específicos e voltados para a sua faixa etária, os seres humanos que envelhecem têm um desejo, que muitas vezes nem é consciente, de modificar o rumo de suas vidas, de recriar o futuro e de encontrar uma forma de vida mais satisfatória. Eles desejam tornar o tempo vivido uma aquisição que os habilite a abrir novas possibilidades para a velhice, por meio do enfrentamento de estigmas, preconceitos e da falta de acesso às questões políticas que lhes dizem respeito. Estas ações tendem a libertar o idoso, direcionando-o para novas expectativas de vida e para a busca de um ideal positivo da velhice.

Torna-se desejável que os programas de educação para idosos possibilitem discussões da problemática da velhice com o idoso, e que seja uma educação que leve o idoso a uma nova postura diante dos problemas de seu tempo atual e a reconquistar o seu espaço sócio-político. Um programa de educação para idosos termina sendo uma tentativa constante de mudanças de atitude, que direcione o idoso a integrar-se e “torna-se idoso-sujeito” (LIMA, 2001, p. 50), e não mais aquele *ser* que perde a capacidade de optar e vai deixando-se submeter a prescrições alheias que o minimizam, pois as decisões não são mais suas e sim, são resultados de comandos estranhos, levando-o a desintegração e ao desamor.

Participar da *educação* de um idoso termina sendo um caminho para novos níveis de percepção, de conhecimento e de ação. Faz-se desejável ter-se, pelo menos, a intenção de propiciar ao idoso um ambiente fecundo de aprendizagem, recriando antigos conhecimentos e criando novas respostas para modelos estigmatizantes de velhice e novas perguntas para enfrentar a velhice de forma mais feliz e ajudando o idoso a assimilar os conhecimentos, ampliando sua visão de mundo e suas possibilidades de inserção.

Acho interessante descrever a experiência da Universidade Aberta à terceira Idade (UnATI), da Fundação Instituto Tecnológico de Osasco (FITO), a partir dos escritos de Lima (2001). Os objetivos desta UnATI são: proporcionar ao idoso um espaço para refletir sobre si e o mundo que o cerca; auxiliar o idoso a viver o presente, capacitando-o para lidar com os inúmeros problemas práticos e psicológicos em um mundo complexo, fragmentado e em mudanças; educar o idoso para a vida, excitando-o na busca do sonho, da imaginação e da criação; levar o idoso a repensar sua vida, através de uma reforma do pensamento, pautada nos pressupostos de Edgar Morin; auxiliar o idoso a batalhar por uma nova concepção de cidadania, através de uma reforma ética; apoiar o idoso na elaboração de um projeto de vida como sujeito-cidadão; contribuir para a diminuição de dependência física e emocional do idoso, beneficiando seu bem-estar físico e psíquico-social, o que resultará em vantagem para ele, sua família e sociedade.

A educação proposta pela UnATI, da FITO, se direciona a uma velhice consciente, fundada sobre conhecimentos de base e educação de adultos e nos princípios da Andragogia. É participativa e pautada nas características e nas necessidades dos idosos-alunos, considerando-se as motivações, estilos e ritmos próprios da aprendizagem de cada um. Desenvolve-se uma pedagogia específica para o idoso, por meio da educação formal, garantindo-lhe a possibilidade de adaptação na família e na sociedade, promovendo trocas de vivências, de conhecimentos e o aperfeiçoamento individual e interpessoal, na tentativa de estimular o desenvolvimento de novos papéis e preservação de sua dignidade. Procura-se criar oportunidades para que o idoso desenvolva papel de sujeito na construção do seu conhecimento.

Como estratégias de ensino para idosos, cito o diálogo como importante ferramenta, desde que surja como forma respeitosa ao procurar saber o que o idoso traz de sua vida e, considerando a percepção de Bohm (1990), de ser o diálogo originário do grego onde *logos* significa palavra e *día* significa através. Um diálogo pode se dar entre qualquer número de seres humanos, não só entre dois, mas até um só ser humano pode ter uma impressão de diálogo consigo mesmo, se o espírito do diálogo estiver presente. Percebendo desta forma, esta derivação sugere uma sucessão de sentidos fluindo entre e através de vários de nós ou entre dois de nós ou somente dentro de cada um de nós.

Torna-se possível a elaboração de uma nova teoria do conhecimento, que surja dos interesses do idoso-aluno e que lhe permita reelaborar e reordenar seu próprio conhecimento e apropriar-se, a partir desta matriz, de conhecimentos alheios, sem ser manipulado. Para atender a esta estratégia, deseja-se que o professor garanta, ao idoso-aluno, o estudo e a reflexão sobre sua vivência, e situações conflitivas que fazem parte da vida de todos nós, como doenças, perdas, medos. E que possa fazer isto junto com a alegria, a esperança, a solidariedade, a compaixão sem mascarar a realidade e procurando auxiliar o idoso a projetar soluções diferentes às proporcionadas pelo sistema capitalista, globalizado e competitivo, por meio da apropriação do conhecimento a serviço de sua construção como sujeito.

Para que o professor do idoso-aluno possa assumir um ensino voltado ao desenvolvimento de capacidades novas no idoso, torna-se importante que ele atue com o “modo-de-ser-cuidado” (BOFF, 1999, p.95), que termina sendo um modo de *ser-no-mundo* que se realiza, por meio do cuidado, pois é relevante e essencial para qualquer aluno e principalmente para o idoso-aluno, sentir-se acolhido e apoiado. Da educação pelo cuidado emergem mudanças, como ver a natureza e tudo que nela existe com beleza e respeito, e sem querer torná-la objeto; desenvolver uma relação de sujeito-sujeito ao invés de sujeito-objeto; experimentar os seres sujeitos como valores e símbolos que remetem a uma realidade frontal; procurar não existir, mas co-existir com todos os outros, tornando a relação interpessoal não um domínio sobre o outro, mas uma relação, como nos lembra Boff, de com-vivência, onde se verifica não a pura intervenção, mas a interação e comunhão.

Na compreensão de Lima (2001), o professor do idoso-aluno precisa possuir algumas características para obter sucesso, tais como: ter competência no assunto que desenvolve, ser empático, acreditar na possibilidade da educação ser transformadora, garantir a participação do idoso nas atividades educacionais, possibilitar que o idoso construa seus conhecimentos e identifique suas habilidades, estar aberto à mudança e favorecer a troca de saberes professor e idoso-aluno. Ainda é importante manter uma atitude de interdisciplinaridade no sentido de não se limitar aos antigos paradigmas, mas estar voltado para um processo de abertura, buscando respostas diferentes e novas soluções construídas a partir da prática vivida com o idoso.

Enfim, uma educação viável não só para o idoso, mas para qualquer aluno precisa ser uma educação integral do ser humano, que se direcione à totalidade aberta, complexa, competente e sensível, que direcione o ensino para condição humana e a reabilitação da solidariedade, cimento dos valores éticos para a existência dos seres humanos e sua relação para com os outros e o meio ambiente.

Nas políticas de assistência ao idoso, foi possível verificar que muito ainda precisa ser feito em relação à assistência social e à assistência à saúde do idoso brasileiro. Considerando que a população jovem brasileira ainda é numerosa e apresenta problemas de saúde e sociais prioritários, não se pode pretender que as ações do Estado sejam totalmente direcionadas para o grupo etário idoso. Porém, é importante que se perceba a importância dos seres humanos idosos no cenário cotidiano e se procure almejar mais qualidade para sua vida. Na verdade, mesmo percebendo que os problemas relacionados e/ou causados pelo aumento da população idosa são de difícil solução, não é impossível resolvê-los, pois grande parte das soluções está ao alcance do Estado e da sociedade.

Entendo que, no Brasil, o processo de envelhecimento populacional caminha para uma rápida intensificação e que isto surge em um momento de crise econômica, quando as desigualdades e os problemas sociais são verificados constantemente. Nesse contexto, torna-se até difícil sustentar expectativas otimistas quanto à evolução de respostas adequadas às crescentes demandas da população idosa. Enfatizo, porém, que a política social em favor da população idosa corre o risco de ser uma batalha perdida, se não houver consciência de que tais ameaças não são problemas deste ou daquele país, mas de todos os governos, de todas as nações, enfim, de todo o planeta.

Nas opiniões de Sayeg e Mesquita (2002), torna-se desejável desenvolverem-se estudos e pesquisas que possam dar visibilidade às questões relacionadas ao idoso. Esses estudos devem ser realizados nos hospitais, nos asilos e nos domicílios e que tenham o poder de despertar o interesse de gestores e governantes, bem como da sociedade como um todo, pois as políticas dependem de bases legais e de justificativas para seu estabelecimento, as quais são retiradas de informações disponíveis e confiáveis.

Em relação às instituições e serviços direcionados ao idoso, verifiquei que a instituição asilar é a modalidade de assistência que mais vem preocupando os

enfermeiros gerontogeríatricos, visto que alguns artigos científicos mostraram esta relevância. Esta maior incidência talvez possa ser justificada pelo uso comum desta instituição como campo de aulas práticas e estágios dos alunos de enfermagem.

Segundo a Portaria n.º 810/89, aprovada em 22 de setembro do mesmo ano (BRASIL, 1989b), as instituições específicas para idosos correspondem aos locais físicos equipados para atender aqueles com 60 anos ou mais, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional. No Decreto n.º 1.948/96 (BRASIL, 1997), no seu Art. 3º verifica-se que modalidade asilar é o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

A Portaria n.º 810/89 continua em vigor, sendo de responsabilidade das secretarias de saúde dos municípios, por meio do serviço de vigilância sanitária e do Corpo de Bombeiros, sua fiscalização para implantação, implementação, funcionamento, controle e fiscalização periódica. Mas, pode-se verificar que esta fiscalização não era [agora já é?] realizada adequadamente. Basta lembrar do escândalo que ocorreu entre abril e maio de 1996, na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro, RJ, onde dezenas de idosos morreram de forma trágica, contaminados por shigella, bactéria causadora de diarreia aguda e que surge a partir de problemas acarretados por falta de cuidados elementares relacionados à alimentação, higiene e outros, além da super lotação e de maus tratos.

Os asilos constituem alternativas de cuidado para aqueles idosos mais frágeis e muito dependentes para executar suas tarefas básicas da vida diária e que, por várias razões de ordem médico-sociais não podem ser mantidas em suas residências. Estas instituições, porém têm o inconveniente, na maioria dos casos, de levar os idosos ao isolamento e à inatividade física em decorrência de manejo técnico inadequado.

Torna-se desejável que as outras formas de modalidades não-asilar de atendimento ao idoso sejam implantadas e implementadas, não só nos serviços privados, como já se verifica em todo o país, por meio dos planos de previdência

privada, mas, nos serviços públicos, através do SUS e que estas alternativas assistenciais sejam acessíveis à maior parte da população idosa brasileira e façam parte do conteúdo da enfermagem gerontogeriatrica.

São outras modalidades de assistência ao idoso: *Centro de Convivência*: local destinado à permanência do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, objetivando atender o idoso, promovendo o fortalecimento de práticas promocionais de forma a favorecer a melhoria da sua convivência na família e na comunidade; *Centro de Cuidados Diurno* ou Hospital-dia, ou ainda Centro-dia: local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência multiprofissional; *Casa-lar*: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família; *Oficinas Abrigadas de Trabalho*: local destinado ao desenvolvimento, de atividades produtivas, de capacitação e de reciclagem profissional, pelo idoso, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas; *Atendimento domiciliário*: cuja finalidade é atender as dificuldades temporárias ou permanentes apresentadas pelo idoso, a fim de evitar, ao máximo as internações. E ainda existem outras formas de atendimento que possam surgir por iniciativas da própria comunidade e que visem à promoção do idoso na família e na sociedade (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

No planejamento e administração de serviços direcionados ao idoso, os dados coletados disseram respeito à organização ou re-organização de instituições asilares realizadas por professores e alunos de enfermagem, quando desenvolveram aulas práticas e estágios extracurriculares naquelas instituições. Demonstram, assim, a importância de poder-se melhorar administrativamente uma instituição asilar, sendo um exercício para a prática profissional futura. Estas ações, pautadas em reestruturação de espaços físicos, treinamento de pessoal, adaptação de técnicas de cuidados e outras, favorecem a melhoria da qualidade de vida dos idosos asilados. É importante, sempre que possível, incluir o idoso nas mudanças organizacionais que dizem respeito ao asilo, pois os cuidados e o manejo das estratégias usadas no cotidiano da vida asilar precisam levar em conta as

características da personalidade do idoso, visando a preservação de sua identidade, seus gostos e seus valores.

Quanto à caracterização de população idosa, torna-se importante que, antes de iniciar qualquer atividade de aulas práticas ou de estágios, seja feita uma análise, mesmo que não tão profunda, do perfil dos idosos naquele lugar. As atividades a serem planejadas e os idosos que as receberão apresentam diferenças, considerando-se que os idosos que participam de centros de convivência, universidade e grupos de terceira idade costumam ter menos necessidades relacionadas à saúde do que os idosos hospitalizados que, por sua vez, apresentam menos necessidades psicossociais que os idosos asilados.

Em estudo realizado por Pacheco et al (1997), no qual as autoras procuraram identificar diagnósticos de enfermagem, segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), em idosos que faziam caminhadas diárias numa praia famosa de Recife, PE, foram identificados: desesperança relacionada à alteração psicológica do envelhecimento evidenciada por uso constante de negativas, mostrando que mesmos os idosos saudáveis, que participam de atividades recreativas, de lazer ou educativas, necessitam discutir mais sobre o processo de envelhecimento e a velhice, para aceitá-los e vivenciá-los, cada vez mais de forma tranqüila e intensa.

No estudo de Nascimento et al (1997), sobre a identificação de diagnósticos de enfermagem, por meio da NANDA, em idosos hospitalizados, os seguintes diagnósticos foram encontrados: disfunção da reação de pesar, distúrbio no padrão do sono, intolerância a atividades, nutrição alterada – ingesta menor que as necessidades corporais, desesperança e impotência.

Em estudo realizado por Carvalho et al (1997) sobre a identificação de diagnósticos de enfermagem, em idosas asiladas, através da taxonomia da NANDA, foram encontrados: manutenção da saúde alterada, risco para trauma, risco para déficit de volume de líquido, risco para a integridade da pele prejudicada, disfunção da reação de pesar, déficit de lazer, isolamento social, mucosa oral alterada, distúrbio no padrão do sono, mobilidade física prejudicada, desesperança e constipação. Chamando-nos atenção quanto ao isolamento, a necessidade de ajuda por conta de problemas na mobilidade física, a falta de lazer e principalmente as poliqueixas, que fazem parte do cotidiano dos idosos asilados.

Sobre o conceito de envelhecimento cabe lembrar que este é um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. É importante que o professor e principalmente o aluno percebam as diferenças, semelhanças e inter-relações entre os conceitos de idoso, envelhecimento e velhice, objeto do trabalho e de estudo da gerontogeriatrics.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém, como já referido, é na velhice que este processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

A percepção de Morin (1999b) acerca do processo de envelhecer é de que o ser humano, rejeitando a morte como rejeita, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice, talvez por esta fase da vida ser a que mais se aproxima da morte e assim, torna a velhice um peso para sua vida. Para este autor, sendo o ser humano marcado pela consciência da tragédia da morte, ele tenta inventar os mitos para negá-la ou para encontrá-la, pensando nos meios para aceitá-la e, aí dá-se conta de que o problema da consciência e do ser humano é atravessado pelo tempo e tornado trágico pela morte. Esta ação se traduz em agonia para o ser humano, principalmente, durante a velhice.

Complementando Morin (PENA-VEGA; ALMEIDA; PETRAGLIA, 2001, p. 78) afirma que “não encaramos as tragédias da idade, se não encararmos diretamente a tragédia da morte”. Para este autor, mesmo a aproximação com o lado espiritual de alguns idosos, nesta última fase do processo de viver, surge, não para o crescimento destes como seres humanos, não para angariar pontos para a vida eterna, mas como uma defesa contra a morte.

Em outro momento, Morin (PENA-VEGA; ALMEIDA; PETRAGLIA, 2001, p. 82) afirma: “eu acredito que somente podemos aceitar a morte se vivermos plenamente”. Com esta afirmação, lembra que é importante assumir a dialógica vida-morte e compreender a fórmula de Heráclito *viver da morte, morrer de vida*, que se encontra plenamente comprovada na medida em que, para começar, nós vivemos da morte de nossas células, sendo a vida o que resiste à morte. Para resistir, porém, ela utiliza justamente a morte e sendo assim, este antagonismo fundamental comporta uma certa colaboração por parte da vida.

Nos aspectos teóricos, sociais, econômicos, psicológicos, demográficos e epidemiológicos, familiares, relacionados ao processo de envelhecimento, verifiquei que as teorias que tentam explicar o envelhecer necessitam ser mais exploradas no ensino da enfermagem gerontogeriatrica. As questões do estar doente ou o ser *velho*, ou pior – ser *velho* e estar doente, são questões que mexem com a socialização dos seres humanos e nas quais precisamos usar mais tempo para reflexão e procurar sermos mais rápidos na ação. O processo de envelhecer em si e, principalmente, a própria velhice terminam ocasionando problemas de ordem econômica, especialmente em um país de profundas desigualdades sociais como o Brasil.

Em relação aos aspectos psicológicos constata-se, no cotidiano da enfermagem gerontogeriatrica, o quanto cuidar de um idoso dependente, no hospital ou no seio familiar, causa diversos tipos de estresse nos funcionários, na família e notadamente, no cuidador principal. É importante considerar que, ao tentar compreender o estado emocional de um idoso, é possível realizar a contextualização do seu histórico de vida, pois suas reações emocionais atuais estão relacionadas com as vivências acumuladas no decorrer de todo o seu curso de vida.

Quanto aos aspectos econômicos torna-se possível perceber a velhice como consequência do desenvolvimento de um país e o fato de que os seres humanos idosos saudáveis terminam sendo uma fonte de recursos para seus familiares, para a comunidade e para a própria economia, sendo a contribuição desse segmento, mesmo se não remunerada e não divulgada, indispensável para o desenvolvimento deste país. Penso que o mais importante é poder, saber e querer envelhecer com dignidade, mas para isso é desejável que uma vida digna seja acessível a todos os seres humanos e em todas as fases evolutivas do seu viver.

Nos aspectos psicológicos, na opinião de Gavião (2000), o processo de envelhecer é uma experiência individualizada, uma vez que a maneira como cada ser humano direciona sua vida depende da interação entre os fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos, culturais e de saúde, com os quais está em constante relação. Percebo que o processo de envelhecimento, compreendido como curso de vida, com suas várias fases: infância, adolescência, idade adulta, idade madura e velhice, apresenta mudanças psicológicas específicas e, na velhice, torna-se desejável que algumas dessas alterações psicológicas sejam consideradas, para melhor atendimento destas necessidades e realização de um cuidado mais individualizado ao idoso.

Os aspectos demográficos e epidemiológicos do processo de envelhecimento tornam-se primordiais no ensino da enfermagem gerontogeriatrica, pois o número aumentado de idosos no país direciona para a revisão de questões sociais, tais como aposentadorias e pensões, engajamento em grupos específicos, acesso ao lazer e à educação para a cidadania, retorno ao mercado de trabalho e outras. Mas é na saúde, onde estas questões serão mais dificilmente acomodadas.

Nos aspectos familiares, torna-se importante, discutir com os futuros enfermeiros, a rede de suporte social e elaborar o mapa de suporte dos idosos, tanto pessoal quanto institucional e, principalmente, dos idosos hospitalizados e dos asilados. É também interessante elaborar este mapa de suporte junto com o idoso, para que ambos, idoso e enfermeiro possam discutir as relações sociais, a qualidade destas relações e a procurar uma melhor forma de alargá-las e de estendê-las. A atenção ao idoso e sua família é um grande desafio que se coloca para sociedade brasileira. Concordo com Rodrigues e Rauth (2002, p.106) quando afirmam que

Não estaremos [...] aparelhados para atender às necessidades do segmento idoso e da família, enquanto não contamos com políticas de formação de recursos humanos para o atendimento, pesquisa, educação em saúde, atenção aos direitos e ensino de geriatria e gerontologia.

Na compreensão de Silva (2000), torna-se importante que o idoso permaneça na família, principalmente para a manutenção da sua saúde física e mental, já que o grupo familiar é o grupo de maior referência na velhice. E para isto é desejável assegurar à família, condições mínimas que sejam, para mantê-lo em seu meio, sendo responsabilidade maior do Estado assegurar o suporte para esta finalidade.

Quanto à velhice, o seu conceito necessita ser visualizado como a última fase do processo de envelhecer humano, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. O registro corporal é aquele que fornece as características do idoso: cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento e tantos outros. No entanto estas características podem estar presentes sem, necessariamente, ser-se idoso, como ainda é possível ser idoso e através de plásticas, uso de cremes e ginásticas específicas, mascarar-se a idade. Torna-se, então, difícil fixar a idade para entrar na velhice, pois não dá para determinar a velhice pelas alterações corporais.

Percebo que embora se reconheça a velhice apenas no outro ser humano e não em quem a está vivenciando, ou seja, no *eu*, no *dono* do corpo que envelhece, integrado na dimensão temporal da existência, reconhece-se a cada momento e de forma renovada que a velhice parece galgar novos limites. Estes poderão ser cada vez mais altos se o idoso reconhecer-se, aceitar-se e integrar-se à sua família e comunidade, até porque estas ações terminam por torná-lo reconhecido, aceito e integrado por todos.

Fernandes (1997) alerta que, seja qual for a ótica em que se discuta ou escreva acerca da velhice, é desejável respeitar os direitos intangíveis ou intocáveis do cidadão idoso. Essas situações que dizem respeito a quatro pontos especiais, que são: tratamento eqüitativo, através do reconhecimento de direitos pela contribuição social, econômica e cultural, em sua sociedade, ao longo da sua vida; direito à igualdade, por meio de processos que combatam todas as formas de discriminação; direito à autonomia, estimulando a participação social e familiar, o máximo possível; direito à dignidade, respeitando sua imagem, assegurando-lhe consideração nos múltiplos aspectos que garantam satisfação de viver a velhice.

No entendimento de Lima (2001), a velhice estar surgindo como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser *velho*, justificada esta afirmação pelo fato de que os idosos estão se organizando em movimentos que avançam politicamente na discussão de seus direitos. A velhice, vista como representação coletiva, começa, mesmo que de forma tímida, a mostrar outro estilo de vida para os idosos, que ao invés de ficarem em casa, isolados, saem em busca do lazer, saem para os bailes, para as viagens, os teatros, os bingos, os grupos, os

clubes e universidades abertas à terceira idade. O movimento referido emerge com uma força ainda desconhecida por aqueles que o vivenciam, de sujeitos que tornam visível a possibilidade de modificação da velhice, tirando os rótulos e contestando os mitos.

Neste novo milênio, é desejável tomar consciência de que, para sobreviver, temos de mudar o paradigma do desenvolvimento econômico para um paradigma de desenvolvimento a favor do ser humano. Morin (1999a) sugere a busca da hominização, que é o desenvolvimento das potencialidades psíquicas, espirituais, éticas, culturais e sociais. Para que isto possa ocorrer, torna-se desejável se ter como meta do desenvolvimento o viver melhor, o viver verdadeiramente, significando viver com compreensão, solidariedade e compaixão.

Como começar esta reforma de pensamento na sociedade em relação à velhice, se esta sociedade afirma que os idosos não aprendem? Surge, então, a possibilidade de uma reforma do pensamento para os idosos, que pode ser possível através de uma educação transformadora, para que estes seres humanos possam perder seus medos e enfrentar seus envelhecimentos com muitas possibilidades diferentes das que foram programadas e estigmatizadas.

A importância da educação, não só para os profissionais que cuidarão dos seres humanos idosos, mas para os próprios idosos e para a sua família parece ser uma saída para se trabalhar melhor os estigmas que a sociedade e o próprio idoso insistem em assumir em relação à velhice. Não é qualquer educação direcionada aos idosos que vai trazer transformações necessárias para que o idoso e a sociedade mudem de atitude. Há possibilidade de uma educação permanente, planejada com base em um alicerce de equilíbrio dinâmico entre a sua imanência e a sua transcendência. Por imanência entenda-se a expressão do idoso diante de sua situação humana, do seu cotidiano, o que ocorre no seu círculo de vida privada, nos afazeres domésticos, nos hábitos, nas tradições culturais, enfim na dimensão inevitável de limitações e de sombras que marcam a vida e, por transcendência, o fato do idoso mostrar toda a sua criatividade, sua capacidade de romper barreiras, de sonhar, de transforma-se em luz.

Quanto à geriatria e à gerontologia, muitas vezes é possível verificar o seu parcelamento, quando o primeiro conceito surge a partir do segundo termo, tornando difícil o mais importante, que é cuidar do ser humano que envelhece ou já

envelhecido, ajudando-o a conquistar uma melhor qualidade de vida, na sua última fase do processo de viver humano. Esses conceitos direcionam a considerar a gerontologia como sendo uma ciência ampla, tendo em seu bojo a geriatria e a gerontologia social. Parece evidente que a explicitação e a análise da sua cientificidade trarão contribuições para tornar mais claros o seu padrão de construção, a sua configuração e a sua especificidade como ciência. Na opinião de Rodrigues e Rauth (2002), a gerontologia não é uma disciplina unificada, mas um conjunto de disciplinas científicas que intervêm no mesmo campo, que necessitam empreender esforços interdisciplinares, os quais excedam os limites de seus próprios paradigmas e teorias, para criar concepções diferenciadas sobre o idoso e os fenômenos da velhice e do envelhecimento.

A justificativa de existência da gerontologia está relacionada a questões sociais expressivas, como o aumento da expectativa de vida, acarretando problemas demográficos como a crescente demanda dos serviços de saúde para idosos e problemas epidemiológicos, como a alta incidência e gastos elevados das doenças crônicas não-transmissíveis, e outros problemas de largo alcance; a questão das desigualdades sociais, originárias do modelo econômico e das relações sociais entre os seres humanos e entre as classes sociais; o exercício pleno da cidadania, não deixando dúvidas, sobre o caráter interventivo da gerontologia. No entanto, cabe à gerontologia não apontar a velhice como um problema social, mas conceber esta fase de vida e suas possibilidades como resultantes de ações multidimensionais.

Papalléo Neto (2002) propõe a criação de uma nova área, que melhor abarque a gerontologia e que poderia ser denominada de Ciência do Envelhecimento, aglutinando pesquisas, cuja interatividade potencializará o manejo da questão do envelhecimento em todas as suas áreas de abrangência e de construção do saber. Concordo com o autor e compreendo que, por meio da Ciência do Envelhecimento, poder-se-ia estudar o ser humano deste a concepção até a morte, e assim tendo mais possibilidades de desenvolvimento da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, por meio da inter-relação das faixas etárias e relações intergeracionais, considerando-se o curso de vida do ser humano, a sua totalidade e sua integração consigo próprio, com o outro e com o cosmo.

Quanto ao trabalho interdisciplinar em gerontologia, entendendo interdisciplinar como o primeiro passo para a transdisciplinaridade. Verifiquei que isto

torna-se possível quando realizado através da participação em núcleos e grupos de estudo e pesquisa, junto com outros profissionais, ou através da participação em eventos específicos da área, pois nestas oportunidades os vários estudiosos do assunto terminam por defenderem idéias que podem ser comuns entre si. Mas é importante não esquecer que se pode ser interdisciplinar sozinho, já que tal postura pode representar mudar de atitude ao enfrentamento de nova perspectiva diante de um mundo carente de solidariedade, de ética responsável onde faltam amor a si próprio, aos outros seres humanos, aos seres não humanos e para com a nossa casa: o planeta Terra.

Na pesquisa Gerontológica, constatei um pequeno avanço na enfermagem gerontogeriatrica, porém com algumas possibilidades a serem desenvolvidas, tais como as relacionadas ao pequeno número de trabalhos apresentados em eventos e principalmente publicados. Os livros-resumo dos congressos são a maior fonte dos poucos trabalhos publicados em forma de resumo, até porque esta se torna uma via de fácil acesso aos enfermeiros. Existem alguns livros nacionais publicados sobre a enfermagem gerontogeriatrica, porém torna-se necessária publicação de livro brasileiro que sirva de guia para o aluno dos cursos de graduação.

Nas discussões sobre a enfermagem gerontogeriatrica, identifiquei os aspectos conceituais: objetivos, diferentes formas de atuação, processo de trabalho e processo de enfermagem. Os objetivos da enfermagem gerontogeriatrica que apresento neste momento partiram dos objetivos da enfermagem gerontológica, apresentados por Berger (1995) e Duarte (1997), tendo em vista a integralidade e autonomia deste ser humano. São eles: cuidar do ser humano idoso, considerando sua totalidade biopsicossocial e estimulando o autocuidado, a autodeterminação, a independência; ajudar o ser humano idoso, sua família e sua comunidade na compreensão do envelhecimento como integrante do curso de vida; minimizar os danos e seqüelas, impedindo a velhice doente e realizando ações que promovam a saúde, conservem a energia e a qualidade de vida; desenvolver ações educativas, não só direcionadas à equipe de enfermagem, mas principalmente ao próprio ser humano idoso, a sua família e à comunidade e sociedade.

Quanto ao processo de trabalho na enfermagem gerontogeriatrica, assunto em evidência em um dos artigos investigados, verifiquei que toda ação destinada a um fim, tal qual se constitui o cuidado de enfermagem gerontogeriatrica, se realiza

socialmente como processo de trabalho, tornando-se importante refletir acerca do conceito de trabalho. Na compreensão de Marx (1986), o trabalho humano é uma atividade prática material, pela qual o trabalhador transforma a natureza e faz surgir um mundo de produtos, no contexto do mercado. Ramos (1999, p.16), partindo do referencial marxista, entende trabalho como “um processo não causal, no qual se despende uma energia e cujo produto corresponde à satisfação de uma carência ou necessidade”.

O trabalho não é algo que ocorre separado de outras atividades que acontecem no mundo real. Ao contrário, é algo que nasce e se desenvolve em uma grande rede de relações. A primeira delas é a que se estabelece como modo de ligar o ser humano à natureza, no momento em que, através de uma ação, ele – o ser humano, tende a tocá-la, a modificá-la, a desenvolvê-la e, principalmente, a transformá-la.

Entendo que o trabalho em si, a sua finalidade e o motivo pelo qual se executa um projeto é constituído por ações guiadas pela consciência e é a objetivação do sujeito. O *objeto* de trabalho é algo que será transformado, para melhor satisfazer uma necessidade. O *instrumental* de trabalho mostra-se através dos meios usados para transformar o objeto de trabalho e segundo Leopardi (1989, p.116), o instrumental ou instrumentos “são componentes do trabalho e dos valores efetivamente empregados na produção [...], ficando à disposição dos trabalhadores, quando estes precisam daqueles para a execução de sua atividade.” O *produto* é o que se origina do processo de trabalho, é a própria objetivação do trabalho e da necessidade a ser atendida.

Em relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, Pires (1998, p.161) o descreve como contendo elementos específicos, sendo a

finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental [...] os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência da saúde [...].

O processo de trabalho da enfermagem gerontogeriatrica descrito por Santos (2000b) tem: como finalidade, o cuidado ao idoso, nos diversos níveis de assistência

à saúde; como objeto, o ser humano idoso, o processo de envelhecimento e a velhice; como instrumental, o conhecimento específico desta área do saber e, como produto final, o idoso autocuidando-se, e caso esteja impossibilitado, sendo cuidado adequadamente por sua família, e sempre se priorizando um cuidado solidário, humanístico e digno até a sua morte.

Em relação ao processo de enfermagem realizado na enfermagem gerontogeriatrica percebi as dificuldades de sua implantação e implementação, principalmente quanto à utilização de diagnósticos de enfermagem, e especialmente nas instituições asilares pela ausência ou único enfermeiro. Isto termina por direcionar a uma forma mais eficaz de avaliação gerontogeriatrica, através de uma série de requisitos importantes para a vida do idoso, enfatizando: a saúde física, a saúde psicológica, os parâmetros sociais e os parâmetros funcionais, estes últimos mais ligados à autonomia e a independência do idoso, que terminam compondo a avaliação gerontogeriatrica.

Quanto à avaliação gerontogeriatrica, o Programa de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999a) recomenda uma avaliação multidimensional, onde se utilizem instrumentos, se possível já validados, de fácil aplicação, os quais facilitem o trabalho da equipe multiprofissional e o progresso das ações terapêuticas, além de propiciar informações através de um banco de dados que sirvam para futuras pesquisas e melhoria da qualidade da assistência ao idoso. Esta avaliação gerontogeriatrica necessita abranger: *saúde física* (diagnósticos presentes, indicadores de severidade, quantificação dos serviços médicos usados, auto-avaliação dos serviços de saúde), *saúde psicológica* (testes de função cognitiva e testes de função afetiva), *parâmetros sociais* (recursos disponíveis e necessidades de suportes), *independência funcional e autonomia* (atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária).

Em relação ao cuidado ao idoso asilado, verifiquei que realizar aulas práticas em instituições asilares, principalmente de matérias iniciais da enfermagem, termina sendo uma forma de estreitar laços interpessoais e intrapessoais dos estudantes com os idosos, traços estes que foram estabelecidos através da família e que é importante despertar para que sintam desejos de trabalhar com esta população após a formatura. Não desconsidero, entretanto, que as outras formas de realizar aulas práticas com esta população não sejam tão ou mais favoráveis, como por meio de

visitas domiciliares direcionadas a idosos saudáveis ou doentes, em comunidades diversas, desenvolvimento de atividades em clubes e centros de convivência e outras. Ao desenvolver atividades práticas nos asilos as IES, por meio das ações dos professores e alunos contribuem para que seu funcionamento seja mais adequado e contribuem, principalmente no aumento da qualidade de vida dos seus residentes.

É importante considerar que, às vezes, o atendimento que os idosos têm nos asilos pode *chocar* os alunos, como verificado nos dados coletados, tornando-se oportuno discutir acerca das questões ligadas aos maus tratos aos idosos (BRASIL, 1999e). Muitas vezes, eles são percebidos apenas como agressão física, mas maltratar pode ter diferentes significados, como: proceder a ato de omissão que possa resultar em dano ou risco de dano para a saúde e o bem-estar do idoso; infligir, intencionalmente um dano físico; abusar sexualmente; negar alimentação, vestimenta ou cuidados necessários à saúde; isolar ou restringir o idoso de contato social, não deixá-lo receber cartas, atender telefones ou abrir a porta para visitantes; deixá-lo só por muito tempo; atormentar o idoso, ameaçá-lo de abandono, mostrar-lhe desmerecimento; usar, inadequadamente, seus recursos financeiros; negar seu direito à autodeterminação, à privacidade e outros.

Algumas causas são apontadas como desencadeadoras do mau trato ao idoso: estresse, dificuldades financeiras, conflitos familiares; relacionamento dependente, principalmente quanto ao suporte para a realização das atividades de vida diária; presença de doenças mentais, seja no próprio idoso ou no cuidador; isolamento social, aumentando a chance dos maus tratos acontecerem; falta de capacitação do cuidador, desconhecimento das necessidades específicas de cuidado para com o ser humano idoso; falta de supervisão por conta dos responsáveis, ou seja, dos familiares ou da administração institucional; cansaço excessivo do cuidador, necessitando este cuidador de folgas e de atividades agradáveis, de lazer, fora do ambiente de cuidado.

A capacitação dos funcionários que trabalham em asilos é de primordial importância para um melhor atendimento ao idoso. Nesta capacitação, é também importante que lhes sejam possíveis momentos de resolução de conflitos internos de atendimento da necessidade de autocuidar-se, de ter atividades de lazer e de trabalhar de forma intra e interpessoal o sofrimento, do qual o trabalhador de

enfermagem é vítima. Outro ponto a ser considerado é proceder à supervisão sistemática do cuidado realizado, mostrando, mais uma vez, o desejo do enfermeiro de ser um dos profissionais permanentes nestas instituições. Inclusive, esta foi uma das preocupações nos dados coletados, ou seja, a possibilidade de pensar-se acerca da capacitação dos profissionais de enfermagem que cuidam de idosos, especialmente dos que trabalham nas instituições asilares, sendo esta capacitação uma das funções do enfermeiro que atua no asilo.

No cuidado ao idoso dependente, é cada vez mais desejável discutirem-se as formas de cuidado, seja hospitalar ou domiciliar, procurando estimular o cuidado ao idoso dependente em domicílio, como uma forma de mantê-lo, o máximo possível, no seio familiar e na sua comunidade. Na internação hospitalar, a Portaria n.º 280, de 7 de abril de 1999 (BRASIL, 1999d), instituída pelo Ministério da Saúde, considerando que os idosos apresentam melhoras na saúde, com a presença de familiar, estabeleceu a obrigatoriedade do acompanhante para maiores de 60 anos, nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS. O cuidado de um familiar oferece segurança e confiança ao idoso.

Na compreensão de Collière (1989), o cuidado é inserido em um único contexto que é o do processo de vida e de morte, no qual o ser humano é desafiado cotidianamente durante toda sua existência. Para esta autora, cuidar, prestar cuidado e tomar conta é, antes de tudo, um ato de vida. Eu complementar, ainda, que cuidar é um ato de sustentabilidade de vida para o ser humano e seus descendentes, pois quando nossos filhos vêm como cuidamos dos seus avós tenderão a nos cuidar de forma aproximada.

No cuidado ao idoso submetido à cirurgia, já que se trata de conteúdo tão específico, torna-se desejável sua inserção na matéria de enfermagem em clínica cirúrgica. Também é conveniente a reorganização deste cuidado nas unidades cirúrgicas, utilizando-se de adaptações nas enfermarias, áreas circunvizinhas e banheiros, que facilitem a autonomia e independência do idoso. Além disso, há o treinamento e reciclagens direcionados aos funcionários e desenvolvimento de outras medidas que venham a favorecer o restabelecimento do idoso, principalmente a serem adotadas nos hospitais-escola e tendo o conceito de cuidado como seu marco de referência. No entendimento de WALDOW (1998, p. 167-168), segundo KELLY, o cuidado é uma prática ética e a *essência* da enfermagem, pois:

a prática da enfermagem é essencialmente moral em sua natureza; o respeito e o cuidado pelas pessoas constituem a ética essencial da enfermagem, o respeito, como uma ética de enfermagem, é evidenciado pelo cuidado a clientes, familiares, self, colegas e à profissão; o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém não são elementos suficientes da enfermagem (inclui-se o conhecimento como imprescindível); o respeito pelas pessoas precede o cuidado na relação enfermeira e cliente; a enfermagem não é possível quando inexistente o cuidado.

O cuidado familiar começa a ser uma preocupação geral atrelada ao aumento da população idosa. A Portaria Interministerial n.º 5.153, de 7 de abril de 1999 instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores, ou seja, domiciliar (familiar e não familiar) e institucional (BRASIL, 1999f).

Nesta Portaria, ficava claro que para este cuidador não era solicitado nenhum grau de instrução, necessitando somente que soubesse ler e escrever. Estes poucos requisitos trouxeram preocupação a alguns enfermeiros em vista de questionamentos do tipo: quem vai supervisionar estes cuidadores? Qual será o órgão fiscalizador? O Conselho Regional de Enfermagem, seção São Paulo, mostrou-se contrário a esta Portaria e após longas discussões com os enfermeiros daquele Estado e deliberação do Plenário, em sua reunião ordinária n.º 486, realizada em 09 de novembro de 1999, expediu a Decisão COREN-SP/DIR/010/99, determinando a proibição a qualquer profissional de enfermagem, em contribuir de qualquer forma para a qualificação profissional em cursos de cuidador para idoso (COREN-SP, 1999). Ultimamente, vêm surgindo alguns movimentos de enfermeiros de todo o país para tornar viável a qualificação dos cuidadores, e até mesmo o COREN-SP vem estudando sua Decisão, no sentido de revogá-la. No entanto, os problemas direcionados aos idosos originados por cuidadores leigos, continuam sem solução.

O desgaste físico e emocional acarretado pelo excesso de atividades, decorrentes do processo de cuidado familiar é uma situação que se reveste de um grande impacto na família, para a qual necessitam atentar os profissionais de saúde, de cuja responsabilidade não podemos nos isentar. Carpenito (1997) destaca duas situações de diagnósticos de enfermagem relacionadas ao papel do cuidador: uma diz respeito ao *desgaste do papel de cuidador*, que é definido como um estado onde o ser humano apresenta uma sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidar de outro ser humano; a outra se relaciona ao *risco para desgaste*

*do papel de cuidador*, podendo este último ser um diagnóstico de enfermagem significativo, possibilitando aos enfermeiros identificar os seres humanos em alto risco, e auxiliando-os a prevenir esta situação.

Estudos sobre o cuidado familiar ligado ao estresse, sobrecarga e modo de enfrentamento são mais encontrados, porém começam a despontar, entre os enfermeiros, os estudos que vêem no cuidado familiar uma fonte de satisfação. Dentre estes, destaco o de Lundh (1999d) que, pesquisando cuidadores suecos, verificou o cuidado familiar como fonte de satisfação, pois o cuidador, ao cuidar, foi capaz de sentir prazer, alegria, sentimentos que denotam amor pelo ser cuidado. Esta satisfação advinha de ações do tipo: manter a dignidade do ser cuidado; atender suas necessidades; ajudá-lo a superar dificuldades e problemas; ser quem o conhece melhor e manter o *ser* cuidado fora das instituições.

Torna-se desejável incluir no ensino da enfermagem gerontogeriatrica a importância de treinar os cuidadores familiares durante a hospitalização, por ocasião da alta hospitalar e prestar-lhes algum tipo de assistência após a alta: visitas domiciliares sistemáticas; reunião semanal ou mensal de grupos de experiências direcionadas aos cuidadores; atendimento por meio de telefone. Algo necessita ser feito e com urgência. Uma sugestão, neste sentido, seria oferecer cursos de curta duração aos cuidadores familiares, até para tirá-los um pouco da ação do cuidar ou proporcionar algumas aulas práticas na casa do idoso cuidado.

Junto ao cuidado familiar, cabe à enfermagem gerontogeriatrica atentar também para o cuidado ao cuidador, principalmente quando este cuidador é outro idoso. Como bem completa Silva (2000), para a manutenção de um cuidador familiar bem treinado e em condições de acionar socorro caso o idoso precise, há desejo que esta temática faça parte das discussões de quem vai tornar operacional esta modalidade de assistência, além de ser importante também priorizar a saúde física e mental do próprio cuidador.

Uma outra forma de capacitação de cuidadores, principalmente o não familiar e o institucional, pode ser realizada através de cursos voltados aos técnicos em enfermagem. Estes profissionais já trazem mais de 2000 horas de carga horária geral, complementando com cerca de 150 horas (90 teóricas e 60 práticas) de conteúdos direcionados ao idoso, envelhecimento e velhice, para servir de base para tal capacitação e ainda considerando que alguns se encontram desempregados

ou exercendo outras atividades, como vendedores, manicures, por falta de oportunidades na área de formação.

Em experiência, realizada no Nordeste do país, aconteceu o curso de capacitação na saúde do idoso para profissionais de enfermagem de nível médio, tendo como um dos objetivos principais o atendimento domiciliário. Este curso adequou-se à qualificação e re-qualificação de mão-de-obra, visto que, quem estava sem emprego passou a realizar atendimento domiciliário ao idoso e quem já executava essa atividade passou a desempenhá-la com maior organização e segurança. Verifiquei, também, um aumento no orçamento desse *novo* profissional, melhorando assim sua qualidade de vida. O mais importante é que, sendo o cuidador do idoso um profissional qualificado, ele propiciará a esse idoso continuar em casa, junto a sua família e o geriatra que o acompanha ficará tranquilo quanto ao seguimento das prescrições necessárias (SANTOS, 1999).

Quanto ao cuidado com o cuidador familiar uma questão importante diz respeito ao cansaço que surge do cuidar familiar, pois as demandas constantes de cuidado e seus efeitos na saúde do cuidador têm justificado a institucionalização dos idosos. Os membros da família do idoso enfermo sentem-se muitas vezes abatidos, pelas demandas nas 24 horas de cuidados diários implicando até mesmo no rompimento de suas atividades de cuidador. Em estudo realizado na Suécia, Lundh, Sandberg e Nolan (2000) verificaram o sofrimento dos esposos e esposas daquele país quando não lhes restam outra opção se não a de institucionalizar o familiar idoso nas Casas de Cuidado (*Care Home*), por não terem mais condições de cuidá-lo.

Os órgãos de formação dos profissionais de Enfermagem necessitam perceber o atendimento domiciliário como uma assistência que tende a crescer e a se tornar uma grande perspectiva de cuidados neste novo milênio, principalmente na área gerontogeriatrica, voltando a habilitar seus futuros profissionais a realizar esta atividade antiga, mas que na atualidade apresenta características peculiares.

Na opinião de Duarte e Diogo (2000) a opção pelo atendimento domiciliário está relacionado a mudanças de paradigmas que vêm influenciando o sistema de saúde local, dando ênfase ao cuidado voltado aos pacientes crônicos, tendo como suporte o sistema primário de cuidado à saúde, antes direcionado aos cuidados agudos. Tais mudanças baseiam-se nas questões relacionadas à diminuição de

custos do sistema de saúde e ao incremento do conforto e da privacidade oferecido pelo domicílio do idoso atendido.

Percebi que os conteúdos apresentados nos artigos científicos analisados foram de grande relevância. Porém, considerando a complexidade que envolvem os conceitos de *ser idoso*, processo de envelhecer e *velhice* e os novos paradigmas surgidos dos órgãos internacionais e nacionais acerca da saúde do idoso, pautados tais paradigmas na re-orientação das políticas públicas sociais e no setor saúde e embasados na co-responsabilidade, na gestão participativa, na solidariedade, torna-se primordial para os profissionais da enfermagem brasileira sistematizar o cuidado ao idoso, construindo um saber que ofereça mais contribuição a estes seres humanos, na busca de um envelhecimento cada vez mais tranquilo e uma *velhice* bem sucedida. Considere ainda, que: os vários caminhos da realização deste ensino “nos apontam que a tessitura dos conhecimentos ocorre naturalmente e que depende de nós e de todas as relações que pudermos estabelecer, sempre respeitando o nosso ritmo e o nosso movimento” (DE SANTI, 2002, p. 26).

#### **4.3 Política Nacional do Idoso e ensino da gerontogeriatría: reflexão**

Considerando o que preconiza a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999c) quanto à inadequação do modelo de assistência à saúde para a população idosa brasileira, que se baseia nos modos biomédico – resultado da influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico e hospitalocêntrico – centrado na assistência através da internação hospitalar, torna-se desejável a reorganização deste modelo, o mais rápido possível, transformando-o em um novo modelo que atenda às necessidades do idoso, ser bio-psico-sócio-espiritual. Para que ocorra esta transformação são fundamentais três medidas: decisão política, ou seja, colocar-se em prática a Lei n.º 8.842 e o Decreto nº 1.945; capacitação em saúde do idoso, priorizando a inter e transdisciplinaridade e responsabilizando os órgãos de formação; adequação dos serviços de atenção à saúde do idoso, possível através da implantação plena da municipalização da saúde, identificação dos serviços que oferecem assistência ao idoso, atentando para repetição de ações, falta de eficácia e eficiência destes serviços.

A Política Nacional do Idoso (PNI), através da compreensão de especialistas em saúde do idoso, técnicos do Ministério da Saúde e na tentativa de transformar o modelo assistencial vigente e inadequado, direcionou alguns tópicos que considerou *essenciais* à capacitação em saúde do idoso (BRASIL, 1999c), que foram: entendimento da epidemiologia do envelhecimento e suas conseqüências; mudança de atitude; aquisição de habilidades para comunicação eficaz; aprender a reforçar, respeitar e proteger a liberdade do idoso; estudar o envelhecimento normal, diferenciando-o do patológico; aprender como avaliar a incapacidade e dependência, como preveni-la e os princípios básicos para a utilização de recursos para a reabilitação e permanência do idoso na comunidade; aprender o padrão de apresentação da doença no idoso e o reconhecimento da interação entre doença e envelhecimento; aprender noções básicas de prevenção, diagnósticos e cuidados em problemas de saúde típicos e doenças mais prevalentes; acentuar o julgamento equilibrado na aplicação de procedimentos de investigação; adquirir conhecimentos sobre o uso de fármacos em idosos; conhecer princípios de cuidados contínuos ao idoso portador de incapacidade irremediável.

Partindo da proposta da Política Nacional do Idoso, alguns pontos necessitam ser priorizados na capacitação dos profissionais de saúde que acrescento ou torno relevantes: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento da população regional e da população brasileira; encorajamento aos futuros profissionais a desenvolverem uma atitude positiva em relação à velhice e ao idoso, através de visitas ou aulas práticas e estágios em asilos, centros de convivência e em outras alternativas assistenciais; consideração quanto às barreiras que podem prejudicar a comunicação entre idoso e profissional: problemas auditivos, distúrbios da fala, confusão mental, diferenças culturais e educacionais; estímulo para que o idoso participe das decisões sobre diagnósticos e tratamentos, além dos cuidados a eles dispensados; compreensão de que a doença não é um efeito colateral da velhice; conhecimento sobre os diversos serviços que atendem o idoso e a importância de mantê-lo em seu domicílio e comunidade, o máximo que seja possível, quando necessitando de atendimento de saúde; compreensão de que algumas doenças surgem no idoso com sinais e sintomas diferentes que os identificados em um adulto jovem; atenção especial para quedas, imobilidades, incontinências, depressão e outras doenças mais específicas da velhice; utilização

de exames para diagnóstico de forma adequada; atenção para os múltiplos medicamentos utilizados pelo idoso e seus efeitos colaterais e adversos, além das iatrogenias; cuidado apropriado ao idoso sem possibilidade de cura, adequando serviços, técnicas e, principalmente, preparação espiritual para a morte e atenção especial aos seus familiares no momento de luto.

No entanto, continuo com alguns questionamentos. Será que estes conteúdos sugeridos pela PNI estão sendo capazes de fornecer, partindo dos conhecimentos existentes na área, a concepção do global e do essencial. Eles proporcionam uma formação ética, nos cursos de saúde, voltada para a responsabilidade para com os seres humanos idosos? Onde se inserem as questões éticas voltadas à assistência ao idoso, nestes conteúdos sugeridos?

#### **4.4 Sugestões e experiências no ensino da gerontogeriatría: um (re)olhar**

Acho importante listar sugestões de conteúdos voltados ao ensino da enfermagem gerontogeriatría, apresentados por alguns enfermeiros do país. Início com o estudo de Diogo e Duarte (1999), sugerindo alguns tópicos que foram originados de estudos da Association for Gerontology in Higher Education, a partir de especialistas canadenses: teorias do envelhecimento; alterações normais no envelhecimento; problemas mais comuns no envelhecimento; habilidades funcionais no idoso; políticas públicas relativas à velhice; promoção e manutenção da saúde do idoso; cuidados prolongados (institucionalização); atitudes e aspectos éticos relativos à assistência ao idoso; variações culturais; desenvolvimento profissional.

Estes temas foram obtidos a partir de tópicos considerados fundamentais para que os enfermeiros estivessem habilitados a cuidar de idosos: teorias do envelhecimento; desenvolvimento de habilidades na idade madura; desenvolvimento da personalidade; funções cognitivas; perdas normais com o envelhecimento; envelhecimento saudável e bem-estar na maturidade; estratégias de adaptação às mudanças no envelhecimento; adaptação psicológica ao envelhecimento; aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento (futuras tendências); caracterização da população idosa de cada região; respostas governamentais aos idosos; o idoso na sociedade; política de assistência ao idoso; aspectos econômicos do envelhecimento; legislação e envelhecimento; o contexto familiar e a qualidade

de vida na velhice; aspectos éticos relacionados à assistência ao idoso; aspectos étnicos relacionados ao idoso; gênero e idosos; diversidades em populações idosas; atitudes pessoais frente ao envelhecimento; a enfermagem como representante dos direitos dos idosos fragilizados; promoção da saúde; recursos comunitários e envelhecimento; mudanças físicas normais no envelhecimento; problemas de saúde comuns com a avançar dos anos; doenças mais freqüentes em idosos; farmacologia e idosos; nutrição e envelhecimento; princípios de reabilitação em geriatria; reinserção social do idoso: contribuição da enfermagem; cuidados paliativos; história da enfermagem gerontológica; o trabalho interdisciplinar em gerontologia; pesquisa em gerontologia; organização do cuidado à saúde para idosos fragilizados (de risco); o processo de enfermagem e o envelhecimento; avaliação holística da saúde do idoso; avaliação funcional; avaliação de saúde mental; avaliação do ambiente e seu impacto na independência do idoso; planejamento da terminalidade; estratégias para ensinar os idosos; habilidades requeridas para cuidar de idosos; aspectos específicos da comunicação com idosos; iatrogenia na assistência de enfermagem aos idosos; o uso de práticas alternativas na assistência aos idosos; assistência domiciliar; instrumentalização de cuidadores formais e informais de idosos; cronobiologia em geriatria: importância para a assistência de enfermagem aos idosos; emergências geriátricas; suporte social; comunicação com idosos; universidades abertas à terceira idade; a institucionalização dos idosos (DIOGO; DUARTE, 1999).

Em estudo desenvolvido no Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, nos anos de 1996 e 1997 (SANTOS, I., 1999), na Enfermagem Geriátrica e Gerontológica foram trabalhados os seguintes conteúdos: aspectos históricos e conceituações sobre o envelhecimento; aspectos psicossociais e biológicos do envelhecimento; teorias sobre o envelhecimento; aspectos demográficos e sociais do envelhecimento; epidemiologia do envelhecimento; plano nacional de atenção à saúde do idoso; semiologia geriátrica; aspectos preventivos para o envelhecimento saudável; sistematização da assistência de enfermagem nas doenças crônicas e degenerativas.

Em experiência nordestina, realizada na Universidade Federal da Bahia, por Baqueiro e Oliveira (2000), o conteúdo programático para a Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso foi apresentado em unidades. I: conceitos básicos de

envelhecimento geriátrico e gerontológico; teorias do envelhecimento; aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. II: princípios básicos de geriatria e gerontologia: aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos do envelhecimento. III: necessidades humanas básicas do idoso – fisiológicas e psicossociais. IV: promoção da saúde e prevenção de doenças no idoso – importância no cuidado da saúde, auto-responsabilidade, morbidade e mortalidade, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, estratégias e recomendações. V: Política Nacional do Idoso, assistência domiciliar. VI: principais patologias associadas ao envelhecimento – cardiovasculares, respiratórias, digestivas, urogenitais, endócrino-metabólicas, osteomusculares, demências. VII: medicação no idoso – mudanças fisiológicas no organismo que afetam a biodisponibilidade a medicamentos, morbidades múltiplas e uso de medicamentos, fatores econômicos e sociais, automedicação. VIII: o idoso de alta dependência e a necessidade de autonomia, dependência sócio-econômica, dependência psíquica, dependência física, medidas de proteção contra as escaras e contra as quedas.

Na Enfermagem Geronto-geriátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2000), os conteúdos também são ministrados por meio de unidades. I: a população idosa brasileira: transição demográfica e o envelhecimento populacional brasileiro; transição epidemiológica e assistência à saúde da população idosa; contextualização sócio-político-econômica-cultural; políticas públicas e sociais à população idosa. II: Fundamentação geronto-geriátrica: teorias do envelhecimento; o processo de envelhecer e a satisfação das necessidades da pessoa idosa; processos patológicos mais frequentes em pessoas idosas; avaliação multidimensional geronto-geriátrica. III: a especificidade da enfermagem geronto-geriátrica: metodologias da assistência de enfermagem geronto-geriátrica; manifestações de dependência de maior incidência na população idosa; A família cuidadora de pessoas idosas doentes e/ou fragilizadas. IV: tecnologias assistenciais à população idosa: serviços para atendimento à pessoa idosa no contexto comunitário e institucional; materiais, equipamentos e procedimentos para assistência da pessoa idosa em seu viver diário; tendências assistenciais: atendimento domiciliar, internação domiciliar, hospital-dia geriátrico, programas grupais de ajuda-mútua, entre outras.

Os conteúdos ministrados seguem, com poucas diferenciações, um caminho semelhante, iniciando-se pelas questões demográficas e epidemiológicas, passando depois pelas políticas públicas, pelas discussões e reflexões de conceitos chaves da gerontogeriatría, principais problemas de saúde dos idosos e cuidados específicos, medidas de promoção da saúde e prevenção das doenças, incluindo os serviços de cuidados direcionados ao idoso, com ênfase nos serviços e cuidados alternativos. Minha intenção em mostrar como outros professores fizeram e/ou fazem o *ensino* da enfermagem gerontogeríátrica, não é ditar modelos, mas mostrar caminhos possíveis, como lembra De Santi (2002, p. 23) “não para atingir o consenso, mas para integrar suas diversas naturezas”.

Segundo Sá (2002), para se investir na formação de profissionais em gerontologia há possibilidade de direcionar-se esta ação para: apreensão histórica e crítica do processo de envelhecer em seu conjunto; compreensão do significado social da ação gerontológica; situação do desenvolvimento da gerontologia no contexto sócio-histórico local, nacional e internacional; atuação nas expressões da questão de velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas para o seu enfrentamento; realização de pesquisas que subsidiem a formulação de ações gerontológicas; compreensão da natureza interdisciplinar e acrescento, transdisciplinar da gerontologia, buscando ações compatíveis na área do ensino, da pesquisa e da prestação de serviços; abertura a mudanças; zelo por uma postura ética e solidária no desempenho das ações gerontológicas; orientação para população idosa, no sentido de identificar recursos humanos para atendimento das suas necessidades básicas e profissionais que defendam seus direitos.

No ensino, precisamos trilhar um caminho que, como defende Garcia (2000), rompa com as análises simplificadoras e, ao fazê-lo, procure compreender que o real é complexo e, como tal, possibilita ser analisado para ter condições de ser bem apreendido. Para isto, precisamos considerar que o encontro da teoria e prática é enriquecedor quando percebemos que, por meio deste encontro, fertilizamos a teoria e enriquecemos a prática. Há que considerar ainda que a complexidade não se revela à primeira vista, porque muitas vezes olhamos “com os olhos do já visto, ou seja, da mesmice” (GARCIA, 2000, p. 48). Conforme estimula Morin, há desejo de se religar os saberes para se chegar a conhecer o todo, pois, só se conhece as partes a partir do todo e só se conhece o todo através do conhecimento das partes.

Verifiquei que o ensino da enfermagem gerontogeriatrica vem acontecendo nos cursos de graduação de enfermagem de forma implícita e, por vezes, desorganizada. Porém, conforme Morin (1995, p. 91-92), “a complexidade da relação ordem/desordem/organização surge quando se verifica que fenômenos desordenados são necessários em certas condições, [...], para a produção de fenômenos organizados, que contribuem para o aumento da ordem”.

O ensino da gerontogeriatrics na graduação em enfermagem, no período de 1991 a 2000, foi comprovado, apesar de sua ausência no currículo da maior parte dos cursos brasileiros, mostrando que o aumento da demanda de idosos nos serviços de saúde, onde se realizam as aulas práticas e estágios, tornou este ensino possível. Desta forma, este vem ocorrendo sem nenhum planejamento do professor ou até com o esforço do professor que, não tendo preparo adequado, buscou informações para repassá-las aos alunos.

De forma bastante diversificada, este ensino aconteceu voltado para despertar a sensibilização dos futuros enfermeiros sobre a possibilidade de cuidar de uma parcela populacional que vem crescendo de forma acelerada no país. E, dessa forma, vem tentando despertá-los para o objetivo maior da enfermagem, que é cuidar do ser humano, em todo o seu processo de viver e morrer, saudável ou doente, de forma individualizada ou em grupo e comunidade, independente da faixa etária em que este ser humano esteja inserido.

## **CAPÍTULO 5**

# **RELAÇÃO COMPLEXIDADE E ENSINO DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA**

*Não esqueci os riscos, as incertezas nem as contradições. Eles fazem parte do meu viático. Sei que os tempos de resistência vão continuar. Sei que é preciso recomeçar do zero, sei que tudo se esquece, que um conformismo sucede a um outro conformismo, que nenhuma conquista está conquistada, [...], que a aventura é desconhecida, que se puder haver uma terra salva, não haverá terra dominada nem terra prometida (Morin, 2000b, p. 268).*

Neste momento, reflito acerca da educação e do ensino da enfermagem gerontogeriatrica e a Complexidade. Busco perceber uma nova maneira de ensinar a gerontogeriatrica nos cursos de graduação em enfermagem, construindo elementos mais pertinentes às necessidades do ser humano idoso e procurando estimular a formação de enfermeiros mais sensíveis, solidários e competentes no atendimento destas necessidades. Também não foi esquecida a importância da contextualização desta temática em cada Instituição de Ensino Superior (IES).

### **5.1 Educação e os pressupostos de Edgar Morin**

Para Morin (2000a), a era planetária deve situar tudo no contexto e no complexo planetário, tornando o conhecimento do mundo como mundo uma necessidade intelectual e vital. Para articular e organizar os conhecimentos e assim, para reconhecer e conhecer os problemas do mundo, torna-se desejável a reforma do pensamento, a qual é a questão fundamental da educação, já que se refere à aptidão dos professores, ou seja, a de organizar o conhecimento. Continuando, o

mesmo autor refere-se à reforma do pensamento como sendo um problema universal, com o qual confronta-se a educação do futuro.

O sistema de ensino, em vez de tentar corrigir o desenvolvimento da dência em divisão disciplinar, obedece a ele, pois desde o início da escolarização ensina a isolar os objetos do seu meio ambiente, ensina a separá-los, em vez de reconhecer suas relações, ensina ainda a dissociar os problemas em vez de uni-los e integrá-los. Todas essas ações obrigam os seres humanos a reduzirem o complexo ao simples, separando o que está ligado, decompondo, e não recompondo; eliminando tudo o que causa desordens ou contradições no entendimento. Daí a importância de compreender que o conhecimento não progride por formulação, sofisticação ou abstração, mas progride principalmente pela capacidade de contextualizar.

O problema do ensino deve ser pensado fazendo-se duas considerações: a primeira é que são cada vez mais graves os efeitos da compartimentalização dos saberes e da incapacidade de articulá-los; a segunda diz respeito à aptidão para contextualizar e integrar, qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada. Assim, o ensino educativo deve contribuir para a autoformação do ser humano, ensinando-o a assumir a condição humana, ensinando-o a viver, ensinando-o como se tornar cidadão.

O ensino educativo pede competência, técnica, arte, fé e amor, e cujos pontos essenciais são, entre outros: fornecer uma cultura que permita distinguir, contextualizar, englobar os problemas multidimensionais, globais e fundamentais; preparar as mentes para enfrentar as incertezas, promovendo nelas a inteligência estratégica e apostando num mundo melhor; educar para a compreensão humana entre os próximos e os distantes (MORIN, 1999a), aqui incluídos os pressupostos do desenvolvimento sustentável.

Para conseguir um ensino educativo, é possível construir um ensino onde se possa adquirir a compreensão da condição humana; é desejável substituir um pensamento disjuntivo e redutor que isola, separa, por um pensamento que distingue e une, que é o próprio pensamento complexo. Então, nesse momento, é chegada a hora da reforma do pensamento e da possibilidade de um pensamento que busque entender que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes; reconhecer e examinar os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar, de

maneira mutiladora, cada uma de suas dimensões; reconhecer e tratar as realidades como instâncias, ao mesmo tempo solidárias e conflituosas; respeitar a diferença e, ao mesmo tempo reconhecer a unicidade.

Na compreensão de Petraglia (2000), sendo a educação complexa como se apresenta, pois ela influi e é influenciada pelas partes e pelos aspectos que a definem e a constituem, há possibilidade de repensá-la partindo de uma visão totalizadora, que a envolva cada vez mais com as partes e os recortes, com as partes e com o todo uno, múltiplo e complexo, simultaneamente, considerando as qualidades das partes e do todo e as relações existentes entre eles. Lembro que, sendo a complexidade o ponto primordial do pensamento de Morin, ela tem a intenção de fazer distinção mas não de separar, de desunir, ou seja, a complexidade une e liberta ao mesmo tempo.

A efetivação do Pensamento Complexo torna-se possível na ambição de sua presença na ação do ensino educativo, sendo de primordial importância o papel da religação dos saberes diversos para fazê-la acontecer. Através da religação das disciplinas, pode-se chegar ao entendimento do ser humano multidimensional, nas suas várias etapas do processo de viver e morrer.

No meu entendimento a Complexidade e a ligação dos saberes pode ser alcançada por meio dos três princípios básicos da Complexidade que são: o *dialógico*, objetivando unir noções antagônicas, juntar o que aparentemente deveria se manter separado, criando processos organizadores e complexos; o *recursivo*, considerando que os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produziu, discordando da linearidade dos fatos, promovendo a criação de novos sistemas, onde os efeitos retroagem sobre as causas desencadeadoras; o *hologramático*, defendendo que não apenas a parte está no todo, mas que o todo está, de certa forma, na parte. Através deste último princípio, enriquece-se o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num movimento produtor de conhecimentos.

Partindo dos princípios da Complexidade e da percepção de Mariotti (2002), são (re) descobertas desta teoria: tudo está ligado a tudo; uma parte só pode ser definida como tal em relação ao todo; o mundo natural é constituído de opostos ao mesmo tempo antagônicos e complementares; toda ação implica um *feedback*, que resulta em novas ações. Vivemos em círculos sistêmicos e dinâmicos de *feedback*, e

não em linhas estáticas de causa e efeito imediato; o *feedback* pode surgir bem longe da ação inicial, em termos de tempo e espaço; os resultados nem sempre são proporcionais aos esforços iniciais; precisamos ter responsabilidade em tudo que influenciemos; não se pode fazer uma coisa isolada; não há fenômeno de causa única no mundo natural; as propriedades emergentes de um sistema não são redutíveis aos seus componentes; todo sistema reage segundo a sua natureza; a estrutura de um sistema muda continuamente, mas não a sua organização; os sistemas funcionam melhor por meio de suas ligações mais frágeis; fica difícil pensar num sistema sem pensar em seu contexto, no seu ambiente; os sistemas não são redutíveis ao meio ambiente e vice-versa.

Caso pensemos na educação, utilizando os princípios de Edgar Morin, há necessidade de entender que Edgar Morin não apresenta uma teoria da educação, mas apresentando críticas quanto à concepção tradicional de ciência e confirmando que a superespecialização provoca uma fragmentação do saber, ele chega a uma visão de ciência que tem como princípio a complexidade da realidade do processo de construção do conhecimento. A complexidade constitui-se no conjunto dos princípios que, ligados uns aos outros, possibilitam uma visão complexa do universo e multidimensional do ser humano, por meio de seus princípios básicos: o dialógico, o recursivo e o hologramático. Sendo a realidade na sua integralidade de natureza complexa, torna-se desejável que a ação educacional seja analisada a partir dos princípios da complexidade, que convergem para a vigência do pensamento multidimensional, pois a educação inserida nesta realidade vem a direcionar-se para a elaboração de teorias que contemplem o aspecto complexo do real, considerando-o como relevante para sua elaboração.

## **5.2 Ensino da enfermagem gerontogeriatrica e Complexidade**

Através de um ensino educativo, torna-se possível fugir da tendência predominante do ensino e do pensamento atuais, que é o fato de privilegiar o conhecimento das partes e até mesmo pensar que só pelo conhecimento das partes é que se chega ao conhecimento do todo. Torna-se possível ainda considerar que tudo está relacionado a tudo e que as questões ligadas ao planeta Terra e sua relação com os seres vivos e não vivos são primordiais para a nossa

sustentabilidade. Conforme Morin (1999a), o ensino educativo pode nos ajudar a nos tornarmos seres humanos melhores, se não mais felizes, e fazer com que passemos a assumir com mais *gosto* a parte prosaica e a viver, mais intensamente, a parte poética de nossas vidas.

Pensar no ensino da enfermagem gerontogeriatrica, ou de qualquer outra matéria na enfermagem, com vistas à Complexidade, na compreensão de Edgar Morin, é pensar no ensino educativo como instância que procure transmitir uma cultura que permita ao ser humano compreender sua condição humana. É pensar de forma aberta e contextualizada, considerando que ordem e desordem são elementos dialógicos importantes, que a linearidade dos fatos é possível ser substituída pela sua circularidade ou recursividade e que o todo e as partes têm peso igual, e torna-se desejável considerá-los juntos. Este ensino educativo tem como alvo principal o cuidado humano, profissional e ecológico, pois percebo o cuidado como o cerne da enfermagem, cujo objetivo é principalmente o de cuidar do ser humano.

Waldow (1999) aponta algumas implicações fundamentais, para ministrar a teoria/prática do cuidar/cuidado, tais como: é possível que os professores identifiquem o cuidado como um *valor*, explorando junto com os alunos, seus *significados*; criando um ambiente de cuidado; aceitando mudanças (quando o professor dispõe-se a aprender junto com o aluno, entendendo os limites de suas experiências, e juntos construindo novas experiências que promovam potencialidade de todos e que ajudem-nos a tornarem-se profissionais conscientes, sensíveis, criativos, solidários e competentes); desenvolvendo confiança, através de ações voltadas a honestidade, abertura, humildade, autenticidade e solidariedade; entendendo que os alunos aprendem com as ações desenvolvidas pelos professores, pelos enfermeiros assistenciais e por seus colegas; percebendo que o cuidado é o *poder* da enfermagem; tendo consciência de que é desejável adotar um modelo ou referencial, longe do paradigma positivista, que instaure o cuidado (humano, profissional e ecológico) no currículo de enfermagem.

Ensinar e educar para o cuidado não é tarefa fácil. No entendimento de Waldow (1998), não se ensina comportamentos de cuidado. O que se pode fazer é, por exemplo, orientar os profissionais que administram, que coordenam, que têm posição de liderança na enfermagem, e têm como responsabilidade favorecer um ambiente de cuidado, a praticar o *empoderamento* – que significa dar ou permitir

poder ao outro. Para Gibson apud *apud* Waldow (1998), empoderar ou dar poder é um processo social de reconhecer, promover e desenvolver as habilidades dos seres humanos, para que eles possam satisfazer suas próprias necessidades, resolver seus problemas e mobilizar os recursos necessários, de forma a sentirem-se com controle sobre suas próprias vidas.

Waldow (1998) aponta como sendo a finalidade do cuidar em enfermagem: o alívio do sofrimento humano, a manutenção da dignidade e facilitação de meios para manejar as crises e com as experiências do viver e do morrer. Desenvolver um ensino educativo através do cuidado implica em capacitar os alunos a se tornarem cuidadores capazes de alcançarem esta finalidade. Para despertar o cuidado na enfermagem, Waldow (1998, p.161) faz algumas sugestões de *workshops*, onde os enfermeiros possam trabalhar conceitos e sentimentos, que são simples, e estão ao alcance dos que quiserem perceber que “o ser humano vive o significado de sua vida por meio do cuidado, uma vez que cuidar é um processo (interativo) de ajudar o outro ser a crescer e a se realizar”.

Para que os futuros enfermeiros desenvolvam cuidados adequados ao ser humano idoso, torna-se desejável que os professores lhes ensinem alguns caminhos como: manutenção do bem-estar e vida autônoma, sempre que possível, no ambiente domiciliar, e onde tais cuidados centrem-se no idoso, nas suas necessidades e de sua família, e não em sua doença; desenvolvimento de um trabalho multi, inter e transdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades, defendendo os direitos dos idosos e sua família; ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontológica, considerando que o todo está relacionado com as partes e estas com o todo, que o produtor e produto são resultados e causadores daquilo que os produz, e que situações antagônicas podem ser complementares em certas ocasiões.

Waldow (1998) enfatiza ainda a importância da reflexão e de uma ação desenvolvida a partir do pensamento crítico, que também é um importante elemento para o professor poder desenvolver o ensino educativo sobre o cuidar/cuidado e, discutir-refletir o próprio conceito de cuidado com os alunos. Sem pensamento crítico, fica impossível ensinar/educar-/aprender- o cuidar/cuidado. Por outro lado, com pensamento crítico, torna-se possível, muitas vezes, repensar sobre este ensino educativo e procurar modificá-lo.

No meu entendimento, para reformar o ensino, capacitando-o, por exemplo na enfermagem, a formar profissionais (enfermeiros e técnicos) competentes, solidários e sensíveis, é desejável uma mudança que relacione as partes ao todo e o todo a nós, seres humanos, tornando o planeta Terra o pólo deste processo, e tendo o desenvolvimento sustentável como uma das metas a serem alcançadas.

O desenvolvimento sustentável é percebido como uma forma de desenvolvimento, inclusive o econômico, que priorize o atendimento das necessidades do presente, sem comprometer a capacidade das futuras gerações. Ele implica nas mudanças das características fundamentais do modelo de desenvolvimento e considera as condições de vida, as condições de saúde das populações, a formação dos profissionais, principalmente dos que atuarão na saúde. Considera, assim, pressupostos que dizem respeito diretamente aos enfermeiros, direcionando-os a tornar concreta a prática do desenvolvimento sustentável através do cuidar/cuidado.

Como vemos o ser humano idoso como um ser complexo, o cuidado direcionado aos idosos é também uma ação complexa, interdisciplinar, direcionando-se à transdisciplinaridade. Esta maneira de pensar torna desejável que a questão da complexidade dos problemas de saúde dos seres humanos idosos seja mais bem trabalhada quando se recorre ao auxílio da religação dos saberes para o desenvolvimento das ações. Lamentavelmente, os cursos da área da saúde possuem uma estrutura muito rígida, não permitindo interação entre as disciplinas, havendo concepções dominantes que impedem ou dificultam a comunicação entre diferentes grupos de idéias. Isto faz com que os profissionais formados tenham uma visão fragmentada, comprometendo sua atuação numa equipe de trabalho mais integrada e, principalmente, na ação cuidativa.

Para evidenciar o conhecimento, Morin (2000a) sugere que se tornem visíveis o contexto, o global, o multidimensional e o complexo, pois é preciso situar as informações e os dados em seu contexto, para que adquiram sentidos. Assim como cada ponto singular de um holograma contém a totalidade da informação do que representa, cada ser humano contém, de modo hologramático, o todo do qual faz parte e que, ao mesmo tempo, faz parte dele. É preciso considerar que unidades complexas, como o ser humano e a sociedade, são multidimensionais, pois o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Desta

forma, conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade, lembrando que há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo, como os aspectos econômico, político, sociológico, psicológico, afetivo, mitológico. Nesses casos, existe, então, um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si.

A reforma da educação defendida por Morin só pode ser realizada por meio de uma reforma do pensamento, obtida através do estímulo ao pensamento contextualizado, capaz de compreender as inter-relações e interconexões das partes para a formação do todo complexo. Para tanto, é desejável que o processo se inicie a partir dos próprios professores e se direcione aos alunos, fazendo com que estes não só aprendam a resolver os problemas de saúde ligados aos seres humanos idosos, mas também compreendam as questões de saúde, como um todo, interpretando e construindo a realidade.

### **5.3 Elementos importantes ao ensino da gerontogeriatría**

Considero que, mesmo com certas dificuldades, o ensino da enfermagem gerontogeriatría, nos cursos de graduação, no período de 1991 a 2000, em qualquer uma das várias formas ministradas, contribuiu para formação dos futuros profissionais. Hoje, alguns daqueles alunos tornaram-se enfermeiros preocupados com a *causa* dos idosos, exercem suas atividades práticas em asilos, ou as exercem em programas voltados à saúde dos idosos desenvolvidos em hospital-escola. Muitos procuram ver a população idosa com outros olhos, quando atuam no Programa de Saúde da Família (PSF), ou ainda, têm escrito e apresentado estudos sobre seus experimentos com idosos em situações vivenciadas. Torna-se muito gratificante para um professor que procurou contribuir para este quadro perceber que alguns alunos foram *contaminados* por seus ensinamentos.

Para a inserção deste tipo de ensino nos cursos de graduação em enfermagem torna-se importante desenvolver alguns elementos:

#### **- Habilidades cognitivas**

Como defende Henriques (1999), é desejável que o ensino promova a inteligência, através do desenvolvimento de habilidades cognitivas e que, de preferência, seus conteúdos possam: ser um conjunto de conhecimentos mais permanentes, na medida do possível; ter potencial de descortinar outros campos e abrir outras perspectivas transdisciplinares; e que a todo o momento, possam possibilitar o desenvolvimento do potencial cognitivo dos alunos.

Os professores, por seu lado, necessitam dirigir a aprendizagem por meio de experiências significativas, procurando acompanhar o aluno em seu percurso, propiciando-lhe vivências locais, gerais e cósmicas. Ele deve conduzi-lo para fora, ou seja, para *fora* do caminho traçado *a priori*, para além de um espaço vivencial. E conduzindo o ensino, conforme convence Henriques (1999), de modo *acentrato*, isto é, um ensino inserido em um currículo cuja lógica de conhecimento funcione em rede, onde tudo esteja relacionado a tudo, e que não esteja centrado em matérias, em método, no professor nem no aluno, mas na vida e na condição humana do idoso.

Se pensarmos o ensino como uma teia de aranha, com seu centro demarcado e seus vários pedaços, poderíamos perceber ainda que o centro deste ensino não é o método, nem o professor, nem o aluno, mas que são todos juntos ou um por vez, porque na Complexidade o centro do ensino é mutável, é móvel, dependendo da necessidade que se apresenta. E nesta alegoria os vários profissionais, envolvidos neste ensino, transcendem (realizam a transdisciplinaridade) suas disciplinas para trabalhar este centro dinâmico. Pois, não esqueçamos que às vezes o todo, na nossa representação da teia de aranha é maior e menor que a soma das partes. Mas têm horas que um pedacinho, ou seja, uma parte que compõe a teia de aranha (a especialização) é mais importante.

### **- Pesquisa**

A pesquisa constitui-se um importante instrumento de formação do futuro enfermeiro, pois o iniciará no processo de conhecimento, partindo de suas pré-concepções sobre temas como o ser idoso, o envelhecer e a velhice, significando partir do real como fonte de investigação. Depois, a reelaboração dos conceitos do aluno, após consultar diferentes fontes, permite-lhe, não só estabelecer o espírito de investigação, bem como desenvolver habilidades necessárias à coleta de dados, à

interpretação destes dados, visando à elaboração dos resultados. Assim, a pesquisa oportunizará ao aluno a reconstrução de suas concepções sobre o objeto que lhe foi foco de discussão e unificará atitudes de responsabilidade, autonomia, ética, análise e individuação do seu processo formativo, o que motivará o futuro trabalhador a ampliar o seu olhar sobre as situações que se apresentarem na sua vida profissional.

Na compreensão de Morin (2000f), a ciência tem problemas a enfrentar, contém um lado bom e um lado mau e há um certo número de traços negativos que não são considerados como descartáveis. Este é o caso do desenvolvimento disciplinar que, apesar das vantagens que trouxe ao processo de trabalho, favoreceu uma superespecialização e uma fragmentação do saber. Outros problemas a enfrentar são: o desligamento das ciências da natureza das ciências humanas; a contaminação das ciências antropossociais com os vícios da especialização e, principalmente, uma tendência à disjunção entre o conhecimento científico e a reflexão. Tal conhecimento científico:

[...] deixando de ser pensado, meditado, refletido e discutido por seres humanos, integrado na investigação individual de conhecimento e de sabedoria, se destina cada vez mais a ser acumulado em bancos de dados, para ser depois, computado por instâncias manipuladoras, o Estado em primeiro lugar (MORIN, 2000f, p. 17).

Frente a essas reflexões, vendo-as como necessárias e atuais, surge uma revolução científica, pois os princípios de explicação clássicos estão sendo deixados à parte, substituídos por outros. Entendendo que uma revolução científica promova renovações nos conceitos, considerando os novos conceitos elaborados, é possível pensar que está acontecendo uma revolução científica em que se deixa a alternativa mutilante e adota-se uma complexa. Em todo esse percurso, existe um centro do debate: “a fecundidade da atividade científica está ligada ao fato de ela ser motivada por fenômenos antagonistas ou contraditórios, por mitos, por idéias e por sonhos” (MORIN, 2000f, p.54). A partir daí, abre-se espaço para pensar em uma ciência com complexidade, pensada como uma atividade cognitiva, em que a idéia do conhecimento científico como puro reflexo do real é destruída e substituída por uma que o entende como atividade construída com todos os ingredientes da atividade

humana, em que a incerteza teórica é admitida e a ciência é aceita como ligada à arte, à filosofia e a outras dimensões.

Uma ciência com complexidade exigirá uma outra responsabilidade do pesquisador perante a sociedade e o ser humano. Contra a atual ausência de responsabilidade numa ciência sem consciência, há desejo de se construir uma ética do conhecimento e da responsabilidade como caminho. Os caminhos da tomada de consciência crítica e da elaboração de uma ciência da ciência poderão diminuir ingenuidades, otimismo cegos, extremismos exagerados.

A atitude de resistência “aos poderes que não conhecem limites e que já, em grande parte da terra, amordaçam e controlam todos os conhecimentos” (MORIN, 2000f, p.123), precisa ser fortalecida e crescer entre os cientistas. Será preciso resistir aos métodos deterministas, aos instrumentos fechados, às técnicas estruturadas. Para se atingir a ciência com complexidade, será preciso atravessar, segundo o autor, sete avenidas: 1ª: respeitar o acaso e a desordem como presentes no universo e ativos na sua evolução; 2ª: transgredir nas ciências naturais os limites do universalismo e acatar a singularidade, a localidade e a temporalidade; 3ª: conviver com a complicação; 4ª: conceber uma relação complementar entre as noções de ordem, desordem e organização; 5ª: não transformar o múltiplo em um, nem o um em múltiplo, considerando que “a organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes; portanto, ela constitui, ao mesmo tempo, uma unidade e uma multiplicidade” (MORIN, 2000f, p.180); 6ª: romper com os conceitos fechados e claros, com a separação nas explicações, e admitir que as verdades aparecem nas ambigüidades e em uma aparente confusão; 7ª: integrar o observador na sua observação e romper de vez com o princípio da neutralidade e com a racionalidade ocidental. Enfim, a ciência com complexidade e, com consciência, pode ser concebida como um *complexus*, algo que está junto, que é um tecido de múltiplos fios, que não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o tecem.

#### **- Aulas práticas e estágios**

Outra estratégia de formação competente diz respeito a oportunizar para o aluno a busca de aperfeiçoamento em áreas de seu interesse. No caso da enfermagem, principalmente da gerontogeriatría, na realização das aulas práticas e

dos estágios curriculares e até dos estágios extracurriculares, pois esta ação lhe garantirá uma estreita vinculação de sua futura profissão com a realidade social que o cerca e constitui, permitindo-lhe uma interlocução positiva.

Estabelecer relações entre o saber escolar e o saber da sociedade influencia positivamente a formulação de currículos e programas mais adequados, despertando os professores para uma maior intensificação neste intercâmbio e, por conseguinte, para melhora do processo ensino e aprendizagem.

Nas Diretrizes do Curso de Graduação em Enfermagem elaborada pela Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem (Anexo A), em um curso de enfermagem com duração mínima de 3.500 horas/aula, desenvolvido em oito semestres, o aluno teria dois semestres de estágio curricular, ou seja, no mínimo 500 horas de estágio curricular realizado no final do curso. Na Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001 (Anexo B) não está clara a carga horária mínima a ser trabalhada no curso de graduação em enfermagem, mas a carga horária mínima de estágio curricular é sugerida em 20% da carga horária de todo o curso.

Considerando que as diretrizes curriculares e o projeto político pedagógico orientem o currículo do curso, conforme dito no art. 10 da Resolução CNE/CES 3/2001, estas e outras informações (tais como dita no terceiro item do art. 4º: "(...) o domínio de pelo menos, uma língua estrangeira") terminam por amedrontar os professores. Este medo surge da falta de conhecimento nestas orientações e, principalmente acerca da formação do enfermeiro novo, ou seja: como vou formar um enfermeiro que não sou? Deseja-se que estas indagações e estes medos sejam discutidos, refletidos, para só então, serem tomadas decisões acerca do currículo do curso e sua aplicabilidade. Mais uma vez vislumbro no pensamento complexo de Edgar Morin, uma saída para estas questões.

### **- Inter-transdisciplinaridade = religação dos saberes**

A inter/transdisciplinaridade faz-se presente neste tipo de ensino. Uma disciplina é uma categoria organizadora do conhecimento científico, que instituiu a divisão e a especialização do trabalho, por meio da delimitação de suas fronteiras, pela linguagem específica constituída, pelas técnicas que elabora e utiliza e pelas teorias que lhe são próprias, únicas. Ela cria a hiper-especialização do investigador, fazendo com que as ligações e solidariedades desse objeto com outros sejam

negligenciadas e as interconexões desse objeto com o universo sejam descuidadas. Isola-as das outras disciplinas e dos seus problemas, originando, muitas vezes, entre aqueles em que nelas atuam, um espírito de posse que impede toda e qualquer circulação estranha na sua parcela do saber.

Piaget (1976) aponta que existem laços entre as diversas disciplinas das ciências do homem e entre estas e as ciências exatas e naturais, processo que ele chamou de interconexões – problemas vistos de diferentes ângulos com a ajuda de métodos convergentes. Daí a possibilidade de surgirem mecanismos gerais ou mecanismos comuns ou investigação interdisciplinares. Para Sommerman (2002), apesar do texto de referência sobre a interdisciplinaridade ter sido apresentado na década de 1970 por Jean Piaget, desde 1950, personalidades como C. P. Snow, Niels Bohr, Werner Heisenberg, Edgar Morin, e outros dão conferências e escrevem sobre a possibilidade do diálogo entre os diferentes campos do saber.

Na visão de Siebeneichler (1989), para pensar e discutir a interdisciplinaridade é possível perceber algumas constatações: o saber humano desenvolve-se a cada instante; este saber fragmentou-se, originando várias disciplinas com suas especializações e subespecializações; quanto mais uma disciplina se especializa, mais ela “omite os questionamentos e a discussão das fronteiras dentro das quais se situa” (SIEBENEICHLER, 1989, p.153), tendo cada vez mais uma visão reducionista do objeto; cresce atualmente a consciência de que é preciso realizar pesquisas interdisciplinares.

A interdisciplinaridade que se apresenta neste momento reflexivo é aquela conceituada por Etges (1999, p. 73), ou seja, “uma ação de transposição do saber posto na exterioridade para as estruturas internas do indivíduo, constituindo o conhecimento”. Para o mesmo autor, tal interdisciplinaridade de que se fala não se encaixa em formas errôneas de existência, como a interdisciplinaridade generalizadora, a mais usual, e que pretende chegar a um saber absoluto, ao conhecimento totalitário, somando-se elementos comuns presentes em saberes menores. Nem se encaixa na interdisciplinaridade instrumental, que parece ser a mais perigosa, e se refere a “abandonar o estudo da estrutura e do sentido imanente da ciência e se reduz apenas a ver como funciona” (ETGES, 1999, p.67).

Silva (2002) apresenta a crítica do discurso interdisciplinar brasileiro, originária dos escritos de Japiassú e Fazenda (interdisciplinaridade = parceria), a

partir de Jantsch e Bianchetti, cuja crítica contribuiu para o avanço do tema. Sua abordagem principal centra-se na desconstrução da interdisciplinaridade como uma nova retomada da filosofia do sujeito, tendo o seu princípio no materialismo histórico e dialético.

A crítica ao sujeito interdisciplinar, segundo Silva (2002), está centrada na idéia de sujeito coletivo, o sujeito que emerge da equipe de trabalho. Esta visão é considerada idealista, pois está baseada no pressuposto do primado explicativo das idéias e de sua autonomia frente ao real, dando suficiência absoluta ao sujeito pensante sobre o objeto. Ela faz com que este sujeito deixe de ser visto como um resultado histórico, perdendo sua característica fundamental, que é a de fornecer as condições objetivas e mediadoras do processo histórico de produção do conhecimento.

A crítica à interdisciplinaridade como método, continua Silva (2002), diz respeito à idéia de pan-interdisciplinaridade, quando ela é vista como uma resposta, um remédio para todos os males da fragmentação do saber. A filosofia da práxis não aceita esta potencialidade múltipla da interdisciplinaridade, baseada numa apologia da construção de consensos e harmonias e desconhecendo as determinações históricas, as contradições e a luta de classes no interior da sociedade. Por fim, a crítica ao sentido a-histórico da interdisciplinaridade, está baseada no fato de que esta não reconhece que as ciências disciplinares são os frutos de maior racionalidade da história de emancipação do ser humano, e não fragmentos de uma unidade perdida que agora, busca-se desesperadamente reencontrar, através da interdisciplinaridade.

A partir da crítica percebida por Silva (2002), nas opiniões Jantsch e Bianchetti (1999, p.18)

Não se trata de destruir a interdisciplinaridade - historicamente construída e necessária - mas de lhe emprestar uma configuração efetivamente científica, que, ao nosso ver, seria possível por uma adequada utilização da concepção histórica da realidade. Queremos deixar claro também que, contrariamente à visão da interdisciplinaridade assentada na parceria, afirmamos que a questão a ser hoje levantada não é parceria sim ou não, mas, quando e em que condições, uma vez que a fórmula [...] parceria = interdisciplinaridade = redenção do pensamento e conhecimento não se sustenta.

Para Petraglia (1993), a interdisciplinaridade é percebida quando existe a possibilidade de transformação da realidade em que se atua, procurando-se colocar as partes em relação ao seu significado no todo. Ainda, para esta autora, a interdisciplinaridade é muito mais um processo que pressupõe “atitude interdisciplinar” (PETRAGLIA, 1993, p. xix), do que a mera integração de conteúdos programáticos. Continuando sua incursão, Petraglia acredita que “interdisciplinaridade pressupõe ausência de preconceito teórico” e que termina sendo “um modo de se compreender o mundo, é movimento, algo que se vive” (PETRAGLIA, 1993, p. 12). Penso que para o professor desenvolver cada vez mais uma visão interdisciplinar, deseja-se que ele assuma esta atitude e tenha uma postura aberta diante de uma nova maneira de pensar e, acrescento, de agir na educação.

A partir da metade do século passado, a explosão disciplinar conduziu a abordagens multidisciplinares e interdisciplinares que foram necessárias, mas insuficientes porque a disciplinaridade explora um objeto; a multidisciplinaridade enriquece o objeto em estudo ao formar equipes multidisciplinares para o explorar; a interdisciplinaridade, além de enriquecer a exploração do objeto, desvenda e encontra soluções, propiciando o surgimento de novas aplicabilidades, disciplinas ou caminhos. Estas ações, porém, não mudam a relação entre ser humano e saber, uma vez que sujeito e objeto continuam dicotomizados, por estarem reduzidos a um único nível de realidade. Porém, a chamada Transdisciplinaridade reconhece vários níveis de realidade e não dicotomiza o ser humano e o saber, pois ela engloba e transcende o que passa por todas as disciplinas, reconhecendo o desconhecido e o inesgotável presentes em todas elas, buscando encontrar seus pontos de interseção e um ponto comum (MELO, 2002).

Morin (2000d, p. 79) afirma que não é apenas a idéia de inter ou transdisciplinaridade que é importante, mas que torna-se possível:

Efetivamente ‘ecologizar’ as disciplinas, isto, é, considerar tudo o que lhes é contextual, aí incluídas as condições culturais e sociais. Precisamos ver em que meio elas nascem, colocam questões, se esclerosam, se metamorfoseiam.

Morin sugere a promoção da transdisciplinaridade, como sendo um paradigma que permita ao mesmo tempo a distinção, a separação ou mesmo a

oposição, isto é, a disjunção desses domínios científicos, mas que possa fazê-los comunicar-se sem operar a redução. E criando-se e estabelecendo-se a inter-relação das ciências que poderá se desenvolver a partir das comunicações surgidas (PETRAGLIA, 2001). Para esta autora, na complexidade, a ação disciplinar é tão valorizada quanto as outras ações – multi, inter e transdisciplinares, já que para Morin “o todo não é mais do que a soma das partes, mas é simultaneamente, mais e menos que a soma das partes” (PETRAGLIA, 2001, p. 132).

Assim sendo, ambas: disciplina e transdisciplina são importantes no contexto educacional e profissional, em especial na gerontogeriatrics. É também importante colocar que, quando se defende a transdisciplinaridade como ação do pensamento complexo, não se tem o objetivo de destruir as disciplinas, mas mostrar que elas fazem parte de um todo.

Para Petraglia (2002) torna-se possível colocar a *solidariedade* presente na complexidade através da transdisciplinaridade, considerando a existência do princípio da incerteza, a perspectiva dialética e dialógica, a dimensão espiritual do humano e o rompimento com idéias reducionistas ou preconcebidas. E, concordando com a quinta afirmação da Declaração Brasileira para o Pensamento Complexo (UFRN, 2002), percebendo a vida como arte e incluindo a poesia<sup>23</sup>, não só no cotidiano da prática política e científica, mas também, e na mesma medida, nas relações interpessoais. Ainda, conforme a sexta afirmativa da Declaração, precisamos de uma educação verdadeira elaborada de modo contextualizado, concreto e global, que inclua a intuição, o imaginário, a sensibilidade e o corpo na transmissão do conhecimento, que insista, e acrescente, persista, no amor e na amizade como traços indispensáveis da solidariedade universal.

No meu entendimento, quando um grupo de profissionais trabalha junto e em função de um objeto comum, sem portanto ultrapassarem os muros de suas próprias disciplinas, eles estão realizando a multidisciplinaridade. Quando este mesmo grupo *cria* um novo conhecimento, por exemplo, uma ficha de avaliação, elaborada por todos e que ajude a melhorar o cuidado do seu objeto de trabalho (a criança, o idoso ou outro), a interdisciplinaridade se faz presente. E quando ocorre a transcendência

---

<sup>23</sup> Para Morin (SILVA; CLOTET, 2001), na vida existem dois eixos: o *prosaico*, representado pelas coisas que somos obrigados a fazer - comer, estudar e outras necessidades vitais e o *poético*, que se origina das coisas feitas com gosto, amor, prazer, paixão.

deste novo conhecimento elaborado, pelos profissionais das diversas disciplinas, de modo que uma disciplina possa utilizar este conhecimento livremente, de forma ética, solidária, ou pautado na ética da solidariedade, ocorre a transdisciplinaridade.

Portanto, na multidisciplinaridade estuda-se um objeto por várias disciplinas; na interdisciplinaridade, ocorre uma troca, deslocamento de método de uma disciplina para outra(s); na transdisciplinaridade, ocorre o intercâmbio e a articulação entre as disciplinas, considerando-se: a compreensão do mundo presente; cada disciplina concebida, ao mesmo tempo, aberta e fechada; a valorização de que o todo não é mais que a soma das partes, mas simultaneamente mais e menos que a soma das partes.

Também acredito que, o principal ponto a ser priorizado nos trabalhos em grupo ou nos trabalhos individuais seja religar os diversos saberes para maior aproximação de um determinado objeto de estudo e de trabalho, considerando-se que esta religação todo-parte ocorre de forma simultânea e enxergando que o todo é mais e menos que a soma das partes, pretendendo-se, com esta religação dos saberes, a melhoria de qualidade de vida dos seres humanos envolvidos no processo.

#### **5.4 Papel do professor no ensino da gerontogeriatria**

É de primordial importância o papel do professor em todo processo de ensinar e aprender. Para isto, e concordando com Petraglia (2001, p 139),

o educador deve construir sua identidade e ser sujeito, juntamente com seus alunos, do processo de conhecimento desenvolvido na escola. É necessário que tenha consciência da complexidade presente no real, da teia de relações que tudo envolve, compreendendo que a ciência é uma e múltipla simultaneamente. Convencido de que 'tudo se liga a tudo' e de que é urgente 'aprender a aprender', o educador adquirirá uma nova postura diante da realidade, necessária a uma prática pedagógica libertadora. Essa maneira de educar acaba por ultrapassar a interdisciplinaridade, atingindo a transdisciplinaridade.

Desta forma, é responsabilidade do professor direcionar o futuro profissional a tornar-se *competente*, no que isto tem de interativo, voltado para o coletivo, que combine e que se associe a todas as formas possíveis de junções e inter-relações. Para tanto, este professor necessita adquirir uma forma complexa de conceber a realidade e adquirir um olhar e um pensar complexos. Viabilizá-lo é uma questão de

rupturas e incorporações de novos padrões, instaurando uma formação diferenciada, que direcione o futuro trabalhador à incorporação de habilidades, saberes e posturas inovadores e diversificadas para, mais tarde, lidar com as reais e potenciais situações que constituem a realidade complexa.

Para que este ensino educativo, como denomina Morin, seja competente e possível, como bem coloca Bragaglia (2000, p. 3), “torna-se necessária uma reorganização dos espaços de formação, de modo que estes espaços formem um cidadão trabalhador” e complemento: cidadão sensível, solidário. E que, principalmente, estes espaços se aproximem das políticas de formação nacional geral e específica da área, levando este futuro profissional a olhar uma mesma realidade de forma ampliada.

Conforme defende Petraglia (2002, p. 8),

A complexidade propõe uma educação emancipadora porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social, ao passo que concepções reducionistas, revestidas de pensamentos lineares e fragmentados, valorizam o consenso de uma pedagogia que, visando a harmonia e a unidade, acaba por estimular a domesticação e a acomodação.

Concordo com Petraglia (2000) quando declara que os escritos de Edgar Morin são leituras importantes para os trabalhadores da educação que têm preocupação com a produção do conhecimento voltado a multidimensionalidade, à complexidade do pensamento e à consciência de si e do mundo, originada da crítica e da reflexão transformadora.

Uma dificuldade que talvez possa surgir quanto ao ensino da gerontogeriatría, diz respeito à capacitação dos professores, tornando-se esta uma preocupação dos dirigentes dos cursos de formação da enfermagem. Uma pergunta surge: Quem vai educar os professores para esse novo ensino? A resposta depende da multiplicação dos estudos experimentais na área da gerontogeriatría, realizados pelos pequenos grupos interessados na temática e, principalmente, pelo envolvimento dos professores sensíveis à causa do idoso. Todos os experimentos, no sentido de articular os saberes em torno de projetos que dinamizem o conhecimento em enfermagem gerontogeriatría de modo fecundo, são benéficos e provavelmente darão bons frutos. Para Morin , (1999a, p. 100),

não se pode reformar uma instituição, sem uma prévia reforma das mentes, mas não se podem reformar as mentes sem uma prévia reforma das instituições. Essa é uma impossibilidade lógica que produz um duplo bloqueio. Há resistências inacreditáveis a essa reforma, a um tempo una e dupla. A imensa máquina da educação é rígida e inflexível, fechada, burocratizada. Muitos professores estão instalados em seus hábitos e autonomia disciplinares. Para eles o desafio é invisível. Mas é preciso começar e o começo pode ser desviante e marginal. [...]. Como sempre, a iniciativa só pode partir de uma minoria, a princípio incompreendida, às vezes perseguida. Depois a idéia é disseminada e, quando se difunde, torna-se força atuante.

Morin (1999a) acredita que são poucos os professores que se sentem animados pela fé na possibilidade de reformar o pensamento e dar nova vida ao ensino e acrescento que esta dificuldade aumenta em relação ao ensino da enfermagem gerontogeriatrica. Para este autor, o caráter funcional do ensino leva a reduzir o professor ao funcionário. O caráter profissional o reduz ao especialista, impedindo ao ensino de voltar a ser não apenas uma função, uma especialização, uma profissão, mas principalmente, uma missão de construção, que exige competência técnica e uma arte especial, além do desejo, prazer e amor, pelo próprio conhecimento e pelos alunos. Este amor do professor pelos alunos permitirá colocar o exercício do poder em benefício da doação e, em troca, isto poderá despertar o desejo, o prazer e o amor no aluno. Por isso, não é aconselhável ensinar o que não se ama, o que não se acredita e, mais ainda, não é aconselhável ensinar enfermagem gerontogeriatrica, caso não se defenda e não se respeite e não se admire o seu objeto de estudo e trabalho: o idoso, o envelhecimento e a velhice.

Morin (2000e, p. 55) defende ainda que:

[...] o educador deve educar a si próprio. Reeducação a si próprio significa sair de uma minoria; significa que os educadores sentem a necessidade do problema e, como desviantes, vão ajudar outros educadores a mudar. Os educadores podem, também, fazer a sua reeducação em muitos livros e ver as aspirações dos alunos.

Na enfermagem gerontogeriatrica, bem como nas outras matérias, torna-se desejável que os professores enfermeiros, para cumprir a sua *tarefa*, disponham de curiosidades e de competências éticas, epistemológicas, políticas cada vez mais consistentes, em função das missões que lhes são confiadas pela sociedade e, principalmente, por conta dos desafios constituídos pelas contradições e pelas incompatibilidades encontradas no mundo, atualmente.

A capacitação dos professores na área da gerontogeriatrics mostrar-se-á cada dia mais desejável, não só para aqueles docentes que se dedicarão aos seres humanos idosos, de forma mais específica, mas aos que ensinam clínica médica, clínica cirúrgica, saúde coletiva, semiologia e semiotécnica, psiquiatria, doenças infecto-contagiosas e outras matérias, considerando-se a demanda cada vez mais crescente de atendimento aos idosos nos serviços de saúde, nas diversas especialidades. Esta capacitação de professores pode ser realizada por meio de cursos de especialização, ou através da elaboração de dissertações e teses voltadas a esta área do saber. E ainda, por meio do preparo e realização de concurso para obtenção de título de especialista, nas associações específicas e por cursos presenciais ou até por cursos semipresenciais ou à distância.

O importante é que os professores da enfermagem gerontogeriatrics sejam preparados para aprender e ensinar sobre a parcela da população brasileira que mais cresce, proporcionalmente à população geral. E que este *aprender* e este *ensinar* direcione-se a perceber a especificidade e multidimensionalidade do ser humano idoso, a complexidade do processo de envelhecer e de cuidar da velhice de cada idoso, de forma aberta, contextual, global, local, competente, sensível, solidária. Que procure entender a importância da relação dos saberes e, ainda, que direcione a uma sabedoria, como defende Terena (Morin, 2000e) não só científica, mas também humana e preocupada com o relacionamento do ser humano com o meio ambiente.

Lembro que certa vez, conversando com uma professora da enfermagem obstétrica, esta me dizia que não precisava e nem queria aprender nada sobre idoso, considerando que mulheres com mais de 60 anos ainda não estão parindo com frequência. Perguntei-lhe pela influência das avós, comadres e outras mulheres idosas durante o pré-natal, no nascimento e no pós-natal. Lembrei-lhe que o papel do idoso, e principalmente da idosa no seio familiar, é de fundamental importância, e proporciona uma troca de experiência muito rica entre as gerações, fazendo com que os mais jovens escutem e aprendam com sua prática de vida, além de ajudar na manutenção do *status quo* do idoso na família, na comunidade e principalmente ajudá-lo a sentir-se útil, importante e feliz. A professora ficou calada, reflexiva.

Na verdade, esta é também uma das metas da reforma do pensamento – a de educar os professores de modo mais sistemático, gerando profissionais polivalentes,

abertos e capazes de refletir sobre a cultura de forma ampla. Para isso, torna-se premente encorajar os professores a *religar* suas matérias e investir em reformas curriculares que direcionem para pontos de vista que unam natureza e cultura, ser humano e cosmo e procurem construir uma aprendizagem cidadã, que tenha por objetivo principal repor a dignidade da condição humana.

Pode-se dizer que o princípio do pensamento complexo proposto por Morin é a busca de uma nova percepção de mundo, a partir de uma nova ótica, que é a da complexidade. Em lugar da antiga percepção reducionista, cartesiana, é proposta a conquista de uma nova percepção sistêmica, pós-cartesiana, ainda em elaboração. O conflito entre essas duas percepções ainda está longe de ser resolvido, mas sua solução depende das transformações em processo no mundo. Ao mesmo tempo, essas transformações dependem da crescente conscientização dos seres humanos em relação a eles próprios e ao novo lugar que cabe a cada um de nós no novo universo, procurando perceber o pensamento complexo e a religação dos diversos saberes como possíveis caminhos de busca.

Segundo Silva e Clotet (2001), a proposta de reforma na educação, defendida por Morin, é aquela em que a universidade ocupe um lugar decisivo na formação de seres humanos voltados para a liberdade, que enfrente o conformismo, inclusive o que se pretende conformista, pois Morin continua a preconizar a sua crença na humanidade, no ser humano, na sua capacidade de manter-se uno no múltiplo e múltiplo no uno – ser humano este comprometido com a transformação e com a preservação, sendo este, também o objetivo principal do desenvolvimento sustentável, outra temática que necessita ser inserida no ensino educativo da enfermagem

Surge a possibilidade da reforma do ensino, por meio da reforma do pensamento defendida por Morin, mas não se produzirá por *decreto* a reforma necessária, porque ela está inscrita no próprio curso da história. Ela consiste em assumir um paradigma de *religação*, conjunção, implicação mútua e distinção. Ela pressupõe uma mudança no ensino que, por sua vez, implica uma transformação do pensamento dos professores e uma reforma da instituição, onde se dá o ensino. Nada é impossível. Pode-se dizer que é uma tarefa difícil, mas quando alcançada, tornar-se-á bastante compensadora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

***[...] a cientificidade á a parte emersa de um icebergue profundo de não-cientificidade. A descoberta de que a ciência não é totalmente científica é, ao meu ver, uma grande descoberta científica. Infelizmente, a maior parte dos cientistas ainda não a fizeram (Morin, 2002, p. 18).***

Inicialmente era a minha opinião que todos os alunos dos cursos de graduação em enfermagem tivessem uma matéria obrigatória voltada ao idoso, processo de envelhecimento e velhice, mas percebi também a importância de outras maneiras de abordar esses temas. Entre elas estão matéria optativa específica relativa a esta área do saber, os conteúdos teóricos e/ou práticos destas temáticas, inseridos em disciplinas diversas, a participação do aluno em cursos de extensão, a sua inclusão em grupos de estudo e pesquisa, a realização de estágios curriculares e extracurriculares nesta área, a elaboração de trabalhos de conclusão do curso voltado a estas temáticas, além da participação em eventos específicos da área, se possível com a apresentação de trabalho científico. Enfim, percebi as várias possibilidades deste ensino.

Agora, vejo que uma ou várias atividades desenvolvidas no ensino e voltadas à ação da enfermagem gerontogeriatrica são importantes e necessitam ser estimuladas de diversas maneiras. As múltiplas formas de ação direcionam para múltiplas formas de visão e revisão das partes e do todo simultaneamente, e este *movimento* tornar-se um grande aliado da construção do conhecimento sobre idoso, processo de envelhecimento e velhice. Penso assim, talvez, por ter-me deixado influenciar por Edgar Morin e ter percebido que o pensamento complexo “ênfatiza o problema e não a solução” (PETRAGLIA, 2001, p. 23). Tudo está em *movimento* e este movimento se finda na ação reflexiva da inter-relação de todas as coisas, num

caminhar que, como diz Petraglia (2000, p. 16), “começa onde termina e termina onde começa”, porém modificado ou, pelo menos, sendo visto com outro(s) olhar(es).

O que pode ser sugerido na condução do ensino da enfermagem gerontogeriatrica? Ensinar uma temática ainda não inserida nos currículos dos cursos de Enfermagem, mas sugerida nas diretrizes curriculares, não é tarefa fácil. Não tive pretensão de ditar modelos, *moldar*, mas de dar uns passos iniciais, apontando para alguns caminhos que necessitam ser refletidos para serem inseridos ou não nos cursos de enfermagem. Se inseridos, que sejam consideradas as questões regionais, marcos (referencial, filosófico, conceitual e estrutural) e objetivos que direcionam o Projeto Político Pedagógico (PPP) dos cursos, e que este ensino contribua na autoformação do aluno, trabalhando a aptidão para organizar o conhecimento, ajudando-o a assumir a condição humana e direcionando-o para a aprendizagem do viver, para a aprendizagem da incerteza e tendo por objetivo principal um ensino educativo voltado para a cidadania. O conhecimento só pode ser pertinente se situar seu objeto no seu contexto e, se possível, no sistema global do qual faz parte – se ele cria uma forma incessante que separa e reúne, analisa e sintetiza, abstrai e reinsere no concreto, mostrando que contextualizar é preciso.

Pude comprovar a tese deste estudo pautada na afirmativa de que a enfermagem brasileira já começa a perceber que a área gerontogeriatrica é uma lacuna ainda não preenchida e que suscita caminhos para uma ação profissional autônoma e/ou em equipes multidisciplinares e trabalhos interdisciplinares e/ou transdisciplinares. Assim, os resultados deste estudo são possíveis evidências para a possibilidade de inclusão do ensino da enfermagem gerontogeriatrica na formação dos futuros profissionais enfermeiros.

A complexidade a que me refiro e defendo neste estudo só se presta a uma educação emancipadora, aquela que estimula a reflexão do cotidiano, favorecendo o questionamento e direcionando para transformação social e política. É aquela complexidade que entende que dividir não é a melhor forma de ensinar, deixando de lado a capacidade do ser humano de consubstanciar, de sintetizar. Esta complexidade trata da relação do ser humano consigo próprio, com os outros seres humanos e não humanos e com o cosmo.

Os objetivos deste estudo foram identificar as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas publicações da enfermagem brasileira, no período de 1991 a 2000; refletir sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação, partindo das características identificadas, à luz da Complexidade de Edgar Morin. Considero-os atingidos, alcançados, quando apresentei, discuti e interpretei as características do ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nos cursos de graduação, no período de 1991 a 2000, enfatizando seu modo de condução e seus conteúdos apresentados. Percebi, como já enfatizei no começo destas reflexões finais, que todas as formas de ensinar enfermagem gerontogeriatrica *valem a pena*, pois não podemos deixar de cumprir o papel de professor de enfermagem: ensinar a cuidar do ser humano, saudável ou doente, de forma individual ou coletiva, inserido em qualquer fase do processo de viver e morrer humano, seja na infância, na adolescência, na idade adulta, na maturidade, na velhice.

Com este estudo, pretendi também contribuir em três dimensões específicas, a primeira das quais é a *reflexão acerca da produção científica*, principalmente na área da gerontogeriatrica, que é apresentada nos eventos e publicada nas revistas de enfermagem. Isto foi feito discutindo sobre a forma de apresentação e publicação, conceitos e teorias utilizados para embasamento teórico e análise dos resultados dos estudos e identificando a contribuição destes trabalhos na formação do futuro enfermeiro. A segunda dimensão é a *geração de conhecimentos sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica*, nos cursos de graduação, sobre a qual acredito que os achados desta pesquisa contribuirão para que os chefes de departamento, coordenadores e docentes de cursos de enfermagem tornem-se sensíveis acerca da possibilidade do ensino voltado ao cuidado ao idoso, lembrando, mais uma vez, que o atendimento do cuidado ao ser humano, independe da sua faixa etária. A terceira dimensão é a *importância da Complexidade*, inserido nas questões relacionadas ao ensino sobre idoso, processo de envelhecimento e velhice.

Percebo que na nossa formação, desde o pré-escolar, aprendemos a estudar a visão multidimensional da realidade de forma separada, ou seja, isolando as várias dimensões humanas e sem relacionar umas com as outras. O surgimento da noção do pensamento complexo de Edgar Morin trouxe a possibilidade de (re)pensar esse ensino educativo, para que se tenha condições de uma prática mais concatenada,

considerando não só a relação do ser humano com o ser humano, mas a relação do ser humano consigo próprio e do ser humano com a Terra e com o cosmo.

Os conteúdos acerca do ensino da enfermagem gerontogeriatrica analisados no decênio 1991 a 2000 apresentaram certa diversidade e algumas vezes pequenos desencontros, mas estas particularidades são esperadas e aceitas em um conhecimento emergente, novo, como tudo que ainda envolve o ser humano idoso, o processo de envelhecer e a fase da velhice, no Brasil, não só no período estudado, como ainda atualmente. Debrucei-me sobre a verificação da contribuição deste ensino para formação profissional, lembrando que alguns dos alunos que tiveram acesso a temas relacionados ao idoso, envelhecimento e velhice, hoje desempenham suas atividades profissionais nesta área do saber, ou, se não as exercem, pelo menos percebem os seres humanos idosos com mais sensibilidade e solidariedade, quando deles cuidam em suas várias ações de saúde.

A partir dos três princípios básicos da Complexidade (dialógico, recursivo e hologramático) de Edgar Morin, consegui vislumbrar um ensino da enfermagem gerontogeriatrica mais competente, solidário, ético, sensível, e mais voltado ao entendimento das questões que envolvem o *ser idoso*, o processo de envelhecer e a velhice como questões complexas. Neste ensino, há desejos de contextualizar-se, globalizar-se e interligar-se os saberes, considerando-se a multidimensionalidade do ser humano idoso. Há o desejo de que esses saberes se desenvolvam gerando aptidão para contextualizar o pensamento do futuro enfermeiro, nas questões relacionadas ao processo de envelhecimento e na fase da velhice, e em busca de promover um viver e morrer com mais dignidade para o ser humano idoso.

Utilizar os pressupostos de Edgar Morin, através da sua Complexidade, para caracterizar o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, nos cursos de graduação, no período de 1991 a 2000, foi descobrir que, na enfermagem, no ensino de qualquer matéria, pode-se vislumbrar a possibilidade do ensino sobre condição humana, solidariedade, interligação do saber e desenvolvimento sustentável, quando se ministra a teoria e prática do cuidado, seja humano, profissional ou ecológico. Isto implica que este ensino educativo poderá ser realizado desde as áreas temáticas do ciclo básico (Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem) até as áreas temáticas profissionais (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem,

Administração de Enfermagem, Ensino de Enfermagem), incluindo-se o cuidado individual e coletivo.

O ensino educativo torna-se a *chave* para renovar os valores e a percepção dos problemas, desenvolvendo uma consciência e um compromisso que possibilite a troca, desde as pequenas atitudes individuais, até a participação e resolução de problemas da comunidade e de problemas maiores da sociedade, tornando-se o meio mais eficaz que a sociedade possui para enfrentar o futuro. Certamente o ensino educativo não constitui a resposta absoluta para todos os problemas, porém é parte vital dos esforços para criar relações entre os seres humanos e para fomentar maior respeito pelas necessidades do meio ambiente.

É desejável assegurar que os programas relacionados ao ensino educativo reflitam a importância de uma ética de vida sustentável. As comunidades locais são o foco do muito que precisa ser feito para implementar essa mudança para a vida sustentável. Por isso, a introdução desse conceito nas instituições de ensino superior constitui-se importante contribuição para o viver com sustentação. Quando pensamos em ensinar e educar para o desenvolvimento sustentável, repito que necessitamos ter claro que, para alcançar a meta da sustentabilidade, é fundamental modificar as atitudes e o comportamento dos seres humanos.

Sugiro que se preparem os professores para o ensino da enfermagem gerontogeriatrica, não só aqueles docentes que mais especificamente cuidarão dos e/ou ensinarão sobre os idosos, mas também os de outras matérias, considerando que a população idosa brasileira é a que mais cresce, se comparada à população geral.

Obter os dados explorando, tendo como suas fontes, os livros-resumo dos congressos brasileiros de enfermagem e os principais periódicos da enfermagem brasileira foi um caminhar em um passado recente, no ano de 1991 até o ano de 2000. Foi um período tão cheio de expectativas e de vontade de acertar dos enfermeiros, apontando para uma perspectiva que hoje começa a acontecer de forma consciente e integrada nas grandes mudanças que o mundo passa e que nos leva a passar também. Também, a utilização do programa de análise para dados qualitativos QRS-NUD\*IST4 foi de valia positiva.

Acredito que a complexidade conduz a uma série de problemas fundamentais que são os problemas relacionados ao destino humano. Esse destino humano

depende da capacidade de todos os seres humanos compreenderem os problemas fundamentais, procurando contextualizá-los, globalizá-los e integrá-los, e depende também da capacidade de todos para enfrentar a incerteza, procurando encontrar os meios que permitam aos seres humanos caminhar num futuro incerto, não esquecendo de manter a coragem e a esperança em suas vidas.

A possibilidade de uma reforma do pensamento é ainda mais importante para mostrar que, hoje, o problema do ensino educativo está reduzido a termos quantitativos evidenciados por mais carga horária, mais professores, mais computadores, entre outras. Estas questões terminam mascarando a dificuldade fundamental que revela o fracasso das sucessivas reformas do ensino, pautadas no fato de que não se reformam as instituições sem antes se ter reformado os espíritos; e não se reformam os espíritos sem antes as instituições terem sido reformadas (MORIN, 1999a). Percebo o desafio da complexidade do mundo contemporâneo como problema fundamental do pensamento e da ação política.

É reconhecido atualmente o importante papel das universidades na luta por estudos e ações sobre o objeto de trabalho da gerontologia e por conseqüência da melhoria da qualidade de vida do ser humano idoso. Essa tentativa considera a especificidade e multidimensionalidade desse objeto, o qual precisa da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que são maneiras de procurar descobrir e/ou estabelecer conexões e correspondências entre as disciplinas científicas, ou seja, entre os diferentes meios de descrição da realidade, tornando os profissionais aptos a realizarem a religação dos saberes.

A interdisciplinaridade, passo inicial para transdisciplinaridade, e a própria transdisciplinaridade, como elementos da Complexidade, podem ser uma possível saída para dar-se conta do objeto de trabalho da Gerontologia, não só por sua inclusão nas ciências sociais, mas pela possibilidade de cuidar da população que mais cresce atualmente e proporcionalmente, em nosso país, que é o contingente de idosos.

A transdisciplinaridade é conceito importante na prática com o ser humano idoso e, no ensino de gerontogeriatría no curso de graduação em enfermagem. A transdisciplinaridade poderá acontecer se considerarmos e se, principalmente formos ao encontro da reforma do pensamento proposta por Morin; de uma nova postura diante da vida considerando a relação do todo-parte e vice-versa; de uma

nova leitura de mundo pautada na construção da identidade, da auto-ética, da ética da solidariedade. Depende de cada um de nós, então, é possível...

É desejável ainda que a complexidade seja concebida como uma grande reforma do pensamento, como uma tomada de posição epistemológica, que por ela mesma já representa o propósito e o próprio método da educação. Em resposta a isto surge a *responsabilidade* do olhar do professor, e dos envolvidos no processo de ensinar e de aprender, voltado ao mundo e as coisas que convém questionar, discutir.

Entendo que a enfermagem é uma disciplina pautada no tripé: ação de cuidar do outro, através do cuidado individualizado ou coletivo e contextualizado; manutenção do respeito pelo ser humano, em todas as situações e considerando a importância das relações interpessoais do profissional com o ser cuidado; atenção ao desempenho técnico sensível, solidário, competente e adequado. Considerando-se as especificidades do envelhecimento, tais ações necessitam ser mais reveladoras quando se atua na gerontogeriatria.

Quanto à aplicação da complexidade no fazer e no ensinar a gerontogeriatria, percebo que, quando se reconhece a multidimensionalidade do fenômeno do envelhecimento e da velhice já se tende, provavelmente, a tomar a consciência de sua inexorável complexidade. E, então, tende-se a perceber que não se pode pensar no ensino de nenhuma temática, principalmente nos cursos de graduação da saúde, e mais especificamente no ensino da gerontogeriatria, cujo objeto de trabalho é o ser humano idoso, o processo de envelhecer e a velhice, sem procurar inserir, neste ensino, os pressupostos da Complexidade.

É importante lembrar que, no cuidado ao ser humano, torna-se desejável considerar-se as questões técnicas, éticas, estéticas, específicas e multidimensionais do processo de nascer, viver e morrer humano em cada etapa, além de considerar-se também os princípios e valores importantes que determinam a profissão enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. G. de; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. 2, p. 90-109. julho, 1999.

ALVES, F. A. P. **Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990 a 2000**. 2002. 96 f. Dissertação (Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

BAQUEIRO, M. B.; OLIVEIRA, C. O ensino da geriatria e da gerontologia na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Nursing – Brasileira**, São Paulo, ano 3, n. 22, p. 17 - 20, mar. 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRAGAGLIA, M. **As estratégias de uma formação competente**. Porto Alegre: PUCRS, 2000. 8 f. (Mimeografado).

BEAUVOIR, S. . **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: NERI, A. L; DEBERT, G. G. (org.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p.11-40.

BERGER, L. Contexto dos cuidados gerontológicos. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, L. (org.). **Pessoas idosas: uma abordagem geral**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 1-9.

BOBBIO, N. **O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOHM, D. **Sobre o diálogo**. Royal Society: Transcrição e edição de Phildea Fleming e James Brodsky, 1990. 54 f. (Mimeografado).

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALLÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 3, p. 403 - 413.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem – legislação e assuntos correlatos**. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974c. 3 v.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. Comissão de Especialistas de Enfermagem. **Proposta preliminar de currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem**. Brasília: 1989a. 12 f. (Mimeografado)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria n. ° 810, de 22 de setembro de 1989**. Brasília: 1989b. 4 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília: 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução 196/96 que normaliza a pesquisa em seres humanos**. Brasília: 1996b. 24 f. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jakarta. Brasília: 1996c. 54 p. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Lei n.º 8.882/94 e Decreto n.º 1.948/96**. Brasília:1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acesso: em 24 dez.1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Brasília: 1999b. 26 f. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação em saúde do idoso**. Brasília: 1999c. 16 f. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 280, de 7 de abril de 1999**. Brasília: 1999d. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Idosos**: problemas e cuidados básicos. Brasília: 1999e. 99 p.

BRASIL. Ministério da previdência e Assistência Social. **Portaria N.º 5.153, de 7 de abril de 1999**. Brasília: 1999f. (Mimeografado).

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria do Estado de Assistência Social. **Portaria n.º 73, de 10 de maio de 2001**. Brasília: 2001. (Mimeografado).

BRÊTAS, A. C. P.; LESTINGI, L. de S. O ensino de geriatria e gerontologia no curso de graduação em enfermagem: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46, 1993, Olinda. **Anais...** Olinda: ABEn, 1994. p. 209-213.

BRÊTAS, A. C. P et al. Programa de ensino e assistência de enfermagem gerontológica na Favela “Mãos Unidas” em São Paulo. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n.2, p. 285-290, maio/ago. 1997.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 6, p. 58-71.

CAMPEDELLI, M. C. **Consulta de enfermagem em Geriatria**: proposta de modelo. 1989. 92 f. Tese (Livre Docência Escola de Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem** - aplicação à prática. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARVALHO, N. G. de et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem em um grupo de idosas institucionalizadas em um asilo de Recife, PE. In: ENCONTRO PERNAMBUCANO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1, 1997, Recife. **I encontro...: temas livres** - síntese. Recife : [s.n.], 1997. p.12.

CARVALHO, N. G. de et al. Capacitação de um grupo de profissionais que atuam numa instituição asilar de Recife, PE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **50º congresso...**: Resumos. Salvador: Arte DBC, 1998. p. 324.

CARVALHO, N. G. de et al. **Caracterização de instituições para idosos**: situação atual da cidade de Recife, PE. 1999. 53 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso) - Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife.

CASTRO, D. G. et al. Cuidando de pessoas idosas institucionalizadas em sua primeira experiência prática: o significado para graduandos da 2ª série de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Olinda. **52º Congresso...**:Resumo de trabalho. Recife: Fotolazer, 2000. p. 599.

CASTRO, I. B. **Florence Nightingale**: notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteira**: a alternativa quântica para o envelhecimento. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Printipo-Damaia, 1989.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão COREN-SP/DIR/010/99**. São Paulo: 1999.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DO PESSOAL DE ENSINO SUPERIOR (CAPES). Qualis - CAPES. **Classificação de periódicos** – biênio 98/99: Enfermagem. Brasília: [s.n.], 1999. 3 p.

DE SANTI, M. C. (Org.). **Metodologia de ensino na saúde** - um enfoque na avaliação. São Paulo: Manole, 2002.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.1, p.3-17.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n. 4, p. 370-376, dez., 1999.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D; RODRIGUES, R. A. P. **Enfermagem gerontogerátrica nos cursos de graduação**: do panorama atual a uma proposta de ensino. São Paulo: [s.n.], 1996. 20 f. (Mimeografado)

DUARTE, Y. A. de O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 222-229.

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P; BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 51-84.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio eletrônico** – século XXI. São Paulo: Nova Fronteira, 2000. 1CD-ROM.

FERNANDES, F. S. **As pessoas idosas na legislação brasileira**: direito e gerontologia. São Paulo: LTr, 1997.

GAVIÃO, A. C. D. Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.12, p.173-180.

GARCIA, R. L. Do baú da memória: histórias de professora. In: ALVES, N. (Org.). **O sentido da escola**. Rio de Janeiro: DP & A, 2000. p. 43-63.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 91, p. 754-761.

GONÇALVES, L. H. T.; SAUPE, R.; REIBNITZ, K. S. O cuidado ao idoso nos currículos de enfermagem: realidade e possibilidade. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 242-260, maio/ago. 1997.

GUIA abril do estudante: Os melhores cursos do Brasil. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/vestibol/ranking/capa.htm>>. Acesso em: 16 dez. 1999.

GWATKIN, D. R.; GUILLOT, M.; HEUVELINE, P. The burden of disease among the global poor. **The Lancet**, v. 354, p. 586 - 589. aug., 1999.

HENRIQUES, M. S. **O pensamento complexo e a construção de um currículo não-linear**. Porto Alegre, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 23 de out. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001, 368 p.

JATOBÁ, J. D. V. N.; SANTOS, S. S. C. Caracterização do cliente idoso cirúrgico internado em um hospital universitário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, Olinda. **52º congresso...**: resumo de trabalho. Recife: Fotolazer, 2000. p. 588.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

LEITE, J. L. Mesa redonda: pesquisa em enfermagem – impacto para a prática profissional. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 4, 2000, Fortaleza. **Anais**. Fortaleza: ABEn, 2000. p. 73-6.

LEOPARDI, M. T. et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem: uma aproximação com os instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1989. p. 97-125.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional**: uma pedagogia específica para o idoso - uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTr, 2001.

LUNDH, U. Experiências no cuidado do(a) esposo(a) idoso(a). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1999a. p. 474-480.

LUNDH, U. Family carers 1: difficulties and levels of support in Sweden. **British Journal of Nursing**, England, v.8. n.9, p. 583-588, 1999b.

LUNDH, U. Family carers 3: coping strategies among family carers in Sweden. **British Journal of Nursing**, England, v.8. n.11, p. 735-740, 1999c.

LUNDH, U. Family carers 2: sources of satisfaction among Swedish carers. **British Journal of Nursing**, England, v.8. n.10, p. 647-652, 1999d.

LUNDH, U. Family carers 4: designing services to support family carers in Sweden. **British Journal of Nursing**, England, v.8. n.12, p. 787-790, 1999e.

LUNDH, U; SANDBERG, J; NOLAN, M. 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. **Journal of advanced nursing**, England, v. 32, n. 5, p. 1178-1186, 2000.

MANCIA, J. Resposta de e-mail [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <[silvanasidney@brturbo.com](mailto:silvanasidney@brturbo.com)> em 22 setembro 2002.

MARIOTTI, H. **Complexidade e pensamento complexo** - texto introdutório. São Paulo, 2001. Disponível em : <<http://www.geocities.com/complexidade/introd.html>>. Acesso em: 23 ago. 2002.

MARTINEZ, W. N. **Direito dos Idosos**. São Paulo: LTr, 1997. 150 p.

MARTINS, C. R. M. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de Representações Sociais**. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARX, K. **O capital**. 8.ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v.1. p. 201-223.

MÁXIMO, M. E. **Compartilhando regras de fala: interação e sociabilidade na lista eletrônica de discussão Cibercultura**. 2002. 199 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MELO, M. F. de. **Transdisciplinaridade: uma visão emergente**. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.cetrans.futuro.usp.br>>. Acesso em: 22 ago. 2002.

MENDES, M. M. R. **Enfermagem gerontológica e geriátrica: do estado da arte no Brasil a uma proposta para o ensino de graduação**. 1989. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES, M. M. R. et al. Pesquisa em enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, p.58-68, maio/ago., 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

\_\_\_\_\_. **O método III - o conhecimento do conhecimento**. 2. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1996.

- \_\_\_\_\_. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- \_\_\_\_\_. **A cabeça bem feita** – repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a.
- \_\_\_\_\_. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, A; NASCIMENTO, E. P. **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Gramond, 1999b. p. 21-46.
- MORIN, E.; LE MOIGNE, J. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 1999.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Corte, 2000a.
- \_\_\_\_\_. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000b.
- \_\_\_\_\_. **Cultura de massas no século XX** - neurose. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000c. v.1.
- \_\_\_\_\_. Articular os saberes. In: ALVES, N. (org.). **O sentido da escola**. Rio de Janeiro: DP & A, 2000d. p. 65-80.
- \_\_\_\_\_. **Saberes globais e saberes locais** - o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond, 2000e.
- \_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000f.
- \_\_\_\_\_. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 2002.
- MOURA, F. de J. M. de. **Gerontologia** – experiência educacional necessária à formação do(a) enfermeiro(a). 1979. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- MOREIRA, A. F. B. Currículo, utopia e pós-modernidade. In: MOREIRA, A. F. B. (Org.). **Currículo: questões atuais**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2000. p. 9-28.
- \_\_\_\_\_. A crise da teoria curricular crítica. In: MOREIRA, A. F. B. (Org.). **O currículo nos limites contemporâneos**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. p. 11-36
- NASCIMENTO R. R. do et al. Diagnósticos de enfermagem identificados pela Escala de Depressão Abreviada de ZUNG em idosos hospitalizados. In: ENCONTRO PERNAMBUCANO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1, 1997, Recife. **Temas livres** - síntese. Recife: [s.n.], 1997. p.55. (Mimeografado).
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Assembléia Mundial sobre envelhecimento**: resolução 39/125. Viena: 1982.
- PACHECO, J. A. **Currículo: teoria e práxis**. Porto: Porto Editora, 1996. 269 p.
- PACHECO, R. O. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados pela Escala de Depressão Abreviada de ZUNG em idoso de uma comunidade privilegiada. In: ENCONTRO PERNAMBUCANO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1, 1997, Recife. **Temas livres - Síntese**. Recife: [s.n.], 1997. p.57.

PACHECO, R. O. et al. Atuação de estudantes de enfermagem em uma instituição asilar: estágio extracurricular. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **50º congresso...**: resumos. Salvador: Arte DBC, 1998. p. 324.

PAPALÉO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 10, p. 91-105.

PETRAGLIA, I. C. **Interdisciplinaridade**: o cultivo do professor. São Paulo: Pioneira, 1993.

\_\_\_\_\_. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e do saber. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Olhar sobre olhar que olha** - complexidade, holística e educação. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Complexidade e auto-ética**. São Paulo: [s.n.], 2002, 13 p. (Mimeografado).

PENA-VEGA, A; ALMEIDA, C. R. S.; PETRAGLIA, I. **Edgar Morin**: ética, cultura e educação. São Paulo: Cortez, 2001.

PIAGET, J. Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes. In: PIAGET, J.; MACKENZE, W.J.M.; LAZARFELD, P.F. **Tendencias de la investigación las ciencias sociales**. Madri: Alianza, 1976. p. 199-282.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 159-178.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho em educação e saúde. In: \_\_\_\_\_. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p.15-63.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 7, p. 72-78.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária. **Norma técnica especial sobre o funcionamento, controle e fiscalização de estabelecimento de hospedagem para idosos - NTE n.º 1/97**. Recife: 1997. 3p.

RIBEIRO, G. S.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. (Org.) **Legislação de enfermagem**: um guia para o profissional e estudante de enfermagem. João Pessoa: Almeida, 1996.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 12, p. 106-110.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SÁ, J. L. M.. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 137, p. 1119-1124.

SANDRI, J. V. A. Contribuição da prática dos estudantes de enfermagem para mudanças de visão organizacional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p.268-275, maio/ago. 1997.

SANTOS, S. M. A. . Algumas reflexões sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica na UFSC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p.174-185, jan./abr. 1999.

SANTOS, I. P. O. Enfermagem gerontológica e geriátrica: experiência de ensino. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **51º congresso...**: resumos dos trabalhos de temas livres. Florianópolis: Metrópole. 1999, p. 588.

SANTOS, S. S. C.; SENA, C. A. de. Experiência de ensino da disciplina Enfermagem e Saúde do Idoso com grupos de terceira idade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **50º congresso...**: Resumos. Salvador: Arte DBC, 1998. p. 129.

SANTOS, S. C. S. Capacitação do auxiliar e do técnico em Enfermagem em Gerontogeriatrics: uma experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO MERCOSUL, I, 1999, Foz do Iguaçu. **1º congresso...**: Temas livres. Curitiba: SBGG, 1999. p. 25.

\_\_\_\_\_. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica**: instrumentalização do futuro profissional no cuidado ao idoso. 2000a. 45f. Estudo aproximativo para a tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. (Mimeografado).

\_\_\_\_\_. Enfermagem Gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 70-86.,julho, 2000b.

SAVIANI, D. **Escola democrática**: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 1999. 104 p.

SALGADO M. A. **Velhice uma questão social**. São Paulo: SESC, 1980. 121p.

SAYEG, M. A; MESQUITA, R. A. V. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 133, p. 1083-1089.

SIEBENEICHLER, F. B. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade: G. Gusdorf e J. Habermas. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v.98, p.153-180, jul. / set., 1989.

SILVA, D. J. **O paradigma transdisciplinar**: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.cetrans.futuro.usp.br>>. Acesso em: 22 ago. 2002.

SILVA, M. J. **Autonomia e saúde mental**: o desafio para uma velhice bem-sucedida. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVA, M. J.; FRAGA, M. N. O. A temática em saúde do idoso: tendências na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10, 1999, Gramado. **10º seminário...**: programa-resumos. Porto Alegre: Pallotti, 1999. p.136.

SILVA, E. B. N. E.; BRÊTAS, A. C. P. Grupos de estudo e pesquisa em gerontologia que incluem a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n.2, p.106-117, maio/ago. 1997.

SILVA, J. M. ; CLOTET, J. (Org.). **Edgar Morin: As duas globalizações - complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arquivo de Geriatria e Gerontologia**, vol. 0, n. 01, p. 81-89, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Temas para a prova escrita do CTEGG - 2002**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.sbgq.com.br>>. Acesso em: 02 nov. 2002.

SOMMERMAN, A. **Pedagogia da alternância e transdisciplinaridade**. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.cetrans.futuro.usp.br>>. Acesso em: 22 ago. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC. Departamento de Enfermagem. **Disciplina enfermagem geronto-geriátrica**. Florianópolis: 2000. (Mimeografado).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN. Grupo de estudos da complexidade. **Declaração brasileira para o pensamento complexo**. Natal: 1999. Disponível em: <<http://www.ufrn.br/sites/grecom/carta.html>>. Acesso em: 23 ago. 2002.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. A nova política de educação e suas implicações nos cursos de graduação de enfermagem – apreciação crítica da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: ABEN, 1999. p. 370-378.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

\_\_\_\_\_. Cuidar como marco de referência para o ensino da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador, **Anais...** Salvador, ABEN, 1999. p. 197-204.

## APÊNDICES

### **A. Carta de solicitação dos trabalhos na íntegra encaminhada ao(s) autor(es), cujo resumo foi publicado no livro-resumo de Congressos Brasileiros de Enfermagem, 1991-2000, Brasil.**

Florianópolis, 25 de março de 2001 e Florianópolis, 25 de outubro de 2001.

Cara XXXXXXXXX

Sou Silvana Sidney Costa Santos, enfermeira, COREN n.º 25260, professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-FENSG, da Universidade de Pernambuco-UPE. Especialista em Gerontologia Social pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG e Mestre em Enfermagem e Saúde Pública pela UFPB.

No momento estou cursando Doutorado em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e na minha pesquisa referente à tese, cujo título provisório é *A complexidade e a interdisciplinaridade/transdisciplinaridade no contexto do ensino de enfermagem gerontogerátrica nos cursos de graduação no Brasil*, um dos objetivos é analisar a produção técnico-científica desta área específica do saber, acerca do que vem sendo feito quanto ao ensino da gerontogeriatria/envelhecimento, nos últimos 10 anos, iniciada pelo levantamento em livros-resumo de Congressos Brasileiros de Enfermagem. Dos resumos encontrados, estou solicitando aos seus autores a versão na íntegra, sob a forma de relatório de pesquisa ou de artigo científico, para constituírem unidades de análise da referida pesquisa.

Encontrei, no livro-resumo do XXXXXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, o seu trabalho XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX e gostaria muito que ele fizesse parte desta pesquisa. Gostaria que, se possível, você me enviasse este trabalho por via de e-mail. Caso não dê para enviar o trabalho por esta via, por gentileza me avise (por e-mail), ou por telefone a cobrar, para que eu possa enviar-lhe um envelope ofício selado e você possa me remetê-lo.

Aguardo sua resposta, desde já agradecendo antecipadamente sua contribuição a minha pesquisa e conseqüentemente à enfermagem gerontogerátrica brasileira.

Atenciosamente:

.....  
Silvana Sidney Costa Santos. COREN 25.260

Rua Durval Melquíades de Souza, 690/203. Centro.

Florianópolis-SC. CEP: 88015-070. Fone: +55 48 2230483

e-mail: [silvanasidney@uol.com.br](mailto:silvanasidney@uol.com.br)

**B. Relação dos resumos apresentados nos congressos e artigos científicos publicados encontrados sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica e sua presença no estudo, 1991 - 2000, no Brasil.**

**RESUMOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS (Presença: X)**

	Estudo crítico da disciplina enfermagem geriátrica: uma avaliação emancipatória
	O ensino da enfermagem gerontogeriatrica a nível nacional *
	Pesquisas em enfermagem gerontológica e geriátrica no Brasil – 1951 a 1995 *
	A participação do enfermeiro no PROVIDI: reflexos didáticos assistenciais
	Envelhecer: qual o significado para idosos e estudantes de enfermagem?
	Um estudo sobre as atividades da vida diária em idosos portadores de catarata
	Assistência de enfermagem à terceira idade no próximo milênio: posicionamento de pós-graduandos **
X	Experiência de ensino da disciplina enfermagem em saúde do idoso com grupos de terceira idade
	O ensino de geriatria e gerontologia na escola de enfermagem da UFBA
	Um estudo sobre a representação do idoso pelos acadêmicos de enfermagem da UNIRIO
X	Capacitação de grupo de profissionais que atuam numa instituição asilar de Recife – PE
X	Atuação de estudantes de enfermagem em uma instituição asilar: estágio extracurricular
X	Formação do profissional de enfermagem em gerontogeriatrica: uma necessidade urgente
X	Enfermagem gerontológica e geriátrica: experiência de ensino
	Um estudo sobre a representação do idoso pelos acadêmicos de enfermagem na UNIRIO
	O corpo do idoso: representação social pelos acadêmicos de enfermagem
	Oficina da criatividade: uma experiência com talentos da terceira idade
	O cuidar-cuidado de enfermagem ao cliente idoso na visão dos acadêmicos de enfermagem **
	As escolas de enfermagem como formadoras de recursos humanos para o atendimento à população da terceira e quarta idade – desafios pós-modernos
X	Caracterização do cliente idoso cirúrgico internado em um hospital escola
X	Cuidando de pessoas idosas institucionalizadas em sua primeira experiência prática – o significado para graduandos da 2ª série de enfermagem

**ARTIGOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS (Presença: X)**

X	O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático
X	Pesquisa em enfermagem geriátrica e gerontológica
X	Grupos de estudo e pesquisa que incluem a enfermagem
X	O cuidado ao idoso nos currículos de enfermagem: realidade e possibilidade
X	Contribuição da prática dos estudantes de enfermagem para mudanças de visão organizacional
X	Programa de ensino e assistência de enfermagem gerontológica na favela “Mãos Unidas” em São Paulo
X	Refletindo sobre o ensino da gerontologia no curso de graduação em enfermagem
X	O cuidado familiar ao idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral
X	Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho

\* Estes resumos foram transformados em artigos científicos publicados.

\*\* Autores principais que não foram localizados, os endereços que se encontram no livro-resumo do C.B.Enf. foram modificados.

**C. Relação dos trabalhos científicos sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica analisados, segundo ano, autor(es), título, local de publicação e/ou apresentação e principal abordagem, 1991 - 2000, Brasil.**

**Local:** local de publicação/apresentação

**Abordagem:** principal abordagem

- Nº:** 01
- Ano:** 1997
- Autor(es):** Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Rosita Saupe, Kênya Schmidt Reibnitz
- Título:** O cuidado ao idoso nos currículos de enfermagem: realidade e possibilidade
- Local:** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 242-260, mai./ago.
- Abordagem:** Descreve um levantamento realizado sobre o ensino do cuidado ao idoso em faculdades e departamentos de enfermagem da Região Sul no ano de 1996
- 
- Nº:** 02
- Ano:** 1997
- Autor(es):** Maria Manuela R. Mendes, Rosalina Aparecida P. Rodrigues, Cheila C. L. de Oliveira, Luciana Kusumota
- Título:** Pesquisa em enfermagem geriátrica e gerontológica
- Local:** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n. 2, p.58-68, mai./ago.
- Abordagem:** Descreve um levantamento sobre pesquisa geriátrica e gerontológica da enfermagem na literatura brasileira, nas bibliotecas das escolas de enfermagem da USP, da Bireme, Medline, Lilacs e catálogos do MEC – Cepen (ABEn). E também nos programas e anais de congresso de Enfermagem, e de Gerontologia e Geriatria, no período de 1989 a 1995. Os relatos sobre a formação de recursos humanos foram poucos e se limitaram à inclusão de pequenos conteúdos nos cursos de enfermagem.
- 
- Nº:** 03
- Ano:** 1997
- Autor(es):** Edinete B. do Nascimento, Ana Cristina P. Brêtas
- Título:** Grupos de estudo e pesquisa em gerontologia que incluem a Enfermagem
- Local:** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.6, n. 2, p. 106-117, mai./ago.
- Abordagem:** Descreve a inclusão da enfermagem em núcleos ou grupos de pesquisa de gerontologia e identifica a participação da enfermagem gerontológica nesses núcleos ou grupos

- Nº:** 04  
**Ano:** 1997  
**Autor(es):** Juliana Vieira de Araújo Sandri  
**Título:** Contribuição da prática dos estudantes de enfermagem para mudanças de visão organizacional  
**Local:** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 268-275, mai./ago.  
**Abordagem:** Descreve uma experiência desenvolvida numa instituição geriátrica com alunos de graduação de enfermagem, além de alunos bolsistas em atividade de extensão, na Região Sul do país
- Nº:** 05  
**Ano:** 1997  
**Autor(es):** Ana Cristina P. Bretãs, Maria Aparecida Yoshitome, Michelle C. Guilhermino  
**Título:** Programa de ensino e assistência de enfermagem gerontológica na Favela “Mãos Unidas” em São Paulo  
**Local:** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 285-290, mai./ago.  
**Abordagem:** Objetiva a assistência primária na saúde de idosos no domicílio, propiciando o desenvolvimento de modelos de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem gerontológica para graduandos e pós-graduandos
- Nº:** 06  
**Ano:** 1998  
**Autor(es):** Silvana Sidney Costa Santos e Cláudia Alves de Sena  
**Título:** Experiência de ensino da disciplina Enfermagem em Saúde do Idoso com grupos de terceira idade  
**Local:** 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador, BA  
**Abordagem:** Relata a experiência da prática da disciplina com grupos de terceira idade do município de Recife, PE

**Nº:** 07  
**Ano:** 1998  
**Autor(es):** Nara Granjeiro de Carvalho, Rosana Rios do Nascimento, Rosane Oliveira Pacheco e Silvana Sidney Costa Santos  
**Título:** Capacitação de um grupo de profissionais que atuam numa instituição asilar de Recife -PE  
**Local:** 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador, BA  
**Abordagem:** Descreve a experiência de alunas de enfermagem no treinamento de profissionais que trabalham numa instituição asilar.

**Nº:** 08  
**Ano:** 1998  
**Autor(es):** Nara Granjeiro de Carvalho, Rosana Rios do Nascimento, Rosane Oliveira Pacheco e Silvana Sidney Costa Santos  
**Título:** Atuação de estudantes de enfermagem em uma instituição asilar: estágio extracurricular  
**Local:** 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador, BA  
**Abordagem:** Relata a experiência de alunas de enfermagem na realização de um estágio extracurricular em instituição asilar

**Nº:** 09  
**Ano:** 1999  
**Autor(es):** Maria Isabel Penha de Oliveira Santos  
**Título:** Enfermagem gerontológica e geriátrica: experiência de ensino  
**Local:** 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis, SC  
**Abordagem:** Relata o desenvolvimento do ensino de disciplina específica ao cuidado ao idoso, na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, nos anos de 1996 e 1997.

**Nº:** 10  
**Ano:** 1999  
**Autor(es):** Silvana Sidney Costa Santos  
**Título:** Formação profissional em enfermagem gerontogeriatrica: uma necessidade urgente  
**Local:** 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis, SC  
**Abordagem:** Descreve a experiência de ensino em enfermagem gerontogeriatrica em curso de especialização interdisciplinar, na graduação em enfermagem e em curso direcionado aos técnicos e auxiliares em enfermagem no cuidado ao idoso, na Universidade de Pernambuco, UPE, em Recife, PE.

**Nº:** 11  
**Ano:** 1999  
**Autor(es):** Silvia Maria de Azevedo dos Santos  
**Título:** Algumas reflexões sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica na UFSC  
**Local:** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 174-185, jan./abr.  
**Abordagem:** Faz uma reflexão sobre o ensino da enfermagem gerontogeriatrica no curso de graduação de enfermagem da UFSC, em 1996, a partir de experiências didático- pedagógicas e tentativas de introdução desse ensino no currículo básico

**Nº:** 12  
**Ano:** 1999  
**Autor(es):** Maria José D'Elboux Diogo e Yeda Aparecida de Oliveira Duarte  
**Título:** A enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação: do panorama atual a uma proposta de ensino  
**Local:** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 270 – 6, dez.  
**Abordagem:** Descreve um levantamento realizado no Brasil sobre o ensino da disciplina ou de conteúdos acerca da enfermagem gerontogeriatrica, sugere uma proposta de conteúdos programáticos para este ensino.

- Nº:** 13  
**Ano:** 1999  
**Autor(es):** Oseias Guimarães de Andrade e Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues  
**Título:** O cuidado familiar ao idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral  
**Local:** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90 – 109, jul.  
**Abordagem:** Objetiva identificar o cuidado familiar ao idoso com seqüela de AVC, compreender seus problemas e discutir seu significado na visão do cuidador. No ensino de enfermagem percebe a necessidade de incorporação de conteúdos que levem o aluno a preocupar-se com os problemas que enfrenta a população idosa em nosso país, estimulando-os a intervir adequadamente no cuidado familiar.
- Nº:** 14  
**Ano:** 2000  
**Autor(es):** Joana D'arc Vila Nova Jatobá e Silvana Sidney Costa Santos  
**Título:** Caracterização do cliente idoso cirúrgico internado em um hospital escola  
**Local:** 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda, PE  
**Abordagem:** Apresenta um perfil do idoso da clínica cirúrgica de um hospital escola, internado no ano de 1999 em Recife, PE; discute a inclusão de conteúdos sobre cuidado ao cliente idoso cirúrgico na disciplina de Enfermagem em Clínica Cirúrgica, nos cursos de formação dos profissionais de enfermagem.
- Nº:** 15  
**Ano:** 2000  
**Autor(es):** Daniela Gandolfi de Castro, Luciana Braz de Oliveira, Sandra Andrade, Ani Fabiana Berton  
**Título:** Cuidando de pessoas idosas institucionalizadas em sua primeira experiência prática – o significado para graduandos da 2ª série de enfermagem  
**Local:** 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda, PE  
**Abordagem:** Objetiva compreender como foi para os alunos da 2ª série de graduação em enfermagem, cuidar de idosos em sua primeira experiência prática. As autoras perceberam que essa experiência despertou em alguns alunos interesse e reflexões acerca da velhice e da condição de vida dos idosos dentro de uma instituição asilar.

- Nº:** 16
- Ano:** 2000
- Autor(es):** Silvana Sidney Costa Santos
- Título:** Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho
- Local:** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 70 – 86, jul.
- Abordagem:** Objetiva refletir sobre a finalidade, o objeto, o instrumental e o produto do trabalho da enfermagem gerontológica, subsidiado na abordagem sobre processo de trabalho, segundo Marx, procurando despertar para a importância da inclusão de conteúdos sobre Gerontologia na formação dos profissionais de Enfermagem

# ANEXOS

## A. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem <sup>24</sup>

### 1. Perfil

Enfermeiro(a), bacharel, formação generalista crítico e reflexivo. Profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes.

Este bacharel deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas que permitam:

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente;
- comprometer-se com os investimentos voltados para a solução de problemas sociais;
- sentir-se membro do seu grupo profissional;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.

### 2. Competências

a) O graduado em enfermagem deverá ser capaz de:

---

<sup>24</sup> Elaborada pela Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem (eleita pela Portaria n.º 1.518 de 14/6/2000) e emergida das discussões nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEN).

- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde/doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência a saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- participar dos movimentos sociais da área de saúde.

**b) Descrição dos procedimentos:**

Estas habilidades foram consideradas básicas e subsidiárias das ações dos enfermeiros(as) nos diferentes âmbitos de atuação.

Esta proposição constitui o núcleo essencial da prática do/a enfermeiro/a bacharel-generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do

curso, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

1. correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes;
2. implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados;
3. gerando pesquisas e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática;
4. assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

### **3. Tópicos de estudos**

#### **. Conteúdos**

O curso de graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo ensino/aprendizagem. Este projeto pedagógico deve garantir a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Porém, deve ter a pesquisa como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro(a).

Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Enfermagem contemplarão as seguintes áreas temáticas, a saber:

#### **Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem**

a) Ciências Biológicas – Morfologia (Anatomia e Histologia), Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica), Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia e Imunologia), Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia) e Nutrição.

b) Ciências Humanas – Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia e Comunicação.

#### **Fundamentos de Enfermagem**

Nesta área, incluem-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do(a) Enfermeiro(a) e da Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospital, ambulatório, rede básica de serviços de saúde e comunidade), incluindo: História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (Bioética, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Saúde Ambiental/Ecologia; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa.

#### **Assistência de Enfermagem**

Nesta área, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, adulto e ao

**idoso**<sup>25</sup>, considerando as necessidades da população em situações clínicas; cirúrgicas; psiquiátricas/saúde mental; gineco-obstétricas e saúde coletiva.

### **Administração de Enfermagem**

Nesta área, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

### **Ensino de Enfermagem**

Nesta área, incluem-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do(a) enfermeiro(a) (independente da Licenciatura). Os conteúdos da área de ensino referentes à modalidade Licenciatura serão opcionais no processo de formação do(a) enfermeiro(a).

A competência técnico-científica e política a ser adquirida no nível de graduação do(a) enfermeiro(a) deve conferir-lhe terminalidade e capacidade profissional para a inserção no mercado de trabalho, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

## **4. Duração do curso**

A duração mínima para integralizar a formação do bacharel-generalista é de 3.500 horas/aula e oito semestres letivos.

## **5. Estágio**

Na formação do bacharel-generalista em Enfermagem, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação do(a) enfermeiro(a) dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio, e o mesmo não poderá ser inferior a 2 (dois) semestres letivos, isto é, no mínimo de 500 horas, e que seja realizado no final do curso de graduação.

Para conclusão de curso, o aluno deve elaborar uma monografia sob orientação docente.

---

<sup>25</sup> Negrito meu.

## 6. Reconhecimento de habilidades e competências extra-escolares

Estudos independentes: as IES deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, desde que atendido o prazo mínimo, estabelecido pela instituição, para a conclusão do curso.

### Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins;

## 7. Estrutura geral do curso

A estrutura de oferta pode ser diversificada, onde, além de seriada anual, pode haver seriada semestral, aproveitamento de créditos e pré-requisitos, módulos e áreas temáticas. Esta estrutura deverá:

1. Assegurar a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão, garantindo um ensino crítico e reflexivo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
2. A constituição da estrutura do curso deverá garantir os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
3. Implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
4. Definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber (conteúdos); o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências), visando desenvolver o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer que constituem aprendizagens indispensáveis;
5. Estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
6. Implantação e o desenvolvimento das novas diretrizes curriculares devem ser permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização.

Em, 17 de outubro de 2000.

Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem:

Professora Dr<sup>a</sup> Iara de Moraes Xavier- Coordenadora

Professora Dr<sup>a</sup> Josicélia Dumêl Fernandes

Professora Dr<sup>a</sup> Maria Helena Borgato Cappel Bianco

Professora Dr<sup>a</sup> Maria Isabel Pedreira de Freitas Ceribelli

B. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 <sup>26</sup>

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do  
Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das instituições do sistema de educação superior do país.

**Art. 2º** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem das instituições do sistema de ensino superior.

**Art. 3º** O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

---

<sup>26</sup> Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001.

**Art. 4º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua

educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Art. 5º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

**Parágrafo Único.** A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

**Art. 6º** Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

**I - Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

**II - Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

**III - Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao **idoso**<sup>27</sup>, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

---

<sup>27</sup> Negrito meu.

**§ 1º** Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

**§ 2º** Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades devem promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

**Art. 7º** Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

**Parágrafo Único.** Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 8º** O projeto pedagógico do curso de graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as instituições de ensino superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

**Art. 9º** O curso de graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

**§ 1º** As diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

**§ 2º** O currículo do curso de graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

**Art. 11.** A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

**Art. 12.** Para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

**Art. 13.** A formação de professores por meio de licenciatura plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 14.** A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da graduação em Enfermagem com a licenciatura em Enfermagem.

**Art. 15.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao curso de graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

**§ 1º** As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

**§ 2º** O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

**Art. 16.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo  
Presidente da Câmara de Educação Superior.