



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Envelhecimento

EXPRESSÕES CONSERVADORAS NO CAMPO GERIÁTRICO/GERONTOLÓGICO: O ENFOQUE COMPORTAMENTAL EM DEBATE

Maria Helena de Jesus Bernardo¹

Resumo: Este artigo analisa as propostas do campo geriátrico/gerontológico, partindo das formulações discursivas e práticas na área, em particular dos conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional, que reforçam valores de responsabilização individual pelo envelhecimento e naturalização dos cuidados familiares. Problematisa os rebatimentos da hegemonia dessa concepção autopreservacionista em contexto de focalização das políticas públicas.

Palavras-chave: Envelhecimento, campo geriátrico/gerontológico, envelhecimento ativo e capacidade funcional.

Abstract: This article analyzes the proposals of the geriatric / gerontological field, starting from discursive and practical formulations in the area, in particular from the concepts of active aging and functional capacity, which reinforce values of individual responsibility for aging and naturalization of family care. It problematizes the refutations of the hegemony of this self-preservationist concept in the context of public policies focus.

Keywords: Aging, geriatric / gerontological field, active aging and functional capacity.

1) INTRODUÇÃO

O presente trabalho se insere no universo de estudos sobre envelhecimento populacional, cuidados familiares e políticas públicas. Constitui parte das reflexões realizadas na pós-graduação nível doutorado e visa analisar a estruturação dos campos da geriatria e gerontologia, criticando a hegemonia dessa produção de saberes e práticas na área do envelhecimento. 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.

Nossa principal intenção é reconstruir historicamente a composição desse domínio teórico-prático na organização do Estado moderno (BARBIERI, 2014; GROISMAN, 2015; HAREVEN, 1995; LOPES, 2000), examinando, em particular, os paradigmas de envelhecimento ativo e de capacidade funcional.

¹ Professor com formação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: helenabernardo@uol.com.br.

Julgamos pertinente o regaste de tais tendências visto que há rebatimentos nas ações da área, cuja ênfase recai sobre a individualização do cuidado e a naturalização da família na provisão social. Não trataremos da temática de cuidados domiciliares, mas consideramos adequado circunscrever o debate nesse contexto, identificando suas premissas, os determinantes que conformam o processo de envelhecimento como uma questão da esfera privada e familiar, e de que forma se articulam às políticas sociais de corte neoliberal.

2) DESENVOLVIMENTO

2.1) O surgimento da geriatria e gerontologia: a velhice como categoria social

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

Para Groisman (2015) e Lopes (2000), a elaboração da velhice como categoria social, assim como a emergência de disciplinas específicas para o trato desse objeto, é resultante do investimento da modernidade na classificação da vida humana em fases cronológicas. Os autores sinalizam que este será 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 (1997) compartilha dessa compreensão e reafirma que os primeiros ensaios caracterizavam a velhice como um momento de perdas físicas e sociais em que os velhos eram tidos como minorias e desprivilegiados.

Na transição do século XIX para o século XX três fatos devem ser observados: o progressivo aumento do segmento populacional de velhos a partir dos avanços científicos nas áreas da biologia e medicina, as lutas sociais em torno dos direitos para o trabalho – o que inclui a aposentadoria – e a crescente expansão do território discursivo e prático da medicina (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Os termos geriatria e gerontologia surgiram no século XX em meio ao crescimento das especialidades médicas e da modernização do hospital. O começo da geriatria é atribuído a um médico austríaco – Ignatz Nascher (1863-1944) – radicado nos EUA, que cunhou o termo pela primeira vez em 1909. Nascher defendia uma visão contrária a preponderante na

medicina naquela ocasião: que a velhice seria consequência inevitável de degeneração das condições físicas e mentais. De maneira oposta a essa concepção, 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 Elei Metchnikoff – sociólogo e biólogo russo – que, em 1903, sugeriu o vocábulo com referência ao grego *geron* (velho) e *logia* (estudo). Defendia uma velhice fisiológica isenta de doenças e intencionava construir bases mais científicas à atuação médica (GROISMAN, 2015; HAREVEN, 1995). Aproximava-se também da medicina preventiva que intentava controlar as doenças infectocontagiosas. Para ele, era possível descobrir as causas para a senilidade e atingir um nível ideal de envelhecimento (BEAUVOIR, 1990).

Conforme Barbieri (2014), Nascher e Metchnikoff herdaram as reflexões de Jean Martin Charcot (1825–1893) do fim do século XIX ao se referir “a dificuldade em separar cientificamente as doenças **da** velhice de doenças **na** velhice” (p.40 – grifos nossos). Ambos tornar-se-iam referências nos estudos sobre a velhice e as enfermidades acometidas nessa fase da vida, seguindo a lógica biologicista do período.

Assim, como nesses primórdios, os termos geriatria e gerontologia não se dissociariam tão facilmente, a diferenciação entre velhice e patologia também seria de difícil mensuração, convertendo-se em um dos desafios ostentados pelo campo (BARBIERI, 2014; GROISMAN, 2015).

Consoante Barbieri (2014), em virtude dessa dificuldade no estabelecimento da cura na velhice e na definição do que é ou não doença, a geriatria e a gerontologia vão buscar instrumentais na abordagem preventiva (ou de promoção da saúde), almejando criar padrões mais próximos a uma “boa” velhice. Os discursos sobre envelhecimento ativo e capacidade funcional sustentarão uma nova forma de pensar e intervir sobre a velhice, não mais associada à doença, mas 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 termo idoso substitui a expressão velho – de conotação mais negativa.

Para Bravo (1998), consolida-se nesse período uma concepção mais abrangente de saúde, originária da Teoria de Bem-Estar, ampliando e institucionalizando serviços na área. Em 1948, após a primeira assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) em

Genebra, adota-se o conceito de "completo bem-estar físico, mental e social" e não unicamente ausência de doença².

No Brasil, o reconhecimento da geriatria ocorre em 1961 com a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) (HADDAD, 2017). Segundo Lopes (2000), tal fato se deu após intensas discussões de um grupo de médicos sobre o crescente aumento de internações de idosos 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 se deveu, 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).

A gerontologia no Brasil surgiu com a denominação de gerontologia social, sob o protagonismo de assistentes sociais que atuavam na área – “se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste processo” (BARBIERI, 2014, p. 68). Como exposto por Haddad (2017), a gerontologia social indicava uma ampliação da abordagem biomédica. Entretanto, apoiava-se em princípios que reproduziam uma lógica descontextualizada, na qual o social era interpretado a partir das relações de convívio e não como manifestação de um modo de organização capitalista.

A gerontologia e a geriatria se apresentam como as principais instâncias produtoras da ideologia da velhice. [...] O produto do trabalho dos teóricos da velhice – as ‘ideias autonomizadas’ – buscam nos fazer acreditar que a realidade vivida pelo homem no fim de sua vida poderá ser alterada com a ação da ciência, das instituições sociais, do Estado e do próprio idoso. [...] a produção dos teóricos da velhice não passa de uma produção ideológica da ciência burguesa e, enquanto tal, de um instrumento de dominação (HADDAD, 2017, p. 33).

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.

² Esse conceito foi adotado pelo campo geriátrico/gerontológico sem questionamentos à sua idealização e ao contexto em que se afirma. Outra constatação é a reduzida incorporação do conceito de saúde relacionado aos processos de determinação social, construído pelo movimento sanitário nos anos 1980.

Outras dessemelhanças são observadas até hoje entre as duas instituições. 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 se reporta mais à articulação com os movimentos sociais e com a discussão sobre as políticas públicas. Há uma forte relação de apoio da ANG aos movimentos de aposentados e pensionistas (BARBIERI, 2014).

A distinção entre geriatria e gerontologia social se reconfigura nos anos 1990 com o surgimento de outros locais de ensino, não mais restritos às sociedades e associações, como cursos de especialização, residências e espaços de trabalho, como as Universidades da Terceira Idade (UnATI), centros de convivência etc. Um novo cenário é desenhado com a multiplicação do discurso geriátrico/gerontológico com foco na saúde (BARBIERI, 2014).

2.2) Reflexões sobre o envelhecimento ativo e a funcionalidade

Diversos autores da geriatria/gerontologia (KALASHE, 1987; VERAS, 2009; e outros) têm acentuado preocupações em torno do impacto social frente ao futuro de uma sociedade de velhos. Asseguram que, como envelhecer é uma conquista do século XX, é inevitável um planejamento amplo que garanta o exercício da longevidade em condições dignas.

Desponta, a partir desses autores e apoiado pelos movimentos internacionais, uma profusão de referências conceituais que orientarão as políticas dirigidas ao segmento idoso. Realçamos nesse material os conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional.

O conceito de envelhecimento ativo é originário da década de 1960. Em contraste com a associação da velhice à inutilidade, sinalizava para a importância de uma vida ativa na preservação da saúde nas suas variadas dimensões. Nos anos de 1980, o conceito já aglutinava uma acepção claramente econômica ao indicar a continuidade da produtividade dos indivíduos que envelhecem. No final de 1990, o termo continuou agregado à capacidade produtiva, vinculando-se também à participação social. A sua adoção pela OMS sugere uma abordagem mais ampla do conceito, reportando-o à saúde e à efetiva contribuição dos idosos na sociedade, reforçando a ideia da solidariedade intergeracional (GROISMAN, 2015).

O termo *ativo* foi lançado 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), pois esse último restringia o envelhecimento apenas às condições físicas e mentais de saúde, enquanto o envelhecimento ativo englobaria outros fatores que interferem no modo como os indivíduos

envelhecem. No Brasil, a expressão se confunde com exercício corporal, o que vem estimulando a crescente propagação de atividades físicas e de lazer para idosos.

Groisman (2015) critica a popularização dessa política frente ao seu atrelamento com o ideário neoliberal. Com efeito, as abordagens centradas na promoção e prevenção da saúde podem incorrer nessa incorporação acrítica ao se dirigirem para a redução de custos e manutenção das atividades laborativas. Para o autor, esse debate deve ganhar centralidade com vias ao desvelamento dos reais interesses por trás dos discursos humanitários e de participação social, assim como o alinhamento ideológico de tais políticas aos interesses econômicos. Corroborando que, além da força política da OMS, a sua incorporação pelo campo geriátrico/gerontológico "apresenta forte apelo social e subjetivo" (p.75).

O conceito de capacidade funcional deriva dessa discussão e designa a capacidade do idoso em executar as atividades necessárias para a sobrevivência e interação social. Podem ser classificadas em tarefas básicas relativas ao autocuidado ou tarefas mais complexas que exigiriam mais habilidade do idoso. Nesse universo, desenvolvem-se outros conceitos, dentre eles os de autonomia e dependência, que se tornam indicadores de avaliação das condições de saúde e vida.

Como dito em outra passagem deste artigo, por não haver a possibilidade de cura, posto que as patologias na velhice tendem a cronicidade, sobreleva-se a prevenção, a promoção e o autocuidado como as principais estratégias de atenção à saúde.

2.3) A prevenção e promoção da saúde: expressões na área da saúde do idoso

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 através do incremento 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 desenvolveu inicialmente nos EUA, na primeira metade do século XX, expandindo-se pela América Latina nos anos 1960

e 1970 por intermédio da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (DONANGELO; PEREIRA, 1976). No contexto de uma série de movimentos de reformulação do ensino médico, a medicina preventiva se contrapunha à racionalidade da medicina curativa e especializada, visando à reorganização do conhecimento médico com consequentes 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 se caracterizava 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.

O debate se reacendeu após a Segunda Guerra Mundial, comportando os seguintes elementos: a) a reapropriação dos conhecimentos médicos sobre a história natural das doenças (baseado em Leavel e Clark), na qual a doença não é uma condição estática, mas um processo que segue uma sequência determinada pela natureza. É multicausal, por isso apresenta parâmetros de normalidade e patologização dos eventos; b) a combinação de subsídios epidemiológicos e clínicos com instrumentais estatísticos para a elaboração de um sistema classificatório de probabilidades; c) a articulação com objetos de outras áreas de conhecimento sob a dominância da abordagem biomédica.

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 1940, Sigesrist associou o termo a uma das ações médicas em conjunto com atividades de prevenção, recuperação e reabilitação (BUSS, 2009). Nos idos dos anos 1960, a promoção foi compreendida como um dos níveis da medicina preventiva de Leavell e Clark (1977). 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.

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

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 Schmaller (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”. A Atenção Primária em Saúde (APS) adotou a promoção como uma das ações prioritárias em saúde.

Outro registro digno de nota foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, organizada pela OMS em Otawa no Canadá. Nessa conferência, apontada como um marco conceitual e político, a promoção da saúde foi considerada estratégia fundamental de intervenção no âmbito político para a melhoria das condições de saúde no planeta. Associada à ideia de qualidade de vida, a promoção da saúde encerraria uma abordagem mais amplificada do que aquelas tradicionalmente ligadas às ações curativas ou preventivas de cunho individual (ASSIS, 2004).

Após essa conferência, várias outras de caráter internacional e regional foram realizadas, divulgando os princípios da promoção da saúde. Percebe-se nítida influência das agências multilaterais fora da saúde, como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), após a conferência de Jacarta na Indonésia, em 1997, quando há a explicitação de parcerias entre sociedade civil e o setor privado na oferta de serviços públicos de saúde (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014, p. 87).

De modo geral, a promoção da saúde, enquanto movimento institucionalizado, surgiu “[...] 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, emergiu, 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 as condições de 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 de saúde em relação à visão mais biologicista, mostra-se idealizada e desprovida de uma articulação com as condições reais de vida e de trabalho, que, por seu turno, determinam os processos de saúde e doença da população (AROUCA, 2003)

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. Para o autor, é comum nas práticas em saúde que tais dimensões (curativas, preventivas e de promoção da saúde), por serem complementares entre si, estejam imbricadas.

Seguindo essa linha reflexiva, Assis (2004) reafirma que o enfoque comportamental criticado na medicina preventiva também tem sido ponto controverso na promoção da saúde. A tensão apontada pela autora 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 das reais condições de vida da população. Para a autora, atualmente esse alinhamento é questionado por concepções mais críticas que não dissociam a dimensão individual da coletiva, articulando ações integradas entre os diferentes níveis de atenção em saúde e estimulando a participação da população na construção do conhecimento.

Para Vasconcellos e Schmaller (2014), certamente a promoção da saúde demarca críticas ao modelo sanitário biomédico vigente. Contudo, abriga, em seu interior, contradições teóricas que merecem ser reveladas. As autoras distinguem gradações nesse debate, que percorrerem abordagens centradas nos estilos de vida, funcionais ao discurso contemporâneo de individualização dos cuidados e restrição do Estado nas políticas sociais, e perspectivas 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, acentuando as condições objetivas para produzir saúde.

Aproximações e distanciamentos são detectadas 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. A promoção da saúde foi incorporada na agenda das políticas em âmbito nacional culminando na promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

A promoção da saúde, tal qual definida pela PNPS, compõe um conjunto de estratégias em saúde, desde aquelas relacionadas às políticas públicas e organização de serviços até a participação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, passando a ser diretriz para as áreas da saúde e do envelhecimento e expandindo o foco de atenção para além do controle de doenças.

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 (NOGUEIRA, 2009).

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 defendia 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 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, citado 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 orgânico com o modo de produção capitalista, seja na reprodução da força de trabalho, seja na produção de bens de consumo.

³ Para não extrapolar os limites deste artigo, não desenvolveremos as distinções conceituais e políticas quanto aos conceitos determinantes sociais de saúde (DSS) e determinação social da saúde. Situamos que, enquanto os DSS são largamente utilizados como referencial pela Epidemiologia e OMS, “numa abordagem por vezes funcionalista” (NOGUEIRA, 2009, p. 102) – porque infere relações hierárquicas de causalidade – a determinação social “abrange a noção de causalidade, sem se restringir a ela” (NOGUEIRA, 2009, p. 102). A crítica repousa no fato de os DSS não considerarem a primazia da determinação social a partir da conformação capitalista de organização social.

Mesmo reconhecendo a importância do campo geriátrico/gerontológico no sentido de conferir maior visibilidade à questão do envelhecimento na sociedade, em conjunto com outros eventos, tais como a transição demográfica e as lutas sociais, assumimos que, em nome dessa “positivação” do envelhecimento, há um verdadeiro “caleidoscópio” de ideias e conceitos que produzem consensos, dissensos e contradições relacionadas a distintos interesses ideopolíticos.

3) CONCLUSÃO

Portanto, a título de considerações preliminares, poderíamos dizer que os referidos campos, apesar da intenção interdisciplinar, mantêm a hegemonia do discurso biomédico, exercendo influências nos programas e políticas dirigidos ao segmento idoso com efeitos na materialidade e acessibilidade dos serviços. As lógicas preventiva e de promoção da saúde com acento nos fatores de risco, articulam-se com as concepções preconizadas de envelhecimento ativo (manter-se produtivo e ativo por mais tempo) e recuperação da capacidade funcional (habilidades para realização de atividades cotidianas), reproduzindo a ótica da individualização dos cuidados, seja através da ênfase no autocuidado, seja pela responsabilização familiar (BARBIERI,2014). A abordagem preventivista e promocional, renovada nas orientações geriátricas/gerontológicas, nivela-se às propostas de contrarreforma do Estado, singularmente nos arranjos previstos para o sistema de proteção social, reforçando a cultura privacionista no trato das expressões da “questão social” e os ditames das políticas neoliberais e familistas (TEIXEIRA, 2008 e BERNARDO,2017).

Nessa direção, o Serviço Social não pode se abster da apreciação crítica acerca do processo de envelhecimento populacional brasileiro, colaborando com um conhecimento mais apurado das inferências contextuais desse fenômeno. Ressaltamos a importância de maior investimento por parte de pesquisadores da área, do Serviço Social e outros domínios, no sentido de desconstruir e desvelar as complexas contradições que marcam a velhice no Brasil.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. RJ:Ed. FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. Tese de doutorado em saúde pública. ENSP, 2004.

BARBIERI, N.A. Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade Federal de São Paulo, 2014.

BEAUVOIR, S. A velhice. RJ: Editora Nova fronteira, 1990.

BERNARDO, M.H.J. A velhice da classe trabalhadora e a naturalização dos cuidados familiares. In: TEIXEIRA, S.M. (org). Envelhecimento na sociabilidade do capital. SP: Editora Papel Social, 2017.

BERNARDO, M.H.J; ASSIS, M. A saúde do idoso e a integralidade da atenção. In: DUARTE, M.J. et al. (org). Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. SP: Editora Papel Social, 2014.

BRAVO, M.I.S. Principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais. Revista Em Pauta. RJ, n. 13, UERJ, 1998.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. RJ: 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. (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2014.

DEBERT, G.G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. Revista Brasileira de Ciências Sociais. SP, v.13, n.34, 1997.

DONNANGELO, M.C; PEREIRA, L. Medicina e Estrutura Social. Saúde e Sociedade. SP: Duas cidades, 1976.

GROISMAN, D. O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil. Tese de Doutorado. UFRJ, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2015.

HADDAD, E.G.M. A ideologia da Velhice. 2.ed., SP: Cortez, 2017.

HAREVEN, T. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: FEATHERSTONE, Mike; WERNICK, Andrew (Org.). Images of aging: cultural representations of later life. London: Routledge, p.119-135, 1995.

KALASHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Cadernos de saúde pública. RJ, v.3, n.3, p.217-220, 1987.

LOPES, A. Os desafios da Gerontologia no Brasil. SP: Editora Alinea, 2000.

NOGUEIRA, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital. Implicações para a proteção social no Brasil. SP: 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. SP: Editora Hucitec, 2014.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública. SP, vol. 43, n. 3, maio-junho, 2009.