

ARTIGO

O campo geriátrico/gerontológico e o enfoque comportamental na saúde: interlocuções críticas

The geriatric/gerontological field and the behavioral focus on health: critical dialogues

Maria Helena de Jesus Bernardo*

Resumo – Trata-se de um estudo teórico, com base em pesquisa bibliográfica e documental realizada no doutorado. O artigo analisa a estruturação do campo geriátrico/gerontológico, examinando os conceitos de envelhecimento ativo e funcionalidade, demarcando, em particular, o alinhamento de tais termos aos movimentos da prevenção e promoção da saúde. A tônica que vem se tornando hegemônica é a ênfase comportamental, com destaque para as mudanças nos estilos de vida. O discurso que prepondera anuncia o processo de envelhecimento e adoecimento cada vez mais como resultado de crescente empenho individual (e/ou familiar) e independente das políticas públicas. Nessa direção, o presente artigo problematiza os rebatimentos dessa concepção autopreservacionista em contexto de focalização das políticas públicas e ressalta a importância de maior investimento por parte de pesquisadores da área, no sentido de construir mediações mais críticas sobre o envelhecimento populacional, desvelando as complexas contradições que marcam a velhice da classe trabalhadora no Brasil.

Palavras-chave: geriatria/gerontologia; envelhecimento ativo; prevenção da saúde; promoção da saúde; ênfase comportamental.

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: helenabernardo@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0364-2482>.

DOI:10.12957/rep.2023.72477

Recebido em 24 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 18 de abril de 2022.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Abstract – This is a theoretical study with a bibliographical and documental approach that was conducted during my PhD. This paper analyzes the structuring of the geriatric/gerontological field, examining the concepts of active aging and functionality, outlining, in particular, the alignment of such terms with the prevention and health promotion movements. The discourse that has become hegemonic in the area is the behavioral emphasis with a highlight on changes in lifestyles. The prevailing discourse announces the aging and illness process increasingly as a result of growing individual (and/or family) efforts, independent of public policies. In this sense, the paper discusses the repercussions of this self-preservationist conception in the context of public policies and highlights the importance of greater investment by researchers in the area, in the sense of building more critical mediations, unveiling the complex contradictions that mark the aging of the working class in Brazil.

Keywords: geriatrics/gerontology; active aging; health prevention; health promotion; behavioral emphasis.

Introdução

O presente artigo constitui parte das reflexões realizadas no doutorado e visa a debater, com base no referencial crítico-dialético, as tendências presentes na área do envelhecimento, notadamente a produção hegemônica no campo geriátrico/gerontológico¹ e sua expressão na saúde.

No decorrer do século XX, houve significativo investimento em teorias, políticas e práticas sociais, com vistas a superar a representação de velhice como problema social. A velhice foi de tal maneira positivada que assumiu outro *status*, inclusive com novas denominações: melhor idade, terceira idade, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo, dentre outras. As proposições sobre envelhecimento ativo e funcionalidade, em destaque neste artigo, manifestam-se como candidatos a novos paradigmas na área por tentar reverter a antiga associação entre velhice e doença (BARBIERI, 2014).

Buscando construir interfaces desses conceitos com os movimentos de prevenção e promoção no âmbito da saúde, reconhecemos que, assim como a prevenção desponta como uma modalidade que questiona a prática curativa na medicina, e a promoção da saúde, como uma inovação para o setor indicando abordagem mais ampliada, o envelhecimento ativo emerge no cenário internacional em oposição à ideia de velhice como fardo e inevitável declínio funcional. São vertentes que surgem em plena crise capitalista internacional como medidas necessárias para o seu enfrentamento, seja diante do agravamento dos problemas de saúde ou ainda do crescente envelhecimento populacional, e que, por conseguinte, sofrem refluxos de distintos interesses ideopolíticos.

Influente nas políticas públicas para o envelhecimento, o campo geriátrico/gerontológico produziu conteúdos em diferentes espaços acadê-

¹ De modo geral, pode-se dizer que a geriatria consiste em uma especialidade médica voltada para o tratamento das doenças próprias do envelhecimento, e a gerontologia, uma especialização, de caráter interdisciplinar, de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento humano (VERAS, 2009).

micos, agregando um campo extenso de conhecimento. Embora reconhecendo a sua importância no sentido de conferir maior visibilidade social à questão do envelhecimento, assumimos que, em nome dessa “positivação” do envelhecimento, há um verdadeiro “caleidoscópio” de ideias e conceitos que produzem consensos, dissensos e contradições. Nosso principal objetivo é reconstruir historicamente a composição desse domínio teórico-prático enquanto produção de um saber especializado e legitimado socialmente (BARBIERI, 2014; HAREVEN, 1995), realçando os conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional, bem como a filiação aos discursos da prevenção e promoção da saúde com acento nos fatores de risco.

A constituição do campo geriátrico/gerontológico: a velhice como categoria social

A definição da velhice como um dos estágios do ciclo vital remete ao processo de ordenamento das sociedades ocidentais modernas. Segundo Hareven (1995), as sociedades pré-industriais não concediam atenção especial, muito menos categorização às demarcações etárias construídas no decorrer do século XIX. Transformações sociais, econômicas e políticas confluíram em expressivas mudanças na reorganização do mundo do trabalho, na distinção entre o público e o privado, nos arranjos familiares e na formulação de saberes especialistas.

Para Groisman (2015) e Lopes (2000), a elaboração da velhice como categoria social e a emergência de disciplinas específicas para o trato desse objeto resultaram do investimento da modernidade na classificação da vida humana em fases cronológicas. Segundo os autores, esse seria o momento de maior empenho da medicina no estudo sobre o envelhecimento, demonstrando haver, até então, um desinteresse generalizado entre os médicos sobre a temática. A velhice era interpretada como um fato natural do curso de vida, equivalendo a uma etapa de preparação e espera da morte. Debert (2014) confirma que os primeiros ensaios caracterizavam a velhice como um momento de perdas físicas e sociais. “As propostas de terapias capazes de combater o envelhecimento eram tidas como miragens de rigor científico e a tal ponto desprestigiadas que um médico de respeito não se interessaria nem mesmo por pesquisas nesse domínio” (DEBERT, 2014, p. 196).

Essa desatenção não era casual. Para Donnangelo e Pereira (1976), apesar da difusão da prática médica na sociedade capitalista como uma das estratégias para a reprodução da força de trabalho, os grupos sociais eram diferenciados conforme o significado econômico e político. A extensão da assistência médica dirigia-se para aqueles que já estavam no processo produtivo ou com potencial de ingresso, como as mulheres e as crianças, de sorte a garantir a força de trabalho reserva mediante as oscilações do mercado e outros eventos.

No trânsito do século XIX para o século XX, três fatos devem ser observados: o progressivo aumento da parcela populacional de idosos(as), em face dos avanços científicos nas áreas da biologia, farmacologia e medicina (VERAS, 2009); as lutas sociais em torno dos direitos para o trabalho (TEIXEIRA, 2008); e a crescente expansão do território discursivo e prático da medicina (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Os termos geriatria e gerontologia surgiram, pois, no século XX, em meio ao crescimento das especialidades médicas e modernização do hospital. O começo da geriatria é atribuído ao médico austríaco Ignatz Nascher (1863-1944), radicado nos EUA, que cunhou o vocábulo pela primeira vez em 1909 (dos radicais gregos: *geron* – velho, e *atrikos* – tratamento médico). Nascher defendia uma visão contrária ao pensamento preponderante na medicina naquela ocasião – de que a velhice seria consequência de degeneração física e mental. Para o autor, era preciso separar a velhice – acontecimento natural ou normal da existência humana – da doença – evento patológico e anormal.

Já a origem da gerontologia é atribuída a Élie Metchnikoff, sociólogo e biólogo russo, que, em 1903, sugeriu o vocábulo como alusão ao grego *geron* (velho) e *logia* (estudo). Defendia uma velhice fisiológica isenta de doenças e intencionava erigir bases mais científicas à atuação médica. Para ele, era possível descobrir as causas para a senilidade e atingir um nível “ideal” de envelhecimento (HAREVEN, 1995).

Conforme Barbieri (2014, p. 40 – grifos nossos), Nascher e Metchnikoff herdaram as reflexões de Jean-Martin Charcot, do final do século XIX, ao referirem “[...] a dificuldade em separar cientificamente as doenças da velhice de doenças na velhice”. Ambos tornar-se-iam referências nos estudos sobre a velhice e as enfermidades acometidas nessa fase da vida, seguindo a lógica biologicista do período.

De acordo com Barbieri (2014), do mesmo modo que os termos geriatria e gerontologia não se dissociariam tão facilmente nesses primórdios, a diferenciação entre velhice e patologia seria de difícil mensuração, convertendo-se em um dos desafios ostentados pelo campo. Em virtude dessa dificuldade no estabelecimento da cura na velhice e na elucidação do que é ou não enfermidade, a geriatria e a gerontologia investirão em instrumentais com abordagem preventiva (ou de promoção da saúde), almejando criar padrões mais próximos a um “bom” envelhecimento. Os discursos sobre envelhecimento ativo e capacidade funcional sustentarão uma nova forma de pensar e intervir sobre a velhice, não mais relativa à doença, e sim à habilidade de executar atividades do cotidiano.

Esse movimento de revisão ocorre após a Segunda Guerra Mundial, quando a velhice é considerada uma nova fase da vida e o vocábulo idoso(a) substitui a expressão velho(a), de conotação mais negativa e alusiva à imagem da pobreza e decadência. Para Peixoto (2006), a ideologia produtivista das sociedades capitalistas abastece o discurso depreciativo e sustenta que a

incapacidade para o trabalho, somada à ausência de renda, seriam atributos de servidão.

No desenrolar dos anos de 1960, o termo velho(a) ficará cada vez mais em desuso para ser substituído por idoso(a), referindo-se aos indivíduos com mais de 60 ou 65 anos. Refletirá também ambiguidades ao valorizar uma etapa do ciclo vital pela sua própria rejeição. A noção de terceira idade reportará a idade do(a) jovem aposentado(a) que tem a oportunidade de montar novos projetos de vida e de consumo, incluindo sua participação em atividades culturais, lazer, de convivência e a utilização das novas tecnologias para retardar o envelhecimento e as doenças associadas (PEIXOTO, 2006). Além da terceira idade, outras classificações eclodirão, tais como a quarta idade para nomear a faixa etária entre 75 e 85 anos, e de quinta idade, para as pessoas acima de 85 anos. Todavia, essas, mais doentes e dependentes, segundo Britto da Motta (2002, p. 38), seriam diferenciadas das alegres e dinâmicas pessoas idosas da terceira idade “e quase ninguém quer estudar ou conhecer”.

O marcador cronológico, como parâmetro das sociedades modernas para delimitação das fases do ciclo vital, passa a configurar como um indicador das políticas públicas. Os dados demográficos exibem números, projetam estimativas, anunciam probabilidades, porém precisam ser ressignificados à luz de marcadores não exclusivamente etários. Como nos alerta Barbieri (2014, p. 47), a literatura predominante tende a explorar os dados estatísticos como fato “autoexplicativo, que prescinde de interpretações”, com propensão a generalizações. Em outras palavras, o envelhecimento não indica apenas alterações na pirâmide etária, e sim contundentes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais.

No Brasil, o reconhecimento da geriatria ocorre em 1961, com a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG). Segundo Lopes (2000), tal fato se deu após intensas discussões de um grupo de médicos sobre o crescente aumento de internações de idosos(as) em unidades hospitalares localizadas no município do Rio de Janeiro, exigindo formação específica na área.

Em 1968, há uma dissidência com a criação da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG), que passa a incluir profissionais de diferentes categorias. Em 1969, após o I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia, a SBG é denominada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) com a introdução de profissionais não médicos. Essa integração deveu-se, em grande parte, à interlocução com os movimentos internacionais da área, ao crescente debate sobre a interdisciplinaridade e à disputa política desse campo (LOPES, 2000).

Cabe esclarecer que a gerontologia no Brasil surge com denominação de gerontologia social, sob o protagonismo de assistentes sociais que atuavam na área. A gerontologia social indicava uma ampliação da ótica biomédica, e, segundo Barbieri (2014), o serviço social foi pioneiro nas lutas

travadas no Brasil em torno das políticas públicas para o envelhecimento, especialmente para a construção do documento base que sustentou posteriormente a Política Nacional do Idoso em 1994.

Em 1985, é criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) em substituição à ABG “[...] devido ao descontentamento de parte dos gerontólogos sociais com a pouca autonomia na SBGG” (HADDAD, 2017, p. 51) e pela abordagem prioritariamente médica.

Outras dessemelhanças são observadas entre as duas instituições até hoje. A SBGG concentra seus investimentos na formação e no caráter científico de suas produções, inclusive seus congressos são majoritariamente frequentados por profissionais e estudantes. A ANG reporta-se mais à articulação com os movimentos sociais e com as políticas públicas, havendo uma forte relação de apoio aos movimentos de aposentados e pensionistas (BARBIERI, 2014).

A distinção entre geriatria e gerontologia social reconfigura-se nos anos 1990, com o incremento de outros locais de ensino, não mais restritos às sociedades e associações, como cursos de especialização, residências e espaços de trabalho, como as universidades abertas da terceira idade (UnATI), centros de convivência etc. Para Barbieri (2014), um novo cenário é desenhado com a multiplicação do discurso geriátrico/gerontológico com foco na saúde².

Observa-se que paulatinamente o termo envelhecimento ativo (e como desdobramento a funcionalidade) assumirá centralidade na área, designando maior abrangência em relação aos termos precedentes, declarando o compromisso com o engajamento na vida social. O campo geriátrico/gerontológico contemporâneo, portanto, investirá nessa produção discursiva em contraste à ideia de velhice como problema social, apontando, inclusive, como uma alternativa diante dos alarmes sobre o “peso” econômico dos idosos.

Envelhecimento ativo e a capacidade funcional

O conceito de envelhecimento ativo foi lançado formalmente como diretriz para as políticas públicas na segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento em 2002, na cidade de Madri (Espanha), em substituição à noção de saudável, da primeira assembleia em 1988 na cidade de Viena (Áustria). O termo ativo englobaria outros fatores que interferem no modo como os indivíduos envelhecem e não somente aos aspectos físicos e mentais de saúde. A distinção dos termos acompanha uma preocupação de seus idealizadores a fim de indicar a importância de uma vida ativa na preservação da saúde nas suas variadas dimensões.

² Conforme Paiva (2014), salvo a pouca difusão, tem-se também no Brasil uma outra corrente chamada gerontologia social crítica, que contesta a insuficiência de estudos sobre a velhice nos marcos da sociedade capitalista. Tal vertente defende análises sobre envelhecimento humano na perspectiva da totalidade social.

No Brasil, houve a publicação de dois documentos (OMS, 2005; ILC, 2016) sugerindo a adoção do envelhecimento ativo como parâmetro para as políticas na área. Em ambos os documentos, o envelhecimento ativo (EA) é definido como um “[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas” (OMS, 2005, p. 13).

Pesquisa de Jose e Teixeira (2014), que analisa documentos sobre EA na Europa elaborados por organizações multilaterais e pela OMS, identifica tendências diversas entre as instituições. O documento da OMS vislumbra ações de caráter mais coletivo, tais como políticas públicas e direitos da pessoa idosa, ensejando uma visão “[...] humanista, solidária, multidimensional e sensível aos contextos de vida” (JOSE; TEIXEIRA, 2014, p. 44); contrastando com os demais documentos considerados mais individualistas e tendencialmente economicistas. Os autores reconhecem a convergência de dois vetores centrais e que nos interessa ressaltar: a ênfase na assunção individual de medidas para o envelhecimento ativo e o caráter econômico ao indicar a continuidade da produtividade dos indivíduos que envelhecem.

No Brasil, detectamos vieses interpretativos em relação ao conceito. Por exemplo, a expressão se confunde com exercício corporal, o que vem estimulando a crescente propagação de atividades físicas e de lazer como o suficiente para ter uma vida ativa. A aglutinação do termo a uma acepção econômica é observada desde o final dos anos de 1990. A sua adoção pela OMS, como anunciado por Jose e Teixeira (2014), apesar de sugerir sentido mais dilatado, reportando à saúde e à efetiva contribuição dos(as) idosos(as) na sociedade, reitera sua função econômica: “[...] quanto mais ativos, mais eles contribuem para a sociedade, reduzindo os custos e mantendo-se no trabalho” (OMS, 2005, p. 138).

Portanto, no interior das discussões sobre o envelhecimento ativo, identificamos matizes de significados que transitam por perspectivas mais comportamentais, até abordagens que consideram o processo de envelhecimento no capitalismo, sem, contudo, inferir sobre seu caráter fundante na produção das desigualdades. Preconizam ações nitidamente importantes, como participação e engajamento, dentre outras, que, no entanto, parecem assumir conotação imprecisa quando permanecem no nível das idealizações ou no reforço às modificações nos estilos de vida dos indivíduos, sem levar em conta a produção material da vida e da velhice.

Para Teixeira (2008, p. 186), investir na produtividade do segmento idoso constitui uma falácia em um sistema que impõe um “ciclo de vida produtiva” e expulsa os(as) trabalhadores(as) mais velhos(as) do mundo do trabalho, aumentando a população excedente. Diante do desemprego estrutural que vem atingindo toda a classe trabalhadora e em todos os cantos do mundo, o enunciado de maior tempo de produtividade para as pessoas idosas soa como um argumento paradoxal: ora para mantê-las mais tempo disponível para o trabalho e sem o direito à aposentadoria, ora para submetê-las à maior

precarização do trabalho ou ao voluntarismo, reduzindo os custos da seguridade social.

O conceito de capacidade funcional é transversal a esse debate. Caracteriza a capacidade do(a) idoso(a) em executar as atividades necessárias para a sobrevivência e interação social, as quais podem ser classificadas em tarefas básicas relativas ao autocuidado ou tarefas mais complexas que exigiriam mais habilidades. Nesse universo, aprimoram-se outros conceitos, dentre eles os de autonomia e independência, que se tornam indicadores de avaliação das condições de saúde. Para Groisman (2015), a capacidade funcional passa a ser um norte para as práticas de saúde, cujo mote central seria a criação de mecanismos que posterguem ao máximo a necessidade de as pessoas idosas demandarem cuidados, isto é, que venham a perder a capacidade de gestão sobre suas próprias vidas.

Como síntese desta seção, podemos afirmar que tanto o conceito de envelhecimento ativo (manter-se produtivo e ativo por mais tempo) quanto de capacidade funcional (habilidades para realização de atividades cotidianas) alinham-se às perspectivas da prevenção e promoção da saúde como principais estratégias de controle e postergação de perdas funcionais no envelhecimento (VERAS, 2009). Desse modo, se o objetivo é detectar o mais precocemente possível tais perdas, atrela-se outra ideia central: a de que, com maior dependência funcional, ocorre maior dependência econômica. A mensagem subliminar, ao que consta, parece ser a persistente preocupação com os gastos públicos em políticas sociais.

A prevenção e a promoção da saúde

A década de 1970 demarca a emergência da crise estrutural capitalista e um conjunto de medidas de contenção de despesas na saúde. Movimentos sociais de críticas ao capitalismo adensavam seus questionamentos sobre as iniquidades em saúde, a ineficácia do modelo biomédico e seu atrelamento aos interesses de acumulação do complexo médico-industrial. Sobressaem as mudanças no perfil epidemiológico com prevalência de doenças crônicas e mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias. Estende-se a medicalização social por meio do impulso tecnológico (indústria farmacêutica, equipamentos médicos e outros) e crescente especialização da prática médica com realce para prática hospitalocêntrica e curativa. É nesse cenário de redução de custos *versus* alterações na lógica de atenção à saúde que são sistematizadas proposições em torno da medicina preventiva e da promoção da saúde.

Segundo Arouca (2003), a medicina preventiva se desenvolve inicialmente nos EUA, na primeira metade do século XX, expandindo-se na América Latina nos anos 1960 e 1970 por intermédio da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). No contexto dos movimentos de

reformulação do ensino médico, a medicina preventiva contrapunha-se à racionalidade da medicina curativa e especializada, visando à reorganização do conhecimento médico com conseqüentes mudanças assistenciais.

Para o autor, a composição do discurso da prevenção tem suas origens nas discussões sobre a higiene, no século XVIII, como uma das primeiras iniciativas da medicina perante as novas determinações de ordem econômica. O projeto da higiene caracterizava-se por providências de cunho disciplinador e manejo sanitário. Promovia ações de caráter público e privado, intermediadas pelo médico, com vias ao controle de doenças transmissíveis. A intensificação de problemas oriundos das condições de trabalho urbano, à época, e as lutas operárias resultantes desse processo culminaram em medidas de intervenção sobre as cidades e indivíduos, de forma a interferir no estado geral de saúde da população e atender às necessidades de reprodução da força de trabalho, postas pelas profundas transformações decorrentes da Revolução Industrial. A medicina preventiva comparece, portanto, como um dos desdobramentos dessas ações sanitárias.

O debate se reacende após a Segunda Guerra Mundial e, diferente do ponto de vista biológico, a medicina preventiva adotava uma concepção ecológica sobre o adoecimento, que passa a ser apreendido pela relação de causalidade entre o agente etiológico, o ambiente e o indivíduo. A saúde não seria somente ausência de doença, razão pela qual os hábitos e costumes também precisavam ser investigados. Havia duas principais premissas: que a prática preventiva deveria abarcar o cotidiano assistencial dos médicos, independente da especialidade, e que o foco central se dirigiria para o indivíduo e a família, que deveriam empregar esforços para melhorar os níveis individuais de saúde (AROUCA, 2003).

A expressão promoção da saúde foi cunhada no início do século XX por Wislow (1920) para definir ações de saúde pública que melhorassem as condições gerais da população. Nos anos de 1940, Sigerist associa o termo a uma das ações médicas em conjunto com atividades de prevenção, recuperação e reabilitação. Nos idos dos anos 1960, a promoção é compreendida como um dos níveis da medicina preventiva. Nesse prisma, a promoção da saúde seguiria a mesma lógica da medicina preventiva, já que fazia parte dela, predominando o nivelamento dos fatores de risco (BUSS, 2009).

No decorrer dos anos de 1970 e especificamente nos anos de 1980, após conferências internacionais e locais organizadas pela OMS, a promoção da saúde assume *status* de movimento internacional, incorporando diferentes configurações conceituais. Sua trajetória se inicia no Canadá, com o Relatório Lalonde, que define o conceito de “campo da saúde” englobando a biologia humana, meio ambiente e planejamento sanitário (ASSIS, 2005).

Um encontro significativo na mesma década e julgado como mais abrangente que o relatório Lalonde foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1978, organizada pela OMS em Alma Ata no Cazaquistão. Segundo Vasconcellos e Schmallier (2014, p. 69), coexistiram,

nessa conferência, tanto propostas convergentes ao discurso neoliberal quanto propostas que concebiam a “[...] saúde como direito humano, que consideravam as condições degradantes de saúde dos países periféricos como inaceitáveis”.

Outro registro digno de nota foi a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 em Otawa (Canadá). Nessa conferência, a promoção da saúde é considerada estratégia fundamental de intervenção no âmbito político para a melhoria das condições de saúde no planeta, designando uma abordagem mais amplificada do que aquelas tradicionalmente ligadas às ações curativas ou preventivas de cunho individual (ASSIS, 2005).

Após essa conferência, várias outras de caráter internacional e regional foram realizadas, divulgando os princípios da promoção da saúde, a saber: concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, empoderamento, participação social, ações multiestratégicas e sustentabilidade. Para Vasconcellos e Schmaller (2014), após a conferência de Jacarta na Indonésia, em 1997, percebe-se nítida influência das agências multilaterais fora da saúde, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), quando há explicitação de parcerias entre sociedade civil e o setor privado na oferta de serviços públicos de saúde.

De modo geral, a promoção da saúde, enquanto movimento institucionalizado, surge “[...] como crítica à racionalidade hegemônica de atenção à saúde, conhecida como médico-assistencial privatista ou biomédica” (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014, p. 49). Em uma interface com a medicina preventiva, emerge, ora como referência ao momento de medicalização social do século XIX, ora como um dos momentos da prática preventiva.

Arouca (2003) reitera que a medicina preventiva redundava no que chama de dilema preventivista ao salientar as mudanças nos estilos de vida e a normatização da vida social. Sinaliza a contradição presente nos discursos e práticas sociais, uma vez que a eficácia pretendida pelas medidas preventivas se confrontava com as condições estruturais do modo de produção capitalista. De caráter utópico e desprovido de reflexões sobre a produção da saúde, o preventivismo reforça os padrões ideais de saúde em relação à noção de riscos. Afina-se à concepção de saúde da OMS, que, muito embora alargue o conceito em relação à visão mais biologicista, mostra-se idealizada e desprovida de uma articulação com a concretude da realidade social e de trabalho, que, por seu turno, determinam os processos de saúde e doença.

Mantendo a crítica aos limites do preventivismo, Buss (2009) destaca que a promoção da saúde se distinguirá da prevenção (em particular, após a conferência de Otawa), justamente porque envolve ações mais coletivas, relativas às políticas públicas e organização dos serviços, realçando os macrodeterminantes do processo saúde-doença e também ações individuais, agregando atividades educativas em saúde.

Seguindo essa linha reflexiva, Assis (2005) reafirma que o enfoque comportamental criticado na medicina preventiva também tem sido ponto controverso na promoção da saúde. A tensão decorre, fundamentalmente, da filiação originária da promoção da saúde com a matriz tradicional da educação para a saúde, que se pautava na transmissão vertical de informações, desconectada da realidade concreta de vida da população.

Para Vasconcellos e Schmaller (2014), certamente a promoção da saúde estabelece críticas ao modelo sanitário biomédico. Contudo, comporta contradições teóricas que percorrem desde abordagens centradas nos estilos de vida – funcionais ao discurso contemporâneo de individualização dos cuidados e restrição do Estado nas políticas sociais – até elaborações que questionam a produção social de saúde no capitalismo. Logo, a promoção da saúde está longe de constituir um debate uníssono, como também não está imune às forças políticas que atuam na direção da focalização das políticas sociais e privilegiamento do setor privado.

No Brasil, a promoção da saúde assume vieses parcialmente articulados ao movimento sanitário brasileiro dos anos de 1980, que propunha ampla articulação social em prol de mudanças no modelo de atenção à saúde. Destaca-se o processo de correlação de forças na constituinte, as conquistas da seguridade social como direito e a concepção de saúde na Lei Orgânica da Saúde (LOS) que amplia o ângulo da OMS. Aproximações e distanciamentos são detectados entre as proposições da promoção da saúde e do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que se evidenciarão, no decurso da década de 1990, com o paulatino afastamento do movimento sanitário da tradição marxista e a atenuação das críticas formuladas no interior da promoção da saúde (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Correia e Medeiros (2014) destacam que as estratégias de promoção da saúde remetem às condições gerais de vida da população, apesar de reforçarem, nas ações prioritárias, as dimensões individuais. Não obstante anunciar as desigualdades em saúde como objeto das políticas sociais, a promoção da saúde não recorre aos fundamentos ideopolíticos do MRS brasileiro, havendo, em vista disso, maior aproximação conceitual com o movimento internacional e com a OMS.

É bom lembrar que o próprio movimento de defesa do SUS, originalmente proveniente do movimento sanitário brasileiro, vem passando por embates entre projetos antagônicos. Para Correia e Medeiros (2014), a promoção da saúde, se articulada às premissas originais do MRS, que defendiam ações no âmbito da macropolítica sem negligenciar ações no cotidiano dos serviços, poderia contribuir para o fortalecimento do SUS. A promoção da saúde, apoiada na determinação social da saúde³ e na integralidade, seria

³ Ver em Nogueira (2009, p. 45) as distinções entre os conceitos determinantes sociais de saúde (DSS) e determinação social da saúde. Para o autor, enquanto os DSS inferem relações hierárquicas de causalidade das doenças, a determinação social “abrange a noção de causalidade, sem se restringir a ela”. A crítica repousa no fato de os DSS não considerarem a primazia da determinação social na conformação capitalista.

transversal aos diferentes níveis de atenção em saúde e demais setores correspondentes, podendo se contrapor mais firmemente às investidas neoliberais.

Em que pesem as diferentes concepções de promoção da saúde e sua crítica aos limites do preventivismo, ao que consta, há um campo de disputas na saúde. Nogueira (2009) assegura que, atualmente, há a hegemonia de sua expressão mais conservadora, que atualiza o dilema preventivista no dilema promocionista. A ênfase na adoção de hábitos saudáveis sem propostas concretas de interferência sobre a determinação social redundando numa reconfiguração preventivista, citada por Arouca (2003), de medicalização da existência humana, repousando sobre o sujeito as responsabilidades por adoecer, envelhecer e morrer. Não rompe com a contradição fundamental da medicina e seu atrelamento com o modo de produção capitalista.

Cabe frisar que as ações de prevenção e promoção da saúde com acento nos fatores de risco acompanham a noção de responsabilidade individual e de culpabilização moral pelo processo de adoecimento ou de envelhecimento “malsucedido”. A generalização dessa racionalidade dissemina ideias, valores e produtos, transformando necessidades em mercadorias a serem absorvidas como receitas para uma “boa” saúde e um “bom” envelhecer, o que evidentemente deflagra contradições frente ao processo de determinação social da saúde e de envelhecimento desigual da classe trabalhadora no Brasil.

A hegemonia da expressão conservadora na saúde: o enfoque comportamental em cena

Importa para esse momento do artigo retomar alguns pontos. Em nossa leitura, implica situar esse processo em uma conjuntura de perda expressiva de direitos e de hipervalorização de lógicas autopreservacionistas que reforçam a adoção de bons hábitos como o bastante para a redução de danos na velhice. Assim, abre-se um leque de polêmicas e controvérsias sobre a delimitação das fronteiras entre o normal e o patológico na velhice (GROISMAN, 2015), da lógica medicalizante da sociedade contemporânea (AROUCA, 2003), da ambiguidade sobre a valorização da velhice em contrapartida à sua negação (DEBERT, 2014), dos processos de determinação social das doenças (NOGUEIRA, 2009) e, finalmente, das estratégias de individualização dos cuidados com naturalização do lugar da família em contexto de focalização e familiarização das políticas sociais (BERNARDO, 2018).

Queremos corroborar as ponderações dos autores citados anteriormente e sublinhar duas questões essenciais: a primeira dirige-se à valorização das pesquisas na área do envelhecimento, que vêm proporcionando avanços no tratamento de vários agravos à saúde e investido em tecnologias capazes de interferir no percurso biológico das doenças. Por esse ângulo, não há dúvidas acerca da relevância social do campo geriátrico/gerontológico

e seus aportes teóricos e técnicos. A segunda questão, porém, demarca que tal reconhecimento não significa ausência de questionamentos. E a crítica que aqui se impõe é quanto à limitação dessa instrumentalidade ao paradigma biomédico ou comportamental, e, como já mencionamos, à crescente assunção individual pelo adoecimento ou pelo envelhecimento, digamos, “mal-sucedido”. Preconiza-se uma ideia de encorajamento para que pessoas assumam, cada vez mais cedo, ações e estilos de vida saudáveis, apostando todas “as cartas” nas mudanças atitudinais, o que, em princípio, possibilitaria um envelhecimento em melhores condições de saúde. Propaga-se uma visão de preservação do corpo e redução das probabilidades de deterioração da saúde, encobrando as desigualdades sociais e homogeneizando as vivências objetivas e subjetivas da velhice e, porventura, da doença e/ou dependência.

A constatação de que mudanças nos estilos de vida não são suficientes (embora necessárias) para a melhoria dos indicadores de saúde reforça a ideia de que as escolhas, exercidas no decorrer da vida, fazem parte de uma fronteira sutil entre a autonomia dos indivíduos e os condicionantes sociais de vida e de trabalho. Se, por um lado, as políticas de prevenção/promoção podem ser restritivas ao superestimar os traços individuais em detrimento ao coletivo, por outro, a ênfase nas ações curativas não sustenta as complexas necessidades de saúde desse grupo populacional, exigindo, por conseguinte, ações norteadas pelo viés da integralidade e da totalidade social.

Considerações finais

Gravitando de problema social para sua valorização e, posteriormente, para problema econômico, o envelhecimento, ao mesmo tempo que se revela como nicho de consumo e fonte de vantagens para o capital, torna-se premissa para justificar medidas de austeridade, corroborando as preocupações sobre a sustentabilidade dos sistemas de proteção social frente a uma sociedade que envelhece.

A abordagem preventiva e de promoção da saúde, renovada nas orientações geriátricas/gerontológicas e quando cooptada pela lente conservadora, serve de sustentação para os organismos multilaterais. Nivelada às propostas de contrarreforma do Estado, singularmente nos arranjos previstos para o sistema de proteção social, sancionando a cultura privacionista no trato das expressões da “questão social” e os ditames das políticas neoliberais e familistas (TEIXEIRA, 2008).

O campo apresenta uma direção que, na conjuntura atual, é ainda mais evidenciada com o avanço do conservadorismo e os ataques aos sistemas de direitos, aos movimentos sociais e suas formas de organização. Entretanto, abarca concomitantemente movimentos de críticas.

É nesse cenário de correlação de forças entre perspectivas e projetos societários distintos que sustentamos nossa reflexão. Apontamos questio-

namentos às tendências sintonizadas com a ênfase biomédica, que não concebem a velhice na sua complexidade cultural, objetiva e subjetiva. Posicionamo-nos junto àquelas perspectivas com mais potencialidade crítica, que contestam a apropriação da velhice como objeto manipulável das ciências e das políticas, seja pela sua negação, seja pela sua positivação idealizada. Perspectivas que se situam nas lutas mais amplas por um envelhecimento digno e com direitos para todos os segmentos, grupos e classes sociais, mas comprometidos eticamente com aqueles que historicamente são expropriados de sua energia vital e desprovidos de direitos, atribuindo-lhes visibilidade. Nesse sentido, é preciso reforçar a contra-hegemonia no campo, pautada no pensamento crítico, impulsionando debates mais abrangentes e que levem em conta as complexas desigualdades da realidade brasileira e os desafios da classe trabalhadora que envelhece e cuida.

Referências

- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2003.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, v. 8, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- BARBIERI, N. A. *Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice*. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BERNARDO, M. H. J. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 42, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/39408>. Acesso em: 30 maio 2021.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases da promoção da saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E.; COSTA, M. D. H. (Org.). *Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- DEBERT, G. G. Políticas públicas diante do envelhecimento no Brasil. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França – Perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2014.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- GROISMAN, D. *O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFRJ, 2015.
- HADDAD, E. G. M. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 2017.
- HAREVEN, T. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: FEATHERSTONE, M.; WERNICK, A. (Org.). *Images of aging: cultural representations of later life*. London: Routledge, 1995.
- ILC. CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: ILC, 2016.

JOSÉ, J.S.; TEIXEIRA, A. R. Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, número 210. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2014.

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

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800007.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS, 2005.

PAIVA, S. O. C. *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital*. São Paulo: Cortez, 2014.

PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatório: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. de (Org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital*. Implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, K. E.; SCHMALLER, V. P. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: VASCONCELOS, K. E.; COSTA, M. D. H. (Org.). *Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXK SrLST6QgvKyVwF4cM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2021.