

CLARISSA TEREZI SEIXAS

**A ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025**

**Belo Horizonte
2007**

que a observada no Brasil. Afrontar esta distinta dinâmica populacional, conhecer um pouco do sistema de saúde francês e os modos de organização do trabalho da enfermagem naquele país, aguçou meu interesse pelo tema e pude perceber a complexidade e diversidade de experiências no enfrentamento dos desafios decorrentes do envelhecimento populacional em outros países.

De acordo com Kalache & Keller (2000), o movimento de estreitamento da base da pirâmide etária e alargamento do seu topo e as modificações no perfil epidemiológico são um fenômeno mundial, tendo ocorrido inicialmente em países chamados desenvolvidos, onde essas mudanças foram acompanhadas de um crescimento socioeconômico constante e lento. Porém, mais recentemente, observa-se o envelhecimento da população dos países em desenvolvimento, processo ocorrido em apenas duas ou três décadas e que vem acontecendo sem um aumento substancial em suas riquezas, como no caso do Brasil.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2006), a taxa de envelhecimento populacional era de 10,5% em 1980, aumentando para 13,9% em 1991 e 19,8% em 2000. Em números absolutos, isso representa um rápido aumento do número de idosos, passando de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e estimando-se 32 milhões em 2020, o que corresponde à sexta maior população idosa do mundo (VERAS, 1994; LIMA-COSTA & VERAS, 2003; LIMA-COSTA et al., 2003b).

As modificações na estrutura etária da população trazem consigo novas demandas e necessidades para o idoso, em decorrência de suas particularidades, no campo da assistência social e da saúde. Entre as questões que precisam ser consideradas estão: a necessidade de serviços diferenciados para esse público; as mudanças que deverão acontecer na forma da sociedade pensar o envelhecimento;

a insuficiência das políticas públicas de saúde e ação social existentes relacionadas ao idoso; a necessidade de superação do modelo de atenção à saúde hegemônico e traz à tona a necessidade de analisar como isso vem sendo assumido na área da saúde (VERAS et al., 2005; MINAYO & COIMBRA JR, 2002).

Assim, o processo de envelhecimento populacional acelerado que vem sendo vivenciado no Brasil já causa profundo impacto em todos os setores da sociedade, requerendo uma estratégia para ser pensado e trabalhado adequadamente.

A enfermagem, na perspectiva de superação desses impasses e desafios, constitui-se como força para incidir na formulação de políticas públicas, transformação do modelo tecnoassistencial, reorganização dos serviços de saúde e adequação da educação dos profissionais, entre outros.

Em 1986, Almeida & Rocha, em seu livro “O saber de enfermagem e sua dimensão prática”, já nos alertavam para a necessidade de analisar a enfermagem como prática social: *“Não se tem buscado os determinantes do significado da enfermagem, suas transformações e contradições nas relações com a estrutura social”* (ALMEIDA & ROCHA, 1986, p. 22).

A enfermagem brasileira, ao adquirir cada vez mais expressão como prática social, não apenas pela importância quantitativa da sua força de trabalho de cerca de um milhão de trabalhadores entre enfermeiros, técnicos e auxiliares (COFEN, 2007), como pela sua presença em todos os âmbitos da prestação de saúde, possui condições de responder a estas questões que ora se apresentam.

Assim, a compreensão de que a enfermagem tem um papel social inegável nas mudanças prementes como conseqüências do envelhecimento populacional e o seu engajamento na discussão, formulação e execução de políticas

públicas têm como pressuposto a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. O desejo de entender como a enfermagem brasileira tem respondido às transformações que vêm ocorrendo foi o desencadeador deste estudo.

Ao propor estratégias para refletir estas questões, optamos por utilizar metodologias que buscam pensar o futuro através da construção de cenários possíveis que permitam encontrar oportunidades, traçar caminhos e planejar ações que contribuam para a realização de um futuro desejado.

Para que a enfermagem e os cuidados em saúde estejam preparados para enfrentar os desafios sanitários e sociais, temos que tomar medidas audaciosas de modo a nos preparar para este futuro. Não é possível prevê-lo com certeza, mas analisar as tendências.

Esse estudo surge como uma possibilidade de compreender as implicações do processo de envelhecimento populacional para a formulação de políticas de saúde e assistência social, organização política, educação profissional, reorganização dos campos de exercício e da força de trabalho da enfermagem brasileira. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir de modo propositivo, através da construção de cenários futuros, para instigar reflexões e discussões que gerem ação.



1 ESTADO DA ARTE

1 ESTADO DA ARTE

1.1 A realidade do envelhecimento populacional

O aumento na expectativa de vida das populações, as mudanças no padrão reprodutivo e os recentes avanços tecnológicos e científicos em saúde, vêm gerando, nas últimas décadas, significativas modificações no perfil demográfico das populações. Estas mudanças caracterizam a transição demográfica, com o deslocamento progressivo de estratos etários da população infantil para populações envelhecidas.

Estas modificações se devem a vários fatores, principalmente àqueles relacionados com a queda das taxas de fecundidade, melhoria da qualidade de vida, ampliação do acesso aos serviços de saúde e aumento qualitativo e quantitativo dos recursos para diagnóstico e tratamento.

Carvalho e Garcia (2003, p.727) chamam a atenção para um equívoco muito freqüentemente cometido ao se pensar a baixa mortalidade como principal responsável pela grande proporção de idosos nos países do primeiro mundo. Nas suas próprias palavras,

Na verdade, o declínio da mortalidade, tal como o observado até agora, teve como efeito um rejuvenescimento das populações, e não seu envelhecimento. Isto por duas razões: (1) proporcionalmente a queda se concentrou mais nas idades mais jovens, o que, por si só, não teve impacto direto, a não ser a curto prazo, na distribuição etária proporcional; (2) ao propiciar, em cada coorte, um número maior de mulheres sobreviventes até o final do período reprodutivo, o declínio da mortalidade teve, como consequência, um número maior de nascimentos, o que, como visto, leva a uma proporção maior de jovens na população.

De acordo com Silva et al. (2005), durante muito tempo o envelhecimento populacional esteve associado aos países desenvolvidos. Esse processo iniciou-se na Europa Ocidental, na segunda metade do século XIX, e foi seguido pela América do Norte, ocorrendo de forma lenta e gradual, acompanhado pela evolução econômica, crescimento da qualidade de vida e redução das desigualdades sociais (CARVALHO & GARCIA, 2003).

Recentemente, o processo de envelhecimento populacional e todas as implicações que este acarreta vêm ganhando maior importância nos países em desenvolvimento, com o aumento acelerado da população idosa, ou seja, com 60 anos ou mais (BRASIL, 2004), em relação à população geral.

Projeções indicam que, em 2020, o Japão terá a população mais velha do mundo, com 31% acima de 60 anos de idade, seguidos pela Itália, Grécia e Suíça; cinco das dez maiores populações idosas estarão em países em desenvolvimento: China, Índia, Indonésia, Brasil e Paquistão (ICN, 1999); a faixa da população mundial com mais de 65 anos deve atingir os 800 milhões de pessoas em 2025; destas, dois terços estarão em países em desenvolvimento e a participação da Europa na população mundial de idosos diminuirá (WHO, 2004). Segundo Truelsen et al. (2001) aumentos de até 300% da população idosa nos próximos 30 anos são esperados nesses países, especialmente na América Latina; e em meados deste século, para cada 100 menores de 15 anos deverá haver 112 idosos (PELÁEZ, 2005).

No Brasil, o aumento da população com mais de 60 anos vem ocorrendo notadamente a partir de 1970 e, do ponto de vista demográfico, isto se deve ao rápido e sustentado declínio da fecundidade (CARVALHO & GARCIA, 2003). Essa

queda, que foi de 33% entre 1960 e 1980, resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa (VERAS, 2003).

Dados do Censo 2000 demonstram que a população na faixa etária acima de 60 anos havia atingido 14,5 milhões de habitantes, ou seja, 8,56% do total da população brasileira, contrapondo-se ao modelo piramidal na representação da distribuição da população brasileira por grupos etários. Além disso, a população brasileira está passando por um processo de envelhecimento acelerado quando comparada a países desenvolvidos onde este fenômeno se iniciou há mais tempo e ocorreu em ritmo mais lento: em 1980, a taxa de envelhecimento da população brasileira era de 10,49%, aumentando para 13,90% em 1991 e 19,77% em 2000 (IBGE, 2007).

Segundo Lima-Costa e Veras (2003) e Lima-Costa et al. (2003a), no Brasil, os idosos, particularmente nas faixas etárias mais avançadas, constituem o segmento da população que mais cresce, passando de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14,5 milhões em 2000 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. Os progressos alcançados no aumento da expectativa de vida da população são evidentes: no início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que a expectativa de vida dos brasileiros no ano de 2005 atingia os 71,9 anos (IBGE, 2007).

A mudança do perfil demográfico das populações foi simultaneamente acompanhada de mudança no perfil epidemiológico, ou seja, as principais causas de morte passaram a ser as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e outras doenças crônico-degenerativas e as causas externas. Assim, a tendência é a

formação de uma população acima de 60 anos, acometida por doenças crônico-degenerativas, com perda de sua independência e com necessidade de cuidados permanentes (MENDES, 1995). Segundo a ICN (1999), espera-se que em 2020, 75% de todas as mortes em países em desenvolvimento estejam relacionadas à idade e que as doenças crônicas sejam exacerbadas pela presença de uma pobreza persistente e doenças como a malária sejam a causa de muitas incapacidades.

As doenças infecciosas e parasitárias também ocupam, ainda, um espaço importante nos índices de morbimortalidade brasileiros, indicando que o país ainda não controlou essas doenças. Há um Brasil dual, onde coexistem velhos e novos problemas de saúde (BARRETO & CARMO, 1995; SCHRAMM et al., 2004; MINAYO & COIMBRA JR, 2002).

1.2 Desafios do envelhecimento populacional

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2003).

As desigualdades sociais e econômicas encontradas no Brasil afetam não só o perfil de morbimortalidade da população como também a utilização dos serviços de saúde e se evidenciam nas cidades com os piores indicadores sociais, elevada desigualdade de renda e baixo índice de desenvolvimento humano (NORONHA & ANDRADE, 2005). Deste modo, o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde (CHAIMOWICZ, 1997) e que o acesso à saúde e outros serviços sociais não se distribua de forma eqüitativa.

O envelhecimento populacional também traz outros desafios ao elevar significativamente a demanda por serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997) e aumentar o contingente de pessoas com dependências físicas e financeiras (GONÇALVES, 1996), impactando a produção de serviços (educação, saúde, assistência social, etc.) e constituindo um dos maiores desafios atuais em saúde e assistência social: escassez de recursos para uma demanda crescente.

De acordo com Veras et al. (2005, p.511),

Essa mudança demográfica leva a um aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ampliando seus custos, devido, entre outros, à elevação da utilização de serviços, de medicamentos e de tecnologias caras e complexas, e traz também repercussões individuais, familiares e sociais. Somente a substituição do paradigma biomédico por um paradigma ampliado que integre, além do tratamento de patologias, a reabilitação, o cuidado, a prevenção, a promoção e a inclusão social do idoso pode alterar a situação.

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida. Porém, apesar de se reconhecer e valorizar a melhoria das condições de saúde e renda da população idosa brasileira, sabe-se que estas são muito dependentes das políticas de saúde, de previdência e assistência social que estão enfrentando sérios problemas de financiamento, não só no Brasil, mas em quase todo o mundo (VERAS et al., 2005).

De acordo com Laurell (1995), as políticas sociais que predominam nos países da América Latina estão sendo modeladas com base na lógica capitalista que rege a economia de mercado, com racionalização dos recursos destinados ao setor saúde, redução dos gastos e investimentos nos setores públicos, privatização seletiva dos serviços assistenciais, insistência na culpa individual pela geração da doença e simplificação do atendimento à população para a qual são direcionadas essas políticas.

No Brasil, as políticas públicas direcionadas à população idosa tiveram seu início com a lei Eloy Chaves, de 1923, tida como marco legal do sistema previdenciário (AFONSO, 2003). De lá até os nossos dias, muitas mudanças ocorreram, entre as quais alguns marcos históricos podem ser citados:

- Criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), unificando a assistência previdenciária (CABRAL, 2004);
- Realização, em 1982, da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, que traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento - PAME, importante balizador das políticas sociais destinadas a terceira idade (SAAD, 2001);
- Realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde que propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa concretizada na Constituição Brasileira de 1988 que garante direitos específicos aos idosos;
- Regulamentação, em 1996, da Lei nº. 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, tendo por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996);
- Implantação da Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1999, que define, como diretrizes essenciais, a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999);
- Realização, em 2002, da II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid que recomendava ações em três áreas prioritárias: desenvolvimento; fomento à saúde e bem estar na velhice; criação de um entorno propício e favorável (CABRAL, 2004) do qual resultou o Plano Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003);
- Regulamentação, em 2004, da lei nº. 10.741 que aprova o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados aos idosos (BRASIL, 2004);
- Realização, em 2003, no Chile, da Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, na qual foram elaboradas as estratégias regionais para implantar as metas e objetivos acordados em Madrid. Foi recomendado aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, propiciassem condições que favorecessem um envelhecimento individual e coletivo

com segurança e dignidade. Na área da saúde a meta geral foi propiciar acesso a serviços de saúde integrais e adequados às necessidades do idoso, de forma a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e autonomia (PAHO/OPS, 2005);

- Realização, em 2006, da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, visando garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e constrói-se a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI (BRASIL, 2006a).

No entanto, essas políticas, enfrentam limites para a sua regulamentação e execução, inseridas num contexto de transição política e social da sociedade brasileira. Assim, um dos grandes desafios contemporâneos é a construção de políticas sociais adequadas, incluindo a atenção à saúde, que busquem corrigir distorções sociais, econômicas e culturais (LIMA-COSTA et al., 2003b).

Modelos inovadores de assistência social são prementes para evitar o estrangulamento das fontes de financiamento diante do aumento progressivo do contingente de idosos e da explosão dos gastos no atendimento médico, como também para dar conta de uma atenção integral que favoreça o envelhecimento ativo (VERAS & CALDAS, 2004). É preciso avançar na implementação de alterações estruturais nas formas de financiamento, organização, gestão, regulação, controle e avaliação da oferta de serviços sociais. O Pacto pela Saúde vem reiterar esse compromisso, ao definir a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso e a atenção integral à pessoa idosa como uma de suas prioridades (BRASIL, 2006b).

Assim, Lima-Costa e Veras (2003, p.700) constatam que

A cada ano que passa, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Já perdemos muito tempo acreditando que ainda éramos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que mostravam e projetavam o envelhecimento da nossa população.

O Brasil deste início de milênio já é um país de velhos. Fazer com que as boas notícias ocupem mais espaço nos artigos e na mídia em geral depende de uma maior mobilização da sociedade em relação a essa parcela da população, que direcione a formulação de políticas públicas que beneficiem a população idosa (GARRIDO & MENEZES, 2002).

Ao propor uma mudança do patamar de discussão da transição demográfica, deve-se buscar um análogo na área da saúde, em relação à (re)organização dos modelos assistenciais. Precisamos responder a estes desafios de modo propositivo (VERAS, 2003).

1.3 A enfermagem como força política e social

“Não podemos pensar a enfermagem sem pensar a sociedade e o país” (Presidente da ABEn Nacional, 2005)

A constatação de que as questões ligadas ao envelhecimento populacional já se tornaram um dos grandes desafios contemporâneos exige que possibilidades e soluções sejam pensadas. Ao perpassar questões relacionadas ao financiamento do setor saúde e de assistência social, ao modelo de assistência, aos recursos humanos e à alteração da própria visão que a sociedade tem do processo de envelhecimento, o enfrentamento da situação encontra na enfermagem poderosa força social e política.

No processo de reforma do setor saúde no Brasil, a atuação das organizações de enfermagem teve papel fundamental, no campo oposto às idéias de privatização do setor e na luta contra os pressupostos neoliberais (SENA-CHOMPRÉ & EGRY, 1998). Agora, nesse momento de franca transição demográfica e epidemiológica, a enfermagem brasileira precisa estar preparada para enfrentar os

dilemas do novo século, emergindo como força social frente aos novos desafios e na luta pela mudança do modelo tecnoassistencial, o que constitui não apenas uma prioridade bastante desejável, como um processo inevitável (ABEN, 2005).

Por vir adquirindo cada vez mais importância como prática social, não somente pela sua importância quantitativa - atualmente, são cerca de 1 milhão de trabalhadores de enfermagem no Brasil - (COFEN, 2007) como pela sua presença em todos os contextos da prestação de saúde e pelo seu inegável papel no cuidado às pessoas envelhecidas, a enfermagem possui condições de responder a esses desafios.

Compreender o que tem sido feito pela enfermagem no sentido de responder aos desafios do envelhecimento populacional constitui elemento fundamental para a preparação e o planejamento de ações estratégicas desses profissionais em conjunto com os demais trabalhadores da saúde e sociedade, podendo impactar no futuro do sistema de saúde e da sociedade. Para tanto, fez-se necessário analisar vários aspectos fundamentais para o delineamento e compreensão do papel que esses atores terão nessas mudanças, como a educação, a organização política, a organização do trabalho, etc.

1.4 Cenários futuros e a Enfermagem

Assim como o passado e o presente, o futuro também pode e deve ser estudado. De acordo com Sturtevant (2003), a previsão de cenários possíveis é o estudo do futuro com o objetivo de tomar decisões e agir hoje de modo a influenciar a criação do amanhã. Reconhece-se, desse modo, que as escolhas e intenções

humanas podem moldar o futuro e que a visão desse (ou desses) gera a ligação estratégica entre o hoje e o amanhã.

Um dos pressupostos básicos dos estudos sustentados na construção de cenários é que o futuro não é previsível nem predeterminado (VILLENEUVE & MACDONALD, 2006) e, portanto, não se trata de um exercício de prognóstico, existindo vários “futuros” possíveis.

Em um contexto de alta complexidade e imprevisibilidade, de mudanças rápidas e dramáticas, pensar e pesquisar sobre o futuro é considerada uma abordagem eficaz para o planejamento imediato e a longo prazo (ROGERS, 1997). Não pensar sobre o amanhã não vai evitar que ele aconteça. Assim, se a Enfermagem não começar a refletir e construir um futuro desejável para a profissão e para o sistema de saúde, alguém o construirá no seu lugar.

A World Future Society (2005) afirma que ninguém sabe exatamente o que acontecerá, mas que refletir sobre as possibilidades permite que decisões mais racionais sejam tomadas, tendo em vista qual seria o futuro mais desejável e, a partir disso, procurar realizá-lo.

Para esse estudo, emprego a construção de cenários futuros como referencial metodológico para refletir acerca da Enfermagem, por acreditar que essa deva repensar sua participação e ação na atenção à saúde. A Enfermagem brasileira deverá atuar de forma propositiva, não apenas reagindo aos acontecimentos, se quiser estar preparada para enfrentar os desafios relacionados ao envelhecimento populacional com os quais nos deparamos.

Existem várias metodologias para “olhar o futuro”. A construção de cenários é apenas uma delas, mas parece ser coerente neste estudo que busca explorar as possibilidades sob uma abordagem qualitativa.

Cenários são imagens do futuro que são construídas usando conhecimento profundo daquilo que se sabe no presente, bem como imaginação e criatividade...nutrir cenários de futuro alternativos amplia os nossos horizontes percentuais à medida que contemplamos o futuro. Então, se nos situamos em cada um dos cenários, podemos retroagir do futuro para o presente, à medida que analisamos as alternativas e ações necessárias para impedir que aconteça o que não se deseja e aprimorar aquilo que se deseja (ROGERS, 1997, p.7).

No Canadá, a enfermagem tem utilizado esse tipo de estudo prospectivo para influenciar as políticas de Enfermagem internas e a sua participação na formulação de políticas públicas de educação e de saúde. Dois estudos destacam-se: o desenvolvido pela enfermeira canadense Martha Rogers (“Canadian Nursing in the Year 2020”) de 1997 e o da Canadian Nurses Association - CNA (“Toward 2020: Visions for Nursing”) de 2006, cujas metodologias foram utilizadas nessa pesquisa.

Apesar de utilizarem a metodologia de construção de cenários futuros, os dois estudos apresentam diferenças na abordagem metodológica. Enquanto a metodologia proposta por Rogers (1997) sugere a elaboração de cenários futuros, desejáveis ou não, abordando diversas categorias de análise (mercado de trabalho, força de trabalho, etc.) em um mesmo cenário, o estudo da Canadian Nurses Association (VILLENEUVE & MACDONALD, 2006) traça apenas cenários desejáveis para a enfermagem canadense em 2020, analisando cada categoria (modelo assistencial, educação, organização política, etc.) separadamente.

Os métodos utilizados para a obtenção de dados também difere entre os dois estudos, sendo que no de Rogers (1997) foram utilizadas as técnicas de grupo focal com informantes-chave de diferentes regiões canadenses, revisão da literatura e análise de contexto com duração de 6 meses, procurando identificar eventos e acontecimentos com potencial de afetar o futuro da Enfermagem canadense; e no da CNA (VILLENEUVE & MACDONALD, 2006) foram utilizadas entrevistas semi-

estruturada com informantes-chave e ampla revisão da literatura acerca de temas de relevância para a definição de tendências na Enfermagem.

Rogers (1997), ao traçar os cenários futuros para a enfermagem, objetivava estimular a discussão e o debate sobre as potencialidades e as possibilidades do trabalho de enfermagem. A autora descreve quatro cenários plausíveis para a enfermagem no Canadá no ano de 2020, baseada em questões e tendências presentes e emergentes no contexto do trabalho em saúde.

A análise dos dois estudos admite o uso dessa metodologia para a realização desta pesquisa, por permitir pensar possibilidades futuras, exercício reflexivo extremamente útil e potente, com implicações para a agenda e as ações de nossos dias. As visões de um futuro, seja ele atraente ou repulsivo, podem inspirar e motivar as pessoas a agir (TOUGH, 1997).

Acredito que a criação de cenários futuros seja uma interessante estratégia para traçar caminhos, identificar oportunidades e planejar ações que nos permitam contribuir para a realização de um futuro desejado, através de escolhas bem informadas que busquem atender, de forma propositiva, os problemas que as sociedades enfrentarão.

Assim, do processo de construção do estado da arte, surgiram indagações que nortearam o estudo:

- Quais desafios relacionados ao envelhecimento da população se colocam para o sistema de saúde e a sociedade brasileira?
- Quais estratégias estão sendo definidas pela enfermagem para enfrentar as transições demográficas e epidemiológicas da população brasileira?
- Quais perspectivas e possibilidades se apresentam para a enfermagem brasileira relacionadas ao envelhecimento populacional?



2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a atuação da enfermagem brasileira e sua participação frente às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento da população brasileira.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os desafios que o envelhecimento populacional traz para a sociedade brasileira;
- Construir cenários de atuação para a enfermagem brasileira em 2025 frente ao envelhecimento populacional.



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Alice: Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato: Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice: Não me importa muito onde.

*Gato: Nesse caso, não importa por qual caminho você vá”.
(diálogo entre Alice e o Gato em “O País das Maravilhas”)*

3.1 Abordagem teórico-metodológica

A escolha de uma metodologia revela as concepções e a visão de mundo daqueles que pesquisam. Assim, deve-se traçar um percurso metodológico coerente com a compreensão que se tem do objeto e do contexto de estudo.

Segundo Minayo (2004), na pesquisa em ciências sociais, o investigador se identifica com o objeto de sua investigação, eles têm a mesma natureza, estão comprometidos. Venho reforçar esta afirmativa ao escolher trabalhar um tema com o qual me identifico e no qual possuo uma vivência anterior que me possibilitou perceber a relevância de se realizar esta pesquisa. Citando Frigotto (1989, p.87),

...quando iniciamos uma pesquisa não nos situamos num patamar “zero” de conhecimento; pelo contrário, partimos de condições já dadas, existentes, e de uma prática anterior, nossa e de outros, que gerou a necessidade da pesquisa ao problematizar-se.

Conhecer as abordagens teórico-filosóficas existentes e definir a que mais retrata suas crenças e sua visão de mundo é uma etapa indispensável da pesquisa como recorda Deslandes (2004, p.40), “*a definição teórica e conceitual é um momento crucial da investigação científica. É sua base de sustentação*”.

Compreende-se, ainda, a importância de se guiar por um método quando Minayo (2004) lembra que são necessários alguns parâmetros para caminhar no conhecimento, mas que esses não devem tolher a criatividade do pesquisador.

Assim, por entender que a construção de uma metodologia revela a necessidade de se aplicar métodos coerentes com o objeto de estudo, optou-se por

construir um percurso metodológico utilizando a abordagem qualitativa, orientada pela dialética.

Segundo Lüdke & André (1986) a pesquisa qualitativa “*se desenvolve numa situação natural, é rica em descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada*”, permitindo visualizar o objeto sem desconsiderar suas especificidades, seu contexto histórico, as relações institucionais e organizativas que o permeiam.

De acordo com Minayo (2004, p.21), a pesquisa qualitativa

...trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esse estudo encontra na dialética, um referencial teórico-filosófico que permite a compreensão do objeto de estudo articulado nas relações sociais e culturais. A escolha desse referencial demonstra uma crença no processo de movimento permanente da natureza e das relações sociais, bem como na construção histórica e na capacidade de transformação e superação das contradições através da práxis.

Com esta visão, Fonseca (1997, p.6), ao adotar o materialismo histórico e dialético como teoria e método para a compreensão dos fenômenos sociais, afirma que

...é preciso entendê-lo como teoria do conhecimento que tem como meta, não só interpretar, como transformar a realidade, dado que reconhece o papel político do homem enquanto agente social de transformação e não como um mero receptor de influências.

Assim, ao ser humano cabe compreender os fenômenos que o cercam e elaborar uma atitude para intervir em uma dada realidade social, construindo novas realidades.

Para Demo (1995) a dialética parte do pressuposto de que toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. Entende-se por formação social a realidade que se forma processualmente na história, seja ela mais ou menos organizada ou institucionalizada, macro ou micro sociológica.

Acredito que para se tomar as medidas de modo a se alcançar o mais desejável cenário futuro possível para o ano de 2025, é preciso que haja uma acumulação de saberes, experiências e conhecimentos nesta área, o que espero ampliar com os resultados desta pesquisa, gerando um “salto” qualitativo, como referido por Fonseca (1997). É o conhecimento do presente que possibilita o futuro tal como o desejamos.

Segundo Gadotti (2003, p.32),

através do método dialético o fenômeno ou coisa estudada deverá apresentar-se ao leitor de tal forma que ele o apreenda em sua totalidade. Para isso são necessárias aproximações sucessivas e cada vez mais abrangentes. Isso o tornará acessível.

A realização da pesquisa permitiu explorar fenômenos já conhecidos e com muitas acumulações, mas que ainda apresentam interfaces inexploradas da pesquisa nessa área. Dessa forma, a pesquisa exploratória permitiu avançar na aproximação da realidade.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno em estreita relação de determinação e determinantes em uma realidade. Assim, tendo em vista a relevância histórica dessas instituições na organização

política, técnico-científica, profissional e social da Enfermagem Brasileira e o fato de serem os responsáveis, no Brasil, pela formulação de políticas na área de Enfermagem, foram escolhidas para participar dessa pesquisa as seguintes entidades:

- Entidade responsável pela normatização e fiscalização do exercício profissional da enfermagem brasileira – Sistema COFEN/COREN;
- Associação que representa a organização majoritária da enfermagem brasileira – Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn);
- Órgão de apoio à pesquisa em âmbito nacional - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq);
- Órgão responsável pela avaliação e investimento na pós-graduação stricto sensu e divulgação da produção científica - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);
- Órgão responsável por promover estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/ Ministério da Educação e Cultura (Inep/MEC);
- Órgão responsável pela elaboração e acompanhamento de políticas e ações relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação/ Ministério da Saúde (SGTES/MS).

Foram entrevistados informantes-chave que ocupam posições privilegiadas nas referidas entidades, seja na observação dos acontecimentos, como na participação na definição de políticas concernentes à enfermagem brasileira e à

saúde da população, podendo contribuir para a construção de cenários futuros verossímeis.

O contato com os sujeitos da pesquisa foi realizado por meio de carta de apresentação (Anexo A) explicitando os objetivos e finalidades do estudo.

3.3 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa foi observada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres vivos, o que exige a análise e a aprovação do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo B) e do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo C).

O respeito à autonomia dos sujeitos deste estudo, prerrogativa da pesquisa envolvendo seres humanos, se fez presente na forma do consentimento informado. Os sujeitos receberam uma carta informando acerca do tema e objetivos do estudo, garantindo seu anonimato e assegurando o tratamento sigiloso e utilização apenas para fins técnico-científicos das informações. A carta, da qual constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da pesquisa (ANEXO D), deveria ser assinada pelos participantes.

O retorno social da pesquisa vem ocorrendo sob a forma de divulgação dos resultados, com a qual os autores se comprometem, através de publicação em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes.

3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados

Para captação dos dados dessa pesquisa foi utilizada a técnica de entrevista como instrumentos para coleta de dados de fonte primária e, para os de fonte secundária, utilizou-se os recursos metodológicos da pesquisa bibliográfica sistemática.

A escolha desses instrumentos e métodos deveu-se à freqüente utilização destes em estudos que buscam traçar futuros possíveis, como no estudo de Villeneuve & MacDonald (2006), segundo os quais a previsão de cenários futuros começa por uma revisão dos fatos históricos que influenciaram o cenário atual, além de sua própria descrição. Desse modo, a coleta de dados realizada, nesse estudo, por meio de vasta pesquisa bibliográfica e entrevistas com informantes-chave do panorama atual das políticas de saúde e da enfermagem brasileira, serviu como subsídio para a construção desses cenários. Essa etapa torna-se fundamental ao se considerar que o delineamento do futuro torna-se mais confiável à medida que utiliza mais elementos para se fundamentar.

Os dados de fonte primária foram coletados entre os dias 22 de abril e 28 de maio de 2007. O período de coleta dos dados de fonte secundária estendeu-se de 29 de dezembro de 2006 a 03 de maio de 2007.

3.4.1 Dados de fonte primária

A técnica utilizada para coleta de dados de fonte primária foi a entrevista individual com roteiro semi-estruturado com os sujeitos do estudo.

A escolha da entrevista como técnica para coleta de dados apóia-se nas

orientações de Minayo (2004), que aponta a entrevista como um instrumento privilegiado de coleta de informações pela possibilidade que possui a fala de ser reveladora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos e de expressar condições históricas, socioeconômicas e culturais de uma população.

Trivinõs (1994) entende por entrevista com roteiro semi-estruturado aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados nas informações captadas pelo pesquisador sobre o fenômeno social que lhe interessa, e que, em seguida, oferecem amplo leque de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que se recebem as respostas do informante. Assim, o informante, dentro do foco colocado pelo pesquisador, começa a participar na construção da argumentação da pesquisa.

Assim, pelo fato da entrevista ser uma forma de coleta de dados que oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, optou-se pela utilização dessa técnica. O roteiro (ANEXO E) visou apenas nortear a coleta, sem tolher as opiniões e visões dos sujeitos da pesquisa.

O contato com os sujeitos da pesquisa foi realizado por meio de carta de apresentação explicitando os objetivos e finalidades do estudo. Essa carta foi enviada por meio eletrônico e, nos casos em que não houve resposta, tentou-se contato telefônico. Nessa ocasião, procurou-se agendar data e horário convenientes aos informantes-chave para a realização das entrevistas.

É importante ressaltar que o informante contatado de uma das entidades selecionadas expressou a indisponibilidade de participar do estudo, tendo, por esse motivo, sido escolhido um representante da referida instituição em nível estadual. Já

o informante de outra dessas entidades, pela impossibilidade de agenda do referido, indicou um representante em nível regional.

Três entrevistas foram realizadas presencialmente em locais definidos pelos entrevistados. Após obter o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas em formato digital de modo a garantir a fidedignidade das informações. Uma entrevista foi realizada utilizando o recurso "Skype", software que permite comunicação pela internet através de conexões sobre VoIP e possibilita a gravação simultânea da fala. Outra entrevista foi realizada utilizando-se a caixa de texto do "Skype", em que o entrevistado ia respondendo por escrito às questões à medida que a pesquisadora ia escrevendo as perguntas na caixa de texto. Outro informante dispôs-se apenas a responder às questões do roteiro de forma escrita, enviando as respostas à pesquisadora via correio eletrônico.

Apesar da utilização de diversos meios de comunicação para atender às necessidades dos seis sujeitos da pesquisa, acreditamos que essa não compromete os resultados. É interessante observar também que a utilização de meios eletrônicos de comunicação para coleta de dados evidencia uma tendência da pesquisa que incorpora os avanços tecnológicos. As entrevistas realizadas oralmente, seja presencialmente, seja via internet, duraram aproximadamente 30 minutos.

Cabe ressaltar que, em respeito aos preceitos éticos que regem a pesquisa em saúde, as entrevistas, depois de transcritas, foram apresentadas aos entrevistados para revisão e aprovação quanto à fidedignidade do que foi dito.

3.4.2 Dados de fonte secundária

Para a coleta dos dados de fonte secundária, foram utilizados os recursos metodológicos da pesquisa bibliográfica sistemática.

Segundo Galvão et al. (2004), a revisão sistemática é um procedimento metódico de busca bibliográfica que consiste na aplicação de estratégias que limitem os vieses da seleção de referências, avaliem-nas com espírito crítico e sintetizem os estudos relevantes.

Para CAPES (2007), uma pesquisa bibliográfica sistemática, de ampla cobertura e metodologicamente correta deve iniciar-se por uma consulta aos resumos. Os resumos informam sobre o conteúdo do documento e permitem avaliar com maior precisão sua relevância para a pesquisa e a conveniência de consultar o texto completo.

Foram definidos como fontes de busca iniciais os bancos de dados a seguir, fosse por serem indicados para a pesquisa na área do envelhecimento pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), fosse por conterem dados específicos da Enfermagem. Além disso, em consultas para elaboração do referencial teórico dessa pesquisa, essas bases de dados se mostraram abrangentes e reveladoras dos processos e conflitos que a enfermagem tem vivenciado:

- COCHRANE - Cochrane Database of Systematic Reviews
- LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- SCIELO - Scientific Electronic Library Online
- CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
- BDEF - Banco de Dados em Enfermagem

- PAHO - Pan American Health Organization Database
- WHOLIS - World Health Organization Library

Estabeleceu-se, neste estudo, que a busca incluiria dados de fonte secundária em um período cronológico de 10 anos a partir do início da coleta, ou seja, de 1997 em diante.

Previamente à coleta, foram definidos 5 termos que abrangiam o conjunto das categorias analíticas que se pretendia trabalhar, a saber: Políticas de Enfermagem, Força de Trabalho de Enfermagem, Educação de Enfermagem, Organização da Enfermagem e Regulamentação da Enfermagem.

A busca foi realizada na biblioteca Baeta Viana, pertencente ao Campus Saúde da UFMG, e contou com a assistência direta de uma bibliotecária, servidora técnica-administrativa da referida biblioteca e habilitada a realizar buscas em bancos de dados da área de saúde. Esses encontros, previamente agendados, ocorreram em sala própria da biblioteca e foram necessários três momentos, de cerca de 3 horas cada, para a conclusão da pesquisa nos bancos de dados. É importante ressaltar que a ajuda da bibliotecária foi imprescindível para a realização da pesquisa, devido à complexidade e singularidade da ferramenta de pesquisa utilizada por cada banco de dados.

Esses encontros evidenciaram a necessidade de reformulação dos descritores, fosse pela sua inexistência no sistema MeSh/ DeCs (Medical Subject Headings/ Descritores em Ciências da Saúde), fosse pela classificação da maioria dos artigos que abrangiam o assunto sob outro descritor. Desse rearranjo, resultaram descritores que receberam uma codificação através das letras V, W, X, Y e Z, de modo a facilitar a sua classificação sistemática na fase de recuperação e

análise do material. De modo a abranger e adequar a coleta para que o material se encaixasse às categorias empíricas, algumas buscas foram realizadas utilizando-se mais de um descritor e/ou utilizando um qualificador, como mostrado no quadro 1:

QUADRO 1 – Codificação dos descritores DeCs/ MeSh

CODIFICAÇÃO	DESCRITOR(ES) DECs/ MESH	QUALIFICADOR(ES)
V	[Políticas de Saúde] AND [Enfermagem]	–
W	[Recursos Humanos de Enfermagem]	–
X	[Educação Enfermagem] em	/Educação Técnica de Enfermagem /Bacharelado em Enfermagem /Educação Continuada em Enfermagem /Programas de Graduação em Enfermagem /Programas de Pós-Graduação em Enfermagem
Y	[Enfermagem]	/organização & administração
Z	[Legislação Enfermagem] de	–

Quanto aos bancos de dados previamente selecionados, a pesquisa realizada com a assistência direta da bibliotecária também evidenciou a necessidade de adequação desses. Assim, o banco de dados internacional MEDLINE foi utilizado apenas para a pesquisa da categoria **V** de modo a enriquecer a capacidade argumentativa da pesquisa, pois, para se traçar um panorama atual das políticas de saúde e enfermagem e, principalmente, conseguir evidenciar as tendências, foi necessária uma boa compreensão do contexto mundial, de modo a garantir a fidedignidade da análise. Nas demais categorias, os bancos de dados utilizados

mostraram-se suficientes e adequados, uma vez que permitiram traçar o contexto brasileiro com riqueza e precisão. Além disso, essa pesquisa não tinha o objetivo de analisar a enfermagem em âmbito mundial.

Os bancos de dados COCHRANE e CINAHL foram excluídos devido à inexistência de pessoal habilitado para utilização das ferramentas de pesquisa desses bancos e pelo seu enfoque demasiadamente amplo, extrapolando as ambições dessa pesquisa.

Assim, foram utilizados 6 bancos de dados de forma sistemáticas que também receberam uma codificação sob a forma das letras A, B, C, E, F e H, como mostrado no quadro 2:

QUADRO 2 – Codificação dos Bancos de Dados

CODIFICAÇÃO	BANCO DE DADOS
A	SCIELO - Scientific Electronic Library Online
B	BDEF - Banco de Dados em Enfermagem
C	MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
E	LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
F	PAHO - Pan American Health Organization Database
H	WHOLIS - World Health Organization Library

De posse das listas contendo as entradas encontradas após pesquisa que combinava descritores X período cronológico X banco de dados, prosseguiu-se à “limpeza” e codificação de cada entrada. Por limpeza, refiro-me à exclusão daquelas entradas que estivessem repetidas dentro do mesmo banco de dados, o que ocorreu diversas vezes, provavelmente em decorrência de erros na catalogação bibliográfica

desses. É evidente que, por se tratar de um processo absolutamente manual, a presença de erros é bastante provável.

Em relação à codificação das entradas, essas recebiam um código composto de três caracteres alfanuméricos, sendo o 1º deles a letra correspondente ao banco de dados (A, B, C, E, F ou H), o 2º referente à letra atribuída à categoria empírica (V, W, X, Y ou Z) e o 3º constituía o número daquela referência, de acordo com a ordem em que aparecia na lista.

Apresento, abaixo, a figura 1, que ilustra o emprego dessa sistematização:

FIGURA 1 – Codificação das entradas bibliográficas

~~761/951~~

Id: 265251

Ex747 Autor: Sena, Roseni Rosângela de; Brant, Maria José C. G. Caldeira.

Título: Iniciativa de inovação do ensino de enfermagem na América Latina / Initiatives in the innovation of nursing teaching in Latin America

Fonte: [Rev. bras. enfermagem](#);52(2):243-50, abr.-jun. 1999. tab.

Idioma: Pt.

Resumo: O estudo descreve um conjunto de nove projetos que se caracterizam como iniciativas de inovação do ensino de enfermagem em doze países da América Latina. Faz reflexão acerca do propósito destes projetos, no sentido de incorporar concepções pedagógicas crítica-reflexivas e metodologias ativas de ensino e analisa os aspectos conceituais, as estratégias e os modelos gerenciais adotados pelos mesmos. Aborda as características comuns relativas à oferta de cursos na modalidade semi-presencial e à distância e analisa as metodologias de ensino que enfocam a relação professor/aluno enquanto relação que fortalece a aprendizagem independente e em grupo, estabelecido pelos projetos, o qual busca fortalecer relações horizontais, incorporando tecnologia e ensino telemático. Conclui pela indicação da iniciativa como uma estratégia adequada para contribuir com a construção de novos modelos de formação de pessoal de enfermagem. (AU).

Descritores: [Educação em Enfermagem/tendências](#)

[Ensino/métodos](#)

[Currículo](#)

[-Modelos Educacionais](#)

[Avaliação Educacional](#)

Limites: [Humanos](#)

Responsável: BR905.1

Após a codificação de cada referência, procedeu-se à leitura dos resumos, buscando identificar com maior precisão sua relevância para a pesquisa e a conveniência de consultar o texto na íntegra. De posse da lista de referências selecionadas, dava-se início ao processo de recuperação do material bibliográfico.

Nessa etapa de seleção dos artigos, fez-se de extrema importância a criação de um conjunto de símbolos que permitisse um agrupamento sistemático do material, assim como sua fácil identificação e consulta posterior. Assim, as entradas selecionadas recebiam um “OK” na cor vermelha e a palavra “recuperar”, como exemplificado através da figura 2.

FIGURA 2 – Entrada selecionada e repetida

~~5/22~~
By6 Id: 12203
Autor: Vieira, Maria Jésia; Faro, Cassia Maria Macedo Silva.
[Ey34] **Título:** ABEn Sergipe: 47 anos de luta e resistência / The Brazilian Association of Nursing (ABEn) in the federal state of Sergipe: 47 years of struggle and resistance
Fonte: [Rev. bras. enfermagem](#);54(2):382-388, abr.-jun. 2001.
OK **Idioma:** Pt.
Resumo: O trabalho relata os fatos que contribuíram para a criação da seção Sergipe da ABEn, sua trajetória, sua contribuição na formação da imagem cultural da profissão na sociedade sergipana, e suas principais realizações, tais como participação na criação e organização de serviços e instituições. Fala também de suas dificuldades, mas principalmente da luta constante para persistir mantendo seus princípios, seu papel na organização social e cultural da classe, e no serviço à comunidade (AU).
Recuperar
R **Descritores:** [Associações Profissionais](#)
[Enfermagem/organização & administração](#)
[-História da Enfermagem](#)
[Brasil](#)
Limites: [Humanos](#)
Responsável: BR905.1

Diversas referências receberam uma dupla codificação, por estarem contidas em mais de uma categoria e/ou banco de dados. Essa repetição também conferia-lhe a letra “R” em verde. Aquelas que não fossem selecionadas recebiam, por sua vez, uma letra “N” na cor azul.

Um outro critério para a seleção do material através dos resumos foi o idioma em que esses se encontravam disponíveis. Convencionou-se utilizar aqueles que fossem escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa.

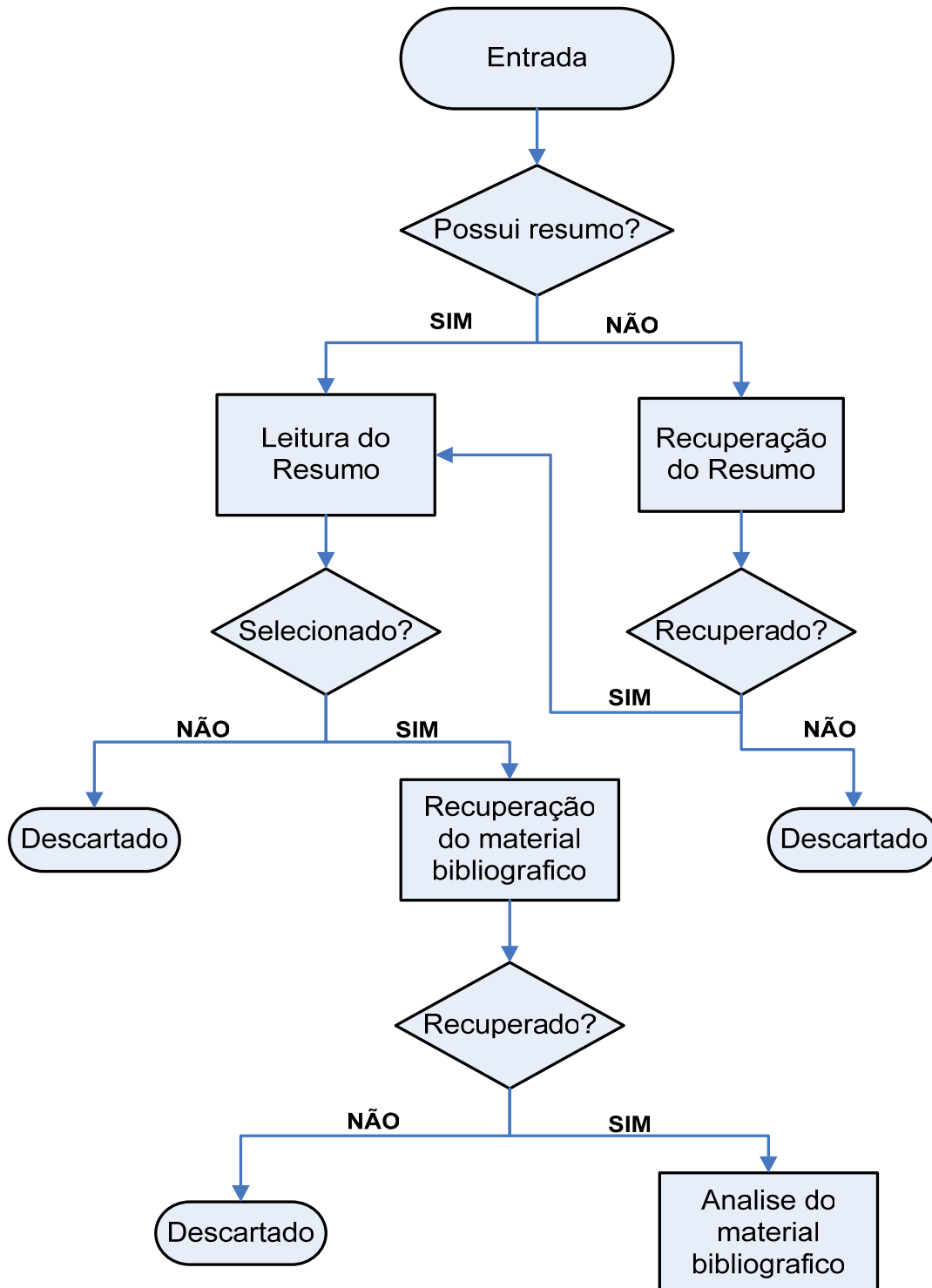
É importante frisar que alguns resumos não se encontravam disponíveis nos bancos de dados consultados e que foi feito um grande esforço no sentido de recuperá-los para posterior classificação, porém, isso nem sempre foi possível.

O procedimento de leitura dos resumos e seleção do material bibliográfico deu-se de forma concomitante à recuperação desse, uma vez que o processo era, muitas vezes, bastante demorado. Uma quantidade ínfima de artigos, teses, dissertações e outros materiais foi recuperada através da internet. Muitos foram recuperados no próprio acervo da Biblioteca Baeta Viana, mas a maior parte só pôde ser acessada por meio de solicitação através do serviço de comutação da própria biblioteca. Essa busca era, então, realizada pelo serviço no acervo da biblioteca e, em seguida, no Portal CAPES, na Rede BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e na Base de dados do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

Contudo, muitas foram as publicações não recuperadas por não terem sido encontradas. O prazo final para recuperação do material bibliográfico foi 03 de maio de 2007, o que também levou à exclusão de algumas literaturas que só foram encontradas no exterior e não puderam ser recuperadas em tempo. Além disso, uma das bibliotecas que continha várias publicações solicitadas encontrava-se inativa, impossibilitando a recuperação destes.

Esse processo pode ser mais bem compreendido através do fluxograma explicativo 1.

FLUXOGRAMA 1 – Fluxo da coleta de dados secundários por revisão bibliográfica sistemática.



O quadro 3 abaixo permite ter uma visão mais detalhada do quantitativo de referências encontradas e publicações selecionadas e recuperadas, por categoria e base de dados:

QUADRO 3 – Publicações encontradas, selecionadas e recuperadas.

	N° de referências encontradas						N° de publicações selecionadas						N° de publicações recuperadas					
	v	w	x	Y	z	Total	v	w	x	y	z	Total	v	w	x	y	z	Total
A	4	12	43	0	2	61	3	6	10	0	2	21	3	6	10	0	2	21
B	10	41	570	32	13	666	7	14	86	27	8	142	7	14	84	26	8	139
C	150	NP	NP	NP	NP	150	93	NP	NP	NP	NP	93	74	NP	NP	NP	NP	74
E	21	174	868	67	25	1155	11	40	161	30	6	248	9	25	129	25	6	194
F	0	8	12	0	0	20	0	6	3	0	0	9	0	1	1	0	0	2
H	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	185	235	1493	99	43	2055	114	66	260	57	16	513	93	46	224	51	16	430

Apesar de o quadro mostrar um total de 430 publicações recuperadas, o que constitui 83,8% da literatura selecionada, um grande percentual dessa era repetido em uma ou mais categorias e/ou base de dados, sendo o quantitativo real de publicações recuperadas de 264. O material que se pôde recuperar constituiu o objeto da análise bibliográfica, cuja metodologia será explicitada a seguir.

3.5 Análise dos dados e construção de cenários futuros

Na etapa de análise de dados, utilizei a metodologia proposta por Rogers (1997) de construção de cenários futuros. Esta metodologia propõe a elaboração de cenários futuros, desejáveis ou não.

Explorar vários futuros possíveis é importante, a fim de promover o diálogo com relação à sua desejabilidade, como também de encorajar uma crítica dos pressupostos que temos. Para Cornish (1977), fundador da World Future Society, os chamados futuristas utilizam fatos históricos e conhecimento científico e adicionam valores humanos e imaginação para criar imagens do que poderia acontecer no futuro.

A coleta de dados baseada, neste estudo, em pesquisa documental sistemática e entrevistas, serviu como subsídio para a construção desses cenários, e guiou-se por algumas variáveis ou categorias fundamentais para se discutir o trabalho da enfermagem:

- a organização do Sistema de Saúde (modelo tecnoassistencial) e políticas de saúde e enfermagem;
- a educação dos profissionais de enfermagem;
- a organização política da enfermagem Brasileira;
- a regulamentação da profissão de enfermagem no Brasil;
- a força de trabalho em enfermagem e sua prática.

Segundo Minayo (1999, p.70), *“categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”*.

Conforme Minayo (2004) as categorias analíticas são aquelas que detêm historicamente as relações sociais fundamentais que balizarão o conhecimento do objeto de estudo nos seus aspectos gerais. No estudo em questão, a coleta de dados foi realizada tomando as categorias analíticas como base.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando-se a fidedignidade das falas dos entrevistados, excluindo-se, porém, os vícios de linguagem. As 6 entrevistas receberam os códigos E1, E2, E3, E4, E5 e E6, de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas.

A análise dos dados obtidos por intermédio das fontes primária e secundária foi realizada tendo como orientação a análise de conteúdo, modalidade temática que, segundo Minayo (2004), busca os significados manifestos e latentes no material empírico.

Como técnica da análise de conteúdo, utilizou-se a análise temática na qual se entende o tema como a unidade de significação que emerge do material analisado e pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significações isoláveis (BARDIN, 1979). Desse modo, busca-se apreender os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1979).

A análise dos dados primários e secundários seguiu as três etapas propostas por Bardin (1979): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo-se a inferência e a interpretação.

As etapas de *pré-análise e exploração do material* consistiram na leitura do material obtido e na organização do mesmo de acordo com as categorias analíticas desse estudo. Essa fase permitiu à pesquisadora ter contato com o texto, deixando-se invadir por impressões e percepções, apreendendo as idéias centrais do material.

O *tratamento dos resultados* envolveu a leitura exaustiva do material agrupado em cada categoria, emergindo alguns analisadores.

Em estudo realizado por Merhy et al. (2006), os analisadores surgem como pontos-chave na análise de um dado conteúdo, são provocadores de discussões, trazem à tona as contradições dos dados, o nó-crítico, o “X” da questão. A utilização dos analisadores permitiu, ainda, a identificação dos pontos de interseção entre as diversas categorias, compreendendo a complexidade e diversidade do tema, onde todas essas questões se interrelacionam e influenciam uma à outra, facilitando a organização dos dados para melhor compreensão. Esses analisadores são explicitados no quadro 4:

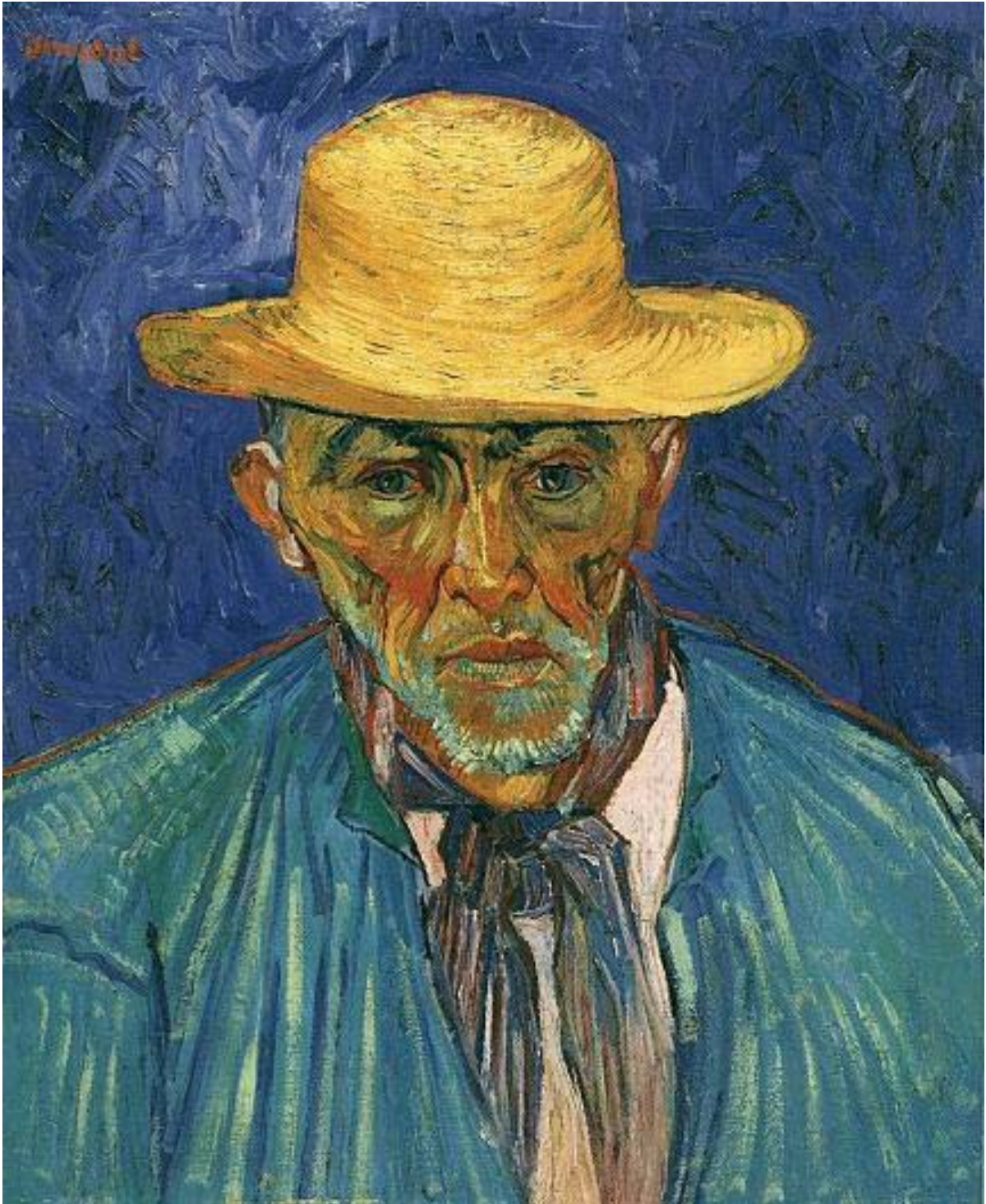
QUADRO 4 – Analisadores

ANALISADORES
Políticas de Saúde e de Enfermagem
Organização Política da Enfermagem
Educação em Enfermagem
Organização do Trabalho da Enfermagem

A análise permitiu a construção de amplo material para a elaboração dos cenários futuros.

Decidiu-se por traçar cenários para o ano de 2025, ou seja, 18 anos a partir da data estimada para o término deste estudo, por se tratar, segundo a Canadian Medical Association (2000), de um período médio de tempo (compreendido entre 5 e 20 anos) no qual as mudanças realizadas hoje e nos anos a seguir poderiam ter influências e afetar o futuro, tornando-o passível de modificações em decorrência de decisões e planejamentos no presente. Salvo raras exceções, os acontecimentos que têm lugar hoje dificilmente afetarão o chamado futuro imediato (1 a 5 anos) e, por outro lado, torna-se cada vez mais difícil prever

um cenário futuro plausível quanto mais distante no tempo ele se encontra, sendo praticamente impossível pensar períodos além de 50 anos.



4 O CENÁRIO ATUAL

4 O CENÁRIO ATUAL

A apresentação e discussão dos resultados foram organizadas de acordo com os analisadores Políticas de Saúde e de Enfermagem; Organização Política da Enfermagem; Educação em Enfermagem e Organização do Trabalho da Enfermagem, que emergiram do material, evidenciando as contradições inerentes ao tema. Assim, ficam evidentes a inter-relação e a influência que cada categoria analítica tem sobre a outra, permitindo uma melhor compreensão.

A construção da análise dos dados permitiu uma aproximação com a realidade e a compreensão da impossibilidade de esgotar o assunto contido em cada um dos analisadores. Deve-se, ainda, considerar que esses dados foram coletados em um determinado contexto histórico e geográfico, sendo a análise o retrato de um cenário em constante transformação, a partir das múltiplas interações entre os diversos projetos envolvidos na sua definição. Por esse mesmo motivo, o futuro é ainda mais sujeito a mudanças, uma vez que depende do contexto atual.

4.1 Políticas de Saúde e de Enfermagem

Políticas têm a força de influenciar os cursos dos acontecimentos em grande escala, envolvendo e alterando a vida das pessoas, como é o caso da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Analisar as políticas de Saúde e de Enfermagem faz-se necessário quando se deseja construir cenários, uma vez que elas são definidoras de uma série de ações estratégicas, mecanismos e instrumentos de inserção da Enfermagem na

política pública, tanto do ponto de vista das questões específicas dela quanto das questões das práticas sociais em saúde.

4.1.1 Déficit de enfermeiros no cenário mundial: demanda real ou necessidade de mudança do modelo?

Os problemas enfrentados pelos sistemas de saúde e pela enfermagem no mundo são muito diferentes e abrangem questões que vão desde a alta mortalidade de enfermeiros por tuberculose no Zâmbia (CHANDA & GOSNELL, 2006) e dilemas relacionados aos testes de medicamentos HIV/AIDS na África do Sul (WILDSCHUT, 2003), até questões que concernem um maior número de países, como a falta de enfermeiros, especialmente nos países denominados desenvolvidos.

Assim, a compreensão desses processos no mundo permite delinear um cenário atual que retrate a realidade das condições de saúde das populações, as necessidades e demandas destas e como elas vêm sendo atendidas, em especial pela enfermagem, e, a partir disso, traçar tendências.

Atualmente, tem-se dado pouca atenção à falta de enfermeiros que já ocorre e ocorrerá em diversos países do mundo nos próximos anos. (UNRUH & FOTTLER, 2005; CONWAY-WELCH, 2005; SHAVER, 2005; BLEICH et al., 2003; KENDIG, 2001; BUCHAN, 2000).

Segundo Unruh & Fottler (2005), projeções de órgãos oficiais americanos mostram que até 2020 a demanda por enfermeiros crescerá cerca de 40% e a resposta a ela será da ordem de meros 6%. Estimativas canadenses vêm confirmar essa tendência, ao mostrar que, em 2020, espera-se que haja 20% menos

enfermeiros que o necessário naquele país (KENDIG, 2001). O decrescente interesse de jovens pela profissão, a grande quantidade de enfermeiros em vias de se aposentar e a grande quantidade de pessoal que abandonou o cuidado direto ao paciente nos últimos anos em decorrência dos baixos salários, das pesadas jornadas de trabalho e das condições estressantes de trabalho, parecem ser os principais motivos que agravam o quadro e dificultam a reversão dessa situação (KENDIG, 2001; UNRUH & FOTTLER, 2005). Algumas políticas vieram “aliviar”, mas não resolver o problema, como a contratação de mão-de-obra estrangeira e de enfermeiros que já tinham se retirado do mercado de trabalho.

De acordo com Booth (2002), o Grupo Consultivo Global, um grupo multidisciplinar da Organização Mundial de Saúde, tem admitido a existência de um déficit de enfermeiros em nível mundial como resultado de uma maior demanda por esses profissionais, do processo de aposentadoria de boa parte dos que estão hoje no mercado e do pequeno número de pessoas que opta pela profissão, principalmente o fato das mulheres enfermeiras serem atraídas por outras profissões de maior prestígio. O autor chama a atenção também para o importante processo de migração desses profissionais, principalmente de países em desenvolvimento para países desenvolvidos.

O documento *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications* publicado pela WHO/ICN/RCN de 2003, ao tratar a questão dos processos migratórios dos enfermeiros através do mundo, afirma que estes ocorrem tanto dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento para os desenvolvidos quanto entre países desenvolvidos. Os principais motivos seriam os baixos salários, as precárias condições de trabalho, as limitadas oportunidades de carreira e de educação, o impacto do HIV/AIDS, a instabilidade econômica, política e social nos

países de origem, entre outros (WHO; ICN; RCN, 2003). Essa “exploração” internacional realizada pelos países ricos revela uma falha: ao se prever e preparar uma força de trabalho em quantidade adequada para as suas necessidades, gera-se problemas nos países “doadores”, pois estes investem em formação de pessoal sem receber o retorno devido, causando importantes deficiências nos sistemas de saúde locais (ICN, 2003).

Conforme Mendoza-Vega (2002), essa insuficiência global de enfermeiros em vista às necessidades reais de saúde da população, vem sendo “remediada” na América Latina com as auxiliares de enfermagem. Esforços para atrair mais jovens para a educação superior em enfermagem, dar-lhes uma educação de qualidade e oferecer-lhes posições com boa remuneração e “status” que correspondam às responsabilidades que lhes são delegadas têm sido insuficientes.

Lliffe (2006b) ao chamar a atenção para o grande contingente de pessoal de enfermagem que deixará o mercado de trabalho australiano por volta de 2025 e para a necessidade de se preparar no presente, convoca os enfermeiros a se mobilizarem, reclamando aos governantes a disponibilização de fundos para a criação de mais vagas nas universidades para a formação de enfermeiros.

Nos quatro países que compõem a Grã-Bretanha (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda), a adequação da força de trabalho e a quantidade de enfermeiros necessários para suprir as necessidades de cuidado da população vêm sendo pensadas e prevenidas desde o final dos anos 90, com ações relacionadas principalmente ao controle da abertura de novas vagas nas universidades pelo governo, uma vez que não existe um sistema privado de ensino de enfermagem nesses países (BUCHAN, 2004).

No Japão, as questões decorrentes da falta de enfermeiros começaram a ser trabalhadas antes que pudessem se tornar um grande problema, através das organizações de classe que promoveram campanhas com envio de abaixo-assinados para o parlamento, greves, notícias na mídia, o que também solucionou diversas questões relativas às condições de trabalho da categoria (PRIMONO, 2000).

Stone (2002), ao se referir à falta de enfermeiros nos EUA, principalmente no cuidado hospitalar, cita vários indicadores de qualidade sensíveis ao trabalho da enfermagem, que vão desde o grau de satisfação do paciente até à medida do número de pacientes com úlceras de pressão, infecções hospitalares e quedas, revelando o impacto que essa falta de profissionais de enfermagem pode ter sobre as condições de saúde da população.

O Plano de Desenvolvimento da Enfermagem para a América Latina atesta que, normalmente, não se reconhece os trabalhadores como um insumo crítico para a produtividade e qualidade dos serviços, o que explica a escassa importância que se dá à seleção, promoção e avaliação de seu desempenho, aos estímulos à educação continuada, etc., contribuindo para o abandono e descontentamento com a profissão, além do descompromisso com a gestão (SOTO & MANFREDI, 1997).

Contudo, Prescott (2000) alerta que o problema da carência de enfermeiros talvez não seja exatamente um problema de falta, mas de má-distribuição geográfica e por especialidades. Assim, afirma que uma boa análise deve ser feita para que não sejam tomadas decisões extremadas que poderiam resultar, por exemplo, no despejo de um número maior de enfermeiros do que o mercado de trabalho é capaz de absorver. Assim, projetar o futuro e antecipar as

demandas pode ser uma boa maneira de definir como agir no presente. Mesmo que a previsão de um cenário futuro envolva uma grande quantidade de incerteza, é geralmente verdade que o passado recente é o melhor indicador para o futuro. Isso ajuda a diferenciar entre desafios significativos e curtas flutuações de mercado (PRESCOTT, 2000).

Para **E5**, algumas questões são imediatas para que se tenha um cenário favorável em termos de saúde em 2025 e, se não forem resolvidas logo, trarão graves repercussões. Uma das questões citadas foi a formação, com a expansão exacerbada de cursos e lançamento de profissionais no mercado de trabalho sem uma política clara de avaliação dos cursos, de acompanhamento dessa formação, de capacitação dos professores e de utilização desses profissionais na prática. Para **E5**, o incremento da oferta de profissionais no mercado pode gerar um certo “barateamento” e desqualificação do valor dessa força de trabalho. No entanto, de acordo com **E5**, é possível que essa grande quantidade de profissionais de Enfermagem, que se joga no mercado de trabalho brasileiro hoje, seja, em 2025, uma solução e ajude a gerar qualidade da atenção.

Desse modo, o que se percebe é que a criação de novas vagas em universidades e escolas técnicas de enfermagem e até as políticas de incentivo ao crescimento quantitativo da formação de profissionais de enfermagem devem sofrer um planejamento cuidadoso, e as tendências devem ser adequadamente estudadas, de modo a suprir as demandas por força de trabalho e atender às necessidades de saúde da população e não a uma demanda momentânea e a interesses mercadológicos. Para tal, faz-se necessária a participação conjunta das organizações de enfermagem, dos gestores e formuladores de políticas do sistema de saúde e das instituições de ensino, não apenas para fundamentar essa análise,

mas também para a manutenção da qualidade da formação e para a luta coletiva pela melhoria das condições salariais e de trabalho da Enfermagem, tornando a profissão mais atraente para os jovens que serão os futuros profissionais e elevando a qualidade do cuidado prestado à população.

Em Cuba, por exemplo, o sistema nacional de educação priorizou, em um determinado momento, a formação de recursos humanos de enfermagem para o trabalho com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Essa formação ocorreu de forma acelerada e se deu em diferentes níveis de formação de profissionais de enfermagem: auxiliar, técnico e de nível superior. A partir do ano de 2001, trabalhou-se com o Programa de Formação Emergente de Enfermagem, em resposta ao déficit de enfermeiros em algumas cidades e criaram-se escolas com um novo modelo pedagógico, em que os discentes saem como “enfermeiros básicos”, “enfermeiros técnicos” ou “licenciados em enfermagem” (ZUBIZARRETA ESTÉVEZ et al., 2005). Os autores concluíram que essas transformações permitiram aumentar a quantidade de profissionais de Enfermagem com alto nível de preparação técnico-científica no mercado de trabalho, o que contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e elevar a qualidade de vida da população.

O desafio da falta de enfermeiros no mundo, soma-se à questão do envelhecimento populacional (UNRUH & FOTTLER, 2005). Assim, essa falta de enfermeiros justamente num momento de envelhecimento acelerado da população, processo que tende a se agravar, torna-se ainda mais preocupante para o Brasil, uma vez que essa força de trabalho é fundamental, não só quantitativa como qualitativamente. Essa importância se justifica por ser o enfermeiro, no campo da saúde, o profissional que possui mais experiência no trabalho com idosos, ocupando

um lugar de destaque na atenção à saúde do idoso em todos os âmbitos (promoção, prevenção, tratamento).

4.1.2 Uma nova categoria profissional?

Se há realmente essa falta de enfermeiros no mercado, por que se preocupar se algumas de suas funções são delegadas a outros profissionais de saúde, desde que isso não comprometa e sim garanta a qualidade do cuidado prestado ao paciente? Smith (2002), ao lançar essa questão para os profissionais de saúde canadenses, chama a atenção para o que pode se configurar em uma tendência para o cuidado ao idoso num cenário mundial. O autor afirma que é preciso começar a pensar em equipes multiprofissionais e sair das nossas *caixinhas de trabalho por categoria profissional*.

Para **E1**, em 2025 os campos restritos de atuação profissional terão seus limites e barreiras revistos e serão muito menos rígidos, mas a enfermagem terá seu papel relevado, uma vez que o cuidado será mais importante que a cura vista da forma tradicional.

Gavin (1997) questiona a figura do “cuidador genérico” trazida pelo relatório “The Future Healthcare Force” publicado em 1996 pela Universidade de Manchester, Inglaterra. A idéia do “cuidador genérico” seria de um profissional com a função única de cuidar, pois a multiplicidade de papéis e de grupos profissionais acabaria por “desabilitá-lo” nas suas funções específicas, gerando profissionais mais satisfeitos por cuidarem de fato dos seus pacientes. Porém, segundo Gavin (1997), isso ligaria o cuidado completamente à vocação, iria contra a atual busca das

políticas por eficiência, além de não haver evidências que comprovem a efetividade do cuidado. O relatório ainda afirma que o envolvimento de enfermeiros em níveis mais elevados de educação não tem afetado significativamente a qualidade do cuidado e sugere aos enfermeiros que troquem a educação de alto nível por um processo vocacional. Gavin (1997) afirma que a enfermagem deveria posicionar-se contrariamente a esse tipo de idéia de futuro, que renega seu envolvimento político na pesquisa e tenta desclassificar a enfermagem como ciência. A enfermagem, segundo o autor, é capaz de construir um futuro para si.

Para **E3**, em 2025 a enfermagem possivelmente não possuirá mais a estrutura atual: não haverá uma atuação específica, serão todos profissionais da saúde, e existirá uma nova profissão que utilizará tecnologias do cuidado mais resolutivas e de alto impacto. O cuidado deverá ganhar aprofundamento científico e tecnológico, e não será mais competência da enfermagem brasileira, mas de uma nova profissão: o cuidador.

Na visão de **E5**, a Enfermagem deve tomar medidas imediatas de modo a chegar em 2025 com uma atuação mais cidadã, organizada, sistematizada e com mais embasamento técnico-científico, pois corre o risco, como já aconteceu no passado, de perder espaços de atuação já conquistados caso não continue a desenvolver e aprimorar seus conhecimentos, abrindo espaço para que novos profissionais ocupem esse lugar.

Os dados da entrevista de **E3** apontam que, em 2025, haverá uma demanda por mais trabalhadores da saúde com competências para lidar com novas tecnologias no cuidado ao idoso. Assim, se a enfermagem brasileira não se engajar num processo de qualificação de sua prática e no desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprios, entendendo o cuidado como finalidade de seu trabalho, a

profissão poderá desaparecer nos moldes em que a conhecemos hoje e o conhecimento acumulado na área será incorporado por outras profissões, como apontam diversas tendências.

4.1.3 O papel social da Enfermagem

Vários dos processos internacionais que vêm acontecendo, como a migração internacional de enfermeiros, são resultados, dentre outros fatores, de um processo de globalização que vem ocorrendo também na saúde.

Segundo Almeida (1997), as conseqüências da globalização, tais como a exclusão de parte considerável de brasileiros do mercado de trabalho e do acesso a bens e serviços e a grande concentração de renda em ínfima parcela da população, são nefastas tanto para a qualidade de vida da população como para a organização e produção dos serviços de saúde.

Nos anos 90, os EUA viveram um processo de privatização de serviços, principalmente na atenção à saúde, acompanhado por uma forte política de redução de gastos, substituindo o máximo possível de sua mão-de-obra especializada por mão-de-obra menos capacitada e mais barata e buscando a alta precoce dos pacientes (BUERHAUS, 1999). Os processos de privatização de serviços, tendo fatores econômicos como definidores da distribuição de recursos em saúde e da elaboração de políticas de saúde, vem sendo experimentado também pela Grã-Bretanha a partir de 1991 (ANTROBUS & BROWN, 1997) e Austrália (LANGE & CHEEK, 1997).

Antrobus & Brown (1997), ao tratarem do impacto que a inserção de serviços privados na Grã-Bretanha teve e tem sobre a enfermagem, afirmam que esta precisa desenvolver sua compreensão e interesse nos debates acerca das políticas de saúde, e das implicações dessas sobre sua prática, de modo a influenciá-las positivamente. Albaracín et al. (2000), ao analisarem as conseqüências do processo de privatização dos serviços de saúde argentinos para a enfermagem, concluem que lhe vem sendo exigido um alto grau de atualização de conhecimentos e eficácia e eficiência de seu trabalho, não implicando necessariamente em melhoria na qualidade do cuidado prestado.

Wildschut (2003), ao tratar dos maiores desafios para as enfermeiras sul-africanas no futuro, fala da necessidade de mudar o paradigma, começando pela educação de enfermeiras para a atenção primária à saúde e não para uma enfermagem hospitalar que não representa a realidade do país ou, pelo menos, não representa a forma correta de impactar nos problemas vividos pela população. Isso também ajuda a gerar um fluxo migratório bem sucedido para países industrializados, cuja atenção à saúde é predominantemente hospitalar.

Assim, o que se percebe é que, embora as mudanças citadas afetem diretamente a enfermagem, esta pouco tem influenciado as políticas e leis e por muito tempo falhou em reconhecer a existência de sua prática em um contexto de políticas sociais mais amplo (LANGE & CHEEK, 1997).

De acordo com Mendes & Marziale (2006), essa baixa influência na formulação de políticas econômicas mais justas, assim como de decisões em busca de condições mais eqüitativas de distribuição de renda, não é uma realidade apenas da Enfermagem, mas do setor saúde em geral, apesar do seu enorme potencial de contribuição na mudança da situação atual. A potencialidade que a força de trabalho

em saúde possui de impactar nas diversas questões relacionadas à saúde das populações, é atestada pelo documento “Chamado à Ação” de Toronto, iniciativa que pretende congrega atores de distintos setores da sociedade num esforço pela valorização, desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos em saúde na Região das Américas até 2015.

Wright et al. (1998) corroboram o exposto ao trazerem a relação entre saúde internacional e enfermagem como um fenômeno recente, sendo que parte do interesse pelo tema pode estar direta ou indiretamente relacionada ao aumento da interdependência entre os países e à globalização dos mercados. Tais fenômenos criam novas relações e desafios para políticos, gestores, educadores, profissionais e pesquisadores que buscam soluções para os problemas de saúde e desenvolvimento de seus países. A Enfermagem, no entanto, tem contribuído apenas de forma marginal para o desenvolvimento do campo da saúde internacional. Desse modo, fazem-se necessários acordos de cooperação entre grupos, escolas e universidades, implantando parcerias para o desenvolvimento de programas e projetos.

Como se poderia esperar num mundo cada vez mais globalizado, em que os acontecimentos rapidamente afetam grandes contingentes da população mundial, esses processos ocorridos em outros países têm ou terão impactos na atenção à saúde no Brasil e vice-versa.

No Brasil, a partir do final da década de 70, o setor saúde vivenciou uma luta para romper com a fragmentação das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), comprometendo a integralidade das ações políticas, situação que se revelava onerosa e de pouco impacto sobre a saúde das populações determinada por um processo de mercantilização da área, com privatização dos

serviços de saúde. O processo de municipalização ocorrido em alguns municípios brasileiros a partir do final da década de 70, resultou em expressivo aumento da cobertura com a instalação de redes básicas de atenção à saúde (SILVA et al., 2001). A compreensão de que as condições de saúde guardam estreita relação com as condições de vida dos grupos sociais, mais do que com a assistência à saúde em particular, estimulou a criação de programas voltados para grupos populacionais específicos, evitando-se a medicalização excessiva e com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desse movimento de mudança que se iniciou no final dos anos 70 e que buscava a mudança do incipiente modelo de atenção à saúde para um modelo mais resolutivo, resultou a criação do SUS, na 8ª conferência Nacional de Saúde, em 1986, sendo regulamentado na constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Segundo Silva & Sena (2006), na busca de consolidação do SUS tem-se caminhado para a construção de um modelo que dê respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde, considerando a heterogeneidade e diversidade política, econômica e cultural do Brasil.

O Programa Saúde da Família, apesar de lhe ter sido creditada a responsabilidade de funcionar como estratégia para a implementação efetiva da atenção básica no SUS e inversão do modelo assistencial hegemônico, não tem sido capaz de gerar essa mudança, por mais socialmente comprometidas e técnico-cientificamente preparadas suas equipes sejam, uma vez que esse processo exige transformações estruturais importantes, no campo das políticas sociais (ANTUNES & EGRY, 2001).

Porém, de acordo com Spíndola et al. (2003), a falta de vontade política, a indefinição de critérios automáticos de repasse e os desvios de recursos do setor

saúde são fatores que limitam os avanços do SUS ao irem de encontro com o pressuposto da assistência de qualidade para todos. Assim, o que se encontra é um conflito de interesses no nível da execução das políticas, expressas através de boicotes, distorções, dificultando a implementação de mudanças na prática institucional de saúde. Esse conflito de interesses que pouco considera o usuário dos serviços pode ser observado na ausência de fiscalização dos serviços, obsolescência de equipamentos, despreparo dos profissionais, baixa remuneração, entre outros.

Para Silva et al. (2001), transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde dependem de princípios ético-políticos comprometidos com a democracia e com a concepção de saúde como direito de cidadania, enquanto projeto contraposto ao modelo neoliberal.

Frente à complexidade das políticas de saúde e à diversidade nos avanços e recuos do SUS, a enfermagem, em seus mais diferentes níveis de inserção no sistema de saúde, vive uma situação contraditória. Se por um lado contribui para a manutenção das atuais estruturas, cooperando acriticamente com o modelo hegemônico vigente e com os programas verticais, por outro lado conquista espaços na gestão do sistema, buscando construir o SUS. Enfermeiras e enfermeiros têm ampla e profunda percepção das necessidades de extensão de cobertura, de garantia do acesso universal e equidade na assistência, mas, pela inexistência do trabalho multidisciplinar, de uma relação democrática no âmbito do sistema e de uma postura mais reivindicativa, têm absorvido múltiplas atribuições que lhes impõem mais responsabilidades e desgaste, considerando que o número deste tipo de profissional é sempre menor que o necessário para a prestação de uma assistência integral, resolutiva e de qualidade. Se não houver uma criticidade

do trabalho cotidiano nos espaços onde se concretiza a inclusão/exclusão social, a enfermagem corre o risco de fazer uma avaliação simplista de sua atuação, não oferecendo resistências e não utilizando estes espaços para modificar e renovar a sua atuação, buscando garantir o direito à saúde com efetividade (ANTUNES & EGRY, 2001).

A OPAS (SOTO & MANFREDI, 1997) buscou enumerar alguns desafios para que a enfermagem participe nessas transformações que vêm ocorrendo, principalmente na saúde, como: maior presença na política pública; superação dos espaços tradicionais de atuação em hospitais e ocupação de espaços de trabalho na atenção primária em estreita relação com os grupos sociais; estabelecimento de programas inovadores para a educação do pessoal de enfermagem, rompendo com as barreiras de acesso à formação e educação continuada.

No Zimbábue, por exemplo, as necessidades de saúde têm se tornado cada vez mais complexas e vêm exigindo o envolvimento de enfermeiras no desenvolvimento de programas de cunho social. O sistema de saúde do Zimbábue é voltado principalmente para a atenção primária à saúde e para a estrutura do sistema, com seus referenciamentos e contra-referenciamentos e funciona de modo muito parecido com o brasileiro. De acordo com Mapanga & Mapanga (2000), a ênfase das atividades de enfermagem deve ser o empoderamento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades para a participação ativa em estilos de vida saudáveis através de práticas de auto-cuidado para a promoção de seu próprio bem-estar.

Segundo Carty (2005), a saúde das populações é de imensa importância para enfermeiros no mundo todo e, em resposta à crescente complexidade da saúde relacionada ao contexto das culturas, eventos mundiais, desastres naturais e

produzidos pelo homem, outros elementos são necessários para que a Organização Mundial de Saúde atinja seu objetivo da “Saúde para Todos”, que vem sendo alcançado através, principalmente, da atenção primária.

A OMS, na perspectiva de contribuir no fortalecimento da enfermagem no cenário mundial, criou 36 centros colaboradores para o desenvolvimento da Enfermagem em 19 países, e essa rede global existe desde 1989. A missão dessa rede é maximizar a contribuição da enfermagem de maneira a conseguir a “Saúde para todos” em parceria com a OMS e seus estados-membro, ONGs e outros interessados em promover a saúde das populações. Nos últimos anos, a rede global surgiu como um formulador de políticas ativo em iniciativas internacionais e consultorias da enfermagem (CARTY, 2005).

Segundo Wildschut (2003), as organizações internacionais de enfermagem têm impactado positivamente nas causas humanitárias e no desenvolvimento de protocolos internacionais.

A ampliação do campo das ações básicas de saúde renova a esperança de ver o coletivo da enfermagem brasileira revisitando e refazendo os cuidados que presta à nossa sociedade a partir de um novo referencial: a defesa da qualidade de vida e saúde como direito universal e equânime de cidadania. Assim, o maior desafio é o de concretizar, na prática técnica, social e política, a ideologização e institucionalização de novos fundamentos para a práxis da enfermagem: o de cuidar integralmente para que a vida plena e digna seja um direito, pensar e fazer saúde para incorporar à enfermagem competência técnica, política e ética, capaz de prestar serviços específicos fundamentados num saber próprio para cuidar da vida e não apenas da doença dos cidadãos brasileiros (ANTUNES & EGRY, 2001).

Para **E2**, a enfermagem brasileira deve assumir o problema da deterioração ético-política, que é um problema da sociedade. Ao acreditar que a pobreza está ligada somente ao ócio, à preguiça, à falta de vontade dos indivíduos, ela é ignorada e vista com descaso, e só não é um problema mais grave devido às pressões econômicas exercidas por organismos internacionais.

Fica, assim, evidente o papel social do enfermeiro em um mundo em constante mudança, resultante da chamada “modernização”, que resulta no distanciamento cada vez mais evidente entre ricos e pobres e na decadência das políticas sociais e da oferta de serviços públicos de saúde (SOARES, 1997). O enfermeiro, nesse cenário, tem um compromisso, antes de tudo, político, com a enorme parcela da população excluída dos “benefícios” da modernização.

Assim, nesse contexto de globalização, privatização de serviços e predomínio do modelo médico hegemônico na atenção à saúde, a enfermagem precisa, antes de tudo, se perguntar quais os valores que defende num cenário em que diversos projetos se encontram em disputa. Ao optar pela defesa da vida e da saúde com qualidade, equidade, integralidade e respeito aos cidadãos, ela deve comprometer-se com a garantia dos direitos dos usuários utilizando-se de suas competências técnicas e ético-políticas. À Enfermagem cabe responsabilizar-se pelos problemas de saúde da população, assumindo a luta na busca pela consolidação do SUS e, ao entender a saúde como um processo socialmente determinado, voltar seus esforços para a resolução das desigualdades sociais, considerando as particularidades e necessidades diferenciadas de cada grupo social, sem esquecer a singularidade dos indivíduos. A Enfermagem precisa, ainda, questionar, analisar criticamente cada realidade e se posicionar frente às imposições

neoliberais que assombram o setor, engajando-se numa luta coletiva para que a saúde no Brasil e no mundo seja um bem acessível a todos.

4.1.4 A distância entre a execução e a formulação das políticas

Conforme Mill et al. (2005), a busca pela saúde global e pela equidade não é apenas um tema de interesse para a enfermagem, mas é também uma busca na qual esta, estrategicamente posicionada, pode assumir um papel de liderança.

Como profissão que tem um contingente numericamente expressivo de trabalhadores no sistema público de saúde, a enfermagem deve desenvolver em si própria e ajudar a sensibilizar os demais profissionais da saúde para a participação política como forma democrática de avançar nas lutas pelo direito à saúde para todos (PEMA, 2001, p.44).

Essa importância da contribuição dos 6 milhões de trabalhadores de enfermagem e parteiras europeias nas políticas de saúde já era abordada na Declaração de Munique, produto da 2ª WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, em 2000 (WHO, 2000).

O documento conclamava ainda as autoridades da OMS a assegurar a participação desses profissionais no desenvolvimento e implementação de políticas; a ajudar no combate a obstáculos tais como as questões de gênero, dominação da classe médica e políticas de recrutamento; a providenciar incentivos e oportunidades para crescimento profissional; a investir na educação em todos os níveis e educação continuada; a criar oportunidades de aprendizado conjunto com outros profissionais de saúde, incentivando a cooperatividade e interdisciplinaridade num atendimento usuário-centrado; a incentivar pesquisas e disseminação da informação para

desenvolver o conhecimento e prática baseados em evidências; a buscar oportunidades para o estabelecimento e fortalecimento de programas e serviços de enfermagem comunitária centrada na família; a aumentar o papel de enfermeiras e parteiras na saúde pública, promoção da saúde e desenvolvimento comunitário. Além disso, deveriam ser criadas estratégias para garantir um número adequado de enfermeiras e parteiras de alta qualidade, e criarem-se leis para regulamentar adequadamente o trabalho desses profissionais.

No entanto, em vários países como a Austrália, por exemplo, onde os enfermeiros representam mais de 50% da força de trabalho em saúde, ainda não existem mecanismos formais que façam com que a enfermagem influencie diretamente as decisões políticas (LLIFFE, 2006a). Isso é contraditório, uma vez que cabe aos enfermeiros implementar as políticas e fazê-las funcionar.

Historicamente, a enfermagem apresenta uma tendência à passividade, ao não questionamento dos valores éticos e da ideologia expressos nas políticas que concernem à sua prática e à saúde em geral. De acordo com Brown & Piper (1997), esse não-posicionamento da enfermagem pode perpetuar as iniquidades e coibir a autonomização dos sujeitos.

Para **E5**, a enfermagem brasileira sempre aderiu muito rapidamente às políticas governamentais, muitas vezes de forma inseqüente, sem muita crítica na adesão a elas. Há um compromisso social da enfermagem e, uma vez formulada a política, ela se engaja na sua execução.

A apatia política da enfermagem pode ser atribuída a diversos fatores. Segundo Des Jardin (2001a), o conflito ético entre os valores profissionais e o envolvimento político e a falta de estratégia para uma ação política é um importante

fator: a maior parte dos enfermeiros nunca considerou a política como um espaço para questionar a estrutura do sistema de saúde ou suas regras.

O autor norte-americano Collins (2006), ao explicar o modo como a maturação política de uma profissão ocorreria, divide esse processo em quatro estágios: “aceitação”, um estágio reativo quando os profissionais percebem que estão excluídos do poder; “auto-interesse”, fase de desenvolvimento de uma identidade como um interesse unificado de um grupo; “Sofisticação política”, que seria o momento em que há o reconhecimento da profissão como um grupo de interesse e com conhecimentos específicos e relevantes pelos formuladores de políticas, líderes e pela população em geral e “Liderança”, que seria quando uma profissão adquire força política com envolvimento na definição da agenda, desenvolvimento de leis, regras, e modificação de políticas.

Em decorrência dessa passividade política, as enfermeiras sempre se percebem como excluídas do processo de formulação de políticas, mesmo quando estas as afetam diretamente e precisam de seu apoio direto para ser implementadas (WEST & SCOTT, 2000).

Collins (2006) afirma que, nos EUA, a enfermagem já reconheceu essa exclusão dos processos decisórios como uma barreira para o avanço da profissão. Porém, a enfermagem ainda não se organizou num esforço para influenciar a formulação de políticas e, apesar de ter feito avanços no sentido de obter reconhecimento pelos formuladores de políticas, isso ainda não ocorre entre o público em geral.

No entanto, o envolvimento e influência da enfermagem nas decisões políticas tomadas mesmo em nível nacional em países como a Inglaterra, Austrália, Canadá e EUA, e na União Européia, são evidenciadas em diversas publicações

(CHATTERJEE, 2004; OHIO NURSES ASSOCIATION, 2004; DAVIES, 2004; WILLIAMS, 2004; HARRISON, 2004; SOFER, 2004), inclusive fazendo diferença na hora de se eleger os governantes de um país.

Existem, segundo Des Jardin (2001b), muitas oportunidades para que enfermeiros se tornem mais ativos politicamente, como o envolvimento, tanto em âmbito nacional como local, nos níveis comunitário, institucional e profissional, em comitês, nas organizações e sindicatos, escrevendo cartas, visitando e cobrando ações de políticos, entre outros. Além disso, para que esse empoderamento ocorra de fato, será necessário que a enfermagem utilize todo o conhecimento disponível.

Assim, o que se percebe é uma forte contradição entre as políticas que são formuladas e as necessidades reais da população. Se a Enfermagem não ocupar o lugar que lhe cabe na formulação das políticas de saúde, estas serão elaboradas sem a sua valiosa contribuição, no que concerne ao cuidado à saúde da população. A Enfermagem continuará a ser excluída da participação nas instâncias de formulação política e prosseguirá executando ações políticas sobre as quais não exerce influência e que, por isso, muitas vezes não lhes compreende o sentido. Esse não-posicionamento da Enfermagem acarreta, pouco a pouco, a perda do valor e o não-reconhecimento da profissão como capaz de influenciar as políticas e impactar positivamente a saúde das populações.

Cabe ressaltar que a Enfermagem deve ter uma participação ativa não apenas na definição de políticas públicas de saúde, mas também, como lembram Pulcini et al. (2000), deve criar estratégias de modo a influenciar a construção de políticas no setor privado, que penetraram decisivamente no sistema de saúde de vários países, entre eles o Brasil.

Para Collins (2006), uma das formas de se conquistar esse papel de influenciador de políticas, é continuamente afirmar a identidade da enfermagem, para que a comunidade a reconheça como um grupo com poder decisório e de influência na sua saúde. Além disso, a enfermagem precisa assumir uma postura crítica frente às leis e políticas, entendendo o contexto em que são formuladas, aprender a formar coalizões e negociar, buscando sempre atender aos interesses dos usuários. Hanningan & Burnard (2000), ao ressaltarem a importância da enfermagem se envolver e assumir o papel que lhe cabe na discussão e formulação de políticas, afirmam que essa aproximação deveria se dar desde a formação na graduação, com disciplinas específicas sobre o assunto.

Para West & Scott (2000), o envolvimento dos enfermeiros na formulação de políticas, tendo como finalidade a melhoria do atendimento aos pacientes, tem a pesquisa como uma das melhores e mais importantes formas de influenciar decisões nesta área. Para isso, será necessário um maior conhecimento sobre o processo de construção de políticas e a realização de pesquisas relevantes para influenciar a definição das mesmas.

A pesquisa em enfermagem tem como principais objetivos: aumentar o conhecimento na área, fundando as bases para a prática do cuidado; construir evidências que sustentem a prática; contribuir para a atenção às necessidades de saúde, qualidade de vida e bem-estar das populações; garantir qualidade e custo/benefício nos serviços de saúde e enfermagem e gerar conhecimento que guie políticas educacionais e de regulação (CASTRILLÓN AGUDELO, 2004).

Segundo Dal Pai et al. (2006), a procura pela autonomia e especificidade da enfermagem repercute na necessidade de um novo direcionamento para o saber da enfermagem e na construção de um corpo de conhecimentos específico da

enfermagem. De acordo com os autores, para o direcionamento da enfermagem, além do ensino e da pesquisa, é importante a organização política da profissão, possibilitando uma representatividade social importante desta e a conquista de prestígio através de competências adquiridas numa prática social de envolvimento íntimo com o indivíduo, sociedade e ambiente. Existe uma necessidade de ocupar espaços nas esferas de decisão que dêem margem ao reconhecimento da enfermagem como protagonista da práxis em saúde e na sociedade e à atuação da enfermagem em prol da saúde e da vida.

Almeida (1997) analisa que o reconhecimento social da enfermagem não é, ainda, uma realidade, e precisa ser reconstruído no dia-a-dia. A concretização majoritária da prática qualificada no cotidiano do trabalho em saúde e em enfermagem, conforme Antunes & Egry (2001), depende da capacidade de sua institucionalização, agregada de valor social, ou seja, depende das relações de poder para se impor e se estabelecer como prática social reconhecida como necessária e importante no conjunto das práticas de saúde. Conforme Oguisso (2001), as diversas categorias de profissionais de Enfermagem ainda têm muito a lutar para obter o reconhecimento de sua capacidade e potencialidade profissionais, que se dará através do maior envolvimento das novas gerações de enfermeiros nos campos do ensino, pesquisa, assistência e sócio-político, começando pelo seu envolvimento junto aos órgãos de classe como a ABEn, e daí ascendendo para posições no legislativo e no executivo.

Desse modo, conclui-se que o incremento do conhecimento acerca da saúde das populações, principalmente através da pesquisa, e a consolidação de um corpo próprio de conhecimentos capacitam a enfermagem a participar ativamente na

elaboração de políticas de saúde, com uma atuação fundamentada em conhecimentos e princípios ético-políticos.

O estudo das políticas públicas, sociais e de saúde e a compreensão da conformação e dinamicidade das mesmas, segundo Almeida (1997), são imprescindíveis para entender as contradições da prática de enfermagem e para propor superação dos limites. Somos uma parte do processo que, cotidianamente, estabelece relações internas e externas de grande dinamicidade com o todo social.

Segundo Almeida (1997), o ensinar, pesquisar e fazer enfermagem se articulam diretamente com as políticas sociais, como as de saúde. Porém, esse entendimento tem estado ausente entre boa parte dos enfermeiros, possivelmente pela natureza bastante técnica de sua formação e de seu exercício profissional, com foco biológico, com ênfase na doença e nos processos individuais. Os trabalhadores são atores sociais que fazem parte do sistema e, assim como recebem influências, também podem atuar nas mudanças, não sendo “meras peças da engrenagem”. A enfermagem não pode, como é muito comum, simplesmente ser conivente com as decisões e diretrizes traçadas em nível central e mesmo internacional, sem a devida reflexão e posicionamento crítico quanto às mesmas, como se o que foi deliberado fosse necessariamente bom para tudo e todos e não pudesse ser modificado.

A saúde é um campo de práticas sociais e aí está inserida a enfermagem, que contém em si mesma as determinações presentes na sociedade. Além disso,

estas práticas são realizadas e operadas por sujeitos que podem ser atores sociais, no sentido de que nas suas lutas cotidianas constituem-se em forças sociais de resistência e transformação que, além de executarem ou negarem as políticas, podem refazê-las e encaminharem outras opções e outros projetos (ALMEIDA, 1997, p.57).

O Internacional Council of Nurses, em seu documento Health Care System Position Statement: Promoting the Value and Cost-effectiveness of Nursing (ICN, 2004), salienta a importância do desenvolvimento da força de trabalho de enfermagem, através da educação em enfermagem que deve ajudar enfermeiros a formarem competências e se articularem para demonstrar a importância da enfermagem nos serviços de saúde. Enfermeiros, especialmente líderes, devem ter um bom entendimento das contribuições que a enfermagem pode trazer em todos os níveis da prestação de atenção à saúde e no planejamento, gerenciamento e desenvolvimento de políticas para os serviços de saúde.

Boontong (2001), ao falar da situação das mulheres na Tailândia, afirma que o envolvimento das mulheres no processo político vem crescendo na Ásia em geral. Na Tailândia, a enfermagem é composta por 95% de mulheres, fazendo dela um importante veículo por intermédio do qual as mulheres tailandesas podem se “empoderar”. Além disso, a relação direta que existe entre a qualidade do cuidado de enfermagem e a saúde de uma nação mostra que o empoderamento das enfermeiras através da educação traz benefícios para toda a sociedade. Desde 1991, quando Boontong, enfermeira tailandesa, tornou-se senadora, foi criado um programa chamado National Nursing Development Project, que, entre outras coisas, investiu fundos na formação de alto nível de enfermeiras em outros países. Hoje, a enfermagem é mais respeitada no país, houve o incremento de pesquisas na área e ela está mais qualificada para atender às necessidades de saúde da população.

Quando se trata de política, você deve, primeiro, tomar parte disso; enfermeiras vão passar a mensagem para todas as mulheres ... que, se queremos melhorar nossas vidas e a de nossas crianças, nós devemos nos levantar e sermos contadas; e juntas, seremos o instrumento de nosso próprio empoderamento. Pois, se nós nos envolvermos, nada poderá nos segurar (BOONTONG, 2001, p.206)

[tradução livre]

Também no Zimbábue as faculdades de enfermagem têm sido uma boa oportunidade para o empoderamento das mulheres (MAPANGA & MAPANGA, 2000).

Para Castledine (1997), enfermeiros deveriam atuar num papel de conexão entre as reais necessidades de saúde da população e os formuladores de políticas; a enfermagem deveria aceitar que não é a culpada pelas inadequações dos sistemas de saúde e que pode prover várias soluções, tornando-se politicamente proativa e não reativa. Para que isso aconteça, conforme Castledine (1997), o governo deveria prover o reconhecimento, apoio e envolvimento de enfermeiros na revisão de políticas e mudanças na saúde da nação.

Porém, será necessário mais do que o simples desejo de participar na formulação das políticas: os enfermeiros não podem adotar uma posição passiva e esperar serem incluídos nesse processo, mas devem se posicionar, reivindicar e participar dos espaços políticos em todos os níveis e âmbitos.

Mesmo os problemas concernentes às condições de trabalho da enfermagem, segundo Pema (2001), continuam a existir não pela falta de definições legais, mas pela falta de vontade política, ficando cada vez mais patente a necessidade de mobilização da categoria. As entidades de classe, os centros de formação, além de diversos eventos da categoria – Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEns), os Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), os Seminários Nacionais de Ensino em Enfermagem (SENADEN), etc. – aparecem como espaços para uma ampla agenda de participação da enfermagem.

A despeito dos avanços que a enfermagem tem alcançado no Brasil e que se expressam na organização do trabalho de enfermagem em todos os níveis do

sistema de saúde, nos programas de pós-graduação que incluem especialização, mestrado e doutorado, na legislação do exercício profissional, na força de trabalho habilitada e competente, *“observa-se a ausência de um projeto político que expresse a participação da enfermagem no atual cenário, nos quais (sic) se confrontam as diferentes alternativas para a produção, oferta e o consumo dos serviços de saúde no país”* (SENA-CHOMPRÉ & EGRY, 1998, p.58-9).

Segundo Lange & Cheek (1997), se a enfermagem deseja ter controle sobre a direção de seu futuro, ela deve estar equipada e preparada para o desafio da agenda das políticas públicas, que vem persistentemente ignorando assuntos que concernem diretamente a sua prática. O envolvimento da enfermagem na formulação dessas políticas não é importante apenas para a profissão, mas para os próprios usuários. Se a enfermagem continuar a deixar outros decidirem por ela, até ela mesma pode ser “reformatada” por outros, o que acarretaria sérias conseqüências para todos.

Silva & Peres (2002) alertam que, por mais que se deseje alcançar algo na profissão, o seu alcance depende de outras forças também. Assim, as tendências da profissão estarão sempre sendo definidas e absorvidas pela sociedade, de acordo com o sistema instituído e permitido pelos governos responsáveis em desenvolver as políticas públicas de saúde.

é preciso que se saiba que preexiste um poder político antes mesmo do poder técnico e social e este é o poder que influencia a tomada de decisões dos governos. Por isso, há que se estar atento aos compromissos que de fato estão na esfera da ação individual dos trabalhadores da saúde e da enfermagem, dependentes da construção do saber, do desenvolvimento das pesquisas e das tecnologias, da capacidade de organização das categorias, da justiça da proposta que se deseja implantar, da aderência da população às lutas por melhor assistência (SILVA & PERES, 2002, p.184).

As autoras apontam, como principal desafio para a enfermagem no século XXI, a construção de um poder político para transformar suas propostas em ações de governo, que devem atender aos interesses da categoria e, principalmente, da população usuária de seus serviços. Assim, a enfermagem seria uma profissão autônoma nas suas decisões, mas capaz de interagir nas relações interprofissionais, intersetoriais e comunitárias, visando a potencialização do seu cuidado.

A enfermagem, juntamente com outras profissões da área de saúde, pode e deve atuar na conformação das políticas sociais, visando as melhores condições de saúde. Essa atuação ocorre tanto no cotidiano dos serviços, no espaço acadêmico, nos espaços da vida, como em momentos políticos mais representativos. Logo, a inserção e atuação dos trabalhadores de enfermagem nos serviços, nas entidades associativas, nos grupos organizados da sociedade civil, nos partidos políticos, nas lutas por melhores condições de saúde e vida, é imprescindível.

Enquanto não participar da discussão e elaboração das políticas que executa, a enfermagem continuará a realizar ações nas quais não vê sentido e, com isso, a insatisfação tenderá a se agravar. Assim, a enfermagem será gradativamente excluída de todos os espaços de exercício do poder que ainda ocupa, ao perder qualquer reconhecimento que possua frente à sociedade em geral. Vários caminhos, como o da educação, da pesquisa, da organização, vêm sendo apontados. Cabe à enfermagem ter uma posição crítica e ativa, adotando uma postura menos reativa, ou sua atuação sobre as políticas na área do envelhecimento populacional será mínima em vista do importante papel que lhe cabe na atenção à saúde do idoso.

4.1.5 O impacto dos avanços científicos e tecnológicos

Na formulação da análise das tendências para a enfermagem, é preciso considerar os avanços da ciência e o impacto que eles terão sobre as profissões, os serviços e as políticas de saúde.

Ao possibilitar a realização de testes genéticos em seres humanos com capacidade de detectar doenças ou uma predisposição para estas, os avanços da genética molecular acarretam novos desafios de ordem ética para os sistemas de saúde, prestadores do cuidado e usuários, tais como o acesso e custos dessa tecnologia, a disseminação do conhecimento, privacidade, escaneamento de massa, entre outras questões.

Para Feeg (2003) e Abel et al. (2005), conteúdos relativos às terapias genéticas, ao genoma humano e a outros avanços da ciência deveriam ser integrados ao currículo da enfermagem, evitando o atraso que se tem hoje de cerca de 10 a 14 anos, para a incorporação das descobertas científicas à prática. A incorporação desses novos saberes à sua prática certamente influenciará os papéis assumidos pelos enfermeiros nos serviços de saúde que, desse modo, deverão se mobilizar na definição de políticas e leis que regulamentem a utilização desses novos conhecimentos (ABEL et al., 2005). Para Feeg (2003), a enfermagem deve se envolver em pesquisas acerca do tema de modo a embasar sua colaboração na discussão e formulação de políticas.

A incorporação de tecnologias como telemedicina, tecnologias de comunicação à distância, videoconferências, envio de fotos por meio digital à área da saúde, por exemplo, já vem proporcionando uma maior agilidade no atendimento a pacientes, principalmente àqueles que habitam áreas rurais ou onde o acesso à

mão-de-obra especializada é difícil (DINSDALE, 2002). Esses avanços, segundo o autor, introduzem uma nova dinâmica de trabalho, de interações e levam a uma reformulação e rearranjo das práticas de enfermagem.

Para **E1**, a assistência à saúde em 2025 será muito distinta do que é hoje em decorrência do envelhecimento populacional e do grande desenvolvimento tecnológico que se espera (conclusão do projeto genoma, células tronco, etc.) e pela circulação da informação entre os usuários. Essa expectativa é confirmada por **E3**, que afirma que a informação será a grande revolução e cita o exemplo da Suíça, onde já existem serviços de saúde equipados com chips que conectam a pessoa idosa no domicílio à equipe de saúde através de um sistema de imagem, som e transmissão de movimentos.

Nesse contexto, de acordo com **E1**, a autonomia dos usuários será muito maior: idosos e pessoas “empoderadas” de conhecimento poderão se auto-curar e, enquanto tiverem autonomia, tenderão a se cuidar mais – viver estilos de vida mais saudáveis, não usar tabaco e substâncias nocivas, etc. – baseados nas evidências que circularão com mais desenvoltura na sociedade da informação.

Para **E3**, serão construídas novas tecnologias que promovam o melhor viver e novos modos de viver com solidariedade, compaixão, respeito aos direitos do cidadão, e autonomia dos sujeitos. De acordo com Rodger (2004), as nações do mundo, os grupos e indivíduos mais aptos a criar e acessar conhecimento e tecnologia parecem ter uma influência crescente sobre os destinos do mundo no século XXI, num cenário de alta complexidade, rápidas mudanças e descobertas.

Esse novo cenário demanda líderes globais preparados para agir em tal contexto e antevendo e se adaptando-se às transformações. Assim, os futuros atores a exercerem papéis de liderança na enfermagem deverão navegar facilmente

no turbulento ambiente da atenção à saúde, com usuários mais bem informados, num contexto de crescente globalização econômica e cultural, de crescentes avanços tecnológicos, tornando a liderança em enfermagem uma tarefa complexa e desafiadora, requerendo conhecimento, excelentes habilidades de refletir criticamente e excepcional capacidade de se relacionar (RODGER, 2004).

A enfermagem precisará se redesenhar e se reinventar em todos os campos da prática e deverá examinar constantemente como vem enfrentando o presente e como projetou o seu futuro. Na sociedade da informação, a enfermagem precisará estar sempre um passo à frente, incorporando rapidamente as descobertas científicas ao seu corpo de conhecimentos e ao seu fazer cotidiano. Mais do que isso, deve atuar na discussão e formulação de políticas que busquem limitar a influência dos determinantes sociais no acesso à informação e às novas tecnologias, fundamentadas na ética do viver em sociedade.

4.1.6 O envelhecimento populacional e a atuação da Enfermagem

O envelhecimento populacional é um fenômeno inegável e vem alcançando grandes proporções numa velocidade acelerada no Brasil. Nesse contexto, as políticas de saúde influenciam decisivamente as condições em que esse processo se dará e definem a capacidade de um país para se preparar para os desafios com os quais a sociedade irá se deparar em 2025.

Segundo **E3**, os desafios para o Brasil em 2025, em decorrência do envelhecimento populacional acelerado, serão de toda ordem: de saúde, de condição econômica, de convívio social, etc.

De acordo com Marziale (2003), o acelerado processo de envelhecimento populacional brasileiro vem recebendo interesse crescente dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais, das universidades e da sociedade em geral. O estatuto do idoso é visto pelo autor como importante demonstração de “boa vontade” política frente aos problemas enfrentados pela população idosa.

Para **E5**, o principal desafio para a sociedade em 2025 será a inexistência de uma política bem definida em relação ao envelhecimento populacional: só agora o país começa a despertar para um processo de elaboração de políticas, de estratégias de vigilância à saúde desse grupo etário, principalmente em relação às doenças crônico-degenerativas que lhe são peculiares e, na velocidade em que essas políticas vêm sendo formuladas, elas serão insuficientes. Tendo em vista o Estatuto do Idoso, é possível ver alguns movimentos, segundo os dados da entrevista, na direção de políticas dirigidas aos portadores de doenças crônico-degenerativas, mas falta uma abordagem integral do problema, ao se considerar o envelhecimento como uma questão que deve ser trabalhada desde a juventude, com políticas de prevenção e promoção da saúde que vão se traduzir em melhor qualidade de vida na terceira idade.

E4 acredita que a criação de políticas públicas para enfrentar esse envelhecimento não é, ainda, uma prioridade na agenda do governo, da sociedade, dos formadores de opinião. A ampliação da longevidade também irá acarretar problemas no campo da seguridade social, pela própria diminuição da população economicamente ativa, da governabilidade sobre os problemas. Para **E3**, a longevidade precisa ser acompanhada de qualidade de vida, de prazer, de dignidade, de justiça social.

A constituinte de 1988, segundo **E4**, traz uma mudança de paradigma importante: adota-se o paradigma da seguridade social, da distribuição de renda, da garantia dos direitos de assistência social, saúde e previdência, para toda a população de idosos, numa realidade de estado mínimo e pressão da mídia, dos formadores de opinião e das forças políticas para a sociedade civil, no executivo, no legislativo e no judiciário, no sentido contrário ao que está na constituição. Isso constitui, de acordo com os dados da entrevista, uma contradição entre o que se tem de definição legal e o que se tem de possibilidades concretas. Essa análise mais macro rebate no micro, na residência, nos grupos sociais, nas igrejas, na vida dos idosos.

Na Inglaterra, que vem enfrentando recentemente um novo processo de envelhecimento de sua população, num ritmo acelerado e com grande aumento no número de pessoas vivendo com condições crônicas de saúde, o governo está alerta a essa situação e às demandas e impactos que ela terá sobre o sistema de saúde, procurando amenizá-los por meio de políticas e estabelecendo tal situação como prioridade para os próximos 4 anos (FLETCHER, 2006). No entanto, aos olhos do grande público e dos políticos, o que “faz vista” são os atendimentos emergenciais, os episódios agudos de cuidado.

A OMS (WHO, 2002) afirma que o paradigma do cuidado agudo à saúde não é mais adequado para as mudanças dos problemas de saúde dos nossos dias e que não podemos mais basear nossas ações em um modelo baseado em cuidados agudos para manejar adequadamente as condições crônicas.

Fletcher (2006) afirma que muito ainda pode e deve ser feito no cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas, chamando a atenção para o grande número dessas pessoas ocupando leitos hospitalares. Há um reconhecimento da

importância de se manter as pessoas saudáveis por mais tempo, vivendo normalmente com doenças crônicas e com ênfase no auto-cuidado. Para o autor, os profissionais da atenção primária que por anos têm sido os responsáveis pelo manejo de diversas doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias, deveriam ser os responsáveis pelo manejo e planejamento nessa área.

Assim, o manejo adequado do envelhecimento populacional exige uma mudança de paradigma, nos modos de se produzir saúde nas sociedades, na compreensão dos determinantes do processo saúde/doença, não apenas entre os formuladores de políticas e formadores de opinião, como também pelos profissionais e na sociedade em geral.

Segundo o ICN (1999), uma boa medida da saúde de uma pessoa idosa é o seu grau de autonomia em um dado contexto social. Se social e intelectualmente ativa, a pessoa pode ser considerada saudável mesmo na presença de uma doença crônica. Cuidado à saúde de uma pessoa idosa envolve ajudá-la a manter-se autônoma, promover seu bem-estar, prover cuidados durante doenças agudas e de longa duração e carinho e cuidado no momento da morte. Isso implica um maior número e adequação de serviços de saúde, principalmente, aqueles de promoção da saúde, prevenção de agravos à saúde, reabilitação, cuidado agudo/crônico e paliativo.

Para **E6**, o idoso hoje em dia está se impondo como cidadão, adquirindo status social e vivendo com mais autonomia. Então, é necessário que haja espaços para essas pessoas, que os serviços de saúde se preparem para atender essa demanda. Os desafios são muitos, e a enfermagem não está preparada para enfrentá-los. Segundo dados da entrevista, em países denominados desenvolvidos,

há uma situação diferenciada na atenção ao idoso com a realização de atividades de lazer, com um espaço ambiental propício, etc. O desafio para o Brasil está em aprender a respeitar esse idoso e criar um ambiente adequado para que ele viva com autonomia e qualidade.

Lliffe (2006b) corrobora essa afirmação, ao afirmar que essa adaptação dos serviços à população idosa vem sendo uma preocupação da sociedade inglesa, em várias frentes e níveis de atenção com “check-up” regulares para qualquer pessoa acima de 45 anos, melhora dos salários e condições de trabalho dos enfermeiros que atuam no cuidado à pessoa idosa, etc.

Outro problema a ser enfrentado até 2025, segundo **E4**, é o da falta de assistência, de conhecimento, de tecnologias apropriadas para essa população, em termos de locomoção, de cuidado, de infraestrutura. Faltarão profissionais qualificados e oportunidade de trabalho para aquelas pessoas idosas que ainda são produtivas e que precisam ser ocupadas. Haverá a necessidade de inventar novas estratégias para a vivência do ócio criativo de modo que o idoso tenha sua vida produtiva dentro dos seus limites físicos, podendo trabalhar em casa.

Para **E4**, o Brasil ainda não está preparado para este cenário de inversão da pirâmide populacional, pois se acostumou a ser um país de jovens. Os desafios seriam vencer os preconceitos contra os velhos; fazer cumprir o Estatuto do Idoso tanto através da sua divulgação como investindo no preparo de estruturas físicas, ambientes, entrada nos ônibus para os idosos, etc.

Segundo **E4**, será necessário investir em políticas públicas que assegurem condições adequadas de moradia com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, para o idoso dependente de cuidados e que, por motivos diversos, foi afastado do convívio familiar e não

possui condições financeiras de se manter. Então, um desafio para a enfermagem é ser propositiva, ter força política para fazer uma grande aliança com essa população humilde e conseguir políticas públicas para que ela possa ter casa para ficar, assistência de profissionais, acesso aos medicamentos de que precisa, alimentação adequada, etc.

No Japão, onde o envelhecimento da população trouxe uma enorme tensão para os sistemas de saúde e assistência social, várias iniciativas políticas têm sido implementadas no sentido de cuidar do idoso, atuando principalmente na promoção e prevenção, e tem sido feito um esforço para a melhora das condições de trabalho da enfermagem e melhora do seu nível educacional, investindo principalmente no desenvolvimento de suas habilidades para o cuidado no domicílio e nas comunidades. Além disso, por haver cada vez menos pessoas de uma mesma família vivendo próximas, dificultando a disponibilidade de um cuidador da família para o idoso, foi criada uma categoria profissional de “ajudadores domiciliares”, que realizam visitas e cuidados básicos no domicílio (PRIMONO, 2000).

A enfermagem no Japão vem respondendo a esses desafios através de seu envolvimento nas decisões políticas e na melhora do nível educacional de enfermeiros e de serviços para os idosos, provendo serviços nas comunidades através de suporte no domicílio (PRIMONO, 2000).

Para Shaver (2005), a enfermagem, num esforço intersetorial e multiprofissional, está bem posicionada para promover a criação de sistemas de saúde que previnam e gerenciem adequadamente doenças crônicas e sejam integrados com cuidados agudos à saúde, ajudando as pessoas a manter sua autonomia num contexto de envelhecimento, investindo no auto-cuidado e no cuidado proporcionado pela família. Afirma, ainda, que é necessário políticas e

alocação de recursos que promovam sistemas de cuidado com um rebalanceamento do cuidado hospital centrado e curativo para o cuidado centrado no domicílio e na comunidade, com promoção da saúde.

Na sociedade japonesa, onde a saúde é vista como um importante bem, o envelhecimento da população tem culminado na reconstrução de uma cultura do cuidado. A compaixão pelo pobre, pelo velho e pelo deficiente será crucial, de acordo com Primono (2000), para realçar o cuidado como um valor cultural.

Segundo **E2**, o envelhecimento populacional acelerado denota condições melhores de vida, mas essa distribuição ainda é muito desigual. O problema, para **E2**, não está no envelhecimento em si, mas na desigualdade de qualidade de vida, em decorrência da própria inserção do sujeito na sociedade.

Para **E2**, a saúde é um processo socialmente determinado, numa relação direta com a qualidade de vida e, tal como a infância e a adolescência, o envelhecimento também é um fenômeno social. Portanto, os desafios serão distintos para as classes e grupos sociais, e o contingente mais privilegiado socialmente conquistará, muito provavelmente, facilidades como condições de moradia e lazer adequadas, provavelmente algo similar ao que já vem acontecendo no Japão, como edifícios com apartamentos independentes que contam com um corpo de enfermeiras e médicos para atender as pessoas idosas e sadias que lá residem.

Contudo, segundo **E2**, o principal problema será para as populações que não terão esse benefício. A extrema desigualdade social e econômica é o que deve ser enfrentado, assumindo as pessoas de forma equânime, já que alguns precisarão de mais recursos do que outros. Deve haver um esforço para canalizar recursos públicos de modo a diminuir o “gap” entre as classes sociais até 2025. Se isso não ocorrer, o envelhecimento também ocorrerá de forma desigual e muitos não

chegarão a idades mais avançadas nas classes mais desfavorecidas. É preciso exercitar melhor a ética de ser em sociedade ou não haverá vida com qualidade para ninguém em 2025.

O objetivo do cuidado de enfermagem é assistir pessoas idosas contribuindo para que ela consiga o melhor grau de “saúde” possível, bem-estar e qualidade de vida de acordo com os valores e desejos daqueles que recebem o cuidado. O cuidado à pessoa idosa é cada vez mais reconhecido como um âmbito de atuação da enfermagem, requerendo conhecimentos profissionais específicos, habilidades e estrutura de carreira.

Segundo o ICN (1999), a enfermagem tem desenvolvido e melhorado a continuidade e coordenação do cuidado durante a hospitalização e facilitado o planejamento da alta, muitas vezes através da responsabilização de um profissional por cada caso, acompanhando o paciente em repetidas hospitalizações ou assistindo e coordenando o cuidado no domicílio. O impacto do envelhecimento da população sobre as práticas da enfermagem aponta que deverá manter-se o nível de competência para planejar e administrar um cuidado de qualidade, delegar tarefas e avaliar os serviços providos. Os enfermeiros também deverão se posicionar frente à crescente violência sofrida pelos idosos, assim como desenvolver e fortalecer parâmetros éticos para a prática da enfermagem. Enfermeiros e suas associações de classe têm o potencial de influenciar amplos debates acerca do envelhecimento global, os determinantes da saúde e o impacto no contexto social.

Assim, num contexto de aceleradas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais em resposta às demandas e necessidades da sociedade e da própria acumulação de novos conhecimentos, o envelhecimento populacional acelerado e o novo e heterogêneo perfil epidemiológico demandam respostas dos

serviços de saúde, e a enfermagem tem responsabilidade inegável no cuidado com a vida e a saúde das pessoas.

criar um novo futuro requererá deixar aspectos do passado e concentrar-se no contexto da prática atual. A menos que se mudem as bases filosóficas para o empoderamento das enfermeiras e das comunidades na busca de saúde para todos, as mudanças requeridas não serão possíveis (SOTO & MANFREDI, 1997, p.6).

Cabe a todos se perguntarem, segundo Soto & Manfredi (1997): como a enfermagem está contribuindo para a saúde das nações? Qual é o enfoque que a enfermagem tem sobre a saúde? Pretende resolver problemas de hoje com paradigmas e contribuições do passado? O futuro deve abarcar diferentes paradigmas permitindo o intercâmbio e a riqueza que diversas vozes podem trazer.

Em documento de 1997, o RCN – Royal College of Nursing da Grã-Bretanha já relatava a experiência de se trabalhar com a previsão de cenários futuros para a enfermagem, num processo coletivo em que enfermeiras eram convidadas a discutir e pensar acerca de grandes mudanças que tinham afetado a enfermagem e o cuidado à saúde nas últimas duas décadas e, a partir daí, pensar em quais poderiam ter sido previstos, o que poderia acontecer no futuro e que afetará a enfermagem e como elas gostariam que o futuro fosse, abordando diversas categorias para a composição de um cenário futuro desejado (POULTON et al., 1997).

Para **E5**, falta uma teoria de base para formular um projeto no qual a enfermagem se situe como uma profissão com possibilidades de contribuir decisivamente, de liderar um processo do qual tem um conhecimento, mesmo que precário, à frente de outros grupos de trabalhadores que também têm em vista os idosos. A enfermagem terá que dar um salto qualitativo, pois o cenário futuro será de

uma população cada vez mais exigente, com novas necessidades, aliado à complexidade da sociedade.

Para **E1**, não tem havido um movimento antecipatório da saúde que ainda adota uma postura reativa, como confirmado por **E2**, para quem a enfermagem ainda não é uma ciência com uma visão antecipatória, mas já vem fazendo algo a respeito do envelhecimento esperado, num movimento de reconhecer as necessidades diferenciadas, de enxergar as vulnerabilidades dos grupos sociais.

A enfermagem precisará examinar o seu futuro no que se refere à atenção à saúde e à formação de recursos humanos. Para isso, deve levar em conta o contexto social de cada país e as transições demográficas e epidemiológicas, o envelhecimento das populações e a prevalência de doenças crônicas em um contexto de restrições financeiras.

4.2 Organização Política da Enfermagem: as entidades associativas e regulamentadoras

Analisar a atuação das organizações que representam a Enfermagem no cenário brasileiro é importante para compreender a participação que estas tiveram e têm no delineamento que a Enfermagem possui e, a partir disso, identificar qual poderá ser a contribuição dessas entidades na definição dos caminhos que guiarão a profissão no futuro.

A análise da legislação que regulamenta a educação e o exercício profissional da Enfermagem nas categorias que a compõem, assim como o contexto e as motivações para a sua criação, também foi importante para que se pudesse

identificar as contradições, os desafios e as possibilidades para a construção de um conjunto de leis e normas mais adequadas às necessidades da Enfermagem e da população brasileira. As normas de regulamentação da profissão, definidas por leis, resoluções e programas oficiais vigentes, traduzem, no cotidiano, as determinações das políticas públicas oriundas das áreas econômicas, de ensino, de trabalho, de saúde e de enfermagem, e determinam o espaço de intervenção e qualificação de suas práticas.

A primeira entidade a representar formalmente a Enfermagem brasileira foi a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas – ANED, que posteriormente viria a se chamar Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas – ABED, e hoje Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn (BARREIRA et al., 2001).

A história da Enfermagem Brasileira se confunde com a da ABEn, principalmente na legislação de Enfermagem, na criação da Revista Brasileira de Enfermagem e dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, além da luta política por melhores condições de saúde no Brasil (COCCO & MONTEIRO, 2001). Esse processo também foi evidenciado por Rossi (2001), Albuquerque & Pires (2001), Oliveira & Ferraz (2001) e Barreto et al. (1997) que trazem a trajetória de lutas externas e internas da organização.

Nas lutas pela democratização da saúde e da educação no Brasil dos anos 80, a entidade teve participação ativa no processo e, a partir desse período, passou a ser reconhecida como a mais importante instância de sustentação na condução estratégica da formação e qualificação da força de trabalho em enfermagem para a consolidação do SUS, propondo integrar os seus três níveis de ensino (médio, graduação e pós-graduação) com o mundo do trabalho (GERMANO, 2003).

A legislação pertinente à área de Enfermagem foi discutida pela Associação Brasileira de Enfermagem desde sua criação, em 1926, que teve grande contribuição no estudo, discussão e aprovação das leis e demais atos normativos que impactam a Enfermagem brasileira (COCCO & MONTEIRO, 2001).

Essa contribuição da ABEn, segundo Oguisso (2004), foi de grande impacto no caso do ensino médio, especialmente na criação dos cursos para formação de auxiliares de enfermagem, na década de 40, e dos técnicos de enfermagem, na década de 60.

No entanto, a legislação sobre a educação e o exercício dos profissionais, conforme Dantas & Aguillar (1999), nem sempre vem estabelecer condições para o exercício de uma prática mais qualificada, sendo criada, muitas vezes, devido à necessidade de se regulamentar uma situação já consolidada na realidade de saúde do país.

As circunstâncias que determinaram a inclusão do curso de auxiliar de enfermagem na Lei nº. 775/49, por exemplo, envolveram um jogo de forças entre agentes internos e externos à profissão que resultou na solicitação ao Governo, por parte da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (atual ABEn), de uma lei que alterasse o sistema de ensino de enfermagem de modo a regulamentar a categoria de auxiliar de enfermagem que já existia informalmente (SANTOS et al., 2002). Dessa forma, naquela época, buscava-se contribuir para resolver o problema da escassez de pessoal capacitado para o trabalho de enfermagem, tentando, de acordo com Santos et al. (2002), não abrir mão da excelência na formação e não perder espaços anteriormente conquistados. Isso evidencia a atitude reativa da Enfermagem, naquela época, e uma ausência de planejamento para atuar frente a

situações que impactam significativamente a sua prática social e a sua participação na atenção à saúde da população.

Em 1986, reconhecendo o grande contingente de força de trabalho sem qualificação específica atuando na área da saúde, foi aprovada a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986) que vem regulamentar essa situação, dando 10 anos aos serviços de saúde para realizarem a formação de todo o pessoal de nível elementar que exercesse atividades de enfermagem. A Lei reconhece como profissionais de enfermagem as categorias auxiliar, técnica e enfermeira. Isso mostra o potencial e as possibilidades de realização de um preparo adequado de sua força de trabalho quando se analisa suas tendências e formula políticas de ensino tendo em vista um objetivo tangível. Evidencia, ainda, o compromisso da profissão com a melhora nas condições de assistência à saúde da população, através da qualificação profissional, numa demonstração de força da categoria e de sua organização associativa frente aos princípios capitalistas que ainda orientam o trabalho em saúde, como a utilização de mão-de-obra barata em detrimento da qualidade da atenção.

A ABEn vem enfrentando, nos últimos anos, importantes desafios que comprometem fortemente a sua histórica atuação no País.

Silva et al. (2002), a partir de análise das representações de enfermeiros membros das instâncias diretoras da ABEn acerca da entidade, evidenciam a percepção de uma ABEn nacional desarticulada de suas instâncias regionais e a necessidade de uma resistência/manutenção das ABEns locais e de um movimento de conscientização dos enfermeiros, buscando maior adesão destes ao órgão e maior participação dos associados. Esses sujeitos acreditam que tal enfraquecimento dos espaços coletivos que leva à descaracterização das categorias

da enfermagem é um reflexo das transformações que se observam no mundo do trabalho, onde, diante da globalização, se instituem políticas de recorte neoliberal que valorizam as especializações, o individualismo, e ocorre, assim, a intensificação do ritmo de trabalho, não havendo tempo para os compromissos de caráter voluntário e o engajamento nas lutas políticas. Os autores acreditam que a ABEn deverá atuar na vanguarda dos movimentos sociais e ter clareza de sua finalidade, de modo a criar estratégias adequadas que gerem uma maior mobilização dos enfermeiros nas lutas coletivas da categoria.

Para **E2**, será necessário um esforço para que a Enfermagem brasileira compreenda a ABEn como a associação que tem se preocupado com a formação de uma profissão mais consciente ética e politicamente e, a partir disso, fortalecer a entidade através de contribuição intelectual, como membro, contribuindo para fortalecer as diretrizes e as políticas que a ABEn tem adotado. Segundo **E2**, a Associação encontra-se em crise e é necessário gerar um compromisso com a entidade desde a educação em Enfermagem, gerando uma visão mais reflexiva dos alunos, menos alienada dos processos que envolvem a Enfermagem brasileira. Isso é demonstrado por Sanna & Santos (2003) que, ao buscarem caracterizar os egressos de um curso de graduação em enfermagem, concluem que a adesão voluntária às entidades de classe é muito baixa entre os recém enfermeiros, que não percebem a importância dessa associação.

E5 acredita que essa crise seja a mais forte jamais vivenciada pela ABEn nos seus 80 anos de existência. Apesar de ter, hoje, assento no Conselho Nacional de Saúde, de participar da federação de instituições, de entidades preocupadas com a questão da educação, a ABEn está enfraquecida, com número muito baixo de sócios e pouca penetração em lideranças e processos, o que seria a grande

expectativa. Para **E5**, a Associação e as escolas líderes no país têm, entre as entidades e instituições, certa responsabilidade na condução da visibilidade ou da perspectiva de 2025, dando direcionalidade temática, científica e política à enfermagem. De acordo com os dados da entrevista, a saída seria fortalecer a Associação, trabalhando rapidamente num processo de reestruturação e reorganização do seu processo político para que a enfermagem, cujo futuro para este é uma incógnita, possa ter, em 2025, uma atuação mais reconhecida e valorizada em relação aos demais profissionais e com mais visibilidade junto à sociedade.

Em estudo sobre a participação da enfermagem em suas entidades organizativas, Budó et al. (2001), concordando com essa análise, enfatizam que os enfermeiros, no Brasil, têm tido uma participação limitada nas questões relativas à profissão e ao próprio processo social, político e econômico do país, sendo uma das razões a própria concepção que orienta a prática profissional que reforça uma visão acrítica e fragmentada do caráter social e político de suas ações. Os autores puderam concluir que a maior parte dos enfermeiros, seja no serviço ou na docência, no sistema público ou privado, têm apenas uma participação simbólica nas Entidades (ABEn, COFEN e sindicatos), sem qualquer participação nas decisões das mesmas. Segundo os autores, *“a capacidade para a participação não é simples ...não se adquire na sala de aula, mas numa práxis, que combina prática, técnica, criação e teoria colocando-se ao serviço da luta pelos objetivos de uma categoria”*. (BUDÓ et al., 2001, p. 246).

Outro desafio enfrentado quando se aborda a questão da organização política da Enfermagem Brasileira, é a articulação entre as diversas entidades que assumem sua representação no Brasil.

De acordo com Oliveira & Ferraz (2001), a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, como entidade de caráter científico, social, político e cultural; o Sistema COFEN/CORENs, como órgãos normatizadores e fiscalizadores do exercício profissional da Enfermagem; e os sindicatos, como órgãos defensores dos direitos trabalhistas dos profissionais da área, são entidades que deveriam se completar num trabalho articulado para fortalecer o crescimento da enfermagem brasileira e das instituições de saúde no país.

O Ministério da Saúde, na forma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, e o Ministério da Educação e Cultura, legislam sobre o modelo de assistência à saúde e sobre a educação na área, repercutindo na prática dos profissionais.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Juntos, eles formam o Sistema COFEN/CORENs. Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, o COFEN existe pra normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

No entanto, segundo Oliveira & Ferraz (2001), a desarticulação entre ABEn e COFEN é tamanha que inviabiliza qualquer trabalho de parceria e dificulta o posicionamento e apoio dessas entidades às necessidades da Enfermagem, aos enfermeiros nos seus locais de trabalho e à pesquisa.

Silva et al. (2002) evidenciaram, em seu estudo, que a ABEN era vista como uma entidade de classe que lutava pelo reconhecimento da Enfermagem, congregação da categoria e representatividade junto aos órgãos governamentais e que deixou de ser o único órgão de representação da categoria para ser uma

entidade de classe com atividades de educação, de caráter social, inclusive com papel na formulação e defesa de propostas de construção e intervenção nas políticas de ensino e de saúde no País. A ABEn, no ideário dos sujeitos daquela pesquisa, deveria tornar-se o único órgão representativo da categoria de enfermagem, com capacidade de ocupar-se da qualificação profissional, desenvolver atividades de projeção profissional, prestígio, credibilidade e captação de recursos para a sua própria manutenção. Segundo os autores, essa idealização do futuro da entidade como instituição total, pode estar vinculada *“a uma situação de grande risco e conflito vivida no presente com outro órgão de classe, que vem adotando ações e práticas anti-éticas que fogem totalmente ao ideário profissional e humano”* (SILVA et al., 2002, p.403).

Para **E5**, o Sistema COFEN/CORENs encontra-se em crise há vários anos, comprometendo sua legitimidade social, gerando não apenas uma não-resolução de problemas relacionados ao exercício profissional da enfermagem, mas criando mais dificuldades ao extravasar a própria lei do exercício e gerar embates corporativos, ocorrendo um distanciamento propriamente dito da prática da enfermagem.

De acordo com **E2**, a preocupação não deve ser apenas com a enfermagem, mas com o desenvolvimento de uma consciência política, ética e crítica de toda a sociedade. A enfermagem vem vivenciando nos últimos anos, conforme os dados da entrevista, uma situação bastante difícil, uma vez que a entidade responsável pela fiscalização do exercício profissional dos trabalhadores de enfermagem encontra-se em poder de pessoas de idoneidade moral duvidosa (e de alguns ingênuos também) e cuja destituição, em decorrência de um sistema de votação indireta e de ameaças efetuadas contra possíveis candidatos, torna-se

praticamente impossível. Essa situação finda por ensinar aos jovens enfermeiros valores morais e uma noção de ética deturpada. **E2** acredita que o desafio da Enfermagem é “passar a limpo” essa situação, não até 2025, mas nos 3 próximos anos, de modo a recobrar a legitimidade social da profissão.

Assim, a instabilidade nas relações COFEN-COREN / ABEn é vista como um fator que influencia negativamente o cenário atual e futuro.

Para **E5**, o processo organizativo da Enfermagem encontra-se esfacelado: os sindicatos estão enfraquecidos, sem penetração, sem capacidade de intervir nos locais de trabalho, nas relações trabalhistas, constituindo, assim, um problema para o futuro, já que as demandas e necessidades dos trabalhadores de enfermagem não serão atendidas.

É preciso evoluir de uma participação imposta que se restringe quase que exclusivamente ao pagamento da anuidade obrigatória do COREN para uma participação voluntária e espontânea, relacionada a agrupamentos por objetivos, necessidades e metas comuns (BUDÓ et al., 2001). Os autores ressaltam como principais entraves à participação dos enfermeiros, segundo a percepção dos próprios, questões como a falta de tempo e os aspectos financeiros, além da falta de credibilidade nas instituições. Para os autores, é possível que a pluralidade de entidades organizativas da Enfermagem contribua para fragmentar e, conseqüentemente, enfraquecer ainda mais as lutas da categoria. Percebem, ainda, que os enfermeiros desejam tomar parte no constante processo de tomada de decisões da categoria e não somente nas eleições periódicas quando se definem os representantes da categoria.

Assim, de modo a estar preparada para os desafios que se colocam a todo momento num mundo que se encontra em constante transformação, a enfermagem

brasileira precisa se mobilizar em torno do fortalecimento das suas entidades representativas e regulamentadoras, desalienando-se e posicionando-se frente às diversas questões que envolvem a sua prática e o futuro da profissão e da saúde da população brasileira. A enfermagem deve, ainda, exercitar sua capacidade de atuar de forma propositiva, permitindo a devida preparação para trabalhar de acordo com os princípios do SUS, incluindo como desafio o envelhecimento populacional.

Segundo **E4**, vem ocorrendo um crescimento da organização, com a formação de grupos de interesse nos serviços, nas escolas, através da associação de enfermeiros a sociedades de geriatria, de gerontologia, sociedades de especialistas de enfermagem em geronto-geriatria, etc. Esse movimento evidencia uma preparação técnico-científica e política, cidadã, uma organização política dos profissionais, fundamental para que se possa ter um protagonismo maior no campo de captação de recursos, de formulação de políticas. De acordo com **E4**, se não houver uma política governamental, a Enfermagem ficará de mãos atadas, não haverá uma interlocução com os tomadores de decisão e aqueles que decidem a alocação de recursos financeiros.

Conforme **E4**, grupos que trabalham na área da enfermagem geriátrica e gerontológica têm se aproximado da ABEn, participando e realizando eventos em parceria com a associação. Assim, o papel da ABEn é, para **E4**, dar continuidade ao trabalho que vem realizando e voltar sua atenção para esta parcela da população, se organizando, juntando forças aos movimentos sociais e ao controle social do SUS, buscando ampliar o seu protagonismo, buscando ser pró-ativa, procurando influenciar na formulação de políticas públicas em consonância com as necessidades do país e para as pessoas idosas. A ABEn e a enfermagem brasileira não podem atuar apenas na implementação e execução de políticas, precisam

também aumentar sua participação na formulação de políticas públicas, nas instâncias onde as decisões são tomadas e se qualificar para assumir esse desafio.

Para **E4**, cabe à ABEn o papel de levar às autoridades as demandas que ela identifica dentro da realidade em que ela está inserida, da realidade do país, ser propositiva. Deve, ainda, de modo a estar preparada para 2025, aumentar a sua força política, ampliar a sua capacidade organizativa de modo a obter maior visibilidade e tornar-se referência na área.

De acordo com **E6**, o Sistema COFEN/CORENs não possui políticas, ações ou mesmo propostas específicas no que concerne ao idoso e ao envelhecimento da população brasileira, possivelmente por não ter ainda se sensibilizado para a relevância e dimensão do tema. No entanto, segundo o mesmo, já vêm acontecendo ações de alguns conselhos regionais ligadas à questão, como a fiscalização de asilos e casas de idosos, o preparo de pessoal de enfermagem para o trabalho nesses serviços e discussões acerca da necessidade ou não de acompanhamento contínuo de uma equipe de saúde.

E6 também chama a atenção para a rediscussão do papel fiscalizador “policialesco” dos conselhos que vem ocorrendo recentemente ao procurar discutir e ajudar os profissionais de enfermagem no planejamento de suas atividades, buscando uma melhor assistência através de discussões sobre dimensionamento de pessoal e sistematização de assistência. Nessa perspectiva, tem sido focado pelo COFEN, segundo **E6**, o trabalho e ensino na área do idoso, por meio da divulgação pela entidade de cursos de especialização numa parceria entre universidades e COFEN, que reconhece a importância do tema e percebe a insuficiência dos currículos de enfermagem nesse aspecto.

E6 acredita que o COFEN, assim como os serviços e a comunidade em

geral, terá que direcionar sua atenção para a questão do envelhecimento populacional e que se isso não ocorrer logo, a Enfermagem será “levada a reboque”.

Para **E4**, em 2025, precisará haver uma regulação dos novos campos de atuação profissional, para cuidar dessa faixa etária da população.

Para **E1**, a política nacional de saúde deverá seguir articulando o momento da educação profissional com a dinâmica do mercado laboral em saúde, evitando que se forme uma brecha muito grande, e tendo posição mais pró-ativa e antecipatória do que meramente a de responder aos estímulos de mercado quando eles passam a existir.

Para Albuquerque & Pires (2001), as conquistas e retrocessos dependerão da nossa capacidade coletiva de construir uma profissão competente tecnicamente, com intervenções críticas e criativas e, principalmente, reconhecida socialmente como aliada da maioria da população na defesa do direito à saúde.

A análise aponta uma situação crítica, nesse momento, da organização política da Enfermagem, comprometendo a participação da categoria no planejamento e na execução das políticas na área do envelhecimento populacional brasileiro.

Essas considerações reforçam a necessidade de se continuar a discussão e reflexão sobre a prática profissional da Enfermagem a fim de compreender as transformações que vêm ocorrendo e de planejar e propor mudanças necessárias para a melhoria da prática e do cuidado à saúde da população em geral e do idoso em particular.

4.3 Educação de Enfermagem

Tendo em vista o papel que cabe à educação de Enfermagem na definição do perfil dos profissionais de enfermagem que poderão influenciar na definição de políticas sociais relacionadas ao envelhecimento, na definição do modelo de atenção que regerá a saúde e na determinação da orientação que as práticas na área da saúde direcionadas ao idoso terão, a análise dos rumos que se tem tomado foi imprescindível para se perceber as tendências futuras.

Ao se considerar que a educação em Enfermagem reflete e incorpora processos que vêm ocorrendo no cotidiano do trabalho em saúde e que, como numa via de mão dupla, também provocam mudanças na prática, deixar de analisá-la geraria um “furo” na criação de cenários futuros para a Enfermagem. O mesmo ocorre quando relacionamos a educação às políticas na área de saúde, já que, ao empoderar pessoas com conhecimento e valores éticos, capacita-as para a participação política na sociedade, atuando não só na sua execução como na sua discussão e formulação.

4.3.1 Os processos de mudanças na educação de enfermagem: caminhos para a superação do modelo tradicional

Desde a década de 70, quando se organizava o Movimento da Reforma Sanitária, a Enfermagem brasileira vem discutindo a necessidade de reformulações no processo de formação da sua força de trabalho (REZENDE et al., 2006).

No final da década de 70 e na década de 80, quando se inicia o processo de redemocratização do país, abre-se um grande debate em torno da saúde e da educação, tendo como foco a formação da força de trabalho para o setor saúde, na qual o ensino de enfermagem se insere (GERMANO, 2003).

Inicia-se, então, uma ampla discussão entre professores, estudantes, enfermeiros dos serviços, entre outros segmentos, com vistas à construção de um projeto político pedagógico para a enfermagem, configurando um avanço político da categoria. Essa construção coletiva supera todas as mudanças ocorridas na trajetória do ensino de enfermagem, pela relevância social contida nos seus marcos conceituais, bem como pelo fato de contar com a participação efetiva dos atores envolvidos com o processo educativo em todas as instâncias da sociedade (GERMANO, 2003; FAUSTINO et al., 2003).

Simultaneamente à constituição do SUS, houve o entendimento pela enfermagem, segundo Aguiar Neto & Soares (2004), sobre a necessidade de qualificar os atendentes, uma vez que a implementação do sistema representava, além da expansão quantitativa, uma reorganização do modelo de atenção à saúde e uma melhora qualitativa dos serviços de saúde.

A Lei do Exercício profissional nº 7498/86 (BRASIL, 1986) estabeleceu a profissionalização do atendente, envolvendo a enfermagem em um plano de âmbito nacional que tinha, conforme Silva et al. (2005), o Projeto Larga Escala como seu viabilizador.

O Projeto Larga Escala - PLE, criado em 1982, foi resultado de um acordo envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social e a Organização Panamericana da Saúde – OPAS, a fim de qualificar o pessoal de nível médio e elementar empregado nos serviços básicos de saúde.

Utilizava como corpo docente os próprios profissionais da rede de serviços e garantia aos egressos a identidade profissional por meio do reconhecimento do sistema formal de ensino (ALMEIDA & SOARES, 2002).

O PLE, segundo Aguiar Neto & Soares (2004), representava uma alternativa aos tradicionais cursos profissionalizantes, buscando desenvolver uma proposta de integração entre educação e trabalho a partir de uma metodologia problematizadora.

Esse projeto funcionou em diversos centros formadores até meados dos anos 90, não tendo sido suficiente para atender à demanda de profissionalização dos atendentes. Foi então criado pelo Ministério da Saúde o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFABE, que tinha como objetivos promover a qualificação profissional em nível médio de 225.000 trabalhadores em exercício e a formação pedagógica de docentes para a educação profissional de nível técnico na área de Enfermagem, com vistas a atender às mudanças políticas, conceituais, legais e práticas embutidas na Reforma Educacional para a Educação Profissional (SILVA et al., 2005). O PROFABE trouxe, segundo as autoras, inovações importantes ao conceber a educação e a saúde como práticas que integram o sistema social, propondo uma abordagem reflexiva e crítica dos conteúdos a partir da realidade, do contexto em que as práticas de educação e saúde se desenvolvem.

De acordo com os dados da entrevista de **E4**, a política pública que criou o PROFABE foi resultado de uma luta da enfermagem pela formação e capacitação adequada de um contingente de mais de 300.000 trabalhadores, numa busca pela qualificação da assistência e melhoria da empregabilidade desses.

Nesse processo de reformulação da formação da força de trabalho da enfermagem, os cursos de graduação também propuseram mudanças nos seus programas.

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, aprovadas pelo MEC através da resolução CNE/CES nº3, de 07 de novembro de 2001, foram o produto de um movimento pela mudança na formação dos profissionais da saúde e de enfermagem que teve início com uma proposta de Currículo Mínimo de Enfermagem pela ABEn e teve a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB como norteadora (SILVA, 2005).

De acordo com as Diretrizes Curriculares, os cursos de Graduação em Enfermagem devem produzir um Projeto Político Pedagógico - PPP elaborado a partir de uma construção coletiva tendo o estudante como sujeito de sua aprendizagem e o professor como facilitador e mediador desse processo. Prevê, ainda, uma formação integral e adequada do aluno através da articulação ensino/pesquisa e extensão/assistência. A estrutura dos cursos também deve assegurar a implementação de metodologias ativas de ensino/ aprendizagem que estimulem o estudante a desenvolver uma atitude reflexiva frente à realidade social (BRASIL, 2001).

Para Ojeda et al. (2004), a atual discussão e implantação das novas Diretrizes Curriculares exige uma reflexão acerca da integração ensino/assistência. A construção de saberes e de ações interdisciplinares integrados à prática assistencial e transversalizados na formação e no exercício profissional carece de concretização, uma vez que, tanto nas universidades como nos serviços, essa construção parece se dar isoladamente. Assim, os PPP precisam envolver academia e serviços na sua construção. Nesse contexto, as autoras lançam um

questionamento importante: as atividades de contra-partida estabelecidas entre academia e serviço pressupõem interesses convergentes à construção da enfermagem e às necessidades sociais?

Um dos maiores ganhos das Diretrizes Curriculares diz respeito à integração educação/trabalho, imprescindível quando se busca a efetivação dos princípios do SUS, ao permitir a centralidade de um projeto político pedagógico para a enfermagem brasileira na realidade social, onde a excelência técnica não deve ser divorciada da relevância social das ações de saúde e do próprio ensino (GERMANO, 2003).

Schilling (2005) também enfatiza a missão social da universidade de contribuir para o desenvolvimento e qualidade de serviços prestados à sociedade e ressalta a importância da participação ativa da comunidade na qual os cursos de enfermagem realizam suas atividades.

Para Silva & Sena (2006), a relação educação/trabalho é impulsionadora das transformações no ensino que são alimentadas pela reorganização do modelo de atenção à saúde em busca da integralidade da atenção e permite a formação de profissionais contextualizados com a realidade dos serviços e com as demandas e necessidades de saúde da população.

Ao favorecer e promover uma efetiva interação entre instituições formadoras de Recursos Humanos e os próprios serviços de saúde, convergindo o ensino para a realidade do trabalho na saúde, os atores envolvidos exercitam e incorporam os princípios de equidade, da universalidade do acesso e de integralidade das ações (MENDES & MARZIALE, 2006, p.304).

Barata (2001) ressalta que os processos educativos devem ser orientados pela compreensão das características do processo de trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais. Assim, a qualidade da assistência não é algo intrínseco, dependente apenas da qualificação dos trabalhadores. Ela é, antes de tudo,

resultante da forma como o processo é organizado, motivo pelo qual os processos educativos não podem estar distanciados do próprio trabalho.

Na elaboração do PPP dos cursos da área de saúde, a criação de espaços que possibilitem o diálogo entre instituições formadoras, gestores do sistema de saúde e representantes do controle social é necessário para definir, num processo coletivo, os caminhos que a formação e, conseqüentemente, as práticas de saúde devem percorrer (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2003).

Dessa forma, pode-se perceber a indissociabilidade da educação e da prática, do cotidiano das comunidades em que os estudantes realizam suas atividades, da realidade social, uma vez que a influência que um exerce sobre o outro é contínua e dinâmica. A chamada “teoria”, nada mais é (ou deveria ser) do que um reflexo, uma elaboração a partir da realidade, com o objetivo de pensá-la e atuar sobre ela, modificando-a.

Segundo Moya & Parra (2006), não faz vinte anos que se começou a defender, na literatura científica, a idéia de que a prática profissional e as experiências dos enfermeiros são a fonte para o desenvolvimento teórico da disciplina. Os currículos de enfermagem apresentavam uma hierarquia nos níveis de conhecimento profissional, implicando uma seqüência “lógica” na aprendizagem, a partir da qual eram trabalhados primeiro os conteúdos “teóricos” para em seguida dar prosseguimento à prática. Isso também implicava uma subordinação dos níveis mais aplicados e próximos da prática em relação aos “detentores do conhecimento”. Assim, segundo os autores, há que se superar essa relação hierárquica entre conhecimento técnico e prática educativa ou cuidativa e se examinar o potencial da reflexão em ação para o aprendizado da prática do cuidado.

Nesse sentido, o currículo integrado tem sido uma proposta de união dinâmica entre ciclo básico e clínico; ensino, serviço e comunidade; prática e teoria, por meio da integração de conteúdos e da abordagem de temas transversais como ética, criatividade, cidadania, interação e trabalho em equipe (TAVARES, 2003).

Segundo Silva & Sena (2006), as escolas continuam estruturando os currículos por conteúdos e por objetivos, característica dos modelos tradicionais de ensino, sustentando um modelo de educação fragmentado, que não permite ao estudante desenvolver-se, concomitantemente, nas áreas de competência técnico-científica e político-social.

Vivemos em uma realidade universitária em que os processos de ensino, pesquisa e extensão são departamentalizados. Cada disciplina centra-se no seu foco de estudo e a interlocução entre as diferentes disciplinas inexistente ou é inexpressiva (OJEDA et al., 2004, p.437).

Emerge, portanto, a necessidade de assumir o processo ensino/aprendizagem baseado numa concepção pedagógica teórico-metodológica que busque deslocar o centralismo do professor para transferi-lo, responsabilizá-lo e ressignificá-lo no aluno.

A graduação deve proporcionar um ensino que leve os futuros enfermeiros a construir projetos de ação, produtos de um pensamento crítico, possibilitando o questionamento das práticas existentes e a proposição de novas práticas (DOMENICO, 1998). Sena & Coelho (2004) ressaltam que não basta gerar transformações apenas na educação superior em enfermagem, uma vez que a maior parte do contingente responsável pelo cuidado de Enfermagem aos usuários é constituído por pessoal de nível médio e fundamental: técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para Backes et al. (2002), a essência da formação profissional está na conscientização do indivíduo sobre seu papel como cidadão. De posse dessa

consciência crítica, o profissional poderá instrumentalizar-se para melhor concretizar sua atuação junto à comunidade.

O modelo tradicional de ensino que ainda predomina entre os docentes não favorece, de acordo com Lima & Cassiani (2000), o desenvolvimento do pensamento crítico como uma opção para a mudança do paradigma do processo ensino/aprendizagem, ao não permitir a participação ativa do estudante.

Estudo realizado por Silva & Sena (2006) permitiu evidenciar o estudante como sujeito ativo no processo ensino/aprendizagem, a partir de um movimento de transformação das estruturas acadêmicas com a construção de um Projeto Político Pedagógico baseado em referenciais críticos e reflexivos, na adoção de metodologias ativas de ensino e na ampliação e diversificação dos cenários de ensino/aprendizagem. Além disso, identificou-se correlação entre essas mudanças e o movimento de busca por uma maior participação política e inserção social dos estudantes.

A busca pela reversão dos modelos tradicionais de ensino deve iniciar-se com a definição do perfil profissional como uma construção conjunta de diversos atores: egressos, docentes, estudantes, profissionais de serviço, gestores dos serviços de saúde e membros das organizações representativas da profissão e da sociedade civil, num movimento que guie a formação e o perfil profissional orientados pelas áreas de competências (SILVA & SENA, 2006).

Mandú (2003) destaca a noção de competências como passível de formar profissionais que atuem com responsabilidade social. Lucchese & Barros (2006) constata que trabalhar competências envolve rompimento com modelos tradicionais de ensino/aprendizagem, o que nem sempre é fácil. Por isso, a formação dos docentes é essencial para planejar e implementar uma ação inovadora e

transformadora da práxis. Nenhum benefício pode advir da formação de profissionais acríticos e facilmente manipuláveis: a sociedade precisa de profissionais capazes de gerar mudanças que respondam às necessidades dos usuários.

Por outro lado, Peres & Ciampone (2006) trazem uma crítica às políticas de educação voltadas à formação de competências e sugerem que, como vem ocorrendo na América Latina, a educação orientada em competências surja para adequar os sistemas educacionais num novo conceito para a qualificação profissional e a satisfação de investidores internacionais. A lógica do mercado, apontam os autores, reivindica mão-de-obra capacitada para dar conta da dimensão tecnológica e não privilegia a formação crítico-reflexiva capaz de impactar o mercado e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo.

As mudanças que se pretendem no ensino não podem, obviamente, desconsiderar o próprio docente e suas relações com a realidade, com os estudantes e com o objeto de trabalho.

Para Chianca et al. (2004), a capacitação docente constitui uma estratégia para uma reconstrução curricular que atenda ao projeto político-pedagógico e se efetive nas salas de aula e nos cenários de prática. Para que isso ocorra, segundo Faria & Casagrande (2004), há uma necessidade urgente de revitalização da prática docente no ensino de enfermagem, formando professores mais reflexivos, capazes de refletir sobre sua própria ação cotidiana como formadores, de comprometer-se com a pesquisa, com sua formação e com seu desenvolvimento profissional.

Nesse contexto de mudança, a Fundação W. K. Kellogg, a partir do início da década de 90, financiou e apoiou projetos de instituições de ensino superior na área de saúde, que pretendiam provocar mudanças no modelo de atenção à saúde e de formação de profissionais. O Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação

dos Profissionais da Saúde: união com a comunidade, é um programa político-pedagógico que incentivou a construção de inovações na formação dos profissionais de saúde em parceria com os serviços de saúde e com a comunidade (SILVA & SENA, 2006) e que foi implantado em diversas instituições (REZENDE et al., 2006).

Sena et al. (2002), ao analisarem as concepções pedagógicas do processo de formação do enfermeiro, apontam o Projeto UNI como um desencadeador de inovações e transformações nas práticas pedagógicas, ao incentivar a adoção de metodologias ativas de ensino, a reorganização das estruturas acadêmicas e a diversificação dos cenários de ensino/aprendizagem, uma maior interação entre serviços, comunidade e academia, culminando na reconstrução do perfil profissional da enfermagem, com a incorporação do paradigma da produção social da saúde.

Segundo Silva & Sena (2003), as transformações geradas pelo Projeto UNI, no processo ensino/aprendizagem de enfermagem, não ocorreram sem conflitos e resistências ao romperem com o modelo tradicional de educação em saúde. No entanto, de forma gradual e contínua, o movimento de mudança foi ocorrendo na busca de modelos de ensino que superassem a racionalidade técnica para uma proposta crítico-reflexiva, sustentado na criação de espaços participativos e em relações horizontais, permitindo uma nova valorização na educação de enfermagem.

Para Freire et al. (2003), a reformulação de um projeto político-pedagógico numa proposta de currículo integrado e a adoção de metodologias ativas de ensino não ocorrem sem resistências, conflitos. Segundo Tavares (2003), no processo de reformulação curricular dos Cursos de Graduação de enfermagem, o confronto dos problemas cotidianos, o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e o

compartilhamento do poder são os principais desafios para a conquista de um currículo integrado.

Um aspecto primordial desse processo de transformação, segundo Silva & Sena (2003), é a sustentabilidade e continuidade das iniciativas que não podem depender de aspectos político-administrativos institucionais. Mandú (2003) destaca a importância de uma política nacional de investimentos para garantir condições que assegurem as mudanças curriculares que se fazem necessárias.

Varias polêmicas se fizeram e ainda se fazem presentes no processo de reestruturação curricular, devido à vertente conservadora na qual sempre se pautou o ensino na área de saúde, devendo os atores envolvidos no processo criarem estratégias para driblar as barreiras institucionais e também aquelas que povoam as nossas cabeças (GERMANO, 2003).

Propor mudanças exige interpretar a realidade no contexto presente, compreendendo-o historicamente, com vistas a pensar o futuro. Tal articulação requer uma compreensão histórico-social do mundo, o que na educação, e mais especificamente, na formação profissional em saúde/ enfermagem, consiste em considerar as tensões existentes entre a diversidade de interesses, subjetividades e concepções dos atores construtores de um projeto político-pedagógico (TIMOTEO & LIBERALINO, 2003, p. 359).

Assim, torna-se necessário pensar formas de flexibilizar o sistema de ensino, construindo processos que ajudem a estruturar propostas mais adaptadas às exigências do mundo moderno e de um futuro de incertezas, e que se manifeste, também, com a introdução de novos conteúdos, mas, principalmente, que venha dar sentido ao estudante como sujeito ético, capaz de pensar com criatividade, atuando positivamente sobre a realidade social. Essas transformações, contudo, não podem depender da “boa vontade” dos gestores ou de iniciativas de organismos internacionais, elas devem constituir uma política de governo, um compromisso de toda a sociedade.

Frente à evidente inadequação do modelo tradicional de formação, faz-se necessário criar estratégias que possibilitem a incorporação de mudanças aos currículos de enfermagem que estejam em consonância com as transformações ocorridas nas práticas e na sociedade, como o envelhecimento populacional. Mais do que isso, será necessária uma reorganização dos processos de ensino e de assistência à saúde, uma vez que a formação profissional repercute na prática dos serviços de saúde.

4.3.2 Compromisso social ou lógica de mercado: o que guia a formação da enfermagem?

As atividades curriculares não são isoladas das lutas econômicas, políticas e ideológicas da sociedade, e esse contexto deve ser considerado no momento da elaboração do PPP de um curso de Graduação em Enfermagem (SANTOS, 2003).

Hoje, cada vez mais, outras necessidades se colocam face às mudanças aceleradas do contexto atual, que apontam a necessidade de buscarmos outras tecnologias, novas formas de gestão do trabalho e articulações político-sociais que privilegiam um cuidar ético e humano na produção dos serviços de saúde (COLLET et al., 2000, p. 77)

Neste novo século, tem sido requerido dos órgãos formadores preparar e formar profissionais capazes de incorporar os valores inerentes ao mundo globalizado, com suas crescentes exigências (SCHERER et al., 2006). A transitoriedade e incerteza que envolvem os processos em saúde e a prestação de cuidados, assim como a diversidade e complexidade crescentes da prática, exigem a formação de profissionais críticos e reflexivos, instrumentalizados para agir nesse

cenário, se pautando em arranjos e rearranjos de seu saber e do seu fazer (LIMA & CASSIANI, 2000; BELLATO & GAÍVA, 2003; MOYA & PARRA, 2006).

Para fazer frente às exigências que se apresentam e se modificam, rapidamente, na formação dos profissionais de saúde, é necessário que haja mudanças no processo ensino/aprendizagem, tornando-o adequado à contemporaneidade, à complexidade e à imprevisibilidade, características do processo de trabalho em saúde (SILVA & SENA, 2006, p.756).

Na construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem, portanto, é necessário que se discutam as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho, no setor saúde, no país e no mundo, e que os projetos, resultado da discussão entre os diversos sujeitos envolvidos, reflitam e incorporem as necessidades dos usuários e as competências construídas pelos enfermeiros em sua prática cotidiana.

Para Timoteo e Liberalino (2003), é certo que as constantes mudanças que consubstanciam o mundo atual exigem respostas no campo do trabalho e da formação para o trabalho em saúde. Contudo, não se pode restringir, segundo os autores, a interpretação de tais exigências às mercadológicas, sob pena de tornarmos o processo de formação profissional refém da lógica economicista.

Feuerwerker & Almeida (2003) também alertam para a necessidade de se captar o contexto político em que as diretrizes curriculares foram elaboradas, pois, por mais que estas direcionem a formação em saúde para atender às orientações do sistema público de saúde, elas não escapam às tendências racionalizadoras, orientadas ao mercado e à competição.

Os preceitos capitalistas que participam fortemente da orientação do modelo de atenção à saúde e contribuem para a existência de um direcionamento mercadológico da formação estão incorporados ao pensar e ao fazer de toda a sociedade, incluindo pesquisadores, docentes e, conseqüentemente, discentes.

Gomes & Oliveira (2004), ao analisarem o momento e o processo de transição da universidade para o mercado de trabalho a partir das representações sociais de egressos, concluem que estes compreendem a universidade como um lugar distanciado da realidade profissional, evidenciando uma crença no atendimento às demandas do mercado de trabalho como objetivo da formação.

Para Barbosa et al. (2003), o paradigma da formação tradicional dos profissionais da área de saúde não atende às demandas reais da atualidade num contexto de mudanças aceleradas, e os profissionais continuam sendo formados dentro de um modelo vertical, fragmentado e compartimentado, enquanto o mercado exige um profissional que saiba trabalhar de modo transversal. Assim, a formação deve buscar preparar o futuro profissional de saúde para o mundo real, globalizado e para as exigências do mercado de trabalho, de modo que este possa *estar no páreo da concorrência do mercado de trabalho* (BARBOSA et al., 2003, p.576).

A orientação da formação e a definição do perfil profissional estão voltadas às exigências transitórias e momentâneas do mercado de trabalho (SILVA & SENA, 2006; AGUIAR NETO & SOARES, 2004), e a formação baseada nas áreas de competências tem sido incipiente para a construção de um conjunto de habilidades e atitudes que permitirá ao profissional atuar nas diversas e imprevisíveis situações do cotidiano do trabalho.

Segundo Aguiar Neto & Soares (2004), embora a educação e a qualificação profissional constituam direitos essenciais que devem continuar em nossas pautas de lutas, os obstáculos advindos do projeto neoliberal, no contexto da globalização e do modo de produção em si, falam em nome da reprodução da atual divisão social do trabalho que perpetua e garante a hegemonia do capital. A

enfermagem também tem participado na operacionalização de projetos que reiteram as políticas públicas gestadas pelo modelo neoliberal:

As escolas de Enfermagem, por sua vez, acabam por direcionar a formação dos enfermeiros, ora às exigências do mercado de trabalho (e não do “mercado dos problemas e necessidades de saúde”), ora tomando como eixo de sua formação os princípios e diretrizes do SUS,... (QUEIROZ & SALUM, 1996, p.202-3).

De acordo com Silva & Sena (2006), o processo de formação do enfermeiro deve se dar à luz da dinamicidade do contexto e de necessidades futuras, onde as demandas do mercado estejam consideradas. Estudo realizado por D’Innocenzo (2001) mostra que isso já vem sendo feito, por exemplo, na recente criação de cursos de especialização e de serviços de internação domiciliar, atendendo as novas demandas e necessidades dos usuários e do mercado de trabalho.

Conforme Germano (2003), devemos antes de tudo nos perguntar: que país queremos? Isso implica em enfrentar, por exemplo, o dilema entre preparar o estudante para competir no mercado profissional ou contribuir para mudar uma ordem político-cultural geradora de excessivas desigualdades, que trazem pobreza e sofrimento material e espiritual.

Esse questionamento se faz relevante nesse momento em que as universidades se encontram estimuladas a rever seus projetos pedagógicos, tanto pela implementação das Diretrizes Curriculares quanto pelos estímulos que os Ministérios da Educação e da Saúde estão oferecendo. Há uma necessidade de se trabalhar valores e habilidades no educando para que ele possa aprender durante toda a vida e não somente na escola. Para tanto, faz-se necessária a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber, com vistas ao desenvolvimento do “aprender a aprender”, o “aprender a ser”, o “aprender a fazer” e o “aprender a

conviver”, que constituem atributos indispensáveis à formação do enfermeiro (SCHERER et al., 2006; RIBEIRO et al., 2005). As escolas de enfermagem devem seguir uma filosofia de ensino a fim de formar profissionais capacitados para atender às demandas locais e regionais, com solidariedade, ética e cidadania.

Para Bellato & Gaíva (2003), é imprescindível a promoção da formação de enfermeiros competentes para refletirem criticamente sobre as interrogações fundamentais e dilemas éticos resultantes da pluralidade de imperativos contraditórios que se apresentam na prática cotidiana no cenário da saúde.

Ao abordar as tendências da educação de enfermagem na América Latina, a OPAS (SOTO & MANFREDI, 1997) aponta que um ponto essencial para definir o desenvolvimento futuro da enfermagem tem relação com o grau de autonomia e de iniciativa da profissão, da seleção e aproveitamento de estratégias viáveis para reorientar seu saber e seu fazer, com um compromisso social e institucional visando a equidade social de sua prática. Faz-se necessário resgatar o humanismo da profissão na sua relação com os usuários.

O cuidado, segundo Sena & Coelho (2004), constitui categoria central para a organização da educação de enfermagem, com a preparação e responsabilidade dos enfermeiros na qualidade da saúde como um direito humano de toda a população. A defesa da saúde é um imperativo ético e político de enfermagem.

As referências e parâmetros contidos nas Diretrizes Curriculares podem auxiliar as escolas de enfermagem para que, no exercício de sua autonomia, formulem e organizem seus projetos pedagógicos, criando estratégias e modos de fazer articulados às demandas políticas e sociais brasileiras e às necessidades e interesses dos locais onde se inserem, de modo a reordenar a formação da força de trabalho de enfermagem e o modelo de atenção à saúde.

A formação de profissionais de Enfermagem crítico-reflexivos, com uma atuação pautada em conceitos de ética, cidadania, justiça social e no conceito ampliado de saúde, influencia, sobretudo, a definição do cenário em que se dará o cuidado às pessoas idosas.

4.3.3 A pesquisa em Enfermagem como instrumento de transformação social

Para Castilho (2000), vivemos no setor saúde um momento de aceleradas mudanças e de incorporações tecnológicas que trazem a necessidade de reformulação de saberes e práticas. Assim, numa visão mercadológica, a sobrevivência das organizações depende da sua capacidade de adaptação e de incorporação e adequação a esses cenários em constante transformação. Inevitavelmente, a busca por resultados envolve a busca por conhecimentos, e as organizações tenderão a mobilizar-se cada vez mais para a condução desse processo, investindo recursos e criando estratégias adequadas. Nesse contexto, a educação continuada dos profissionais, de acordo com Castilho (2000), receberá cada vez mais atenção, e a pesquisa tem sido apontada como uma das ferramentas pelas quais as pessoas poderão adquirir novos conhecimentos para inseri-los no seu cotidiano de trabalho.

Essas afirmações são corroboradas por Bezerra (1998), à época presidente da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem – SOBRECEN, que afirma que, num contexto de constantes mudanças na sociedade provocadas por novos paradigmas do mundo moderno, as exigências do mercado de trabalho são de desenvolvimento permanente dos profissionais de modo que

esses adquiram conhecimentos diversificados voltados para os resultados, adequando-se a um mundo globalizado e mais competitivo.

Segundo Peres & Ciampone (2006), o que se percebe hoje é uma contradição: serviços de saúde, principalmente os privados, desejam profissionais experientes, mas não estão dispostos a investir nessa formação, salvo raras exceções. Além disso, a formação por competências deve ser analisada constantemente para não refletir apenas mais um modismo que atende a interesses de grupos específicos tanto do ensino quanto do mercado de trabalho. Os autores acreditam que as instituições empregadoras deveriam se responsabilizar pela educação permanente de seus funcionários, gerando o desenvolvimento contínuo de competências.

Conforme Castilho (2000), não é possível negar a racionalidade econômica como determinante desses investimentos, mas é possível garantir uma formação continuada consoante com princípios humanistas.

Para Backes et al. (2002), a construção de uma cultura institucional comprometida com a educação continuada é importante meta a ser atingida, assim como a formação de parcerias e núcleos de apoio ao aluno egresso, como forma de concretizar o compromisso da universidade com a educação continuada deste.

D'Innocenzo (2001) verificou, em estudo realizado em hospitais públicos, que, no que se refere às políticas de recursos humanos, as instituições desenvolviam programas de treinamento inicial e educação continuada, mas as atividades relacionadas à pesquisa que permitissem uma melhora da prática de enfermagem eram incipientes. Para o autor, a qualificação do pessoal de enfermagem e a educação continuada produzem um impacto positivo na qualidade da assistência prestada ao paciente, ao permitir-lhe evitar erros, desperdícios e re-

trabalho. Ressalta, ainda, a necessidade de enfermeiros que exercem suas funções em ambiente hospitalar continuarem a aprofundar seus estudos na área de atuação por meio de especializações.

A educação continuada para o profissional de enfermagem é, de acordo com Guedes et al. (2000), uma condição para sua atualização, sendo a pós-graduação *lato sensu* uma de suas formas, além de constituir estratégia para a aproximação do enfermeiro à pesquisa, apesar de grande parte dos egressos não a perceberem como instrumento do seu processo de trabalho.

Ao analisar a experiência de implantação de um curso de especialização em Enfermagem na modalidade "residência", Barros & Michel (2000) concluem que este pode ser um caminho para preparar enfermeiros para a prestação de uma assistência de maior qualidade, além de contribuir para o desenvolvimento de trabalhos científicos voltados para a prática profissional.

Salum & Prado (2000) destacam a possibilidade da Educação Continuada no trabalho servir como ação transformadora da prática e valorização do trabalhador de Enfermagem nas suas dimensões pessoais e profissionais.

Alguns autores tratam, hoje, do conceito mais ampliado de educação permanente, que supera o conceito de educação continuada ao envolver o componente do trabalho. A educação permanente em saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre prática e busca transformá-la.

Em estudo realizado por Assad & Viana (2005), evidenciou-se que as formas de aprendizagem desenvolvidas na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial, individual ou coletiva, combinam elementos de transformação e de reprodução do processo de trabalho, das relações e de sua

identidade profissional. Os elementos de transformação são favorecidos quando há um ambiente de trabalho agradável, adequado, e os profissionais estão satisfeitos com sua área de atuação e possuem maior autonomia. Os elementos de reprodução dizem respeito à aprendizagem através da aplicação de normas, rotinas e do senso comum, sem que o enfermeiro perceba que a situação está dominando suas ações e que ele trabalha sem planejamento, apenas resolvendo os problemas que lhe são colocados a cada dia. Assim, segundo os autores, a formação deve ser permanente, baseada na prática, num movimento prática-teoria-prática: as motivações para o aprendizado surgem dos questionamentos do cotidiano do trabalho, e esses conhecimentos são reelaborados e aplicados à resolução de situações na prática diária dos serviços.

Os desafios com os quais a Enfermagem se depara no cotidiano do seu trabalho, nos diversos ambientes em que atua, têm a pesquisa como importante instrumento para a sua resolução, ao permitir a formação contínua e adequada à realidade dos serviços, fornecendo elementos para que o enfermeiro reflita a sua prática e aja sobre ela, transformando-a.

Nesse contexto, os cursos de pós-graduação *stricto sensu* surgem na carreira acadêmica da área de Enfermagem a partir de 1972, com o Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). O primeiro programa de doutorado em Enfermagem foi criado em 1981 pelas Escolas da Universidade de São Paulo (CAMARGO & SOUZA, 2003; RIVERO DE GUTIÉRREZ et al., 2001). A criação desses cursos de pós-graduação impulsionou a produção científica na Enfermagem, que hoje é apoiada por agências federais de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico, como CAPES, CNPq e fundações estaduais de amparo à pesquisa. Na busca da consolidação e

divulgação do conhecimento produzido na área, núcleos e grupos de pesquisa têm sido criados por todo o país (CAMARGO & SOUZA, 2003).

No Brasil, de acordo com Guedes et al. (2000), apesar da pesquisa formal na área de enfermagem ter sido atrelada especialmente aos programas de pós-graduação *stricto sensu*, os programas de pós-graduação *lato sensu* têm sido de grande importância para despertar os enfermeiros para a pesquisa, principalmente aqueles que trabalham na assistência, além de gerar um retorno mais imediato para os serviços. Assim, os cursos de especialização devem reforçar a importância da pesquisa e aumentar a participação desse recurso como metodologia para o aprendizado. A pesquisa é instrumento indispensável na geração e validação de conhecimentos para a prática profissional e deve constituir, para o enfermeiro, um instrumento de trabalho.

A atividade de pesquisa é um dos compromissos sociais da enfermagem, o que demanda esforços significativos dos profissionais a fim de consolidar a trajetória iniciada há poucas décadas. Segundo Collet et al. (2000), devemos nos perguntar se a pesquisa contribui de algum modo para a prática, pois a investigação só tem sentido quando se busca contribuir para a qualificação do fazer, do cuidar.

Para Rolim et al. (2003), a pós-graduação *stricto sensu* promove uma elevação do padrão de competência do enfermeiro que o realiza, que assume uma postura mais comprometida na equipe e busca a realização de pesquisas e divulgação do conhecimento científico junto aos serviços e comunidade.

Almeida et al. (2002) atestam que o conhecimento produzido tem sido utilizado no ensino de graduação, renovando-o e atualizando-o, bem como na assistência de enfermagem e no setor saúde de forma geral, melhorando a qualidade do cuidado prestado à população. A produção de conhecimento gerada na

Pós-graduação, segundo os autores, tem contribuído para uma efetiva articulação entre universidade e sociedade. Porém, segundo Collet et al. (2000), essa articulação da pesquisa com o ensino de graduação e com os serviços de saúde, apesar de vir acontecendo em alguns espaços, ainda representa um desafio para a profissão.

Soto & Manfredi (1997) ressaltam a importância da produção de conhecimento em enfermagem tanto para a qualidade do cuidado prestado como para a construção de um corpo de conhecimentos próprio e dos rumos a serem seguidos no desenvolvimento da profissão. De acordo com León Román (2005), uma prática adquire o status de científica quando sua atuação se baseia em teorias desenvolvidas cientificamente e se aplica um método sistemático na resolução de problemas de sua área de competência.

A enfermagem, apesar de ser uma profissão jovem se considerarmos seu início com a Enfermagem Moderna, tem avançado rapidamente na perspectiva da construção de um corpo de conhecimentos próprio que a coloque em patamares de “ciência” (LOPES, 2002).

A pós-graduação *stricto sensu* em enfermagem completa 34 anos de existência em 2007 e tem possibilitado formar lideranças em pesquisa para regiões carentes do país, demonstrando o compromisso social da universidade na formação de pesquisadores para essas regiões (ALMEIDA et al., 2002). Porém, ainda há um grande déficit na formação de doutores, principalmente para as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (ALMEIDA, 1997).

Em 2001, Rivero de Gutiérrez et al. elencavam os desafios para o desenvolvimento da pós-graduação em Enfermagem no Brasil: a expansão dos programas, principalmente para regiões carentes desse tipo de ensino; o incremento

do intercâmbio internacional de docentes e alunos, por meio dos pós-doutorado e das bolsas “sanduíche”; o fortalecimento dos corpos docentes/grupos de pesquisa e da produção intelectual.

Almeida (1997) alerta para a importância do desenvolvimento de grupos/núcleos de pesquisa com intercâmbios nacionais e internacionais, pois, segundo a autora, o pesquisador isolado quase não é possível. Mesmo as instituições de fomento vêm priorizando projetos integrais, multidisciplinares, grupais, e a amplitude do conhecimento aponta nessa direção. Guariente & Zago (2006) concluíram, a partir da experiência de um núcleo de pesquisas constituído no interior de um hospital-escola público, que tais propostas inovadoras contribuem para alavancar a produção científica nos serviços, com repercussões no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

A Pós-graduação *stricto sensu*, segundo Almeida et al. (2002), vem contribuindo para a consolidação dos grupos e núcleos de pesquisa na enfermagem; definição e consolidação das linhas de pesquisa; intercâmbio nacional e internacional de conhecimento científico de enfermagem com professores e pesquisadores; maior visibilidade da profissão de enfermagem no setor saúde e na sociedade; conquista de espaço participativo nas instituições científicas e tecnológicas (CNPq, CAPES, SBPC, etc.). Para Rassool (2005), as tendências atuais sugerem que a disseminação do conhecimento em Enfermagem e a publicação de artigos em periódicos de alta qualidade levam a um maior desenvolvimento da enfermagem.

No entanto, segundo **E2**, a enfermagem é subalterna ao tipo de ciência produzida pela medicina, que é hegemônica na saúde em tudo, no Brasil: nas ações, na determinação de políticas e também de modos de pesquisar. Para ser

considerado um bom cientista, com direito a financiamento de pesquisa, é preciso se enquadrar a certo modo de produzir que tem muito pouco a ver com a enfermagem, a qual, para **E2**, é uma profissão que tem muito mais componentes do campo da humanidade que do biológico. Para a entrevistada, a ciência da enfermagem tem um tempo de maturação, de reflexão crítica, de perceber se aquilo faz parte da sua realidade e de como pode contribuir. **E2** questiona se, na lógica de produtividade, com a qual a enfermagem não rompe por não acreditar que seja uma profissão autônoma, detentora de um saber científico, o fato de se produzir muito significa melhoras substanciais na qualidade da assistência, do cuidado, uma vez que poucos serão aqueles que tomarão conhecimento daquilo que foi produzido.

Essa contradição, segundo Tavares (2003), surge no próprio processo de trabalho do docente, onde prevalece um sistema de avaliação baseado numa lógica produtivista, em que a quantidade de trabalho é estimulada em detrimento da qualidade, levando o docente ao isolamento e à competitividade.

Os dados da entrevista de **E2** indicam que a enfermagem só deveria adotar essa lógica de produção até conseguir convencer as pessoas de que a qualidade de um trabalho deve ser avaliada não em função da quantidade de vezes que você repetiu o mesmo trabalho, mas por ela mesma.

Leite et al. (2001) afirmam que é urgente a necessidade da enfermagem organizar sua produção de conhecimento tendo em vista não só o angariamento de apoio para suas pesquisas, mas, sobretudo, a consolidação de um corpo de conhecimento da Enfermagem.

Segundo **E2**, por mais que a enfermagem tenha evoluído, muito do seu conhecimento ainda é fundamentado no senso comum, mas cada vez mais se têm bases científicas que evidenciam a relevância de suas ações. Porém, essa própria

necessidade de se provar como ciência relegou a questão da competência profissional na dimensão do “saber ser” a um segundo plano. Dentre as três dimensões, o “saber saber” e o “saber fazer” foram, segundo **E2**, bem desenvolvidos nos últimos 50 anos, num movimento liderado pelos programas de pós-graduação, mas tem havido uma preocupação maior com a racionalidade científica, com o método, e menos com a preparação do ser ético-político.

Desse modo, a formação da competência ético-política do profissional de enfermagem, definidora dos saberes que ele deve mobilizar, que o faz enxergar o usuário como um ser portador de direitos ou como se estivesse fazendo caridade, não vem sendo trabalhada. A ênfase, conforme **E2**, é dada para a formação de pessoas capazes de realizar pesquisas e fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, mas essas pessoas deveriam também embasar suas ações na ética, que deve estar presente em todos os momentos: na discência, no cuidado. A entrevistada acredita que isso deva ser introduzido nos programas de mestrado e doutorado, para que os cursos de graduação recebam essas pessoas qualificadas não somente do ponto de vista metodológico-científico, mas ético-político.

Para Prado & Gelbcke (2001), a Enfermagem tem buscado a ampliação de seus estudos, demonstrando capacidade investigativa numa clara demonstração de que é uma disciplina em construção através de sua história, da produção de seu corpo de conhecimento, do discurso epistemológico da busca de novas abordagens metodológicas e da articulação com a prática assistencial. A pesquisa em enfermagem também tem deixado cada vez mais de ser uma atividade pessoal para constituir-se em um processo coletivo, através da articulação de pesquisadores nos grupos e núcleos de pesquisa. As autoras acreditam que alguns dos desafios que se

apresentam para a Enfermagem possam ser superados através do fortalecimento de lideranças que contribuam para a mudança de valores, atitudes e comportamentos, criando espaços para lograr o crescimento humano, que possibilite uma re-significação, reconhecimento e valorização do cuidado.

Se o que se deseja é realizar pesquisas que tenham, antes de tudo, um forte papel social, gerando transformações realmente relevantes para a vida e a saúde das populações, a Enfermagem precisa estabelecer prioridades de pesquisa de modo a guiar a produção do conhecimento, inclusive para a consolidação de um corpo próprio de conhecimentos.

Carvalho (2002), ao apresentar uma proposta para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem, concretizada após discussões entre grupos representantes da Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil, afirma que tal proposta favorece a abordagem às linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem frente aos órgãos de fomento à pesquisa. Além disso, o cultivo das linhas de pesquisa, segundo a autora, poderá dar outro testemunho de que a profissão de enfermagem está, por direito, a merecer a consideração de um domínio do conhecimento consagrado nos termos da atividade científica, da imaginação criadora e da construção epistemológica.

Ao se estabelecer prioridades de pesquisa em enfermagem, esforços têm sido realizados para a consolidação da capacidade de pesquisa da região e a geração de conhecimentos em assuntos críticos e estratégicos, como ocorre com o tema do envelhecimento populacional e do cuidado ao idoso e à sua família. A tarefa de definir prioridades de pesquisa, segundo Castrillón Agudelo (2004), é essencialmente uma questão social que envolve a formação de um consenso entre os interesses e percepções de diferentes atores (governo, organizações

financiadoras, comunidade científica, provedores de serviços e a comunidade) visando identificar problemas globais. Prioridades de pesquisa em enfermagem devem levar em conta necessidades individuais e coletivas em saúde, em ambientes macro ou micro sociais e traduzir o conhecimento gerado em boas práticas.

Leite et al. (2001), ao analisarem os projetos de pesquisa em Enfermagem encaminhados a uma entidade nacional de fomento à pesquisa entre 1998 e 2000, perceberam que a maioria dos projetos submetidos estavam concentrados na região Sudeste do país (76,5%), assim como a distribuição geográfica dos pesquisadores (74,5%), seguidos da região Sul, Nordeste e Centro-oeste, não havendo pesquisadores credenciados no Norte do País. Quanto às temáticas dos projetos, percebeu-se uma diversidade imensa, dificultando até mesmo a sua classificação.

Assim, Leite et al. (2001) indagam se essa é uma característica comum a áreas que ainda estão compondo o seu corpo de conhecimento ou se isso retrata um crescimento sem planejamento prévio? Surge aí uma contradição entre o desejo e criatividade do pesquisador, que, ao serem tolhidos e muito categorizados, podem impedir que novos e interessantes conhecimentos sejam desvelados e a pesquisa aplicada às necessidades já evidenciadas e que sabidamente gerarão benefício para a sociedade, como temas relacionados ao envelhecimento da população. Seria justo, num país que pouco investe em pesquisa, despender recursos públicos em projetos que não tenham uma alta e sabida aplicabilidade social?

A priorização de temas de pesquisa em Enfermagem não ocorre, como foi possível perceber, sem importantes dilemas e contradições. Se por um lado busca-se priorizar temas de pesquisa com maiores possibilidades de obter financiamento dos órgãos de fomento, por outro lado peca-se, muitas vezes, em atender as necessidades regionais e áreas emergentes do conhecimento que, por não terem

sido definidas numa articulação conjunta entre serviços, escolas e sociedade em geral, não são consideradas. Além disso, é fato que a produção científica no Brasil não se pauta prioritariamente nas questões sociais, mas no desenvolvimento tecnológico. O produzir por produzir, apenas atendendo a uma exigência da lógica de produção que guia os meios científicos no país, sem uma reflexão crítica acerca da finalidade e do retorno social da pesquisa, constitui uma perda de tempo e investimentos. Desse modo, os aspectos sociais do envelhecimento populacional pouco têm sido priorizados na pesquisa em enfermagem, constituindo um problema para os anos que virão.

4.3.4 A educação na área do envelhecimento populacional

A enfermagem brasileira tem procurado discutir as questões do contexto sociopolítico, que interferem nos setores da saúde e educação (LEONART & MENDES, 2005). Um dos desafios impostos na atualidade é o envelhecimento populacional, que ocorre de forma acelerada e exige redefinições de papéis e ações para atender a população idosa. Há uma demanda diferenciada desse contingente da população que tem características próprias, necessidades peculiares e precisa de espaço, atendimento diferenciado e, principalmente, respeito.

O envelhecimento se faz acompanhar por demandas específicas que necessitam ser reconhecidas, avaliadas e atendidas por profissionais devidamente capacitados, e a enfermagem ocupa um lugar de destaque nesse cenário. Para isso, deve estar devidamente habilitada de modo a atuar adequadamente junto a essa população. Para Diogo & Duarte (1999), a aquisição de competências necessárias

para a atenção à população idosa pela enfermagem se dá através da inserção de conteúdos gerontogeriátricos nos currículos de graduação, pós-graduação, especialização e também nos programas de educação continuada dos serviços de enfermagem já implantados.

A preocupação de formar profissionais que compreendam o processo de envelhecimento e a condição do idoso, no país, é relevante porque possibilita o exercício profissional para entender toda essa situação, podendo, ainda, afastar os estereótipos e preconceitos quanto a esse assunto e, ainda, alertar para a necessidade de traçar políticas globais de atenção à saúde do idoso (FREITAS & MENDES, 2003, p. 504).

Para **E5**, a enfermagem tem começado a discutir e pesquisar acerca da questão do envelhecimento, mas o enfoque tem sido dado à questão geriátrica, enfocando as doenças que acometem prioritariamente o idoso.

Segundo dados da entrevista **E4**, os grupos de pesquisa no campo de conhecimento referente ao envelhecimento vêm crescendo na Enfermagem, existindo um debate sobre a adequação da formação.

A Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, estabelece a inclusão da gerontologia e geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores (BRASIL, 1994).

A inclusão de temas relativos ao envelhecimento populacional nos currículos de graduação em enfermagem tem sido, de acordo com **E2**, uma preocupação cada vez mais presente.

...as questões relacionadas ao processo de envelhecimento e a velhice vêm exigindo dos profissionais de saúde conhecimento específico e adequação dos serviços de saúde, não apenas pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros, mas, também, pela ausência de programas específicos voltados à educação quanto às alterações peculiares a esse processo. Esta situação gera demanda expressiva de interesses e reflexões das questões relacionadas ao conhecimento sobre o envelhecer humano, que se inicia com a graduação, revelada pelas estratégias e técnicas reconhecidas como necessárias para esse aprendizado (FREITAS & MENDES, 2003, p.504).

A formação do enfermeiro na área do envelhecimento amplia seu campo de atuação nos mais diversos serviços e áreas e qualifica-o a prover uma atenção de qualidade ao idoso e à sua família. A implementação de conteúdos dessa natureza reflete a necessidade de se compreender esse processo e atuar sobre ele de modo propositivo.

Segundo Yamamoto & Diogo (2002), tanto o profissional de enfermagem de nível superior quanto aquele de nível médio devem ter acesso à formação específica na área gerontológica e geriátrica, partindo do pressuposto que as alterações decorrentes do envelhecimento exigem qualificação e aptidões a fim de assegurar serviços sem riscos a essa clientela.

Freitas & Mendes (2003), em estudo sobre o ensino acerca do envelhecimento e da velhice em cursos de graduação em enfermagem, concluem que os cursos pesquisados buscam despertar interesses por esse conhecimento, articulando diferentes oportunidades de estudo e prática, propiciando novas formas de integrar olhares sobre o envelhecimento e velhice, utilizando técnicas e estratégias diversificadas.

Em estudo realizado no ano de 1995, Diogo & Duarte (1999) puderam averiguar que 88% dos cursos de graduação analisados abordavam de alguma forma conteúdos relativos ao idoso ou ao envelhecimento. Porém, esta abordagem se dava de forma muito heterogênea, tanto no que concerne à carga horária, como aos temas abordados.

O ensino na área, conforme Freitas & Mendes (2003), ainda é restrito a iniciativas isoladas de professores interessados e conscientes da necessidade de discussões em sala de aula e nos campos de prática, considerando a abrangência do tema e sua importância na formação de profissionais articulados com a realidade

social. Marziale (2003) trata a questão da capacitação da força de trabalho de enfermagem em relação ao idoso como imprescindível para o atendimento adequado a esse grupo populacional. Além disso, pesquisas na Enfermagem têm evidenciado a necessidade de atuar também junto às famílias e comunidades.

Brêtas et al. (1997) acreditam que a universidade deve habilitar o profissional de enfermagem a atender a população idosa, com qualidade e criticidade, guiando-se pelos princípios do SUS e utilizando novas metodologias de ensino que integrem ensino e serviços, abrindo espaço para a prática no domicílio, na comunidade e não apenas nos locais tradicionais de prestação de cuidados. Em relato de caso feito pelas autoras, foi evidenciado o desenvolvimento nos alunos de respeito às singularidades dos sujeitos cuidados, de um envolvimento positivo com os problemas da comunidade, e da importância da participação da família no processo. Brêtas & Yoshitome (1998) reiteram a potencialidade da enfermagem para trabalhar questões relacionadas à melhoria da qualidade de vida e do cotidiano da população idosa.

Desse modo, pode-se perceber que, mais do que capacitar os estudantes para lidarem com um novo perfil demográfico e epidemiológico, a educação na área do envelhecimento e da atenção ao idoso deve possibilitar uma mudança no paradigma do processo saúde/doença, ao proporcionar o entendimento do idoso como um ser provido de direitos, desejos e potencialidades, capaz de viver sua vida com autonomia, apesar de limitações relacionadas à idade poderem estar presentes. A ênfase na promoção da saúde, nos novos espaços para a realização do cuidado, na relação com o idoso no ambiente familiar e comunitário, gera um envolvimento positivo e socialmente comprometido do aluno de Enfermagem.

Freitas & Mendes (2003) ressaltam a percepção entre discentes de curso superior de enfermagem acerca do idoso como um ser desprovido de autonomia, compactuando dos preconceitos difundidos na sociedade. Além disso, as autoras também puderam perceber que os alunos não entendem que o processo de envelhecimento envolve aspectos sociais, políticos e culturais, necessários à formação, entendendo o tema como importante apenas para aprenderem a “cuidar melhor” em um contexto de população crescente de idosos e abertura de um mercado promissor para a enfermagem. Assim, apesar da imensa contribuição que os enfermeiros podem dar no tocante às diversas questões relativas ao envelhecimento, ao idoso e às famílias, faz-se necessário o despertar dos alunos desde a graduação, formando profissionais comprometidos com a realidade social.

Documento da OPAS acerca do ensino de enfermagem gerontológica, recomenda que os conteúdos sejam vistos em disciplina separada, sob pena de se diluir em outras e perder sua importância (OPAS, 1993). Trata, ainda, da relevância de se introduzir, inicialmente, assuntos relativos ao cuidado do idoso saudável, para depois abordar os agravos à saúde, possibilitando aos estudantes rever atitudes negativas sobre a velhice e visualizar essa etapa como um período de desenvolvimento e bem-estar, mesmo que algumas limitações inerentes à idade estejam presentes.

Gonçalves (1997), ao analisar a abordagem do cuidado à pessoa idosa nos currículos de sete cursos de graduação em enfermagem, constatou que a carga horária máxima dedicada, naquela época, a conteúdos relativos à pessoa idosa correspondeu a 0,72% do curso, além de serem, muitas vezes, tratados em disciplinas optativas. Para a autora, muitas coordenações e professores não percebiam o tema como importante na formação dos futuros enfermeiros, sendo

diluído em outras disciplinas. Para muitos dos professores, o discurso era o de que a prática junto ao idoso conseguia suprir as deficiências da “teoria”. A autora propõe uma interdisciplinaridade dos currículos, focalizando o idoso em todas as disciplinas pertinentes; a realização de um trabalho de conscientização da importância do tema entre professores e discentes; e a permanente participação nas políticas de saúde e educação para que nenhum grupo da população seja alijado ou desmerecido.

De acordo com **E6**, tem crescido muito o número de cursos de especialização e de possibilidades das pessoas adquirirem uma formação na área do idoso e do envelhecimento, mesmo que timidamente; porém, essa formação ainda não é o foco da enfermagem. As áreas de prioridade da formação continuam sendo as mesmas de sempre, sendo muito baixo o número de profissionais que encaminha sua formação para esse campo do conhecimento.

Para **E4**, um dos maiores desafios para a enfermagem será “correr atrás do prejuízo” e produzir conhecimento e tecnologias na área geronto-geriátrica, na área da promoção e da proteção à saúde do idoso e da prevenção de enfermidades que atingem a faixa etária, adequando os processos de formação e assegurando programas de capacitação e educação permanentes. Os cursos de graduação precisarão ser reformulados de modo a atenderem essa nova realidade, e será necessária a formação profissional de técnicos e auxiliares em todos os níveis de atenção, na promoção, proteção, tratamento e recuperação, além de formação na pós-graduação.

E6 acredita que até 2025 as escolas terão sofrido modificações em seus projetos pedagógicos, com currículos diferenciados, voltados para a saúde e não mais para a doença, que sempre foi o foco da enfermagem. Com isso, a profissão terá um lugar de destaque, mas precisa se organizar para tal, buscando uma

mudança na educação de enfermagem. Esse desafio se faz ainda maior quando se considera a proximidade dessas mudanças.

Assim, de maneira geral, o que se percebe é um posicionamento e mobilização incipientes da enfermagem na inclusão de temas acerca do envelhecimento populacional nos currículos de graduação e de nível médio da enfermagem, assim como na produção de conhecimento na pós-graduação. Essa apatia da enfermagem repercute diretamente na atenção ao idoso, à sua família e comunidade, já que os alunos de hoje, profissionais de amanhã, não desenvolveram a percepção do tema como relevante, e a prática constitui, freqüentemente, um reflexo da formação.

O movimento de reforma curricular que vem ocorrendo em todo o país torna o momento propício para que conteúdos relativos ao envelhecimento populacional e ao idoso sejam incluídos na educação de enfermagem. O conhecimento na área não constitui apenas uma prioridade para que a Enfermagem esteja preparada para os desafios que tendem a se exacerbar em 2025, mas representa uma estratégia para o direcionamento de práticas voltadas para o cuidado e a consolidação de um corpo próprio de conhecimento da Enfermagem, o campo do cuidado. Não desenvolver conhecimentos nesse sentido não só compromete as condições de saúde desse grupo populacional, como significa que, muito provavelmente, isso será assumido por outra categoria profissional.

Antunes & Egry (2001) referem-se, como fator dificultador para a organização do processo de trabalho da enfermagem, à tímida articulação do setor de produção de serviços de saúde com outros setores, governamentais ou não, ligados ao bem-estar social. Isso se traduz em uma ausência de políticas intersetoriais consistentes e de impacto.

4.4 Organização do Trabalho de Enfermagem

A organização do trabalho envolve diversos aspectos do processo de trabalho da Enfermagem, como a composição de sua força laboral, os campos de exercício de sua prática, o objeto e a finalidade de suas ações, as tecnologias e ferramentas de que faz uso para a realização dessas ações e os sujeitos que realizam o trabalho. Assim, deixar de analisar os modos como o cuidado de enfermagem se concretiza na prática, no cotidiano dos serviços de saúde, constituiria enorme lapso no delineamento de cenários futuros, uma vez que todos os analisadores anteriormente abordados culminam, inegavelmente, sobre essa prática, buscando transformar o dia-a-dia dos serviços.

É na análise da organização do trabalho que se pode compreender o que, de fato, as modificações ocorridas ao longo do tempo nas políticas de saúde, na educação e na organização política da enfermagem geraram no campo do envelhecimento populacional e, como se diria, “do que vem ocorrendo na prática”. A partir daí, numa análise conjunta das tendências apontadas por esse e pelos outros analisadores, se poderá traçar cenários futuros para 2025.

4.4.1 Quem gerencia o cuidado?

Numa era de rápidas mudanças tecnológicas, obsolescência do conhecimento, reformulações do setor saúde e de aceleradas mudanças no padrão demográfico e epidemiológico brasileiro, as modificações nos processos de trabalho dos profissionais de saúde são inevitáveis.

Nesse contexto, é importante reconhecer as modificações que decorrem da implantação de novos modelos tecnológicos e assistenciais, com exigências de adequação do perfil profissional do enfermeiro e reconfiguração prospectiva das práticas da profissão (SILVA & SENA, 2006). O profissional exigido para operar essa mudança será aquele com habilidades cognitivas e operacionais, sustentadas pela ética (URBANO, 2002).

Segundo Almeida & Soares (2002), há uma inadequação da formação dos trabalhadores de saúde frente às necessidades dos serviços, tanto quantitativa quanto qualitativamente, mas poucas experiências de impacto foram implementadas no país ao longo dos anos.

O atendente de enfermagem, trabalhador de saúde sem qualificação profissional formal, compôs majoritariamente a força de trabalho em enfermagem no Brasil ao longo da história, atendendo aos princípios capitalistas que buscavam viabilizar a expansão da rede de serviços no país através do emprego de mão-de-obra barata (AGUIAR NETO & SOARES, 2004; ALMEIDA & SOARES, 2002; ANTUNES & EGRY, 2001).

Embora desvalorizadas socialmente, sem a devida qualificação profissional e ocupando posição inferior na hierarquia do trabalho em enfermagem, era exigida dos atendentes a execução de tarefas complexas aprendidas por meio da observação e da repetição, reforçando a exploração de seu trabalho e oferecendo situações de risco para os usuários dos serviços de saúde (AGUIAR NETO & SOARES, 2002). A qualificação dos atendentes em decorrência do movimento da educação dos trabalhadores de enfermagem e por questões legais do exercício profissional parece ter tido, segundo os autores, uma força relativa na modificação da qualidade da atenção à saúde, com a compreensão por esses

atendentes do objeto de trabalho e das tecnologias utilizadas no processo de trabalho.

Apesar de se ter extinguido o atendente de enfermagem como trabalhador de enfermagem, prevalece, no Brasil, a divisão interna da enfermagem em trabalhadores auxiliares (técnicos e auxiliares de enfermagem) e enfermeiro, ficando as atividades de ensino, supervisão e administração para este e, para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência (PEDUZZI & ANSELMINI, 2002). Evidenciam-se, assim, várias contradições decorrentes do modelo de organização do trabalho de enfermagem, o qual reproduz a rígida e disciplinada divisão do trabalho em enfermagem que expressa a cisão pensar/fazer, concepção/execução, legitimando a hierarquização, a hegemonia e o poder característicos das sociedades capitalistas. Há, segundo as autoras, um afastamento do enfermeiro do cuidar e o planejamento de uma assistência que não considera o auxiliar de enfermagem, aquele que realiza o cuidado, nem o próprio paciente, não levando em conta que cuidado e gerenciamento do cuidado são atividades indissociáveis.

Conforme Domenico (1998), a enfermagem vem revelando preocupações relacionadas ao (re)dimensionamento profissional, imposto não apenas pela configuração atual do mercado de trabalho, solicitante de profissionais polivalentes e multidisciplinares, mas também pela necessidade de assumir seu compromisso de cuidar junto ao sistema de saúde, reidentificando seu espaço social, prioridades, possibilidades e anseios. O que se tem, segundo o autor, é um profissional de enfermagem despreparado para desempenhar essa ação polivalente exigida, que se esconde em burocracias e dedica-se ao apagamento de tensões. A enfermagem passa por uma crise de identidade, em que as atividades relacionadas diretamente

ao cuidado dos pacientes são pouco exercidas na medida em que o lidar com a administração e burocracia institucional torna-se o principal.

Segundo D’Innocenzo (2001), as especialidades dos enfermeiros são principalmente na área de administração hospitalar e não da gerência do cuidado, evidenciando que os motivos que levam a uma especialização muitas vezes não são a melhora do cuidado direto prestado ao paciente.

As tendências da educação, da prática e das pesquisas, de acordo com Sena & Coelho (2004), evidenciam que o cuidado de enfermagem é imprescindível para as populações. Porém, ao analisar o processo de formação da enfermeira, Amorim & Oliveira (2005) puderam concluir que o cuidar/cuidado como objeto de trabalho da enfermagem é ensinado e aprendido de modo não sistemático, com grande valorização dos procedimentos técnicos e conteúdos comprometendo a utilização deste como a práxis relacional que configura.

Os enfermeiros, hegemonicamente, utilizam-se de um saber biologicista para a apreensão do objeto de trabalho, que orienta a gerência, o treinamento, etc. Assim, segundo Galleguillos & Oliveira (2001), a enfermagem brasileira encontra-se em constante conflito entre a assistência curativa e biologicista que consegue prestar e as reais necessidades de saúde da população, na qual não consegue intervir.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e importantes universidades brasileiras e com o apoio da Fundação Kellogg, realizou o projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC (SILVA et al., 2001). Esse projeto permitiu concluir que o investimento dos profissionais de enfermagem de todo o país nos processos de qualificação da força de trabalho, do gerenciamento

da assistência e das ações dos profissionais de enfermagem ainda está majoritariamente vinculado ao modelo assistencial centrado na prática médica e nos procedimentos, de caráter curativo e individual, que persiste no país.

No entanto, apesar do trabalho de enfermagem muitas vezes contribuir para a manutenção desse modelo de atenção à saúde, ele é capaz, por outro lado, de influenciar o modelo e determinar novas formas de produzir saúde, ao utilizar, no cotidiano, a subjetividade como mediadora das relações no trabalho, evidenciando a existência de um conflito entre o que se deseja e o que está instituído (BARATA, 2001). Na execução do trabalho de enfermagem no conjunto das práticas, percebe-se uma falta de definição de objetivos e metas a serem alcançados, gerando um trabalho desvinculado dos outros profissionais e uma sobreposição de funções.

Assim, o processo administrativo é constitutivo do próprio cuidado, ao permitir elaborar estratégias para se alcançar os objetivos percebidos por intermédio da compreensão da lógica do processo, qual seja, de que os usuários só podem ter suas necessidades plenamente atendidas no momento em que houver articulação dos saberes profissionais daqueles que o assistem.

Embora muito se tenha discutido sobre a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde para a construção de um modelo centrado no paciente a fim de nortear o planejamento e a execução das ações de saúde, encontramos uma realidade organizada em função do diagnóstico e terapêutica de corpos doentes...nesse sentido, a atuação da enfermagem acompanha a evolução do setor saúde, uma vez que, continua realizando seu trabalho em decorrência da clínica do corpo, da qual o médico é o protagonista (Dal Pai et al., 2006, p. 84).

O modelo que sustenta a ação dos profissionais de saúde está desgastado, não se acomoda às necessidades de saúde das pessoas, e o cotidiano da enfermagem espelha as "feridas" deixadas por esse modelo fundamentado na razão (URASAKI, 2003). Como ciência do cuidar, a Enfermagem tem o compromisso de estar inserida num processo de transformação na busca pelo cuidar sensível e

resolutivo; faz-se preciso uma mudança no olhar e despertar para a perspectiva da integralidade. Essas mudanças precisam se dar no “interior” dos profissionais, nas suas atitudes frente à vida e modos de compreender o cuidado, a saúde, o outro, originando mudanças na forma de se cuidar, educar, pesquisar.

Cada vez mais se fala, principalmente na literatura internacional e mais recentemente no Brasil, de prática baseada em evidências como suporte para o cuidado da enfermagem. A prática baseada em evidências seria o uso da pesquisa e das evidências para as decisões e práticas que concernem ao paciente, afastando o cuidado das tradições, experiências anteriores, e serviria como uma forma de se equiparar ao médico, nas relações de poder sobre o processo decisório, nas equipes (TOD et al., 2004; TRAYNOR, 2002).

É certo que a tomada de decisões fundamentadas em conhecimentos científicos traz maior segurança e chances de obtenção de sucesso no cuidado ao paciente. Porém, ao não se considerar a singularidade dos usuários e de suas famílias e a influência que estes têm no cuidado, os resultados obtidos serão incipientes, como ocorrido com o saber médico que se tornou altamente tecnológico-dependente e pouco resolutivo, por não considerar os determinantes sociais do processo saúde/doença. Faz-se necessário um processo de cuidar conjunto, que envolva os diversos profissionais responsáveis pelo cuidado, a família e o próprio paciente, num planejamento compartilhado. Nesse processo, todas as vozes precisam ser ouvidas e as decisões não podem se basear apenas na cientificidade, mas em vários outros elementos que definem o sucesso do cuidado que não envolve, necessariamente, a cura.

De acordo com Brophy (2006), é crucial que o enfermeiro assuma e desenvolva seu papel de liderança, superando o conflito frente à definição do seu

objeto de trabalho (administrar ou cuidar) e ocupando a função de gerenciar o cuidado.

Para **E1**, o enfermeiro deverá, em 2025, ocupar este lugar de gerenciador do cuidado e de cuidador das pessoas que não têm autonomia para se auto-cuidar. Nessa perspectiva, a idéia da promoção da saúde deveria ocupar um papel de destaque na enfermagem, a qual tem se ocupado apenas da cura em um papel subordinado.

Assim, para Antunes & Egry (2001), o maior desafio é o de concretizar, na prática técnica, social e política, a ideologização e institucionalização de novos fundamentos para a práxis da enfermagem: o de cuidar integralmente para que a vida plena e digna seja um direito. Pensar e fazer saúde com o intuito de incorporar à enfermagem competência técnica, política e ética, que a capacita para a prestação de serviços específicos fundamentados num saber próprio para cuidar da vida e não mais só da doença dos cidadãos brasileiros. A enfermagem é uma “prática viva”, sendo o cuidado a demarcação – substância e causa – das ações profissionais na prática, que adquire vida no encontro da enfermeira com o usuário de seu serviço (CARVALHO, 2004).

No Plano de desenvolvimento da Enfermagem para a América Latina, proposta elaborada durante reunião na Colômbia no ano de 1996 com a participação de representantes de organismos internacionais como a OPAS, a ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería), a REAL (Red de Enfermería de América Latina) e organismos nacionais colombianos, consta que:

As enfermeiras devem examinar a fundo suas funções e tarefas para comprovar se seus objetivos fundamentais e metas a longo prazo vão acontecendo com as ações que realizam. A preocupação primordial que deve estar na esfera da saúde é a de trabalhar com compromisso para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, principalmente das

populações mais desprotegidas (SOTO & MANFREDI, 1997, p.4)
tradução livre.

Assim, reassumir o papel da enfermagem no cuidado às populações faz-se imprescindível para que a enfermagem esteja preparada para atender às necessidades da população, contribuindo para a efetivação de um modelo de atenção à saúde que garanta uma saúde de qualidade.

4.4.2 O cuidado ao idoso como estratégia para a reorganização do trabalho da Enfermagem

O mundo de hoje está envolvido em um intenso processo de transformações no padrão produtivo e nas relações de trabalho, na vida social, na economia e na geopolítica mundial (PIRES, 2000). Nesse contexto, o processo de envelhecimento populacional acelerado constitui um dos grandes desafios da atualidade e suscita redefinições de papéis e ações a partir de uma reorganização do processo de trabalho em saúde para, assim, atender a população idosa (LEONART & MENDES, 2005).

Porém, para **E6**, há uma dificuldade tanto dos serviços de saúde como dos próprios profissionais de enfermagem em voltar sua atenção para o idoso, pois eles sempre foram preparados para trabalhar na atenção à criança, à gestante, etc. O desafio seria ter profissionais mais voltados para o cuidar do idoso, a formação de uma enfermagem mais preparada para atender às necessidades deste.

Evidencia-se, assim, uma necessidade de pensar o futuro:

Não devemos contentar-nos em contemplar de forma passiva os novos cenários. Devemos sim: utilizar os indicadores e sinalizadores das novas necessidades, ver as mensagens e transformá-las em visões, geradoras de novos paradigmas, estruturas de novas realidades...agir de forma pro-ativa, escolher as metas que cunham um futuro melhor e começar a trabalhar, a crescer (DZELVE & SCCAF, 2000, p.15).

Segundo Dzelve & Sccaf (2000), é muito difícil prever, para as próximas décadas, quais as mudanças que irão ocorrer na saúde e na enfermagem. No entanto, algumas tendências já possibilitam, segundo as autoras, imaginar alguns componentes presentes num cenário futuro.

Uma dessas tendências parece ser a reorganização dos campos de prática e dos locais para a realização do cuidado de enfermagem.

Vieira & Oliveira (2001), ao analisarem a distribuição de empregos para enfermeiros no mercado de trabalho em saúde no país durante os anos 70, 80 e 90, apontam como tendências o crescimento da oferta de empregos para enfermeiros no sistema de saúde e uma concentração histórica desses postos de trabalho nos hospitais.

Em estudo realizado em 2000 por Angerami et al., as principais áreas de exercício dos egressos de um curso de graduação em enfermagem foram a área hospitalar (53%), seguida pela atenção básica (24%), ensino (16%) e outros (6%).

A criação do SUS, no final da década de 80, gerou um substancial crescimento na absorção de enfermeiros no setor público para atender à demanda gerada pela grande expansão da rede básica de saúde. O Programa Saúde da Família – PSF, estratégia prioritária para a expansão dos serviços municipais de saúde, representou a abertura de importante mercado de trabalho para a

enfermagem e apresenta sinais de saturação nos grandes centros urbanos (SILVA et al, 2001; ANTUNES & EGRY, 2001).

Assim, a partir da década de 90, a estratégia de intervenção dos serviços públicos de saúde no lócus domicílio expande-se (ANTUNES & EGRY, 2001). A atenção à família passa a ser um importante objeto das práticas de saúde, com a busca da humanização, a ampliação do acesso aos serviços, a possibilidade de ampliar a intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Desse modo, segundo as autoras, o ambiente físico “domicílio” e a família que ali vive passam a ser prioridades no discurso oficial das políticas públicas, acompanhadas de incentivos financeiros diferenciados, trazendo novas finalidades e formas de organização do processo de trabalho em saúde e, portanto, novo espaço de prática para a enfermagem.

Contradizendo essa afirmação, Yamamoto & Diogo (2002) acreditam que, apesar da priorização do atendimento do idoso pela família ao invés do asilar como expresso na lei 8842 (BRASIL, 1994), não existem políticas públicas condizentes com o discurso governamental. Assim, as pressões demográficas, sociais e de saúde vêm aumentando a demanda pela institucionalização, em detrimento de outras modalidades não-asilares, tais como centros de convivência, hospital-dia, casa-lar, centro de cuidados diurnos, etc.

É importante entender que uma das principais motivações para o retorno do cuidado para o ambiente domiciliar também é a redução de gastos dos serviços de saúde, cuja atenção hospitalar onera fortemente. Essa reabilitação do domicílio como lócus privilegiado para o cuidado tem o idoso como seu principal beneficiário.

Dados da entrevista de **E3** apontam como tendência para 2025 o cuidado ao idoso no domicílio, nas clínicas de idosos, nas moradias coletivas. Para Sena &

Coelho (2002), as populações necessitam de cuidados de enfermagem tanto nos espaços tradicionais de sua prestação como no domicílio e nas casas de cuidado paliativo.

Estudo realizado em 2002 por Yamamoto & Diogo, buscando caracterizar as instituições asilares de um município brasileiro, evidencia que essas instituições são prioritariamente de caráter privado e possuem uma força de trabalho insuficiente e inadequada, gerando um atendimento de baixa qualidade ao idoso. Os autores sugerem a qualificação da mão-de-obra e a fiscalização por parte dos órgãos representativos dos profissionais de enfermagem e outros como algumas das soluções para qualificar a atenção, além de incentivo financeiro e da criação de serviços de atenção ao idoso que lhe permita continuar sob o convívio familiar. A fiscalização dessas instituições, segundo **E6**, já vem sendo realizada pelo órgão fiscalizador do exercício profissional da enfermagem.

Para **E4**, o estado terá que se preparar para 2025, porque a população que hoje alcança a longevidade pertence às classes mais abastadas da sociedade, e já usufrui de clínicas, espaços de repouso e lugares sofisticados para seu atendimento. Porém, à medida que as classes sociais com menor poder aquisitivo e sem apoio familiar chegarem a idades mais avançadas, essas pessoas precisarão de lugares para viver essa fase da vida; e os asilos, que hoje abrigam os idosos que não têm acesso a um lar, são, de acordo com **E4**, *verdadeiros depósitos de seres humanos maltratados, mal alimentados, em lugares de péssimas condições de higiene*.

Assim, segundo **E4**, este é um campo de trabalho na área pública que tende a crescer muito e para o qual a enfermagem precisa estar preparada. O mercado de trabalho para a enfermagem também tende a crescer nas casas de luxo

e na saúde suplementar, por exemplo, através do cuidado à pessoa idosa no domicílio, na forma da atenção e internação domiciliar. Desse modo, os novos campos de atuação exigirão o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias para a realização do cuidado.

Para **E5**, o grande desafio para a atenção ao idoso em 2025 ainda está no campo do conhecimento: conhecimento de um cuidado integral a um grupo portador de transtornos e agravos de difícil abordagem, que exigem um conhecimento para além das questões mais biológicas, de controle da hipertensão e da diabetes; mas também uma compreensão de como a enfermagem pode trabalhar de forma a valorizar outros determinantes na produção da saúde e da doença. Para tal, **E5** acredita que a enfermagem deverá se associar a outros trabalhadores na construção de projetos terapêuticos, de uma linha de cuidado que incorpore prevenção e promoção.

Conforme **E5**, a enfermagem já vem desenvolvendo algumas alternativas interessantes, com propostas no campo de prática, nos grupos operativos, na atenção domiciliar. Mas essas ações ainda são incipientes para atender à demanda de produção de serviço e de conhecimento necessário no cuidado ao idoso. Outro desafio para a enfermagem, segundo **E5**, diz respeito à difusão desse conhecimento acerca de práticas inovadoras, integrais. A capacitação e qualificação profissional de enfermeiros, técnicos e mesmo de agentes comunitários para atuar sobre esses grupos oportunamente, acolhendo e produzindo práticas, traduzindo uma abordagem mais contemporânea, mais integrada desses grupos na sociedade, ainda é, de acordo com **E5**, um grande desafio para o futuro.

E3 acredita que em 2025 surgirá uma nova profissão que cuidará de pessoas idosas, cujos profissionais terão competências ligadas à atividade física,

lazer, combinando atividades do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo, do terapeuta ocupacional, da educação física, da enfermagem, etc. O desafio da enfermagem, para a entrevistada, estará em abrir seu espaço de atuação e caminhar na composição de alianças de saberes.

Para **E4**, em 2025 se abrirá um grande mercado de trabalho para a enfermagem que, pela especificidade da sua prática, por utilizar uma tecnologia de relações e por trabalhar no campo da afetividade e do cuidado, preenche características que são fundamentais no atendimento à pessoa idosa.

Pires (2000) indica algumas tendências atuais do trabalho da Enfermagem, como: a implantação de “cuidados integrais”, em que cada paciente teria um “responsável” pelo seu plano de cuidados, rompendo com o modelo de distribuição de tarefas; a utilização de tecnologias menos invasivas, ajudando a diminuir o tempo de permanência do usuário no hospital e surgindo novas modalidades de assistência hospitalar como o hospital-dia; a informatização que ajuda a reduzir o tempo gasto em deslocamentos ou serviços burocráticos que ajudam a melhorar a assistência; a intensificação da terceirização e, inclusive, de novos serviços como as empresas de enfermagem; o crescimento do uso de tecnologias que propiciam o auto-serviço, instituindo a co-responsabilidade paciente/profissional pelo sucesso do cuidado.

Dzelve & Scaf (2000), por sua vez, indicam como tendências para o trabalho da enfermagem a utilização rotineira da informática, de redes digitais e da robótica; o atendimento domiciliar como um redutor do tempo de permanência do paciente no hospital; o aumento da conscientização da população quanto ao seu direito à saúde, além da co-responsabilidade da própria população; a expansão da área geográfica do atendimento médico, com maior utilização da tele-medicina; a

melhor utilização do tempo/tarefa do profissional; a educação continuada que leva em conta necessidades e desejos da instituição, do profissional e do paciente; a qualificação da enfermeira avaliada tanto pelas suas competências profissionais, como a de liderança, quanto pelas sociais. Tudo isso exige, segundo os autores, novas formas de atuação da enfermeira.

Porém, para **E3**, a enfermagem brasileira encontra nas questões sócio-econômicas e culturais a limitação de muitas de suas ações, pois nem sempre o que vem sendo feito e utilizado por outros países poderá ser incorporado ao seu trabalho. O grande desafio para a enfermagem brasileira em 2025 será ter profissionais capazes de incorporar novas tecnologias que melhor atendam as necessidades de conforto, de prazer, de uma vida digna para o idoso, e capazes de se adequarem ao contexto cultural, econômico e social. Isso implica, segundo **E3**, em civilidade humana, educação, grupos de apoio, redes sociais adequadas para promover o melhor viver.

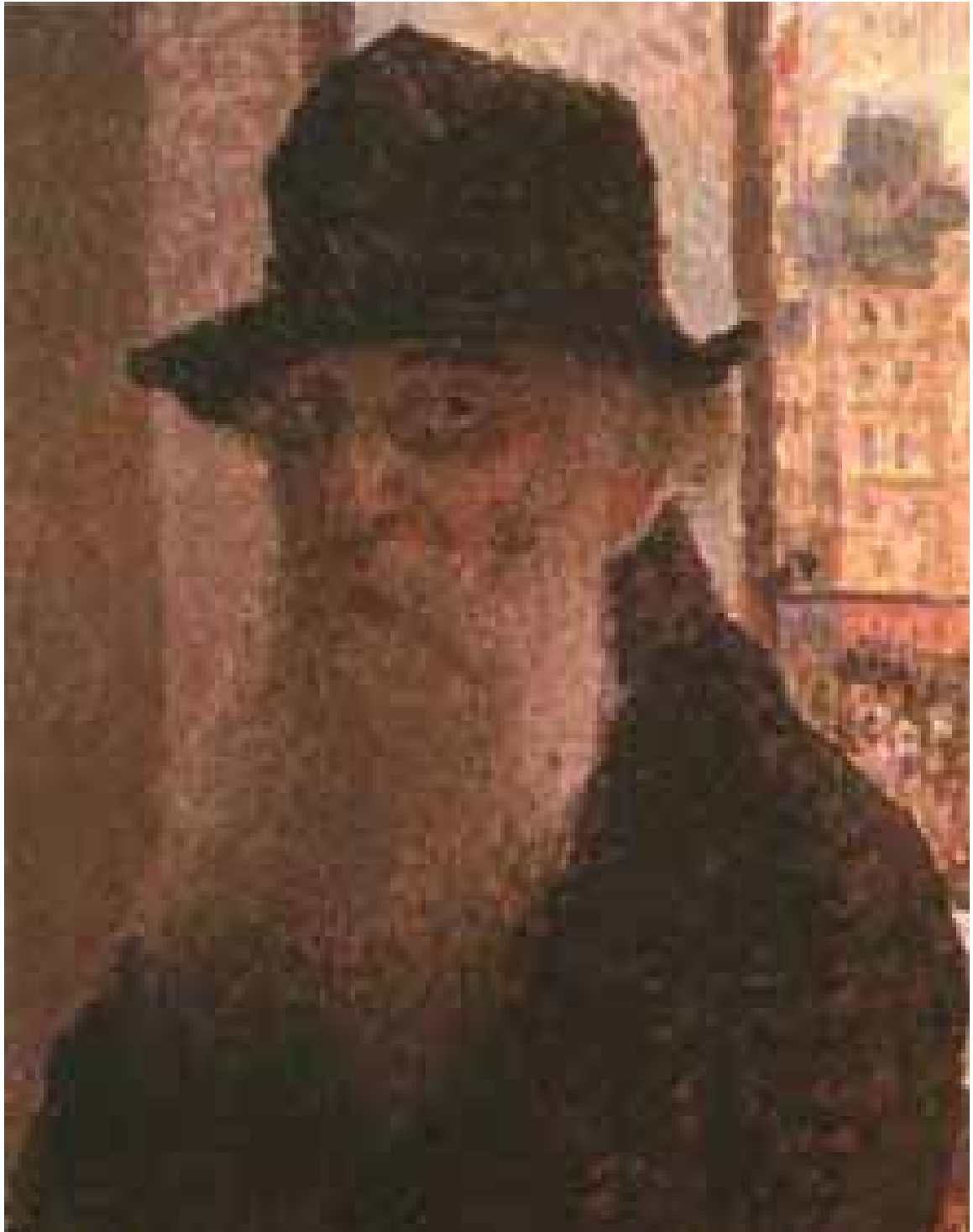
Antunes & Egry (2001) referem-se, como fator dificultador para a organização do processo de trabalho da enfermagem, à tímida articulação do setor de produção de serviços de saúde com outros setores, governamentais ou não, ligados ao bem-estar social. Isso se traduz em uma ausência de políticas intersetoriais consistentes e de impacto.

Nesse contexto, Soto & Manfredi (1997) ressaltam a necessidade de uma integração entre os setores educativo, laboral e de saúde da comunidade para que haja a formação de atores sociais com vocação e capacidade de oferecer respostas integrais às necessidades de saúde das populações, numa visão inter e intrasetorial.

A enfermagem, de acordo com **E2**, precisa ampliar suas ações, ainda muito centradas no cuidado individual, elaborando projetos de intervenção

diferenciados de modo a atuar principalmente num aspecto coletivo, numa articulação dos indivíduos com o restante da sociedade. Se isso não ocorrer, as ações não terão resolutividade.

A atenção ao idoso e à sua família constitui uma estratégia para a reorganização do trabalho da Enfermagem, exigindo a reformulação de suas práticas e ressignificando o cuidado como objeto de seu trabalho. Assim, ao colocar a centralidade de suas ações no cuidado ao usuário, a enfermagem assume um lugar privilegiado na atenção à saúde da população idosa, uma vez que suas competências lhe permitem atuar como gerenciador do cuidado e articular os diversos saberes, tecnologias e recursos para o melhor atendimento ao idoso. Para tal, a enfermagem precisa repensar o seu trabalho, sua concepção de saúde/doença, seu posicionamento ético-político e gerar conhecimentos que fundamentem essa prática. Essas exigências já são uma realidade. Se a enfermagem não assumir rapidamente sua função no cuidado ao idoso, não somente a qualidade da atenção ao idoso estará comprometida, mas também a própria profissão.



5 CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025

5 CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025

O processo de criação dos cenários aqui apresentados envolveu profunda análise do contexto atual da enfermagem brasileira e do processo de envelhecimento populacional, associada a boa parte de imaginação.

O item “A desigualdade na saúde” traz um cenário possível se continuarmos a agir da mesma forma que temos agido nos últimos anos, sem grandes mudanças nas atitudes, mas com importantes repercussões para 2025. O segundo cenário chamado “A fragmentação do cuidar”, mostra um contexto desfavorável para a enfermagem e a saúde da população idosa e evidencia um retrocesso em relação às políticas sociais, à educação, às organizações. O terceiro cenário que recebeu o nome de “A ética do cuidado” apresenta um cenário favorável para 2025, em que o cuidado prevalece e as necessidades de saúde da população idosa são amplamente atendidas.

Espera-se que a leitura dessas três imagens possíveis para 2025 seja acompanhada de reflexão e incomode um pouco o leitor. Toda ação que gera mudanças inicia-se assim.

5.1 A desigualdade na saúde

O ano é 2025. O Brasil não conseguiu superar as fortes desigualdades sociais, econômicas e culturais que assolam a sociedade e essa situação determina a dificuldade de acesso e a equidade dos serviços de saúde.

O Brasil é um país de velhos. O envelhecimento da população brasileira aconteceu em ritmo acelerado e gerou mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, com grande aumento das doenças crônico-degenerativas, exigindo uma reformulação do modelo de atenção à saúde para o cuidado, o que não ocorreu. Além disso, tornou-se necessário elaborar políticas que garantissem direitos aos idosos e à sua família, assegurando-lhe condições de ter uma vida com qualidade e autonomia. No entanto, a elaboração de políticas direcionadas ao idoso continuou incipiente e com baixa resolutividade sobre os problemas de saúde da população, principalmente em algumas regiões do país com importante dificuldade em fixar quantitativa e qualitativamente profissionais de saúde suficiente para suprir as demandas de saúde nestes locais, o que ocorreu, principalmente, pela concentração histórica de escolas e profissionais nos grandes centros urbanos, onde prevalecem altas taxas de desemprego e a precarização do trabalho.

Ocorreu um déficit de enfermeiros para o qual o Brasil já vinha sendo alertado por intermédio dos processos que vinham ocorrendo em nível mundial. O aumento das escolas de enfermagem ocorrido no final do século XX e início do século XXI ajudou a suprir quantitativamente essa necessidade, mas esse crescimento não repercutiu na distribuição equitativa dos profissionais de enfermagem nas diversas regiões do país. Além disso, por não ter havido uma preparação adequada das instituições formadoras na área do envelhecimento, a enfermagem encontra-se despreparada para atuar frente ao aumento de idosos e da mudança do perfil epidemiológico decorrente desse envelhecimento. Assim, faltam enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com competências que os habilitem a intervir sobre as reais necessidades de saúde com as quais a sociedade se depara.

A enfermagem teve insuficiente capacidade de mobilização e de participação na formulação das políticas de saúde e assistência social. Por não participar na discussão e formulação dessas políticas, a enfermagem foi perdendo o reconhecimento que possuía entre a população que percebeu a incapacidade da categoria de impactar positivamente na saúde da população brasileira.

Por não participar da discussão e elaboração de políticas de saúde que executa, a enfermagem continua a realizar ações nas quais não vê sentido e a insatisfação com a profissão alcançou os maiores níveis jamais vistos.

As tentativas de obter algum reconhecimento e status social através de atividades técnicas e administrativas, motivos pelos quais os enfermeiros têm pouca presença no cuidar direto, não foram frutíferas. Os enfermeiros perderam diversas disputas travadas com outras categorias profissionais ao invés de assumir o cuidado como objeto de seu fazer e desenvolver conhecimentos e competências nessa área, buscando qualificá-lo.

Muitas dessa lutas que levaram a Enfermagem a perder espaços conquistados e reconhecimento social, poderiam ter tido um resultado diferente se a organização política da Enfermagem não tivesse se enfraquecido tanto nos últimos 30 anos. A ABEn e os sindicatos, entidades associativa da Enfermagem se encontram esvaziados e a enfermagem não utiliza esses importantes espaços de luta coletiva. O resultado tem sido a pouca potência na luta por melhores condições de trabalho e de saúde para a população.

O enfraquecimento da organização política da Enfermagem foi determinante para a sua fraca participação na elaboração e discussão de políticas na área do envelhecimento.

O órgão normatizador e fiscalizador do exercício profissional da Enfermagem continua existindo no marco regulatório das profissões no país, em decorrência da obrigatoriedade da vinculação para o exercício profissional da enfermagem, mas com baixo reconhecimento pelos trabalhadores de enfermagem e pouca participação nas lutas internas da profissão.

A pós-graduação tem realizado um esforço no sentido de gerar conhecimento de modo a qualificar a assistência de enfermagem e atender às necessidades e demandas de saúde da população, tendo identificado o envelhecimento como um dos temas centrais. Porém, o baixo incentivo à pesquisas nessas áreas pelos órgãos de fomento tem dificultado o desenvolvimento dessas.

O cuidado direto à população envelhecida, contingente da população que vem crescendo num ritmo acelerado desde o último quarto do século XX no Brasil, foi sendo assumido pelo “cuidador de idosos”, uma nova categoria com formação técnica de nível superior (conhecidos como tecnólogos no início desse século) voltada para a realização de técnicas utilizadas principalmente no cuidado ao idoso. A enfermagem divide com esse profissional o cuidado ao idoso e tenta, de forma incipiente, se mobilizar numa luta pela recuperação dessa função que lhe foi sendo tomada com o seu consentimento.

A gerência do cuidado prestado aos idosos, no entanto, encontra-se, ainda, sob a responsabilidade do enfermeiro, apesar de seu despreparo para assumir tal função. O afastamento da prática do cuidar tornou os enfermeiros incapazes de atuar sobre essa e de gerenciar esse cuidado, pois não é possível desenvolver competências acerca de algo que não se tem conhecimento: toda “teoria” é fruto de uma reflexão sobre a prática. Quem sofre as conseqüências são os próprios idosos, cuja qualidade do cuidado é comprometida.

A reestruturação do projeto político pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem e de nível médio pouco levou em conta as tendências futuras para a sua concepção e, assim, o conhecimento gerado na área pela enfermagem foi incipiente para que essa fosse um diferencial na atenção ao idoso.

Na definição de prioridades de pesquisa em saúde, apenas mais recentemente, quando a questão se tornou inegável, os temas relacionados ao envelhecimento populacional receberam mais incentivos.

Nesse contexto, o atendimento ao idoso acometido por condições crônicas de saúde ainda continua sendo, em grande parte, realizado nem âmbito hospitalar. Apesar de existirem muitos locais alternativos para a assistência à saúde como o hospital-dia, as casas de idosos e o domicílio, a assistência segue a lógica do modelo de atenção à saúde centrado nos equipamentos, cada vez mais modernos e que os enfermeiros manipulam com desenvoltura. Ressalta-se que o acesso a esses avanços tecnológicos se deu de forma muito distinta entre as classes sociais.

Os serviços de atenção à saúde em outros locais que não os tradicionais pertencem, em sua grande maioria, à iniciativa privada que, suprindo uma deficiência do SUS, enxergou nesses uma possibilidade de atender à uma demanda reprimida da crescente população idosa.

A iniciativa privada também desenvolveu grande quantidade de serviços para o atendimento das necessidades de lazer da população idosa como hotéis de luxo adaptados, viagens em grupos com apoio médico e outros serviços diferenciados. Porém, por questões econômicas, a maior parte da população se encontra excluída do acesso a esses serviços.

Apesar da insuficiência das ações de promoção da saúde no SUS, a grande circulação de informações que ocorre na atualidade, fez com que as pessoas aprendessem a se cuidar melhor. Porém, essa incorporação de conhecimentos de modo a gerar práticas de auto-cuidado também ocorreu de forma muito desigual na população em geral, uma vez que o acesso a essas informações se dá diversamente entre as classes sociais, com diferentes possibilidades de acesso às tecnologias da informação.

5.2 A fragmentação do cuidar

O ano é 2025. O cenário é de um Brasil em que o respeito aos princípios de cidadania e justiça social quase não existe. O Estado se enfraqueceu e a economia de orientação capitalista neoliberal rege os rumos do país.

Inevitavelmente a população brasileira envelheceu. Porém, esse envelhecimento foi acompanhado por um aumento nas desigualdades sociais, com evidente discrepância entre as taxas de longevidade alcançadas nas diferentes classes sociais. O idoso é visto ora como um ser desprovido de valor e que onera o enfraquecido sistema de assistência social, ora como possibilidade de um mercado promissor para os interesses do capital. Em um cenário de estado mínimo, o governo tem pouca influência sobre as políticas de inserção social do idoso criadas há cerca de 30 anos que praticamente só existem no papel, pois não repercutiram na vida dessas pessoas.

Nesse contexto, a atenção básica à saúde sustentada pelo Estado praticamente inexistente nos moldes em que foi proposta na constituição de 1988 e o

SUS perdeu sua sustentabilidade, representando hoje um sistema com baixa cobertura, acessibilidade e resolutividade. O enfraquecimento da atenção básica somado à crescente parcela da população acometida por condições crônicas de saúde (que poderiam ter sido, em boa parte, evitadas através de ações de promoção da saúde) gerou um aumento significativo da demanda por serviços de atenção à saúde em âmbito hospitalar.

Essa situação em que a saúde e a atenção ao idoso se encontram hoje é, em boa parte, resultado da apatia política dos diversos profissionais de saúde e da enfermagem e da sociedade em geral. Apesar da capacidade para atuar sobre esses problemas, os profissionais de saúde não se mobilizaram e não participaram na discussão e na formulação de políticas sociais voltadas ao idoso.

A Enfermagem continuou na sua posição de executor das ações definidas pelas políticas, sem a devida análise das repercussões dessas decisões sobre a sua prática e a saúde da população envelhecida e foi, pouco a pouco, sendo excluída dos processos decisórios em todos os âmbitos em que ele ocorria.

Por não ter se mobilizado na defesa de políticas sociais mais justas que buscassem garantir e assegurar o direito à saúde com qualidade da população idosa, a Enfermagem foi perdendo seu reconhecimento frente à sociedade, que percebe como limitada a sua capacidade de incidir positivamente nas condições de saúde da população.

Devido à baixa capacidade associativa das categorias de Enfermagem à sua entidade representativa e aos sindicatos, esses deixaram de existir e a Enfermagem, que não tomou parte nas decisões e na elaboração da legislação que influenciam a organização do seu trabalho e educação, perdendo todos os seus espaços conquistados. O desaparecimento dessas entidades também foi decisivo no

retrocesso no processo de reconhecimento da profissão como ciência e na sua valorização frente à sociedade em geral.

A Enfermagem, com pouca visibilidade e incapaz de se reorganizar para retomar seu espaço na sociedade, foi perdendo cada vez mais o seu valor e diversas de suas funções deixaram de ser privativas e foram incorporadas ao rol de competências de outros profissionais. Nesse contexto, os serviços privados de interesse capitalista conseguiram facilmente contornar as políticas de formação de recursos humanos que buscaram, ao longo do tempo, qualificar a força de trabalho da enfermagem e criaram um novo profissional: o cuidador de idosos. Essa nova categoria vem atender à demanda crescente de cuidados gerada pelo aumento do promissor mercado constituído pelos idosos. Por terem uma formação de baixa qualidade e aceitarem trabalhar por baixos salários e em condições precárias, esses profissionais têm sido largamente empregados, culminando no desemprego em massa dos profissionais de enfermagem.

A entidade responsável pela normatização e fiscalização do trabalho da Enfermagem, no entanto, continua a existir em decorrência da obrigatoriedade da vinculação para o exercício profissional de enfermagem, mas sem qualquer legitimidade social e identificação com o cotidiano de trabalho e as lutas internas da profissão.

A educação de enfermagem na área do envelhecimento se restringiu aos cursos de especialização direcionados para a epidemiologia de diversos agravos à saúde que acometem a população idosa, a administração hospitalar, e as técnicas para manipulação de equipamentos de alta tecnologia. O desenvolvimento e produção de conhecimento gerado pela pesquisa em enfermagem também foi incipiente e seguiu a mesma linha que a pós-graduação *lato sensu*. As disciplinas

relacionadas ao tema também não foram adequadamente incorporadas aos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem e de nível técnico.

A gerência do cuidado, que nunca chegou a ser completamente assumida pelo enfermeiro, está diluída no rol de competências de diversos profissionais. A cisão concepção/ execução fez-se ainda mais profunda e os vários profissionais que agora dividem a gerência do cuidado não desenvolveram conhecimentos sobre o cuidado direto ao idoso, que foi assumido pelo cuidador de idosos, sem competências no campo da gerência e sem qualquer poder de influenciar as decisões acerca do planejamento do cuidado. O idoso e sua família também foram excluídos desse processo.

As altas ocorrências de úlceras de pressão, infecções hospitalares e quedas evidenciam a ineficiência do cuidado que é prestado pelo cuidador de idosos, seja pela inadequação do processo de gerência desse cuidado, seja pela precarização do trabalho dessa nova categoria que se vê submetida aos ideais e à lógica da produtividade que regem a saúde.

Os hospitais, locais preferenciais para a prestação do “cuidado” em 2025, foram, na sua maior parte, absorvidos pela iniciativa privada. Aqueles que não o foram encontram-se extremamente sucateados e não conseguem atender à alta demanda gerada por idosos que não possuem condições financeiras de arcar com essa atenção e não dispõem de qualquer outro aparato social.

A população idosa com ótimas condições financeiras, no entanto, possui diversos locais para a atenção à sua saúde, como casas de luxo, Spas e seu próprio domicílio, serviços disponibilizados pela iniciativa privada. O único aparato social ainda mantido pelo estado para atendimento aos idosos afastados do convívio familiar são os asilos, que não recebem investimentos de forma sistemática, não

contam com mão-de-obra especializada e não são fiscalizados, constituindo um “depósito de pessoas”.

A infraestrutura e o ambiente também não sofreram adequações para atender às necessidades dessa parcela da população que encontra dificuldades de locomoção nesses espaços, comprometendo severamente a sua autonomia.

Além disso, numa sociedade cada vez mais individualista e competitiva, em que os valores éticos e de cidadania foram sendo esquecidos, as redes de apoio social nas comunidades praticamente não existem e, numa realidade de estado fraco, os idosos encontram-se desamparados de qualquer mecanismo social que lhe garanta uma vida digna, com acesso a moradia, alimentação e lazer adequados.

Quem deseja esse cenário para 2025?

5.3 A ética do cuidado

O ano é 2025. O cenário é de um Brasil em que os princípios de ética, justiça social e cidadania pautam o comportamento e as ações das pessoas. O cuidado está presente nas relações, no trabalho, e foi incorporado às políticas sociais.

O SUS é um modelo que deu certo e a participação da enfermagem foi imprescindível para o sucesso do sistema. O foco que foi dado à atenção primária e o incentivo à permanência da força de trabalho da enfermagem nas suas comunidades de origem permitiu que se alcançasse uma cobertura de praticamente 100% na atenção básica à saúde da população. O sistema de saúde privado atua de forma complementar, constituindo uma retaguarda do SUS como era almejado à

época da criação desse em 1988. Contudo, devido ao alto poder de resolutividade do sistema público, os serviços privados têm sido restritos a áreas específicas.

Nos dias de hoje, existem diversas políticas dirigidas ao idoso e um substancial investimento na área social, em especial nas de saúde e de assistência social. O investimento é significativo e permite cobertura universal da população em geral e dos idosos. Além disso, por terem envolvido profissionais de diversos setores e os próprios idosos na sua formulação, essas políticas conseguem responder às reais necessidades das pessoas dessa faixa etária.

A enfermagem venceu sua apatia política e usou do seu poder para atuar no cenário político, congregando seu enorme contingente de trabalhadores nas lutas pelos direitos da categoria, da saúde da população, e influenciando na eleição do legislativo em todos os âmbitos no país, não permitindo que candidatos pouco comprometidos ética e politicamente com o bem estar e a qualidade de vida da população fossem eleitos. A enfermagem, ao executar ações decorrentes de políticas que ela própria ajudou a formular, compreende-lhes o sentido, o que gera maior comprometimento com os objetivos dessas e uma maior satisfação no seu trabalho.

A entidade responsável pelo desenvolvimento científico, social, político e cultural da enfermagem se articulou com o órgão normatizador e fiscalizador do seu exercício nas lutas da categoria. Ao estabelecerem essa parceria, as entidades passaram a ser atuantes na formulação de políticas sociais mais justas para a enfermagem e nas políticas públicas em geral. A participação junto a essas entidades é ativa graças a um esforço realizado pelas escolas na formação de profissionais crítico-reflexivos, comprometidos politicamente com a profissão e a saúde da população. Essas entidades também envolveram setores da sociedade

civil organizada e outras categorias profissionais numa luta pelo direito à saúde de qualidade para a população idosa, o que contribuiu para o grande reconhecimento social de que a profissão desfruta.

Essas entidades se uniram também para promover o desenvolvimento de um corpo próprio de conhecimentos para a profissão através do financiamento de pesquisas, da realização de eventos e de publicações permitindo a ampla circulação do conhecimento produzido pela enfermagem. As prioridades de pesquisa traçadas pela enfermagem em conjunto com os órgãos de fomento, as escolas e a sociedade em geral, evidenciaram a necessidade de investigações acerca do envelhecimento populacional. Assim, linhas de pesquisa acerca do tema foram priorizadas, permitindo à enfermagem gerar conhecimento e formar competências para atuar na formulação de políticas na área, na execução das ações políticas estratégicas e na qualificação do cuidado.

Os avanços científicos e tecnológicos que ocorrem num ritmo acelerado são rapidamente incorporados ao saber e ao fazer da Enfermagem e ao sistema de saúde e o acesso a essas inovações se dá de forma equitativa pelos usuários.

O cuidado reassumiu um lugar central no direcionamento dos serviços de saúde com o grande aumento da população idosa, acometida por condições crônicas de saúde e com mais necessidades de cuidado do que de cura.

A falta de enfermeiros que assombrava diversos países no início do século não foi um problema para o Brasil que analisou essa tendência e adequou suas políticas de formação de pessoal de enfermagem para atender tal demanda. Além disso, ao reassumir o cuidado como objeto do seu trabalho e reconhecer a necessidade de produzir conhecimento para qualificá-lo, o cuidado foi definido como prioridade de pesquisa e reordenou o processo de formação da força de trabalho em

enfermagem, tanto na graduação como na formação de pessoal de nível técnico. Assim, tem sido possibilitado aos estudantes desenvolver competências técnico-científicas, gerenciais e político-sociais, pautadas em preceitos éticos e de cidadania, formando profissionais comprometidos com a realidade social.

A elaboração do projeto político pedagógico dos cursos de graduação e de nível médio da enfermagem realizou-se a partir da análise das tendências em saúde e percebeu-se a importância do desenvolvimento de competências na área do envelhecimento populacional, o que foi incorporado aos currículos. A conscientização de professores e estudantes para a importância do idoso na sociedade como um ser de possibilidades e sujeito do seu caminhar na vida, repercutiu em maior respeito ao idoso pela sociedade em geral.

Uma das principais formas de se analisar continuamente as tendências nos planos macro e micro-social se dá, hoje, por meio da articulação entre educação, serviços e comunidade, de modo que as mínimas mudanças no dia-a-dia das pessoas e dos serviços são rapidamente percebidas e respondidas.

O enfermeiro assumiu o seu papel de gerenciador do cuidado e ocupa uma posição de destaque no cuidado da população e do idoso. A enfermagem buscou compartilhar esse planejamento com outros profissionais, com o idoso e sua família, proporcionando maior resolutividade da assistência. Os serviços atuam de forma a proporcionar um cuidado integral ao idoso, suprimindo suas necessidades e demandas por saúde e se responsabilizando pelo seu caminhar ao longo da ampla rede de serviços que lhe é oferecida. A saúde compreendeu a importância de atuar em conjunto com outros setores ligados ao bem-estar, num esforço intersetorial por uma melhor atenção ao idoso.

O cuidado ao idoso inicia-se muito antes que esse alcance idades avançadas, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que se iniciam o quanto antes na vida das pessoas, de modo a promover um envelhecimento saudável. Muito do sucesso dessas ações se deve ao empoderamento das pessoas e na co-responsabilização dessas pelo seu processo saúde/ doença. Com a ajuda da enfermagem, as pessoas desenvolveram sua capacidade de se auto-cuidar, tornando-se mais autônomas e o hospital só é utilizado para a atenção a casos agudos e graves. Assim, a enfermagem tem um importante papel na conscientização e educação da população para a adoção de estilos de vida saudáveis. Apesar da ênfase nas atividades de atenção básica à saúde, a enfermagem também presta o cuidado quando a autonomia das pessoas encontra-se comprometida em decorrência de episódios agudos de doenças e provê a assistência necessária na hora da morte.

Os novos locais para a realização do cuidado de enfermagem associados à utilização de práticas inovadoras são um sucesso: o domicílio foi reabilitado, expandiram-se os centros de convivência, centros de cuidados diurnos, SPAs, onde são utilizadas práticas alternativas de saúde (acupuntura, shiatsu, fitoterapia, dança, etc.). Mais do que isso: esses serviços foram incorporados ao sistema público de saúde e constituem uma política de governo, contando com financiamento específico e legislação própria. Isso gerou um alívio dos centros destinados aos cuidados agudos à saúde, até pelo menor adoecimento da população idosa. Apesar de existirem serviços do governo de suporte para pessoas idosas afastadas do convívio familiar, raramente faz-se necessária a utilização desses, pois o despertar da sociedade para uma vivência ética, humanitária, solidária, fez com que as pessoas

adotassem uma postura de cuidado com o outro e as redes de apoio se fortaleceram.

Os ambientes e transportes passaram por importantes adequações para atender às necessidades de autonomia dessa população e os idosos têm uma ampla gama de serviços públicos a seu dispor, com serviços de lazer direcionados a esse público e diversas formas para o exercício do ócio criativo.



6 QUE FUTURO? UMA SÍNTESE PROVISÓRIA

6 QUE FUTURO? UMA SÍNTESE PROVISÓRIA

Compreender o que tem sido feito pela enfermagem no sentido de responder aos desafios do envelhecimento populacional, foi imprescindível para a construção de cenários futuros para 2025. A análise do cenário atual permitiu entender os caminhos que nos levarão a impactar o futuro da Enfermagem, a saúde da população em geral e dos idosos em particular.

A criação de cenários futuros se revelou uma interessante metodologia para projetar as possibilidades a partir da identificação das questões que constituirão o “nó crítico”, ou seja, os pontos aos quais se deverá dar prioridade e intervir para alcançar o futuro desejado. Esses cenários também têm o objetivo de provocar e incitar o desejo de mudança nos leitores, gerando ação.

É importante considerar que os dados foram coletados em um determinado contexto histórico, sendo a análise o retrato de um cenário em constante transformação, a partir das múltiplas interações entre os diversos projetos (dos formuladores de políticas, dos gestores de serviços de saúde, dos usuários dos serviços, das categorias profissionais) envolvidos na sua definição, motivo pelo qual o futuro é sujeito a muitas incertezas. As tendências em saúde precisam ser traçadas e uma das formas de analisá-las continuamente nos planos macro e micro-social é por meio da articulação entre educação, serviços e sociedade civil organizada, de modo que as mínimas mudanças no dia-a-dia das pessoas e dos serviços sejam rapidamente reveladas.

A análise permitiu evidenciar tendências e desafios que a enfermagem precisa superar de modo a influenciar positivamente nas transformações decorrentes do envelhecimento populacional.

Uma das questões que emergiu da análise foi a necessidade da enfermagem vencer a atual apatia política e considerar a importância de sua participação nas instâncias de decisão política, questionando a estrutura de sua profissão e da oferta de serviços dirigidos ao idoso e contribuir de forma propositiva na formulação de políticas sociais que acompanhem o envelhecimento no ritmo em que vem acontecendo. Se a enfermagem deseja ter controle sobre a direção de seu futuro, ela precisa desenvolver competências de modo a atuar na definição dessas políticas. Caso contrário, continuará executando ações políticas sobre as quais não exerce influência e não compreende o sentido.

Os dados analisados evidenciaram que o não-posicionamento da Enfermagem acarreta, pouco a pouco, a perda do reconhecimento social da profissão, ao não ser percebida pela população como capaz de influenciar nas políticas e impactar positivamente a saúde das sociedades. Para aumentar a capacidade de incidir na definição das agendas de políticas públicas, é necessário que os profissionais se unam e se mobilizem, buscando maior participação nas entidades associativas e restabelecendo-as como espaços de luta coletiva.

Uma importante questão evidenciada por meio da análise foi a necessidade de mudança da educação de enfermagem, de caráter pouco permeável e flexível às contínuas e aceleradas transformações sociais e econômicas, num contexto de alta dinamicidade e complexidade. A inclusão de novas práticas e teorias que lhe permitam adquirir competências para atuar nas questões relacionadas ao envelhecimento populacional de forma adequada tem se mostrado ineficaz e insuficiente e refletem na sua capacidade de contribuir para um futuro desejável para os idosos. O desafio é incorporar à enfermagem competência técnica, política e ética, que a capacite para a prestação de serviços específicos

fundamentados num saber próprio para cuidar da vida e não apenas da doença dos cidadãos brasileiros.

Uma questão central nesse estudo parece ser a necessidade da enfermagem superar o conflito entre os modelos sustentados na concepção biologicista que orientam sua atuação e as reais necessidades e demandas de saúde da população, na qual não consegue intervir. Assim, a enfermagem precisa reassumir o cuidado como objeto do seu trabalho e ocupar o seu papel de gerenciar o cuidado, concretizando-o em sua prática assistencial, social e política. O cuidado deve orientar-se pela integralidade para que a vida plena e digna seja um direito universal. Essas mudanças precisam ocorrer levando em conta a subjetividade das profissões, expressa em atitudes frente à vida e modos de compreender o cuidado, a saúde, o outro, originando mudanças na forma de cuidar, educar e pesquisar.

Nesse contexto, a atenção ao idoso e à sua família constitui uma estratégia para a reorganização do trabalho da Enfermagem, exigindo a reformulação de suas práticas e ressignificando o cuidado como objeto de seu trabalho. Assim, ao colocar a centralidade de suas ações no cuidado ao usuário, a enfermagem assume um lugar privilegiado na atenção à saúde da população idosa, uma vez que suas competências lhe permitem atuar como gerenciador do cuidado e articular os diversos saberes, tecnologias e recursos para o melhor atendimento ao idoso. Para tal, a enfermagem precisa repensar o seu trabalho, sua concepção de saúde/doença, seu posicionamento ético-político e gerar conhecimentos que fundamentem essa prática.

Essas exigências já constituem uma realidade. Se a enfermagem não assumir o papel que lhe cabe no cuidado ao idoso, não somente a qualidade da atenção ao idoso estará comprometida, mas também a própria profissão. É evidente

que essas mudanças, no entanto, não dependem exclusivamente da enfermagem, mas de um esforço multiprofissional e intersetorial em defesa do direito à saúde da população idosa.

Os três cenários elaborados nessa pesquisa refletem possibilidades que se apresentam para a enfermagem. Assim, é importante que essa analise as possibilidades e decida por atuar de modo a influenciar a construção de um cenário favorável para a profissão, para a saúde da população em geral e dos idosos em particular. A enfermagem precisa, antes de tudo, se perguntar quais os valores que defende num cenário em que diversos projetos se encontram em disputa. Ao optar pela defesa da vida e da saúde com qualidade, equidade, integralidade e respeito aos cidadãos, essa deve comprometer-se com a garantia dos direitos dos usuários utilizando-se de suas competências técnicas, mas, sobretudo, ético-políticas para, por meio de escolhas bem informadas, responder de forma propositiva. Como a enfermagem encara esses cenários, fará toda a diferença em 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, E.; HORNER, SD.; TYLER, D.; INNERARITY, SA. The impact of genetic information on policy and clinical practice. In: *Policy Polit Nurs Pract*, University of Texas at Austin School of Nursing, USA, 1, n. 6, p. 5-14, feb. 2005.
- ABEN. A enfermagem na construção de um mundo solidário. In: ABEN. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*. Brasília/DF: ABEN, ano 47, n. 4, p. 10-11, out.-dez. 2005.
- AFONSO, LE. Um estudo dos aspectos distributivos da previdência social no Brasil. 2003. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 124f.
- AGUIAR NETO, Zenaide; SOARES, Cássia Baldini. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 614-622, ago. 2004.
- ALBARACÍN, Jorge de; CARMEN, Viviana del; CORREA ROJAS, María del Valle. Reforma del Sistema de Asistencia Sanitaria. In: *Temas Enferm Actual.*, Argentina, 40, n. 8, p. 30-32, dic. 2000.
- ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; PIRES, Denise Elvira Pires de. O Movimento Participação MPP.: uma contribuição à história da enfermagem brasileira. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 174-184, abr.-jun. 2001.
- ALMEIDA, Alva Helena de; SOARES, Cássia Baldini. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 629-636, out. 2002.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A enfermagem e as políticas de saúde. In: *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, n. 1, p. 53-62, jul. 1997.
- _____. *et al.* A pós-graduação na escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP: evolução histórica e sua contribuição para o desenvolvimento da enfermagem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 276-287, jun. 2002.
- _____.; ROCHA, J.S.Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- AMORIM, Rita da Cruz; OLIVEIRA, Eleonora Meniccuci de. O ensino e práticas de cuidado: o caso de um curso de graduação em enfermagem. In: *Acta Paul. Enfermagem*, 1, n. 18, p. 25-30, jan.-mar. 2005.
- ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti; GOMES, Daisy Leslie Steagall; MENDES, Iranilde José Messias. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 8, n. 5, p. 52-57, out. 2000.

ANTROBUS, S.; BROWN, S. The impact of the commissioning agenda upon nursing practice: a proactive approach to influencing health policy. In: *J Adv Nurs*, RCN Institute, London, England, 2, n. 25, p. 309-315, feb. 1997.

ANTUNES, Maria José Moraes; EGRY, Emiko Yoshikawa. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 1, n. 54, p. 98-107, jan.-mar. 2001.

ASSAD, Luciana Guimarães; VIANA, Lídia de Oliveira. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 5, n. 58, p. 586-591, set.-out. 2005.

BACKES, Vânia Marli Schubert; NIETSCHE, Elisabeta Albertina; CAMPONOVARA, Silviamar; FRAGA, Rosana da Silva; CERZER, Rita de Cássia. A educação continuada dos alunos egressos: compromisso da universidade? In: *Rev. Brasileira Enfermagem*, 4, n. 55, p. 200-204, mar.-abr. 2002.

BARATA, Jaqueline Marques Lara. O processo educativo na organização do trabalho da enfermagem: uma concepção a ser transformada. Dissertação (mestrado) Belo Horizonte, 165 p., 2001.

BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virginia Visconde; SOUSA, Ana Luiza Lima; MONEGO, Estelamaris Tronco. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 5, n. 56, p. 574-576, set.-out. 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, Ieda de Alencar; SAUTHIER, Jussara; BAPTISTA, Suely de Souza. O movimento associativo das enfermeiras diplomadas brasileiras na 1ª metade do século 20. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 157-173, abr.-jun. 2001.

BARRETO, Ivete Santos; OLIVEIRA, Isabel dos Reis Silva; LIMA, Maria Goreti de. Associação brasileira de enfermagem: 70 anos de lutas e conquistas. In: *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, 1, n. 1, p. 23-31, set. 1997.

BARRETO, M.; CARMO, E. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. (Ed). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP, 1995. p. 17-30.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1, n. 8, p. 5-11, jan. 2000.

BELLATO, Rosene; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 429-432, jul.-ago. 2003.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Educação permanente: a manutenção da qualidade. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem. Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar ação terapêutica de enfermagem. Salvador, ABEn-Seção Bahia, p. 250-258, 1998.

BLEICH, M.R.; HEWLETT, P.O.; SANTOS, S.R.; RICE, R.B.; COX, K.S.; RICHMEIER, S. Analysis of the nursing workforce crisis: a call to action. In: *Am J Nurs*, Kansas City, USA, 4, n. 103, p. 66-74, apr. 2003.

BOONTONG, T. On empowering women: a senator's perspective on policies in Thailand. In: *Health Care Women Int*, USA, 3, n. 22, p. 201-206, apr.-may 2001.

BOOTH, Rachel Z. The nursing shortage: a worldwide problem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 3, n. 10, p. 392-400, may-jun. 2002.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, p. 8921-8922, 18 jul., Seção I, pt. I.

_____. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 03 de 07 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 novembro 2001, Seção 1, p. 37.

_____. Decreto n. 1948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994, que aprova a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 237-e, 13 dez., seção 1.

_____. Decreto n. 5130, de 07 de julho de 2004. Regulamenta a Lei n. 10741, de 01 de outubro de 2003, que aprova o Estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 jul.

_____. Portaria n. 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 dez.

_____. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 11 out.

_____. Deliberações Finais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, de maio de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 jun.a.

_____. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, pela Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 fev.b.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; YOSHITOME, Aparecida Yoshie; BELILA, Ligia Vasconcellos; GUILHERMINO, Michelle C. Programa de ensino e assistência de enfermagem gerontológica na favela "Mãos Unidas" em São Paulo. In: *Texto & Contexto Enfermagem*, 2, n. 6, p. 285-290, maio-ago. 1997.

_____; _____. A construção da área de gerontologia e geriatria no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo: da concepção à concretização. In: *Acta Paul. Enfermagem*, n. 11, p. 53-56, 1998.

BROPHY, S. Advancing nursing leadership. In: *Nurs N.Z.*, New Zealand, 3, n. 12, p. 16, apr. 2006.

BROWN, PA; PIPER, SM. Nursing and the health of the nation: schism or symbiosis? In: *J Adv Nurs*, Health Promotion Service, Mid Anglia Community NHS Trust, Suffolk, England, 2, n. 25, p. 297-301, feb. 1997.

BUCHAN, J. Planning for change: developing a policy framework for nursing labour markets. In: *Int Nurs Rev*, Switzerland, 4, n. 47, p.199-206, dec. 2000.

_____. Commentary. Nurse workforce planning in the UK: policies and impact. In: *J Nurs Manag*, Queen Margaret University College, Edinburgh, England, 6, n. 12, p. 388-392, nov. 2004.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; BECK, Carmem Lúcia Colomé; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal; GONZALES, Rosa Maria Bracini. Responsabilidade coletiva na participação da enfermagem em suas entidades organizativas. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 237-247, abr.-jun. 2001.

BUERHAUS, P.I. Changes in the nurse workforce. In: Comment On: *Image J Nurs Sch.*, 2, n. 31, p. 160-166, 1999.

CABRAL, BESL. A superação das desigualdades na velhice - mais uma questão social do século XXI. In: VIII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Coimbra, Coimbra, 2004, p. 01-18. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/Lab2004>>. Acesso em: 04 de julho de 2006.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Looking at the future of health, health care and medicine. Ottawa: CMA, 2000. 44p.

CAMARGO, Teresa Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. A pesquisa de enfermagem no Instituto Nacional de Câncer: trajetória, tendências e perspectivas. In: *Revista Brasileira Cancerol*, 3, n. 49, p. 159-166, jul.-set. 2003.

CAPES. Como usar os recursos disponíveis no Portal periódicos CAPES. Acesso em: 29/04/2007. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/paginaInicial/comoUsar.htm>.

CARTY, Rita M. The global network of WHO collaborating centres for nursing and midwifery development: a policy approach to health for all through nursing and midwifery excellence. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 613-618, oct. 2005.

CASTILHO, Valéria. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. In: *Mundo Saúde*, 5, n. 24, p. 357-360, set.-out. 2000.

CASTLEDINE G. What opportunities will labour provide for nurses? In: *Br J Nurs*, University of Central England, Birmingham, England, 10, n. 6, p. 594, may-jun. 1997.

CASTRILLÓN AGUDELO, María Consuelo. Trends and priorities in nursing research. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 583-588, aug. 2004.

CARVALHO, Vilma de. Linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem: proposta com distinção gnoseológica para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem. In: *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 1, n. 6, p.145-154, abr. 2002.

CARVALHO, JAM; GARCIA, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai.-jun. 2003.

CARVALHO, Vilma de. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 5, n. 12, p. 806-815, set.-out. 2004.

CHANDA, D; GOSNELL, DJ. The impact of tuberculosis on Zambia and the Zambian nursing workforce. In: *Online J Issues Nurs*, University of Zambia, USA, 1, n. 11, p. 4, 2006.

CHATTERJEE, M. Politicians serious about winning nursing's vote? In: *Nurs Times*, England, 39, n. 100, p. 10-11, sep.-oct. 2004.

CHIANCA, Tânia Couto Machado; VILLA, Eliana Aparecida; MONTEIRO, Bernadete Esperança; PASSOS, Hozana Reis. Repensando a realidade pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: *REME Rev. Min. Enferm*, 1, n. 8, p. 201-207, jan.-mar. 2004.

COCCO, Maria Inês Monteiro; MONTEIRO, Maria Silvia. A Associação Brasileira de Enfermagem e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil: um caminho em construção. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 248-252, abr.-jun. 2001.

COFEN, 2007. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. [Base de dados na Internet]. Brasília, COFEN. Acesso em: 29 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.

COLLET, Neusa; SCHNEIDER, Jacó Fernando; CORRÊA, Adriana Katia. A pesquisa em enfermagem: avanços e desafios. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 1, n. 53, p. 75-80, jan.-mar. 2000.

COLLINS, Se. Nursing and the public policy making process: a primer. In: *Fla Nurse*, University of Tampa, USA, 2, n. 54, p. 16, jun. 2006.

CONWAY-WELCH, C. The Bush Administration's record on nursing issues. In: *Policy Polit Nurs Pract*, School of Nursing, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA, 2, n. 6, p. 144-147, may 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. In: *Revista Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CORNISH, E. The study of the future. Washington: The World Future Society, 1977.

DAL PAI, Daiane; SCHRANK, Guisela; PEDRO, Eva Neri Rubim. O Enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. In: *Acta Paul. Enfermagem*, 1, n. 19, p. 82-87, jan.-mar. 2006.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILLAR, Olga Maimoni O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999.

DAVIES, C. Political leadership and the politics of nursing. In: *J Nurs Manag*, School of Health and Social Welfare, England, The Open University, UK, 4, n. 12, p. 235-241, jul. 2004.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3^a. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 293 p.

DES JARDIN, K. Political involvement in nursing--politics, ethics, and strategic action. In: *AORN J*, USA, 5, n. 74, p. 614-618, p. 621-622; p. 623-626, p. 628-630, nov. 2001. a.

_____. Political involvement in nursing--education and empowerment. In: *AORN J*, USA, 4, n. 74, p. 467-475, p. 476-479, p. 481-482, oct. 2001. b.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, MCS. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 31-50.

D'INNOCENZO, Maria. Indicativo de qualidade dos recursos humanos de enfermagem das unidades de clínica médica de hospitais de ensino e universidades.

Apresentada a Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, curso de enfermagem para obtenção do grau de doutor, São Paulo, 195p., 2001.

DINSDALE, P. The future is here and it is e-nursing. In: *Nurs Stand*, England, 33, n. 16, p.18-19, may 2002.

DIOGO, Maria José Delboux; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: *Rev. Esc. Enfermagem / USP*, 4, n. 33, p. 370-376, dez. 1999.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. Enfermagem: uma articulação entre escolha profissional, graduação e mercado de trabalho. In: *Mundo Saúde*, 5, n. 22, p. 287-290, set.-out. 1998.

DZELVE, Livis; SCCAF, Victória. Enfermeira: novas visões e necessidades. In: *Revista Paul. Enfermagem*, 1, n. 19, p. 15-18, jan.-abr. 2000.

FARIA, Josimerci Ittavo Lamana; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 5, n. 12, p. 821-827, set.-out. 2004.

FAUSTINO, Regina Lucia Herculano; MORAES, Maria Julia Barbosa de; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 343-347, jul.-ago. 2003.

FEEG, V.D. Forecasting the impact of genetics and nursing. In: *Pediatr Nurs*, USA, 6, n. 29, p. 418-419, nov.-dec. 2003.

FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Marcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 351-352, jul.-ago. 2003.

FLETCHER, M. Strategy and implications of managing long-term illness. In: *Nurs Times*, England, 1, n. 102, p. 19-20, jan. 2006.

FONSECA, RMGS. O materialismo histórico e dialético como teoria e método para a compreensão dos fenômenos sociais. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1997. 43p.

FREIRE, Renata Pascoal; GUIMARÃES, Raphael Mendonça; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro; MAURO, Maria Yvone Chaves. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 381-384, jul.-ago. 2003.

FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rin. O ensino sobre o processo de envelhecimento e velhice nos cursos de graduação em enfermagem. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 5, n. 56, p. 502-507, set.-out. 2003.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.). *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 69-90.

GADOTTI, M. *Concepção dialética da educação: um estudo introdutório*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 182p.

GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. In: *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 549-556, may-jun. 2004.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 3, n. 54, p. 466-474, jul.-set. 2001.

GARRIDO, R, MENEZES, PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. In: *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 24, n. 1, p. 3-6, abr. 2002.

GAVIN, J.N. Nursing ideology and the generic career. In: *J Adv Nurs*, Chalfont, St Giles, England, 4, n. 26, p. 692-697, oct. 1997.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 365-368, jul.-ago. 2003.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Formação profissional e mercado de trabalho: um olhar a partir das representações sociais de enfermeiros. In: *Revista Enfermagem UERJ*, 3, n. 12, p. 265-271, dez. 2004.

GONÇALVES, Lucia H. Takase *et al.* O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto familiar. In: *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 39-47, jul.-dez. 1996.

_____. O cuidado ao idoso nos currículos de enfermagem: realidade e possibilidade. In: *Texto & Contexto Enfermagem*, 2, n. 6, p. 242-260, maio-ago. 1997.

GUARIENTE, Maria Helena Dantas de Menezes; ZAGO, Marcia Maria Fontão. Scientific production of nurse clinicians mediated by a research advisory group. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 3, n. 14, p. 330-335, may-june 2006.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; SILVA, Lúcia de Fátima da; FREITAS, Maria Célia. Impacto dos cursos de especialização na transformação da prática do enfermeiro: um estudo sobre o valor da pesquisa. In: *Revista RENE*, 1, n. 1, p. 36-40, jan.-jun. 2000.

HANNIGAN, B; BURNARD, P. Nursing, politics and policy: a response to Clifford. In: *Nurse Educ Today*, Scotland, 1, n. 20, p. 4-9, jan. 2000.

HARRISON, S. What next for prescribing? In: *Nurs Stand*, England, 48, n. 17, p. 12-13, aug. 2003.

_____. Is Tony Blair listening? In: *Nurs Stand*, England, 25, n. 18, p. 12, mar. 2004.

ICN. ICN on healthy ageing: a public health and nursing challenge. In: *Int Nurs Rev*, SWITZERLAND, 2, n. 46, p. 60-61, mar-apr. 1999.

_____. Health reform is back on the government's agenda. In: *Aust Nurs J*, Australia, 8, n. 13, p. 1, mar. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico de 2000, Brasília, IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br//censo2000>>. Acesso em: 20 de março de 2007.

ICN, 2004. Health care system position statement: Promoting the value and Cost-effectiveness of Nursing. Acesso em: 04/05/2007. Disponível em: <http://www.icn.ch/psvalue.htm>.

KALACHE, A. & KELLER, I. The greying world: a challenge for the 21st century. In: *Science Progress*, v. 83, n. 1, p. 33-54, 2000.

KENDIG, S. Addressing the nursing shortage. In: *AWHONN Lifelines*, Louis, USA, 3, n. 5, p. 22-23, jun.-jul. 2001.

LANGE, A; CHEEK, J. Health policy and the nursing profession: a deafening silence. In: *Int J Nurs Pract*, School of Nursing City East Campus, Faculty of Nursing, University of South Australia, Adelaide, Australia, 1, n. 3, p. 2-9, mar. 1997.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____ (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. 244p.

LEITE, Joséte Luzia; TREZZA, Maria Cristina S. Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; MENDES, Isabel Amélia Costa; FELLI, Vanda Elisa Andres. Os projetos de pesquisa de enfermagem no CNPq: seu percurso, suas temáticas, suas aderências: 1998/2000. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 1, n. 54, p. 81-97, jan.-mar. 2001.

LEONART, Edilomar; MENDES, Maria Manuela Rin. Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 4, n. 13, p. 538-546, jul.-ago. 2005.

LEÓN ROMÁN, Carlos Agustín. Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. In: *Revista Cubana Enfermagem*, 1, n. 21, ene.-abr. 2005.

LLIFFE, J. Nursing needs a voice at the national government level. In: *Aust Nurs J*, Australia, 1, n. 14, p. 1, jul. 2006.

LIMA, Maria Auxiliadora da Cruz; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1, n. 8, p. 23-30, jan. 2000.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios”. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, mai.-jun. 2003a.

_____; _____; _____; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios”. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai.-jun. 2003b.

_____; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Editorial, v. 19, n. 3, p. 700, mai.-jun. 2003.

LOPES, Gertrudes Teixeira. A trajetória da investigação científica no âmbito da enfermagem. In: *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 1, n. 6, p. 53-62, abr. 2002.

LUCHESE, Roselma; BARROS, Sônia. Pedagogia das competências - um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem - uma revisão de literatura. In: *Acta Paul. Enfermagem*, 1, n. 19, p. 92-99, jan.-mar. 2006.

LÜDKE, M., ANDRÉ, MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EDUE, 1986.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Diretrizes curriculares e a potencialização de condições para mudanças na formação de enfermeiros. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 348-350, jul.-ago. 2003.

MAPANGA, K; MAPANGA, MB. A perspective of nursing in Zimbabwe. In: *Online J Issues Nurs*, 2, n. 5, p. 3, 2000.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 6, n. 11, p. 701-706, nov.-dez. 2003.

MENDES, PTT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. 1995. 195f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC/SP, São Paulo, 1995.

MINAYO, MCS. et al. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

_____; COIMBRA JR., C.E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____ (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 212p.

_____. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. 80p.

MENDES, Isabel Amélia Costa; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Sistemas de saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 3, n. 14, p. 303-307, maio-jun. 2006.

MENDOZA-VEGA, Juan. Reflexiones sobre la profesión de enfermería. In: *Actual. Enferm*, 4, n. 5, p. 6, dic. 2002.

MERHY, Emerson Elias et al. Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes. Relatório técnico. Rio de Janeiro: UFRJ. 2006. 198p.

MILL, J.; ASTLE, B.; OGILVIE, L.; OPARE, M. Global health and equity. Part 1: setting the context. In: *Can Nurse*, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada, 5, n. 101, p. 22-24, may 2005.

MOYA, José Luis Medina; PARRA, Silvana Castillo. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. In: *Texto & Contexto Enfermagem*, 2, n. 15, p. 303-311, abr.-jun. 2006.

NORONHA, K.V.M.S & ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. In: *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 17, n. 5-6, p. 410-418, maio-junho 2005.

OGUISSO, Taka. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 197-207, abr.-jun. 2001.

_____. História da legislação do ensino médio profissional de enfermagem. In: *Revista Paul. Enfermagem*, 1, n. 21, p. 71-83, set.-out. 2004.

OHIO NURSES ASSOCIATION. In: *Nursing's voice a vital force on election day, USA*, 9, n. 79, p. 1/3, oct. 2004.

OJEDA, Beatriz Sebben; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. In: *Acta Paul. Enfermagem*, 4, n. 17, p. 432-438, out.-dez. 2004.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de; FERRAZ, Neide Maria Freire. A ABEn na criação, implantação e desenvolvimento dos Conselhos de Enfermagem. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 208-212, abr.-jun. 2001.

OPAS. Enfermería gerontológica: conceptos para la practica. In: Organización Panamericana de la Salud, PALTEX, Washington, D.C, 78 p., 1993.

PAHO/OPS. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. In: *Rev. Panam. Salud Publica*, V. 17, n. 5-6, p. 452-454, maio/jun. 2005.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 55, p. 392-398, jul.-ago. 2002.

PELAEZ, Martha. Building the foundations for health in old age in the Americas. In: *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 17, n. 5-6, 2005.

PEMA, Paulo de Oliveira. O controle social do SUS interessa à enfermagem. In: *Cogitare Enferm*, 2, n. 6, p. 43-49, jul.-dez. 2001.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. In: *Texto & Contexto Enfermagem*, 3, n. 15, p. 492-499, jul.-set. 2006.

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. In: *Revista Baiana Enfermagem*, 1/2, n. 13, p. 83-92, abr.-out. 2000.

POULTON, B; GOUGH, P; WRIGHT, S. Forward thinking. In: *Nurs Stand*, Royal College of Nursing, England, 44, n. 11, p. 25, jul. 1997.

PRADO, Marta Lenise do; GELBCKE, Francine Lima. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 1, n. 54, p. 34-42, jan.-mar. 2001.

PRESCOTT, P. The enigmatic nursing workforce. In: *J Nurs Adm*, Washington, DC 2, USA, n. 30, p. 59-65, feb. 2000.

PRIMOMO, J. Nursing around the world: Japan - preparing for the century of the elderly. In: *Online J Issues Nurs*, USA, 2, n. 5, p. 2, 2000.

PULCINI, J.; MASON, DJ.; COHEN, SS.; KOVNER, C.; LEAVITT, JK. Health policy and the private sector. New vistas for nursing. In: *Nurs Health Care Perspect*, New York, USA, 1, n. 21, p. 22-28, jan.-feb. 2000.

QUEIROZ, Vilma Machado de; SALUM, Maria Josefina Leuba. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48: a enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio. Salvador, Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, p. 190-207, 1996.

RASSOOL, Goolam Hussein. Moving in the right direction: first step in writing for publication in nursing. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 6, n. 13, p. 1035-1038, nov.-dec. 2005.

REAL, Omar. Acerca de la formación de enfermeros. In: *Rev. Enferm. Hosp. Ital.*, 3, n. 1, p. 32-34, abr. 1998.

REZENDE, Kátia Terezinha Alves *et al.* Implementando as unidades educacionais do curso de enfermagem da Famema: relato de experiência. In: *Interface Botucatu*, v. 10, n. 20, p. 525-535, dez. 2006.

RIBEIRO, Jorge Ponciano; TAVARES, Marcelo; ESPERIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denize Bouttelet. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. In: *Revista Enfermagem UERJ*, 3, n. 13 p. 403-409, set.-dez. 2005.

RIVERO DE GUTIÉRREZ, Maria Gaby; VIEIRA, Therezinha Teixeira; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ELSEN, Ingrid; STEFANELLI, Maguida Costa. Acompanhamento e avaliação da pós-graduação no Brasil: retrospectiva histórica da representação da enfermagem. In: *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 2, n. 5, p.161-172, ago. 2001.

RODGER, Ginette Lemire. Developing global leaders through doctoral education. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 5, n. 12, p. 816-820, set.-out. 2004.

ROGERS, M. *Canadian nursing in the year 2020: five future scenarios*. Ottawa, Ontario, Canadá: Canadian Nurses Association, 1997. 47p.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; BEZERRA, Maria Gorette Andrade; MOREIRA, Vlória Teles; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Pós-graduação e impactos na vida do profissional. In: *Revista RENE*, 1, n. 4, p. 63-70, jan.-jun. 2003.

ROSSI, Maria José dos Santos. A propósito do movimento participação. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 2, n. 54, p. 213-228, abr.-jun. 2001.

SAAD, PM. Resenha de WONG, Laura Rodríguez (Org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: Cedeplar-UFMG/ABEP, 2001. 271p.; *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 18, n. 1/2, p. 167-171, jan.-dez. 2001.

SALUM, Nádia Chiodelli; PRADO, Marta Lenise do. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador de enfermagem. In: *Texto & Contexto Enfermagem*, 2, n. 9, p. 298-311, maio-ago. 2000.

SANNA, Maria Cristina; SANTOS, Carlos Eduardo dos. Inserção no mercado de trabalho dos egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. In: *Revista Paul. Enfermagem*, 3, n. 22, p. 255-260, set.-dez. 2003.

SANTOS, Regina Maria dos; TREZZA, Maria Cristina S. Figueiredo; CANDIOTTI, Zandra Maria Cardoso; LEITE, Josete Luzia. Circunstâncias de oficialização do

curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 4, n. 10, p. 552-56, set.-out. 2002.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 361-364, jul.-ago. 2003.

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 285-291, abr. 2006.

SCHILLING, Ana Zoé. Participação da comunidade na avaliação do curso de enfermagem. In: *Online Braz. J. Nurs*, 1, n. 4, abr. 2005.

SCHRAMM, J.M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-904, 2004.

SENA, Roseni Rosângela de; COELHO, Suelene. Educación en Enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. In: *Invest. Educ. Enferm.* 2, n. 22, p.120-127, jul.-dic. 2004.

_____; SILVA, Kênia Lara; COELHO, Suelene; BRAGA, Patrícia Pinto. Inovação no ensino da enfermagem: o Uni impulsionando a diferença. In: *Revista Baiana Enfermagem*, 1/2, n. 15, p. 121-127, jan.-ago. 2002.

SENA-CHOMPRÉ, R.R.; EGRY, E.Y. *A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SMITH, ER. Health human resources. In: *Can J Cardiol*, Canada, 5, n. 18, p. 544-545, may 2002.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Globalização e exclusão: o papel do enfermeiro. In: *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, 1, n. 1, p. 13-22, set. 1997.

SOFER, D. What can the Democrats do for nurses? Comment. In: *Am J Nurs*, USA, 5, n. 104, p. 15, may 2004.

_____. Discussion 15. In: *Am J Nurs*, USA, 2, n. 104, p. 70-71, feb. 2004.

SHAVER, JL. Rebalancing our health care systems paradigm. In: *Nurs Outlook*, USA, 4, n. 53, p. 169-170, jul.-aug. 2005.

SILVA, Eliete Maria *et al.* Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas. In: *Caderno Saúde Pública*. São Paulo/Brasil, v. 17, n. 4, p. 989-998, ago. 2001.

SILVA, Isília Aparecida; FELLI, Vanda Elisa Andres; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Projeto Pró-ABEn: subsídios e reflexões para o marketing da Associação. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 55, p. 399-407, jul.-ago. 2002.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. O processo de mudança na educação de enfermagem nos cenários UNI: potencialidades e desafios. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 412-416, jul.-ago. 2003.

_____ *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. In: *Revista Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005.

_____; SENA, Roseni Rosângela de. Nursing education: seeking critical-reflexive education and professional competencies. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 14, n. 5, p. 755-761, oct. 2006.

SILVA, Maria Therezinha Nóbrega da Silva; PERES, Ellen M. Enfermagem: tendências e novos desafios. In: *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, 2, n. 6, p. 181-188, ago. 2002.

SOTO, Maria Iraidis; MANFREDI, Maricel. Plan de desarrollo de enfermería para América Latina: una propuesta. In: Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 6, Washington, 26 p., oct. 1997.

SPÍNDOLA, Thelma; SANTIAGO, Maria Madalena de Andrade; MARTINS, Elizabeth R. C. O exercício profissional dos enfermeiros no contexto dos hospitais universitários. In: *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, 3, n. 7, p. 325-333, dez. 2003.

STONE, PW. Nursing shortage and nursing sensitive outcomes. In: *Appl Nurs*, USA, 2, n. 15, p. 115-116, may 2002.

STURTEVANT, A. Future forecasting. In: LOVE, P.; ESTANEK, S. (Eds.), *Rethinking Student Affairs Practice*. 2003. Acesso: 20/10/2006. Disponível em: <<http://www.rethinking-student-affairs-practice.com>>.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. Integração curricular no curso de graduação em enfermagem. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 401-404, jul.-ago. 2003.

TIMOTEO, Rosalba Pessoa de Souza; LIBERALINO, Francisca Nazaré. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 56, p. 358-360, jul.-ago. 2003.

TOUGH, A. Forewords. In: ROGERS, M. *Canadian Nursing in the Year 2020: Five Future Scenarios*. Ottawa: Canadian Nurses Association, 1997.

TOD, A.; PALFREYMAN, S.; BURKE, L. Evidence-based practice is a time of opportunity for nursing. In: *Br J Nurs*, University of Sheffield, England, 4, n. 13, p. 211-216, feb.-mar. 2004.

TRAYNOR, M. The oil crisis, risk and evidence-based practice. In: *Nurs Inq*, Centre for Policy in Nursing Research, Australia, 3, n. 9, p.162-169, , sep. 2002.

TRIVIÑOS, ANS. *Introdução à pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

TRUELSEN, Thomas; BONITA, Ruth & JAMROZIK, Konrad. Surveillance of stroke: a global perspective. In: *International Journal of Epidemiology*, Great Britain, 30, p. S11-S12, 2001.

URASAKI, Maristela Belletti Multt. A transformação: do cuidar mecânico ao cuidar sensível. In: *Revista Paul. Enfermagem*, 1, n. 22, p. 72-81, jan.-abr. 2003.

URBANO, Luzia A. As reformulações na saúde e o novo perfil de profissional requerido. In: *Rev. Enfermagem, UERJ*, 2, n. 10, p. 142-145, maio-ago 2002.

UNRUH, L.Y.; FOTTLER, M.D. Projections and trends in RN supply: what do they tell us about the nursing shortage? In: *Policy Polit Nurs Pract*, Department of Health Professions at the University of Central Florida, USA, 3, n. 6, p. 171-182, aug. 2005.

VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai.-jun. 2003.

_____; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2, n. 9, p. 423-432, 2004.

_____ et al. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA, JR., C.E.A. (Org.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 708p.

VILLENEUVE, M.; MAC DONALD, J. *Toward 2020: Visions for Nursing*. Ottawa: Canadian Nurses Association, 2006. 163p.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. In: *Revista Brasileira Enfermagem*, 4, n. 54, p. 623-629, out.-dez. 2001.

YAMAMOTO, Akemi; DIOGO, Maria José D'Elboux. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 660-666, out. 2002.

WEST, E; SCOTT, C. Nursing in the public sphere: breaching the boundary between research and policy. In: *J Adv Nurs*, Oxford, England, 4, n. 32, p. 817-824, oct. 2000.

WILDSCHUT, G. Four questions concerning changes in the nursing ethics scene. In: *Nurs Ethics*, England, 2, n. 10, p. 218-221, mar. 2003.

WILLIAMS, S. Making every vote count. In: *Nurs Manag*, England, 2, n. 11, p. 12-13, may 2004.

WHO. Munich Declaration-nurses and midwives: a force for health. In: *Intensive Crit Care Nurs*, 4, n. 16, p. 207-208, aug. 2000.

WHO; ICN; RCN. International nurse mobility: trends and policy implications. In: *World Health Organization*, Geneva, 72 p., 2003.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE'S HEALTH EVIDENCE NETWORK. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Jun. 2004. 19p. Disponível em: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/homesupport/20040614_3. Acesso em: 30 jan. 2007.

WHO, 2002. Innovative care for Chronic conditions: building blocks for action: Global Report. Geneva: WHO.

WORLD FUTURES SOCIETY. Forecasts: Top 10 Forecasts from Outlook 2005. Acesso: 12/09/2006. Disponível em: <<http://www.wfs.org/forecasts.htm>>.

WRIGHT, Maria da Glória Miotto; KORNIEWCZ, Denise M; GODUE, Charles; Manfredi, Maricel. Salud internacional: el nuevo desafío para la educación de enfermería. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 3, n. 6, p. 5-10, jul. 1998.

ZUBIZARRETA ESTÉVEZ, Magdalena; CABRERA SOLÍS, Elsa; FERNÁNDEZ GARCÍA, Luisa; DURÁN GARCÍA, Francisco A. Experiencia cubana en la formación de recursos humanos de enfermería. In: *Revista Cubana Enfermagem*, 1, n. 21, ene.-abr. 2005.

ANEXOS

ANEXO A
(Carta de Apresentação)

CARTA DE APRESENTAÇÃO

TÍTULO DA PESQUISA: A ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025.

Belo Horizonte, de de 2007.

Ilmo(a). Sr(a).

Eu, Clarissa Terenzi Seixas Cougo, mestranda do Programa de Pós-graduação da EEUFMG, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena, estou realizando o estudo “**A enfermagem brasileira frente ao desafio do envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025**”, tendo selecionado esta entidade como cenário para coleta de dados, vis-à-vis o papel privilegiado que ocupa no desenho dos rumos da enfermagem brasileira.

Essa pesquisa tem como objetivo a construção de cenários para a enfermagem brasileira em 2025, com o intuito de maximizar a contribuição da enfermagem no enfrentamento do processo de envelhecimento populacional e subsidiar ações nesse sentido. Pretende-se conhecer como a enfermagem brasileira vem se preparando e quais as tendências do trabalho da enfermagem nas seguintes categorias:

- a organização do Sistema de Saúde (modelo tecnoassistencial);
- a educação de enfermagem;
- a organização política;
- a regulamentação da profissão;
- os papéis, campos de exercício e meios de trabalho das enfermeiras;
- a força de trabalho da enfermagem: composição, número, especialidades.

Assim, por objetivar-se conhecer em profundidade a visão de atores-chave desta importante entidade quanto ao futuro da enfermagem brasileira e atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, venho pedir autorização para realização de uma entrevista com V. Sa.

Na oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos do estudo, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certa de contar com a vossa colaboração, desde já agradeço. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários e firmo o compromisso de retorno dos resultados à instituição.

Atenciosamente,

Clarissa Terenzi Seixas Cougo
Mestranda

Roseni Rosângela de Sena
Orientadora

Endereço da pesquisadora:

Rua Cacuera, 589, Jaraguá, Belo Horizonte / MG

Telefone: (0xx31) 9908.6996 ou (0xx31) 3443.1606

E-mail: claseixas@yahoo.com.br

ANEXO B
(Parecer Consubstanciado do CPG da
Escola de Enfermagem da UFMG)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Assunto: Análise do projeto de pesquisa “A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025”

Interessadas: Profa. Roseni Rosângela de Sena
Mestranda: Clarissa Terenzi Seixas Cougo

Histórico

Recebi do Colegiado de Pós-Graduação o projeto intitulado “A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025” da mestranda Clarissa Terenzi Seixas Cougo que tem como orientadora a Profa. Roseni Rosângela de Sena, docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem-UFMG. Este é um estudo de abordagem qualitativa que utiliza a metodologia para construção de cenários futuros proposta por Rogers como suporte filosófico e metodológico. A utilização desta metodologia permitirá a tomada de decisões tendo em vista a identificação de um futuro desejável e, a partir daí, procurar realizá-lo. Tem como objetivo analisar a atuação da enfermagem na contribuição ao processo de envelhecimento da população brasileira de modo a maximizar a contribuição da enfermagem no enfrentamento do processo de envelhecimento da população brasileira. Para tal, buscam identificar quais os desafios relacionados ao envelhecimento da população que se colocam para o sistema de saúde e para a sociedade brasileira, as estratégias que estão sendo definidas pela enfermagem brasileira para enfrentar as transições demográficas e epidemiológicas e as perspectivas e possibilidades que se apresentam para a enfermagem brasileira. A coleta de dados será feita através de entrevistas gravadas com um representante de área de cada uma das seguintes instituições: Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES e Ministério da Educação-MEC. Além disso, será utilizada a bibliografia sobre o tema dos últimos 10 anos para elaboração do referencial teórico da proposta. Os dados das entrevistas serão analisados utilizando-se o método de análise de discurso de Fiorin.

Mérito

O tema de estudo é interessante e de grande relevância para os profissionais da área da saúde. A pesquisadora contextualiza, de forma adequada, o processo de envelhecimento populacional e as implicações que este fato acarreta na atenção à saúde no mundo e no Brasil. A metodologia é inovadora ainda pouco utilizada no Brasil, mas amplamente usada em outros países. Está bem descrita e relacionada adequadamente ao objetivo proposto podendo-se identificar, no projeto, os benefícios que tanto os profissionais quanto a clientela estudada poderão ter no futuro com os resultados do trabalho. De fato, pensar possibilidades futuras é algo extremamente útil e poderoso, com implicações relevantes para o desenvolvimento de políticas de saúde e para as ações dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros. As pesquisadoras prevêm o anonimato dos participantes e incluem o Termo de Consentimento. O cronograma de trabalho está adequado ao desenvolvimento da proposta.

Conclusão

Sou, SMJ, pela aprovação do projeto de pesquisa da Profa. Roseni Rosângela de Sena e de sua orientanda do Curso de Mestrado Clarissa Terenzi Seixas Cougo.

Belo Horizonte, 5 de janeiro de 2007.


Andréa Gazzinelli
RELATORA

ANEXO C
(Parecer Consubstanciado do
COEP/UFMG)



Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 016/07

**Interessados (a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Colegiado de Pós Graduação
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou, no dia 28 de março de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado: **“A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO D
(Termo de consentimento livre e esclarecido)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DA PESQUISA: A ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025.

Belo Horizonte, de de 2007.

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa **“A enfermagem brasileira frente ao desafio do envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025”**, desenvolvida por mim, Clarissa Terenzi Seixas Cougo, mestranda do Programa de Pós-graduação da EEUFMG, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena.

Essa pesquisa tem como objetivo a construção de cenários para a enfermagem brasileira em 2025, com o intuito de maximizar a contribuição da enfermagem no enfrentamento do processo de envelhecimento populacional e subsidiar ações nesse sentido. Pretende-se conhecer como a enfermagem brasileira vem se preparando e quais as tendências do trabalho da enfermagem nas seguintes categorias:

- a organização do Sistema de Saúde (modelo tecnoassistencial);
- a formação;
- a organização política;
- a regulamentação da profissão;
- os papéis, campos de exercício e meios de trabalho das enfermeiras;
- os recursos humanos em enfermagem: composição da força de trabalho, número, especialidades.

Assim, tendo em vista o papel privilegiado que o Sr(a) ocupa nessa entidade, venho solicitar a sua participação nesse estudo, concedendo uma entrevista no objetivo de conhecer a vossa visão e idéias quanto ao futuro da enfermagem brasileira.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Será realizada uma entrevista semi-estruturada, pela pesquisadora, respeitando o local e o horário escolhidos pelo Sr(a). O depoimento será gravado em formato digital e poderá ser devolvido ao entrevistado(a) e/ou interrompido no momento em que este assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária.

- Serão garantidos ao(à) entrevistado(a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora que pode ser encontrada no endereço e telefone que constam ao final desta carta. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, ao qual esse estudo foi submetido e aprovado – Prédio da Reitoria - 7º andar /Sala 7018 - Av. Antônio Carlos, 6627 /Pampulha - Belo Horizonte /MG
Telefone: (31) 3499-4592 /3499-4516 Fax: (31) 3499-4027 E-mail: coep@reitoria.ufmg.br
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- c
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o entrevistado.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Clarissa Terenzi Seixas Cougo
Mestranda

Roseni Rosângela de Sena
Orientadora

Endereço da pesquisadora:

Rua Cacuera, 589, Jaraguá, Belo Horizonte / MG

Telefone: (0xx31) 9908.6996 ou (0xx31) 3443.1606 / E-mail: claseixas@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora Clarissa Terenzi Seixas Cougo, sobre a minha decisão em participar da pesquisa “**A enfermagem brasileira frente ao desafio do envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou o equipamento de saúde possa ter adquirido.

_____, _____ de _____ de 2007.

Nome/ assinatura do entrevistado

Nome/ assinatura do pesquisador

ANEXO E
(Roteiro de entrevista)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

TÍTULO DA PESQUISA: A ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025.

Entrevistado(a):

Data:

Expresse seus pensamentos, idéias e opiniões sobre as questões a seguir:

1. Quais os principais desafios que o Sr(a) imagina para o Brasil no ano 2025 em decorrência do envelhecimento populacional acelerado?
2. Quais desses desafios o Sr(a) imagina que serão relevantes para a enfermagem brasileira?
3. Como o Sr(a) percebe que a enfermagem brasileira vem se preparando para enfrentá-los?
4. Qual deveria ser a atuação da enfermagem brasileira em 2025?
5. Qual será o papel desta instituição em 2025 e como ela vem se preparando para tal?

CLARISSA TEREZI SEIXAS

**A ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2007**

Seixas, Clarissa Terenzi

S462e A Enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025 / Clarissa Terenzi Seixas. – Belo Horizonte, 2007.
209 f. ilustr.

Orientador: Profa. Dra. Roseni Rosangela de Sena.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Área de Concentração em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

1. Enfermagem/tendências. 2. Assistência à Saúde/tendências. 3. Saúde do idoso. 4. Serviços de Saúde para Idosos/tendências. 5. Envelhecimento da População. I. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. II. Título.

NLM : WY 152
CDU : 614-058-8

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Adriana Cristina de Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública

Chefe: Clarice Marcolino

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado do Curso de Pós Graduação

Coordenadora: Adriana Cristina de Oliveira

Sub-Coordenadora: Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Dedico este trabalho:

Àqueles que acreditam que um futuro melhor para a profissão é possível e não se acomodam ante os obstáculos.

AGRADECIMENTOS

À Roseni, por indicar a estrada, mas me deixar traçar o caminho. *Caminante, no hay camino, se hace camino al andar*

À Mamãe e Papai, por despertarem em mim o gosto pela área acadêmica.

À Bia, irmã e amiga, pela ajuda nos momentos de maior desespero.

Ao PH, pela preocupação (Quantas páginas já tem? Falta quanto?).

Ao Pedro, minha maior motivação.

Às famílias Terenzi e Seixas, pelo carinho e por respeitarem minhas escolhas.

À família Cougo, por me acolher e compreender minha ausência.

Ao Bê, pelo apoio e por me permitir seguir meus sonhos.

Aos colegas do NUPEPE e EEnfUFMG, especialmente à Kênia, por me ensinarem o prazer da construção coletiva do conhecimento.

À Paris, Toulouse e Austin, pelos grandes amigos que me trouxeram e que me apoiaram nessa jornada.

À todos os meus amigos, em especial à Carol, Gabi, Madá e Rei, pela escuta atenta e por comemorarem comigo cada conquista.

À Teka e Zé, pela companhia.

À CAPES, por investir na minha formação nesta e na próxima etapa da minha vida acadêmica.

Aos participantes dessa pesquisa, que aceitaram dispor de seu tempo.

Aos funcionários da UFMG, pela ajuda e paciência.

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: “A *ENFERMAGEM BRASILEIRA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: cenários possíveis para 2025*” de autoria da mestrandia Clarissa Terenzi Seixas, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dra. Roseni Rosângela de Sena (Orientadora)

Dr. Renato Peixoto Veras (Titular)

Dra. Marília Alves (Titular)

Dra. Maria José Menezes Brito (Suplente)

Dra. Maria José Antunes (Suplente)

Belo Horizonte, 18 de julho de 2007

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 ESTADO DA ARTE	20
1.1 A realidade do envelhecimento populacional.....	21
1.2 Desafios do envelhecimento populacional.....	24
1.3 A enfermagem como força política e social.....	28
1.4 Cenários futuros e a enfermagem.....	29
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral.....	34
2.2 Objetivos específicos.....	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1 Abordagem teórico-metodológica.....	36
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	38
3.3 Aspectos éticos.....	40
3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados.....	41
3.4.1 Dados de fonte primária.....	41
3.4.2 Dados de fonte secundária.....	44
3.5 Análise dos dados e construção de cenários futuros.....	52
4 O CENÁRIO ATUAL	57
4.1 Políticas de saúde e de enfermagem.....	58
4.1.1 Déficit de enfermeiros no cenário mundial: demanda real ou necessidade de mudança do modelo.....	59
4.1.2 Uma nova categoria profissional?.....	65
4.1.3 O papel social da enfermagem.....	67
4.1.4 A distância entre a execução e a formulação das políticas.....	75

4.1.5 O impacto dos avanços científicos e tecnológicos.....	86
4.1.6 O envelhecimento populacional e a atuação da enfermagem.....	88
4.2 Organização política da enfermagem: as entidades associativas e regulamentadoras.....	97
4.3 Educação em enfermagem.....	109
4.3.1 Os processos de mudanças na educação de enfermagem: caminhos para a superação do modelo tradicional.....	109
4.3.2 Compromisso social ou lógica de mercado: o que guia a formação da enfermagem?.....	120
4.3.3 A Pesquisa em enfermagem como instrumento de transformação social.....	125
4.3.4 A educação na área do envelhecimento populacional.....	136
4.4 Organização do trabalho da enfermagem.....	143
4.4.1 Quem gerencia o cuidado?.....	143
4.4.2 O cuidado ao idoso como estratégia para a reorganização do trabalho da enfermagem.....	150
5 CENÁRIOS POSSÍVEIS PARA 2025	158
5.1 A desigualdade na saúde.....	159
5.2 A fragmentação do cuidar.....	164
5.3 A ética do cuidado.....	168
6. QUE FUTURO? UMA SÍNTESE PROVISÓRIA	174
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
ANEXOS	196

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Codificação dos descritores DeCs/ MeSh.....	46
QUADRO 2 – Codificação dos Bancos de Dados.....	47
QUADRO 3 – Publicações encontradas, selecionadas e recuperadas.....	52
QUADRO 4 – Analisadores.....	55
FIGURA 1 – Codificação das entradas bibliográficas.....	48
FIGURA 2 – Entrada selecionada e repetida.....	49
FLUXOGRAMA 1 – Fluxo da coleta de dados secundários por revisão bibliográfica sistemática.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABED - Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ALADEFE - Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería

ANED - Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem

CIPESC - Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

CNA - Canadian Nurses Association

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

NUPEPE - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAME – Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento

PLE - Projeto Larga Escala

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RCN – Royal College of Nursing

REAL - Red de Enfermería de América Latina

RENADI - Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SENADEN - Seminários Nacionais de Ensino em Enfermagem

SENPE - Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

Sistema MeSh/ DeCs - Medical Subject Headings/ Descritores em Ciências da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNINCOR - Universidade do Vale do Rio Verde

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Carta de Apresentação

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CPG da Escola de Enfermagem da UFMG

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do COEP/UFMG

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO E - Roteiro de Entrevista

SEIXAS, C.T. *A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários futuros para 2025*. 2007. 209p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

O envelhecimento populacional constitui relevante movimento mundial. No Brasil, esse movimento se produziu mais recentemente e de modo acelerado, em meio a profundas desigualdades sociais, econômicas, culturais comparativamente aos países desenvolvidos. Essas modificações trazem consigo novas demandas e necessidades, requerendo políticas para atuar nesse quadro. A enfermagem, por vir adquirindo cada vez mais importância como prática social e pelo seu inegável papel no cuidado às pessoas envelhecidas, possui condições de responder aos desafios que se apresentam. Assim, compreender o que tem sido feito pela enfermagem brasileira, constitui elemento fundamental para a preparação e o planejamento das ações desses profissionais, podendo impactar positiva ou negativamente no futuro do sistema de saúde e da sociedade. Esse estudo teve como objetivo geral, analisar a atuação da enfermagem brasileira e sua contribuição ao processo de envelhecimento da população brasileira. Pretende, ainda, analisar os desafios que o envelhecimento populacional traz para a sociedade brasileira e construir cenários de atuação para a enfermagem brasileira em 2025 frente ao envelhecimento populacional. Estudo de abordagem qualitativa, orientado pelo referencial teórico-filosófico da dialética e realizado em observância às normas éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram sujeitos deste estudo, um representante ou formulador de políticas na área de enfermagem das seguintes entidades: Conselho Federal de Enfermagem; Associação Brasileira de Enfermagem; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Saúde. Foi utilizada a técnica de entrevista individual com roteiro semi-estruturado como instrumento para coleta de dados de fonte primária e, para os de fonte secundária, utilizou-se os recursos metodológicos da pesquisa bibliográfica sistemática. Foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1979). Para a construção dos cenários futuros, utilizou-se as metodologias propostas por Rogers (1997) e Villeneuve & MacDonald (2006), que propõem a elaboração de cenários futuros, desejáveis ou não. Através da análise do cenário atual foi possível compreender os caminhos que levarão a enfermagem a impactar no futuro da profissão, do sistema de saúde e da sociedade. A análise evidenciou que a enfermagem, historicamente, apresenta uma tendência à passividade política, ao não questionamento dos valores éticos e da ideologia expressas nas políticas que concernem sua prática e a saúde, atendo-se à parte técnica de seu trabalho. Embora o envelhecimento populacional gere desafios que a afetam diretamente, ela pouco tem influenciado as políticas e leis na área. A enfermagem já reconheceu essa exclusão dos processos decisórios como uma barreira para o avanço da profissão e para a qualidade da atenção ao idoso, porém, ainda não se organizou num esforço para influenciar a formulação de políticas. Para aumentar a capacidade de incidir na definição das agendas, ficou evidente a necessidade dos profissionais se mobilizarem, restabelecendo as entidades associativas como espaços de luta coletiva. A importância de se mudar a educação de enfermagem também ficou clara na análise, pois essa ainda apresenta um caráter pouco permeável e flexível às mudanças observadas na saúde. A inclusão de novas teorias e práticas que lhe permitam atuar nas questões relativas ao envelhecimento populacional de forma adequada tem se mostrado insuficiente e refletem na sua capacidade de contribuir para um futuro desejável para os idosos. Evidenciou-se a necessidade da enfermagem reassumir o cuidado como objeto do seu trabalho e ocupar o seu papel de gerenciar o cuidado, concretizando-o em sua prática assistencial, social e política. Nesse contexto, a atenção ao idoso e à sua família constitui uma estratégia para a reorganização do trabalho da Enfermagem, exigindo a reformulação de suas práticas e ressignificando o cuidado como objeto de seu trabalho. Conclui-se que a criação de cenários futuros constitui interessante estratégia para identificar desafios e planejar ações de modo a contribuir para a realização de um futuro desejado, através de escolhas bem informadas. É imprescindível que a enfermagem analise as possibilidades e decida por atuar para influenciar a construção de um cenário favorável para a profissão, para a saúde da população em geral e dos idosos em particular e, a partir disso, tome medidas para torná-los realidade. Essa atitude (ou a falta dela) fará toda a diferença em 2025.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM, ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, CENÁRIOS FUTUROS.

SEIXAS, C.T. *The Brazilian Nursing and the aging population: future scenarios for 2025*. 2007. 209p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

The aging process of the population constitutes an important world-wide movement. In Brazil, this movement happened more recently and faster, in middle of deep social, economic, cultural inequalities when compared to developed countries. These modifications bring new demands and necessities, requiring policies to act in this scenario. Nursing, because of its importance as a social practice and for its undeniable role in the aged people care, possess conditions to answer properly to these challenges. Thus, to understand what has been done by the Brazilian nursing constitutes a basic element for the preparation and the planning of actions, turning these professionals able to impact the future of the health system and the society. This study has, as general objective, to analyze the performance of Brazilian nursing and its contribution to the Brazilian aging process. It intends, also, to analyze the challenges that the aging process of the population brings to Brazilian society and to construct scenarios for the Brazilian nursing in 2025 front to the challenges of the aging process. Qualitative study guided by the dialectic and carried through in observance to the ethical norms of the Resolution 196/96 of the Brazilian National Advice of Health. The persons interviewed in this study were a representative or policy-maker in the nursing matters of the following entities: Federal Advice of Nursing; Brazilian Association of Nursing; National Advice of Scientific and Technological Development; Coordination of Perfectioning of Staff of Superior Level; Ministry of Education and Culture; Health Department. The technique of individual interview with half-structured script was used as an instrument to collect data of primary source and, for the data of secondary source, the methodological resources of the systematic bibliographical research were used. The method of analysis of content proposed by Bardin (1979) was used. For the construction of the future scenarios, the methodologies used were those proposed by Rogers (1997) and Villeneuve & MacDonald (2006), that consider the elaboration of possible scenarios, desirable or not. Through the analysis of the current scenario it was possible to understand the ways nursing have to impact the future of the profession, of the health system and of the society. The analysis evidenced that nursing, historically, presents a trend to political passivity, not questioning the ethical values and the ideology expressed in the policies that concern its practice and health. Although the aging process generates challenges that affect nurses directly, they little have influenced the policies and laws in the area. Nursing already recognized this exclusion of the decisional processes as a barrier for the advance of the profession and for the quality of the attention practiced, however, haven't get organized in an effort to influence policy-making. To increase the capacity to act in the agenda definition, the professionals need for mobilization was evident, reestablishing the associative entities as spaces for collective battle. The importance of making changes in nursing education was also patent in the analysis, therefore it still presents a little flexible character to changes observed in health. The inclusion of new practices and theories that allow nurses to act in the properly in questions related to the aging population has been insufficient and reflects in its capacity to contribute for a desirable future for the aged ones. It was proven necessity of nursing to reassume the care as object of its work and to occupy its role to manage care, materializing it in its assistential social and political practice. In this context, the attention to the aged person and its family constitutes a strategy for the reorganization of nursing work, demanding the reformularization of the practice and resignifying care as object of its work. It was possible to conclude that the creation of future scenarios constitutes interesting strategy to identify challenges and to plan action in order to contribute for the accomplishment of a desired future, through well informed choices. It is essential for nursing to analyze the possibilities and to decide for acting to influence the construction of a favorable scenario for the profession, for the health of the population in general and for the aged people in particular and to take measures for making them real. This attitude (or the lack of it) will make all the difference in 2025.

KEY-WORDS: NURSING, POPULATIONAL AGING PROCESS, FUTURE SCENARIOS.

INTRODUÇÃO

Toda enfermeira tem a capacidade de influenciar o futuro; de criar um futuro positivo para a profissão, assim como para a saúde daqueles que cuidamos. Para tomar decisões e fazer escolhas bem fundamentadas, precisamos pensar o futuro para além de amanhã ou depois. Precisamos explorar as possibilidades, tanto boas quanto más. Precisamos usar nossas cabeças, corações e imaginação para criar imagens de um futuro preferível e usar nossa voz, mãos e pés para criar nosso destino (tradução livre) (Martha Rogers, 1997, pVI).

Durante minha graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, tive a oportunidade de participar do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem - NUPEPE - como bolsista de iniciação científica a partir de 2002. Desde então, venho desenvolvendo neste grupo de estudos, juntamente com as demais pesquisadoras, estudos relacionados ao tema do envelhecimento populacional e ao trabalho e ensino da enfermagem, os quais permitiram a publicação de artigos e a apresentação de trabalhos na íntegra e resumos em eventos locais, regionais, nacionais e internacionais.

Em 2005, ao assumir o cargo de docente no curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Rio Verde – UNINCOR – Unidade Betim, em Minas Gerais, nas disciplinas Assistência à Saúde do Idoso I e II, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos quanto às diversas questões relativas ao envelhecimento da população brasileira. A aquisição de conhecimentos e a familiaridade com o tema permitiram-me realizar uma reflexão mais aprofundada e despertaram em mim inquietações quanto às dimensões históricas, econômicas e culturais relacionadas ao envelhecimento populacional e às políticas sociais dirigidas a esse grupo.

No período de setembro/2004 a abril/2005, permaneci na cidade de Toulouse, França e tive a oportunidade de adentrar uma outra realidade, de um país em que a transição demográfica ocorreu há muito mais tempo e em ritmo mais lento