

A AÇÃO SOCIOEDUCATIVA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS PROFISSIONAIS

Pereira, Fernando

Instituto Politécnico de Bragança
fpereira@ipb.pt

Caria, Telmo

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
tcaria@utad.pt

Palavras-chave: Intervenção socioeducativa; cuidados gerontológicos; conhecimento e saberes profissionais

1. O processo de cuidados gerontológicos profissionais como ação socioeducativa

A importância do tema é resultado do processo de envelhecimento populacional verificado nas sociedades ocidentais e muito particularmente na sociedade europeia. Na atualidade a proporção de idosos atinge valores próximos dos 20% em muitos países da EU, incluindo Portugal, sendo igualmente previsível que esses valores se aproximem dos 30% no ano 2050 (Giannakouris, 2008). Esta problemática tem, entre outros, contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, médicos e humanos. Sendo igualmente certo que das culturas que valorizam e respeitam os idosos pela sua sabedoria, às culturas e ritmos de vida ocidentais que reservam aos idosos o estatuto de improdutivos e de inúteis, todas elas enfrentam a necessidade de cuidar dos seus idosos.

A prestação de cuidados gerontológicos profissionais é um processo em que há intensa troca de saberes entre o cuidador (profissional) e a pessoa cuidada e seu entorno familiar. Neste sentido, em teoria, este processo configura uma ação socioeducativa por excelência. Devemos suportar esta assunção nos pressupostos fundamentais dos processos socioeducativos.

O primeiro pressuposto a ser observado emana dos domínios da aprendizagem, na sua dimensão cognitiva, psicomotora e afetiva. Garcia (1995) sustenta que a investigação gerontológica está empenhada em determinar a importância dos fatores cognitivos e não cognitivos que afetam a aprendizagem na idade adulta e na velhice, de modo a otimizar as condições de ensino-aprendizagem. Seria fastidioso invocar exemplos de cuidados gerontológicos que mobilizam estas três dimensões, aliás, arriscamos até dizer que, em tese, o processo de cuidados gerontológicos profissionais pode ser traduzido em combinações daquelas três dimensões. Um exemplo apenas para fins de clarificação da ideia: a adaptação do idoso ao uso de ajudas técnicas (como uma simples bengala, por exemplo) exige uma dimensão cognitiva (baseados nos conhecimentos da motricidade humana de modo a maximizar a estabilidade postural), uma dimensão psicomotora (adaptação ao uso correto do dispositivo) e uma dimensão afetiva (todo o processo de reconstrução emocional que o uso do dispositivo implica para quem o usa e para os outros).

O segundo pressuposto tem a ver com o processo de reconstrução identitária do idoso. A entrada na terceira idade normalmente traduz-se por um período de intensa reconstrução identitária pela perda e ganho de novos papéis sociais que estão normalmente associados (Carrajo, 1999; Pereira, 2012; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Para além disso, quando o idoso apresenta fragilidades ou dependência de qualquer ordem terá necessariamente de “aprender” a viver com a sua nova condição. Este processo de aprendizagem está bem documentado na literatura no caso de adaptação às condicionantes provocadas por doenças crónicas, por sequelas de acidentes, ou simplesmente do processo de envelhecimento natural. O processo passa, comumente, por uma fase de negação da debilidade, fase de revolta e, finalmente, fase de aceitação e adaptação mais ou menos bem conseguida às novas circunstâncias de vida. Este é um processo iminentemente social pois a condição de debilidade física ou cognitiva, é construída e legitimada socialmente (Freidson, 1970, 2001).

O terceiro pressuposto refere-se à construção do entorno sociofamiliar em que o processo de cuidados decorre. O que foi assinalado para o entorno social é, pela maioria das razões, válido para o entorno familiar. Não é apenas o idoso que se deve adaptar às inerências do processo de cuidados de que é alvo mas também o seu círculo familiar mais próximo. Aliás, estes, e particularmente

aqueles que partilham a responsabilidade do cuidado, devem ser desde logo envolvidos pela equipa de saúde que acompanha todo o processo.

2. Metodologia

A elaboração desta comunicação resulta de uma meta análise, ou de uma reinterpretção, dos dados de um estudo centrado nos saberes profissionais dos gerontólogos¹ que era parte de um projeto de investigação sobre o trabalho profissional dos diplomados em ciências sociais que trabalham em organizações do terceiro sector social em Portugal denominado «Saberes, Autonomias e Reflexividade no Trabalho Profissional no Terceiro Sector (PTDC/CS-SOC/098459/2008)», o qual foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

A metodologia adotada nesse estudo assentou em duas técnicas principais: observação etnográfica (12 dias de trabalho não consecutivos que decorreram no espaço de um mês, correspondendo a cerca de 96 horas de observação) com um gerontólogo, tendo como objetivo principal estudar as interações profissionais do gerontólogo em contexto de trabalho numa instituição de idosos; (2) quatro entrevistas em profundidade com dois gerontólogos centradas na perceção individual sobre as problemáticas do envelhecimento, contexto de trabalho e percurso profissional. Foi desenvolvido um modelo de análise complexo que permitiu apreciar as práticas do trabalho profissional, relativamente aos seguintes parâmetros: áreas do conhecimento científico mobilizadas, princípios da gerontologia invocados; competências profissionais aplicadas e atitudes/aptidões facilitadoras (Pereira y Caria, 2013).

O conhecimento científico mobilizado pelos gerontólogos tem origem, maioritariamente, nos conteúdos curriculares da formação académica inicial, designadamente das áreas científicas dos cuidados de saúde (que envolvem conhecimentos de diferentes ciências da biologia, enfermagem e da medicina), da psicologia e da sociologia/gestão, que estão representadas em proporções mais ou menos equivalentes; a formação dos gerontólogos inclui também uma forte componente prática em contexto de trabalho pela frequência de dois estágios curriculares (Pereira, 2010; Pereira y Pimentel, 2012). Em paralelo ao conhecimento científico os profissionais detém conhecimento empírico que resulta das experiências da socialização primária e secundária e da experiência adquirida em contexto de trabalho. A importância do conhecimento empírico, jamais pode ser negligenciada independentemente da profissão e dos profissionais em causa. No caso da gerontologia, a sua eventual negligência ou menosprezo, é particularmente grave dado o vasto conhecimento e experiência de vida dos idosos. Ignorar o contributo do idoso, para além da perda de conhecimento, pode ser interpretada pelo mesmo como uma desvalorização das suas competências. Isto configura um desrespeito pela sua dignidade pessoal e podendo acelerar a perda de autoestima e de autonomia e conduzir ao “desânimo aprendido”.²

A competência pode ser definida como uma forma de conhecimento sobre o uso de ideias-conteúdos abstratas e gerais na resolução de problemas em contexto (metacognição a partir de conhecimentos transversais) (Caria, 2007). Attewell (2009) sublinha a grande importância e complexidade do conceito de competência no debate sociológico, apontado que o pode ser abordado através de quatro enfoques teóricos: enfoque de positivismo, enfoque da etnometodologia, enfoque do construtivismo social e enfoque marxista. A nossa abordagem sustenta-se sobretudo nos contributos da etnometodologia e do construtivismo social. Assim competências são o conjunto de recursos intelectuais (de natureza filosófica, científica e técnica) e os recursos pessoais (experiência de vida, carácter, desenvolvimento emocional) do profissional. A competência profissional possibilita

¹ Os gerontólogos são profissionais de saúde com formação académica superior de primeiro ciclo em gerontologia. Esta formação teve início em meados dos anos 90, nas escolas superiores de saúde da Universidade de Aveiro e do Instituto Politécnico de Bragança. A formação académica (*curriculum*) distingue-se por comportar, em partes equilibradas, unidades curriculares das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde. Este profissional destina-se a trabalhar exclusivamente com idosos e suas famílias em situação de institucionalização ou inseridos na comunidade. A sua formação tem ainda a particularidade de os preparar para intervir em idosos em situação de debilidade ou dependência, assim como, e preferencialmente, em idosos gozando de plena saúde e de uma vida ativa. Neste último caso, a sua intervenção assume um carácter preventivo e minimizador de risco (Pereira, Mata, y Pimentel, 2011).

² “Desânimo aprendido” é um fenómeno muito observado em idosos, particularmente quando institucionalizados, caracterizado pela perda contínua e acelerada de competências e de ânimo para continuar a desenvolver as atividades quotidianas de vida. Este processo é induzido pelas condições de vida, pelas restrições à liberdade individual, pela degradação natural ou provocada das condições de saúde, pela ausência de estimulação cognitiva e motora realizada de forma competente e adequada às condições particulares de cada idoso.

uma abordagem (uma atitude) às situações-problema do contexto de trabalho que é coerente entre o ser (recursos efetivos possuídos pelo profissional) e o fazer (de determinada maneira, com um determinado estilo pessoal).

A competência profissional pode ser decomposta em: competência técnica, que diz respeito às aptidões de origem filosófica, científica e técnica, que permitem aos profissionais tomarem decisões sobre as melhores práticas a adotar (Caria, 2007); a competência relacional que resulta da adoção de uma postura empática e atenta à corporalidade (linguagem corporal) e às circunstâncias específicas da interação (Pereira, 2005); a competência prudencial, sustentada na leitura abrangente (interdisciplinar) dos contextos particulares de ação e consequente assertividade da intervenção técnica (Pereira, 2005), a qual implica uma escolha hierárquica de objetivos que melhor se adequa a determinada situação, designadamente quando ao nível da intervenção técnica se verifica tensão entre os meios (recursos) a utilizar, valores a invocar, ou objetivos a alcançar^{3,4}; e, por fim, a competência discursiva que expressa uma conceptualização e linguagem próprias e adequadas ao estatuto profissional, que permitem produzir discursos reflexivos sobre as práticas e posições que adotam, discursos esses que os distinguem de outros profissionais e dos leigos (Caria, 2007).

Por sua vez, os princípios dizem respeito aos valores de natureza ética, social, cultural e científica e expressam-se através de: da interiorização do envelhecimento na perspetiva do ciclo de vida, conhecido por *paradigma lifespan* (Baltes y Mayer, 2001), que consiste na ideia de que o envelhecimento faz parte da vida e de que, portanto, o indivíduo preserva as suas qualidades ontológicas, ao longo de todo o ciclo de vida; da avaliação integral do idoso, isto é, uma abordagem holística (bio-psico-social) do idoso que pressupõe o trabalho interdisciplinar; e da ênfase na otimização da qualidade de vida do idoso e na salvaguarda da sua dignidade (consideração da componente ética e de humanidade do cuidado).

Por último, as atitudes facilitadoras são formas de ser e de estar do profissional no contexto da interação social (neste caso com o idoso) de natureza distinta (ética, cultural, cultura profissional, comunicacional, entre outras) que facilitam a execução das tarefas práticas, aumentando a sua eficácia.

A comunicação tem como principal objetivo evidenciar que os processos de cuidados gerontológicos são processos socioeducativos, pois promovem a emancipação e o empoderamento dos atores envolvidos, neste caso, gerontólogos, idosos e outros cuidadores.

3. Análise e interpretação dos resultados

Dado que se trata de uma meta análise dos resultados de um estudo prévio com outros objetivos, em vez de fazermos uma apresentação exaustiva dos resultados procuraremos responder a duas questões. Em que medida e de que forma o trabalho profissional dos gerontólogos configura um processo socioeducativo? Qual a importância disso para o processo de cuidados gerontológicos?

No estudo mencionado foram identificados dezasseis tarefas práticas.⁵ Para efeitos desta comunicação apresentamos de seguida apenas as tarefas do primeiro tipo, pois são aquelas que mais configuram uma ação socioeducativa (Figura 1).

³ Queremos realçar que esta competência prudencial não deve ser confundida com o conceito de cuidado reconhecido às designadas profissões de cuidado (Abbott y Meerabeau, 1998), como é o caso, bem conhecido, do conceito de cuidado de enfermagem (Swanson, 1993), ou do conceito de cuidado gerontológico (Pereira y Caria, 2012). O conceito de cuidado é mais complexo e, para além da competência prudencial, exige, também, competências técnico-estratégicas e competências relacionais, tal como definidas anteriormente. Ou seja, a competência prudencial é apenas uma das componentes do processo de cuidado.

⁴ Champy (2012), inspirado no conceito de *prudência* de Aristóteles na obra *Ética a Nicómaco*, propõe os conceitos de profissões prudenciais e de profissionais prudenciais, caracterizando-as como sendo profissões que, para além de serem prudenciais, são igualmente muito sustentadas no conhecimento abstrato e numa forte tendência dos seus profissionais para o envolvimento individual e coletivo (segmentos) em “causas” e na adoção de segmentos particulares da cultura profissional. O autor distingue então entre profissões prudenciais e profissões não prudenciais (embora não aponte nenhum exemplo concreto destas últimas). Por isso, pensamos que a designação profissões prudenciais não é de todo feliz, sendo preferível falar em competências prudenciais ou então, sentido prudencial do uso do conhecimento. Outro aspeto ao qual o autor não alude é à importância do conhecimento empírico, o qual pensamos é igualmente essencial ao julgamento prudencial das situações, algo observado por Pereira (2005).

⁵ Uma descrição pormenorizada (relatos etnográficos) destas tarefas práticas pode ser consultada em Pereira e Caria (2013).

Figura 1 - Tarefas práticas do gerontólogo que decorrem em interação direta com os idosos

Trabalho profissional	Áreas científicas mobilizadas				Princípios			Competências profissionais				Atitudes/Aptidões facilitadoras profissionais							
	Biologia-Saúde	Psicologia	Sociologia	Gestão-Administração	Perspetiva do ciclo de vida	Avaliação Integral do idoso	Qualidade de vida do idoso	Técnica	Relacional	Prudencial	Discursiva*	Comunicar de forma empática e eficaz.	Minimização da estranheza dos sistemas abstratos em relação ao idoso.	Respeito pela opinião e escolhas do idoso (preservação da autonomia, sexualidade, etc.).	Envolver o idoso na intervenção técnica e reforço positivo da participação do idoso.	Observar os princípios éticos na relação com o idoso.	Conceder prioridade ao bem-estar e dignidade do idoso.	Velocidade de execução das tarefas (rotinas).	Executar várias tarefas em simultâneo (rotinas).
Tarefas que decorrem na interação directa com os idosos.																			
Preparação e Administração da medicação (oral e tópica) prescrita ao idoso.	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mobilização e posicionamento do idoso dependente acamado.	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Higiene pessoal e apresentação do idoso dependente.	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação física do idoso e execução de técnicas de estimulação motora do idoso.	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Avaliação cognitiva e execução de técnicas de estimulação cognitiva do idoso.	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Desenvolvimento de atividades de animação.		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Aconselhamento de ajudas técnicas e acompanhamento do idoso e/ou cuidador na adaptação às mesmas.	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Gestão de situações embaraçantes resultado de debilidades físicas e mentais dos idosos.		X	X		X	X	X	X	X	X	X				X	X			
Gestão de situações de violência e agressividade dos e entre idosos.		X	X		X	X	X	X	X	X	X				X	X			

Fonte: (Pereira y Caria, 2013)

Como se pode observar o trabalho profissional do gerontólogo, isto é, as tarefas práticas que o mesmo executa, de um modo geral, são tarefas muito complexas (a grande maioria das células está assinalada com um X). Exigem a invocação de todos os princípios e competências profissionais acima referidos, assim como a adoção de uma ampla gama de atitudes e aptidões. No que respeita às áreas do conhecimento científico mobilizadas a complexidade não é tão evidente observando-se uma separação entre a área da biologia-saúde e a área das ciências sociais e do comportamento, embora as mesmas possam ocorrer em simultâneo; a área da gestão-administração não é mobilizada neste tipo de tarefas.

Relacionando a forma como as tarefas são executadas com os pressupostos anteriormente enunciados das ações socioeducativos verificamos o seguinte.

Relativamente ao primeiro pressuposto (domínios da aprendizagem), repare-se como praticamente todas as tarefas estão referenciadas pelos princípios da gerontologia, isto é, pela importância e centralidade concedidas à perspetiva do ciclo de vida do idoso, à avaliação integral das suas necessidades e a sua qualidade de vida. Implicitamente isto indicia a interiorização e mobilização da noção de inclusão, empoderamento, interdisciplinaridade, aspetos que são pedras basais dos processos socioeducativos.

Repare-se ainda na omnipresença das competências relacionais e prudenciais que aludem, respetivamente, à interiorização e mobilização de competências comunicacionais e de competências emocionais específicas e adequadas, ambas igualmente duas pedras basais dos processos socioeducativos. Por sua vez a invocação das competências técnicas que remetem para o

conhecimento científico e técnico são obviamente expressão do domínio cognitivo que é outra pedra basilar dos processos socioeducativos.

Repare-se, por fim, nas atitudes assumidas na interação direta do gerontólogo com os idosos, as quais têm uma leitura que pode colocar em realce as preocupações de inclusão e de respeito e valorização da individualidade do idoso, outras duas pedras basilares dos processos socioeducativos.

Passando ao segundo pressuposto sobre o processo de reconstrução identitária do idoso, repare-se na quantidade e variedade de tarefas que se relacionam com esse aspeto, a maioria das quais encerra sempre uma preocupação permanente com a valorização das capacidades cognitivas e psicomotoras ainda possuídas pelo idoso, com a sua dignidade pessoal e humana e com a salvaguarda permanente do grupo social, evitando, tanto quanto o possível, situações de isolamento, de solidão, de exclusão social e de dinâmicas sociais negativas ou depreciativas da dignidade das pessoas.

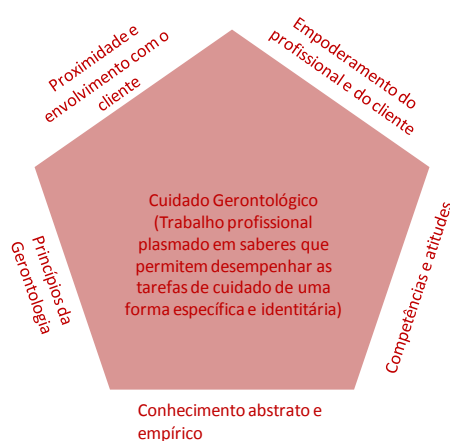
Por fim, no que concerne ao terceiro pressuposto, verifica-se a existência de tarefas especificamente destinadas a avaliar o entorno familiar e social do idoso e a dinamizar estratégias que estabeleçam e consolidem laços relacionais saudáveis e inclusivos, como é o caso do desenvolvimento de atividades de animação.

Passando à segunda questão colocada, ou seja qual a importância do trabalho profissional do gerontólogo ou de qualquer outro profissional envolvido na prestação de cuidados profissionais ao idoso assumir este contorno socioeducativo?

A resposta a esta questão pode ser sustentada no conceito de cuidado gerontológico. O conceito de cuidado que usamos como referência é o conceito de cuidado desenvolvido por Swanson (1993). Encontramos no nosso próprio estudo inúmeras razões que atestam a qualidade e atualidade do mesmo, embora careça de reajustamento e atualização, nomeadamente a substituição do seu carácter de linearidade.

De facto, é mais correto perspetivar o processo de cuidado (gerontológico) como um ciclo, em que as fases se podem sobrepor entre si. Um ciclo em que podem ocorrer avanços e recuos determinados quer por fatores intrínsecos à relação cuidador pessoa cuidada (por exemplo um agravamento súbito do estado de saúde), quer por fatores extrínsecos (uma rutura familiar ou uma mudança de política de cuidados). Um ciclo, como um sistema aberto, também influenciável por fatores da envolvente contextual (organizacional, política, cultural) em que a interação (cuidado) decorre. Procuramos sintetizar esta proposta no esquema da figura 2 (Pereira y Caria, 2013).

Figura 2 – Diagrama geral do conceito de cuidado gerontológico



Tal como é sugerido pelo diagrama o processo de cuidado gerontológico está referenciado por cinco dimensões: conhecimento abstrato e empírico, competências e atitudes; princípios da

gerontologia, proximidade e envolvimento com o cliente⁶; empoderamento do profissional e do cliente. Sem pretender estabelecer qualquer hierarquia definitiva ou rígida sobre a importância destas cinco dimensões, podemos, todavia tentar encontrar uma lógica que afirme e sustente o cuidado gerontológico como um processo socioeducativo. Vejamos.

Na base temos o domínio do conhecimento de natureza abstrata (científica e filosófica, sobretudo) e o conhecimento de natureza empírica. Este domínio diz respeito ao conhecimento quer do profissional (cuidador) quer da pessoa cuidada (cliente, neste caso o idoso e/ou sua família). O conhecimento é essencial. Os processos de interação social nos quais se incluem os processos socioeducativos são sempre processos de partilha de conhecimento e promotores de significado.⁷ O cuidado aos idosos é cada vez mais sofisticado e exigente obrigando a uma atualização constante dos conhecimentos por parte do profissional. Um aspeto importantíssimo é a valorização do capital de conhecimento do idoso. Dita da forma mais simples e crua, nos casos em que os idosos conservam as suas capacidades cognitivas minimamente funcionais, os idosos são indivíduos que possuem longos anos de experiência vivida e nesse sentido são conhecedores ou “sábios” como é comum dizer-se. A não valorização do conhecimento do idoso para além da perda objetiva é frequentemente um fator promotor do “desânimo aprendido” (curiosamente o desânimo também se aprende e, portanto, também se ensina, às vezes de forma inconsciente) que acelera e intensifica os processos de perda física e cognitiva do idoso.

Em posição de interface com a base do processo temos as competências técnicas e as atitudes adotadas nas práticas concretas inerentes ao processo de cuidados. Ambas são imanências do conhecimento, mas dizem mais diretamente respeito ao agir profissional, ao conhecimento situado, às práticas concretas executadas e à forma singular como são executadas. As competências e atitudes são tangíveis para a pessoa cuidada, traduzem-se em sensações corpóreas (toque, dor, alívio, prazer, desprazer, etc.) e em sensações afetivas (carinho, segurança, insegurança, medo, desprezo, rejeição, etc.). Como vimos podem ter uma carga positiva ou negativa, mas nunca são neutras. A propósito, a neutralidade não existe no cuidado gerontológico, a neutralidade é sempre percebida pelo idoso como indiferença, como distanciamento, logo negativa.

Em posição equivalente, também em interface com o conhecimento encontramos os princípios referenciais da gerontologia. Estes princípios são elementos construtores da identidade profissional do gerontólogo, são ensinados até à exaustão na formação académica. Estes princípios “nor-teiam” a prática profissional. Esta é por natureza sempre singular, sempre sujeita às circunstâncias particulares da interação. Noutro sentido as práticas profissionais são sempre caóticas (Pereira, 2005), e de uma forma ou de outra, resistem aos protocolos rígidos e burocratizados. Assim sendo, é essencial que estes princípios sejam interiorizados pelo profissional e que sejam convocados sempre que necessário, seja no momento da execução das tarefas seja, a outro nível, como fio condutor das escolhas e opções da trajetória profissional do gerontólogo.

Outra dimensão do processo de cuidados é a que designamos como proximidade e envolvimento com o cliente. Esta postura implica a mobilização de competências comunicacionais e afetivas, assim como a interiorização muito consolidada dos ensinamentos do campo da ética e da humanidade. Proximidade e envolvimento são essenciais como estratégias de preservação da dignidade e autoestima do idoso, otimizando a contribuição do idoso e do seu entorno familiar no processo de cuidados. Proximidade e envolvimento quer significar empatia e conhecimento profundo da situação do idoso na dimensão biológica, psicológica e social. Proximidade e envolvimento também diz respeito à linguagem verbal e não-verbal (corporalidade) utilizada; é sabida a importância do olhar e do toque do prestador de cuidados na pessoa cuidada. Paradoxalmente, proximidade e envolvimento também pode significar distanciamento, não no sentido de indiferença mas no sentido de o cuidador alargar a sua perspectiva de análise da situação ao entorno familiar e sociocultural da situação concreta, isto é, por vezes, é necessário algum distanciamento para se ver com mais detalhe as circunstâncias da intervenção. Esta ideia, que consideramos da máxima importância, foi-nos sugerida pela leitura da obra “Envolvimento e Distanciamento de Norbert Elias (Elias, 1997) a qual

⁶ Esta designação “cliente” remete para a mais recente nomenclatura própria do paradigma da “Nova Gestão Pública” e substitui a clássica designação de “utente”. Adotámo-la por razões pragmáticas, mas não estamos seguros de que seja um termo feliz. No caso concreto desta comunicação “cliente” significa quase sempre o idoso ou o seu cuidador ou ainda a sua família.

⁷ Este facto tem muitas implicações no campo da pedagogia social e socioeducativa, designadamente, remete para as questões da linguagem verbal e não-verbal, para as questões dos reportórios do conhecimento e saberes, para a questão dos objetivos educacionais. Por exemplo, um cuidador de idosos não pode estar a fazer a higiene pessoal de um idoso e mostrar uma expressão de desagrado ou nojo.

recomendamos vivamente a qualquer pessoa mas muito particularmente a quem esteja envolvido em processos de cuidados e processos educacionais.⁸

Por fim, a dimensão empoderamento do profissional (cuidador) e do cliente. No processo de cuidados verifica-se sempre a partilha de conhecimento, desde que o mesmo se oriente pelo designado “modelo holístico da saúde”, libertando-se da natureza desigual do denominado “modelo biomédico”. Neste sentido, tem sempre como finalidade última capacitar os intervenientes no sentido da promoção da saúde e da qualidade de vida, a partir do seu próprio capital de conhecimento e competências.

Naturalmente estas cinco dimensões, sumariamente descritas em separado, estão profundamente interrelacionadas entre si. O que preside é “caos” da ação pratica, não no sentido de desorganizado, mas no sentido de complexo e singular.

4. Conclusões

O cuidado gerontológico é a expressão do trabalho profissional do gerontólogo. Este emana da forma integrada de execução das tarefas práticas de cuidado, isto é, da sua natureza complexa, cíclica, partilhada, refletida e, portanto sempre revisível.

O processo de cuidados profissionais a idosos configura uma verdadeira ação socioeducativa. O cuidado é co construído na interação cuidador/pessoa cuidada, exige a invocação e mobilização de diferentes áreas do conhecimento científico e do conhecimento empírico. Paralelamente, essa interação é referenciada por princípios fundamentais da gerontologia, traduz-se na execução de competências práticas profissionais específicas as quais estão imbuídas de atitudes e aptidões que configuram situações de saber-ser, saber-estar e de saber-fazer, que são referenciais construtores de uma identidade e de uma cultura profissional.

O processo de cuidados profissionais é promotor de confiança, de autoeficácia e de empoderamento. É emancipador gerando inovação e promovendo a excelência do serviço, que na prática se traduz pelo incremento da qualidade de vida do idoso e do seu entorno familiar e social.

Neste sentido o processo de cuidados não só configura uma ação socioeducativa como também a enquadra dentro nas abordagens pedagógicas que valorizam os conhecimentos, competências e características pessoais quer do educador quer dos educandos, fazendo com que o processo socioeducativo respire liberdade.

5. Referências bibliográficas

- Abbott, P., y Meerabeau, L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions*. London: Routledge.
- Attewell. (2009). Qué es una competencia? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 16, 21-44.
- Baltes, P., y Mayer, k. (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (1 ed.). Cambridge: University Press.
- Caria, T. (2007). Itinerário de aprendizagens sobre a construção teórica do objecto saber. *Etnográfica*, 11 (1), 215-250.
- Carrajo, M. (1999). *Sociologia de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Champy, F. (2012). Culturas profissionais e práticas prudenciais. O caso da arquitetura. Paper presented at the *IV Colóquio Internacional Grupos Profissionais - Educação, Trabalho e Conhecimento [GP_etc]*, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Elias, N. (1997). *Envolvimento e Distanciamento. Estudos Sobre a Sociologia do Conhecimento*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

⁸ Um exemplo prático do nosso estudo para que se entenda melhor. Ao dar banho ao idoso o cuidador profissional deve sempre usar um objeto (tipo toalhete ou esponja) para não tocar diretamente na pele do idoso. Aparentemente isto poderia configurar distanciamento. Não, de facto significa envolvimento, porque é uma forma de preservar ao máximo a privacidade e dignidade do idoso.

- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic on the Practice of knowledge*. Chicago: University Chicago Press.
- Garcia, A. V. M. (1995). Objeto y Ambitos de Investigación en Gerontología Educativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitária*, 12, 7-21.
- Giannakouris, K. (2008). Population and social conditions. Eurostat Statistics in *Focus*, 1-11. Retrieved from <http://publications.europa> website:
- Pereira, F. (2005). Os saberes profissionais-técnicos em associações e cooperativas agrárias. In T. Caria (Ed.), *Saberes Profissionais*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, F. (2010). Gerontólogo: Motivações e Escolhas na Construção de uma Nova Profissão na Área da Saúde. In A. Delicado, V. Borges & S. Dix (Eds.), *Profissão e Vocação. Ensaios sobre Grupos Profissionais* (pp. 95-114). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Pereira, F. (2012). A Institucionalização do Idoso. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 149-156). Viseu: Psicosoma.
- , y Caria, T. (2012). Dos saberes profissionais do gerontólogo ao processo de cuidados gerontológicos. Paper presented at the *Congresso Internacional do Envelhecimento 2012*, Lisboa.
- y Caria, T. (2013). Professional work of the gerontologists: a methodological approach. *Le Sociographe*, No prelo.
- , Mata, M. A., y Pimentel, H. (2011). A emergência da gerontologia como profissão e o seu reconhecimento social em Portugal. Paper presented at the *V Encontro CIED-Escola e Comunidade*, Lisboa.
- y Pimentel, H. (2012). Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 27-40). Viseu: Psicosoma.
- Sousa, L., Figueiredo, D., y Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.