



CONCEITO DE CUIDADO GERONTOLÓGICO PRESTADO POR GERONTÓLOGOS PROFISSIONAIS

Fernando Pereira

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Bragança.
Investigador do Centro de Investigação e Intervenção Educativas
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
fpereira@ipb.pt

Celeste Antão

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Bragança
celeste@ipb.pt

Fecha de recepción: 20 de Septiembre de 2013

Fecha de admisión: 12 de Noviembre de 2013

ABSTRACT

The process of professional gerontological care is a process of social and personal interaction and constitutes a veritable socio-educational action.

The process of gerontological care is referenced by five dimensions: abstract and empirical knowledge, skills and attitudes; principles of gerontology, proximity and involvement with the client as well as empowerment of the professional and the client.

Objectives: to study the professional interactions of the gerontologist at the work context, in a long term institution for the elderly, and to develop a reflexive model of the professional care process in gerontology.

The methodology was based on: ethnographic observations of the professional work of a gerontologist, four in-depth interviews with two gerontologists focused on their individual perception on the problems of aging, the work context and career, and five in-depth interviews with the gerontologists' employers - the directors of long term institutions for the elderly, concerning their professional skills.

Keywords: Socio-educational action, gerontological care, professional knowledge and professional work



RESUMO

O processo de cuidados profissionais a idosos é um processo de interação social e pessoal e configura uma verdadeira ação socioeducativa.

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 cliente; empoderamento do profissional e do cliente.

Esta comunicação tem como objetivo principal elaborar um modelo reflexivo do processo do cuidar em gerontologia.

A metodologia adotada nesse estudo assentou em duas técnicas principais: observação etnográfica do cotidiano profissional de um gerontólogo; quatro entrevistas em profundidade com dois gerontólogos (duas entrevistas cada em momentos separados) centradas na percepção individual sobre as problemáticas do envelhecimento, contexto de trabalho e percurso profissional e, ainda, cinco entrevistas em profundidade com cinco diretores de instituições de idosos, acerca do desempenho profissional dos gerontólogos.

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

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, coloca novos desafios tanto a nível governamental como a nível profissional no que diz respeito aos idosos e seus cuidados.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas de 2004, reconhece a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento. A DGS (2012), no seu plano Nacional de Saúde, defende que o aumento da esperança de vida traz associado: (1) o aumento da doença crónica e de comorbilidades que se refletem na maior procura de cuidados de saúde; (2) o aumento da incapacidade e dependência com carga variável para a família e para o sistema de saúde; (3) coloca em causa a sustentabilidade do sistema de segurança social.

A literatura científica oferece várias abordagens ao conceito de cuidados, particularmente dos cuidados de enfermagem, no âmbito dos quais, tradicionalmente, se enquadram os cuidados de saúde prestados aos idosos.

Pelo seu valor referencial, invocamos o conceito de cuidado de enfermagem de: “a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility” (Swanson, 1993). Na conceção o cuidado de enfermagem é um processo composto por cinco fases, denominadas de forma muito ampla, quase abstrata, de difícil tradução: maintaining belief, knowing, being with, doing for, enabling. Independentemente do exato sentido destas denominações, o que consideramos de maior importância é o seu valor referencial, aliás, a própria autora refere que as fases do seu conceito de cuidado não são exclusivas à enfermagem e podem ser partilhadas com outras relações de cuidado. O que emana desta conceção é uma ideia de processo relacional co construído entre cuidador e pessoa cuidada (ou grupo de pessoas cuidadas), baseado na perspectiva de melhoria da qualidade de vida e bem-estar, baseada nas competências, no conhecimento, na proximidade e no interconhecimento entre cuidador e pessoa cuidada, assim como no empenhamento de ambas nas práticas terapêuticas e não terapêuticas. É igualmente possível encontrar nestas fases uma relação com a tradicional, mas também sempre vaga e sempre útil, conceção tríplice do: saber ser, saber fazer e saber estar. Há nesta conceção um apelo claro à implicação (commitment) dos atores, um apelo à sua autoeficácia (Bandura, 1994) e, em consequência, um empoderamento dos mesmos. Há nesta conceção um equilíbrio, subtil mas poderoso, entre os valo-



res da ciência, da ética e da cultura das pessoas, das suas grandezas e debilidades. Aparentemente, dado que não diz nada em contrário, a autora concebe este processo como linear em que tudo se inicia pelas crenças positivas, esperanças, na melhoria da situação da pessoa cuidada, seguindo-se depois as fases de aplicação do conhecimento, da implicação pessoal do cuidador e do empo-deramento da pessoa cuidada.

Numa linha de pensamento mais situada na perspetiva do cuidador Jonnaert (2002), identifica seis competências que os profissionais devem ter para gerir a complexidade das situações, como são as emergentes do processo de cuidado, designadamente: saber agir com pertinência; saber mobilizar informação e recursos num dado contexto; saber combinar; saber transpor; saber aprender, saber aprender a aprender e saber empenhar-se. Em síntese, reforça que as competências são as formas como os sujeitos gerem os seus recursos cognitivos e sociais na ação, numa dada situação.

O processo de cuidado é assim, iminentemente um processo de interação pessoal e de interação social. Desta realidade emergem abordagens profissionais, pessoais e relacionais do cuidador, no sentido da qualidade e excelência da prestação de cuidados. O aumento da complexidade e sofisticação dos cuidados, a variabilidade do contexto de trabalho, a necessidade emergente das abordagem interdisciplinares e interprofissionais, convocam os profissionais de cuidados para novos e renovados desafios que não se limitem à execução passiva e acrítica das indicações hierárquicas superiores, pelo contrário exigem um novo profissionalismo construído, fundamentalmente, nas demandas das pessoas cuidadas e do seu entorno familiar.

METODOLOGIA

A observação etnográfica com um gerontólogo teve como objetivo principal estudar as interações profissionais do gerontólogo em contexto de trabalho, no caso particular num lar de idosos. No total foram observados 12 dias de trabalho, não consecutivos, que decorreram no espaço de um mês, correspondendo a cerca de 96 horas de observação. Foi escolhido um gerontólogo que desenvolve grande parte do seu trabalho em interação com os idosos, pois é na interação dos profissionais com os seus “clientes finais” que a especificidade dos seus saberes melhor se exprime (Pereira, 2008).

O etnógrafo, de acordo com o objetivo do estudo, centrou a sua atenção principal na relação do gerontólogo (que era o alvo principal do estudo) com os idosos, isto é, na relação entre cuidador e pessoa cuidada. Outras interações, como a relação gerontólogo/chefias, gerontólogo/subordinados e gerontólogo/familiares dos idosos, foram igualmente observadas e registadas, mas de forma acessória e complementar.

O etnógrafo foi solicitado que limitasse a sua intervenção à observação, sem todavia se escusar a participar de forma ativa nas tarefas ou atividades quando fosse solicitado nesse sentido. Esta abertura à participação ativa do etnógrafo foi “aconselhada” pela nossa experiência prévia com idosos institucionalizados de longa duração. As situações com idosos e os próprios idosos, quase “exigem” o envolvimento e a intervenção de todos os presentes. Conversar empaticamente, ajudar a levantar ou a deitar, dar o braço no corredor, são atos do processo de cuidados gerontológico que não podem ser evitados. Neste sentido, preferimos o enviesamento pela proximidade ao enviesamento pelo distanciamento do etnógrafo. Todavia, o exato nível de participação do etnógrafo nas tarefas ou atividades ficaria, em última análise, sobre julgamento do próprio.

A questão da proximidade e do envolvimento do etnógrafo também é relevante no quadro da sua interação com o indivíduo observado. Esta interação é sempre um processo de partilha de conhecimento que é incompatível com uma postura exclusivamente “mineira”, no sentido de quem tudo retira sem nada dar em troca do termo. Este processo de partilha do conhecimento é ainda mais evi-



dente, diríamos natural, quando o indivíduo observado, (como é o caso do gerontólogo) possui educação superior e está perfeitamente identificado com o processo de investigação científica (Pereira, 2008). Neste caso, a “interferência” do etnógrafo na ação, seja através da reflexão sobre as práticas no momento das mesmas, seja através da “ajuda” e colaboração na execução das práticas (dentro dos limites das competências individuais do etnógrafo) é quase inevitável e, na nossa perspectiva, não tem nada de indesejável ou que cause dolo ao rigor da investigação.

A preparação do trabalho de observação beneficiou da informação recolhida através de duas entrevistas clínicas com dois gerontólogos que trabalham em instituições de idosos semelhantes. Um desses gerontólogos ocupando o cargo de diretor técnico da instituição, o outro ocupando um cargo na equipa técnica interdisciplinar da sua instituição. Fizemos também entrevistas em profundidade com as entidades empregadoras de idosos acerca do desempenho profissional dos gerontólogos na instituição de que são responsáveis.

RESULTADOS

Na observação etnográfica, foram identificadas evidências empíricas de vinte e quatro saberes profissionais distintos. Nove correspondem a atitudes/aptidões facilitadoras e quinze correspondem a tarefas práticas (Figura 1). As atitudes facilitadoras, como o próprio nome indica, facilitam a execução das tarefas anteriores. Podem ocorrer em simultâneo com estes ou de forma isolada quando, por exemplo, um gerontólogo conversa com um idoso só com o objetivo de conversar (para aprender com ele, ou para o conhecer melhor, por exemplo). São saberes que exigem a mobilização de conhecimento das áreas científicas da psicologia e sociologia, podendo também exigir conhecimentos das áreas da biologia-saúde e da gestão-administração, todas as competências e todos os princípios referenciais da gerontologia. As tarefas práticas que decorrem na interação direta com os idosos são variáveis em relação às áreas do conhecimento abstrato, podendo exigir apenas uma ou mais das áreas científicas que fazem parte do curriculum dos gerontólogos. Estes saberes, porque decorrem na interação direta com os idosos, exigem a consideração de todas as competências e os referenciais da gerontologia, o que não é de estranhar, dado tratar-se de uma profissão de cuidado (*caring professions*), assim designadas por Abbott e Meerabeau (1998). As tarefas práticas que não decorrem na interação direta com os idosos, normalmente correspondem a tarefas funcionais da organização nas quais o gerontólogo trabalha. Em geral são complexos em termos de áreas do conhecimento abstrato, podendo ou não exigir as diferentes competências e os princípios referenciais da gerontologia.

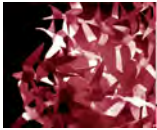


Figura 1 - Trabalho profissional do gerontólogo

Trabalho profissional	Ciências mobilizadas				Princípios da Gerontologia			Competências profissionais			
	Biologia-Saúde	Psicologia	Sociologia	Gestão-Administração	Perspectiva do ciclo de vida	Avaliação integral do idoso	Qualidade de vida do idoso	Técnica	Relacional	Prudencial	Discursiva*
Saberes profissionais que correspondem a atitudes e facilitadoras das tarefas práticas											
Comunicar de forma empática e eficaz com o idoso.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Minimizar o grau de estresse dos sistemas abstratos em relação ao idoso.		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Respeito pela opinião e escolha do idoso (preservação da autonomia, sexualidade, etc.).		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Envolver o idoso na intervenção técnica e reforço positivo da participação do idoso.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Observar princípios éticos na relação com o idoso.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Conceder prioridade ao bem-estar e dignidade do idoso.	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Velocidade de execução das tarefas (rotinas).	X	X	X	X	X	X					
Executar várias tarefas simultaneamente (rotinas).	X	X	X	X	X	X					
Introdução de inovações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Saberes profissionais que correspondem a tarefas que decorrem na interação direta com os idosos.											
Preparação e Administração da medicação (oral e tópica) prescrita ao idoso.	X				X	X	X	X	X	X	X
Mobilização e posicionamento do idoso dependente a camado.	X				X	X	X	X	X	X	X
Higiene pessoal e apresentação do idoso dependente.	X				X	X	X	X	X	X	X
Avaliação física do idoso e execução de técnicas de estímulo motor do idoso.	X				X	X	X	X	X	X	X
Avaliação cognitiva e execução de técnicas de estímulo cognitivo do idoso.	X	X			X	X	X	X	X	X	X
Desenvolvimento de atividades de animação.		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Aconselhamento de ajudantes e acompanhamento do idoso e/ou cuidador na adaptação a si mesmos.	X	X			X	X	X	X	X	X	X
Gestão de situações embaraçosas decorrentes de debilidades físicas e mentais dos idosos.		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
Saberes profissionais que correspondem a tarefas que não decorrem na interação direta com os idosos.											
Avaliação do suporte familiar e social do idoso		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Atendimento familiar do idoso.		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de ementas.	X			X	X	X	X	X	X	X	X
Gestão de recursos humanos.		X	X	X				X	X	X	X
Gestão de materiais primas, materiais e equipamentos.	X			X				X	X		X
Gestão do programa de qualidade.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Discusso com a finalidade de interpretar e justificar o trabalho profissional.



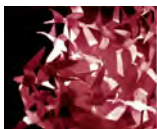
Tendo por base o conjunto de saberes profissionais dos gerontólogos e tendo como referencia principal o modelo de Swanson (1993) acima apresentado, encontramos no nosso próprio estudo inúmeras razões que atestam a qualidade e atualidade do mesmo, embora careça de reajustamento e atualização, nomeadamente 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.

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 cliente; 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.

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 como os cuidados são sempre processos de partilha de conhecimento e promotores de significado. 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 um fator promotor do “desânimo aprendido” 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, a saber: a) a interiorização do envelhecimento na perspectiva do ciclo de vida, conhecido por paradigma Lifespan (Baltes & Mayer, 2001); b) a avaliação integral do idoso, isto é, uma abordagem holística (bio-psico-social) do idoso que pressupõe o trabalho interdisciplinar; c) e da ênfase na otimização da qualidade de vida do idoso e na salvaguarda da sua dignidade. Estes princípios são elementos construtores da identidade profissional do gerontólogo e são ensinados de forma intensa durante a formação acadêmica. Estes princípios “norteiam” a prática profissional a qual é, por natureza, sempre singular e 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.

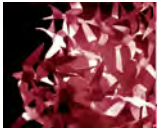
Outra dimensão do processo de cuidados é a que designamos como proximidade e envolvimento com o cliente. Esta postura implica a mobilização de competências comunicacionais e afetivas, assim como a interiorização muito consolidada dos ensinamentos do campo da ética e da humanidade. Proximidade e envolvimento 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 (Elias, 1997), 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.

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 prática, não no sentido de desorganizado, mas no sentido de complexo e singular.

Estas cinco dimensões do cuidado podem ser reduzidas à tradicional trilogia: saber-ser, saber-estar e saber-fazer, também invocado no conceito original de (Swanson, 1993).

O saber-ser (neste caso o saber ser cuidador profissional de idosos) está diretamente relacionado com as dimensões conhecimento e competências possuídas e com a interiorização dos princípios da gerontologia, ou seja com as dimensões que estão na base do diagrama pentagonal.



O saber-estar está diretamente relacionado com a dimensão proximidade e envolvimento com o cliente. Este saber exhibe a exibição de habilidades comunicacionais, de empatia e de gestão das emoções, todas componentes do processo de desenvolvimento emocional teorizado entre outros por Goleman (1995, 2010). Estar próximo não significa estar fisicamente próximo ou sequer estar permanentemente próximo, estar próximo significa estar totalmente identificado com a situação pessoal, social e familiar da pessoa cuidada, significa também estar profundamente identificado com o contexto de trabalho em que o processo de cuidados tem lugar.

Por fim, o saber-fazer está relacionado com a todas as dimensões do pentagrama. Neste caso o saber-fazer traduz-se na ação concreta do cuidado, nas suas práticas profissionais executadas e também no resultado do processo de cuidado.

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 cuidado é 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. Em síntese, como afirmam Pereira e Pimentel (2012), o gerontólogo fruto da sua formação interdisciplinar, fundamenta a sua intervenção numa avaliação integral das condições de vida do idoso sendo capaz de mobilizar conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento e como tal está capacitado para integrar e liderar diferentes equipas multidisciplinares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Baltes, P., & Mayer, k. (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (1 ed.). Cambridge: University Press.
- Elias, N. (1997). *Envolvimento e Distanciamento. Estudos Sobre a Sociologia do Conhecimento* (P. D. Quixote Ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantan Books.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional - O Livro que Mudou o Conceito de Inteligência*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Jonnaert, Ph. (2002). *Compétences et Socioconstructivisme - Un cadre théorique*. Bruxelas: De Boeck.
- Pereira, F. (2005). *Os saberes profissionais-técnicos em associações e cooperativas agrárias*. In T. Caria (Ed.), *Saberes Profissionais*. Coimbra: Almedina.
- Swanson, K. M. (1993). *Nursing as Informed Caring for Well-Being of Others*. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.