

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Promoção da saúde do idoso: revisão de  
literatura brasileira**

**Cintia Missue Kitano Yamamoto**

**Dissertação de mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Pública para obtenção do Grau de Mestre  
em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Serviços de  
Saúde Pública**

**Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Helena Akemi Wada Watanabe**

**São Paulo**  
**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

# **Promoção da saúde do idoso: revisão de literatura brasileira**

**Cintia Missue Kitano Yamamoto**

**Dissertação de mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Pública para obtenção do Grau de Mestre  
em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Serviços de  
Saúde Pública**

**Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Helena Akemi Wada Watanabe**

**São Paulo  
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

À vocês,  
Oswaldo, Yuri e Yuzo;  
meu porto seguro.

À minha mãe,  
D.Odete,  
minha fonte de vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À professora Prof<sup>a</sup> Dra Helena Akemi Wada Watanabe por sua orientação competente e segura, mas principalmente pela sua generosidade em compartilhar o seu saber com amorosidade, tão essenciais para esse processo de conhecimento e autoconhecimento vividos nesta jornada.

Ao meu irmão Fernando e à Ana pelo apoio incondicional.

Às professoras Dra Cláudia Maria Bógus e Dra Lislaine Aparecida Fracoli, pelo acolhimento e pelas valiosas contribuições para a concretização deste trabalho.

À Laura, Marília e Silvia que lançaram a semente...

À Marisa, a mais nova “velha amiga” que o mestrado me apresentou.

À Lurdinha, amiga e incentivadora.

À todos os amigos que direta ou indiretamente estiveram comigo hoje e sempre.

À Sandra com quem pude contar o tempo todo e Cristina e Cleuza pela colaboração inestimável.

## RESUMO

Yamamoto, CMK. Promoção da saúde do Idoso: revisão de literatura brasileira. [Dissertação de mestrado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

**Introdução-** O envelhecimento populacional e a mudança no perfil epidemiológico ocorridos nas últimas décadas trazem novos desafios sociais, políticos e culturais tanto no Brasil como no restante do mundo. A “nova” Promoção da Saúde tem influenciado o setor saúde propondo uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, na articulação de saberes técnicos e populares, e na mobilização de todos os setores da sociedade para seu enfrentamento e resolução. **Objetivos:** Traçar um panorama da produção bibliográfica sobre Promoção da Saúde do Idoso, no Brasil. Identificar o enfoque conceitual de Promoção da Saúde e o tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados. **Método:** Realizou-se um estudo exploratório descritivo, por meio de levantamento bibliográfico no banco de dados LILACS, mediante descritores do vocabulário DECS. O período pesquisado foi de 1994 a 2009, no Brasil; tendo como marco histórico a promulgação da Política Nacional do Idoso. A análise dos dados foi dividida em duas seções: quanto aos periódicos e quanto aos artigos selecionados. **Resultados:** Foram obtidos 112 registros de publicações; sendo: 26 teses, 21 livros, 63 artigos, 1 (hum) editorial de saúde e 1 (hum) documento. Pelos critérios de inclusão foram analisados 31 artigos em 23 revistas da área da saúde. As áreas dos periódicos que mais publicaram artigos sobre a temática da promoção da saúde do idoso, foram a Saúde Pública (8) e Enfermagem (8). O estudo mostrou que as publicações se concentraram nas regiões Sudeste e Sul do país. Quanto aos artigos, verificou-se que a maior parte (22), foi publicada nos três anos mais recentes ao período analisado. Abordam em sua maioria a Promoção da Saúde sob o enfoque sócio-ambiental com ênfase no campo do desenvolvimento de habilidades. **Conclusões:** O panorama atual da literatura brasileira indica uma tendência de crescimento das publicações voltadas para a temática do envelhecimento a respeito da promoção da saúde do idoso desde 2006, nas diferentes áreas da saúde. O enfoque da Promoção da Saúde sob a perspectiva socioambiental demonstra uma preocupação dos pesquisadores quanto aos determinantes da saúde sob um olhar ampliado, para além do enfoque biomédico. A ênfase no campo do desenvolvimento de habilidades representa um aspecto preponderante na maioria dos artigos analisados o que aponta para a necessidade de uma análise crítica sobre o desenvolvimento de pesquisas na área de envelhecimento e promoção da saúde no Brasil

**Descritores:** Promoção da saúde, Idoso, Envelhecimento.

## ABSTRACT

Yamamoto, CMK. Health Promotion for the Elderly: revision of the Brazilian literature. [Masters Thesis]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, 2010.

**Introduction-** Population aging and epidemiological changes that have taken place in the last twenty years brought new social, political and cultural challenges in Brazil as well as in the rest of the world. The “new” concept of Health Promotion has influenced health field proposing a wider conception of the health-sickness process and its determinants, as well as the articulation of technical and traditional knowledge, and in the mobilization of all sectors of society in facing the issue and working out solutions. In this research we had the following **objectives:** to elaborate a scenery of the bibliographical production on Health Promotion for the Elderly in Brazil; to identify the conceptual focus on Health Promotion and the process by which such researches were carried out in the articles under consideration. **Methodology:** We carried out an exploratory descriptive study by means of the bibliographical inventory LILACS database, through DECS vocabulary descriptors. The period under consideration comprehends the years between 1994 and 2009, considering the promulgation of The National Policy for the Elderly as its historical benchmark. Data analysis was divided into two sections: first, with reference to periodicals; and second, with reference to selected articles. **Results:** 112 registered publications were obtained; 26 of them were theses, 21 were books, 63 were articles and 1 (one) was an editorial on health. According to the inclusion criteria, 31 articles published in 23 magazines were analyzed. Public Health and Nursing journals published the majority number of articles on the theme of health promotion for the elderly, 8 (eight) each one of them. This study showed that these publications were concentrated in the Southeast and South regions of the country. As for the articles, it was found that most of them (22) were published in the three most recent years of the period under consideration. The articles focus was mainly on the socio-environmental scope of Health Promotion with special emphasis on development of personal skills. **Conclusions:** The current scenery in the Brazilian literature shows a growing tendency in the number of articles engaged with the theme of aging focusing on health promotion for the elderly since 2006 in different areas of health field. The emphasis on Health Promotion under socio-environmental perspective demonstrates both, special concern from the researchers on health determinants, further than the biomedical focus. The emphasis on the field of development of personal skills represents a major aspect in most of the articles under evaluation, suggesting the need of critical analysis about the development of researches concerning Health Promotion and Aging in Brazil.

**Key words:** Health Promotion, Aged, Aging.

## INDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
	1.1 O ENVELHECIMENTO NA AMERICA LATINA	19
	1.2 AS PESQUISAS EM GERONTOLOGIA E GERIATRIA	26
	1.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
	1.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ATUALIZANDO CONCEPÇÕES	35
	1.5 DEFININDO OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE	42
	1.6 CAMPOS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	44
	1.7 A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PROMOÇÃO DE SAÚDE	46
	1.8 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL	52
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	61
	2.1 OBJETIVO GERAL	61
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	62
	3.1 A SELEÇÃO DO MATERIAL	63
	3.2 LEITURA E ANÁLISE DOS ARTIGOS DE FORMA EXPLORATÓRIA PARA DEFINIR O TEMA E O ENFOQUE DA PESQUISA	67
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	71
	4.1 OS PERIÓDICOS E AUTORES	71
	4.2 ANÁLISE DOS ARTIGOS LEVANTADOS	83

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS** 91

**6 REFERÊNCIAS** 95

**ANEXOS**

Anexo 1: Sobre a metodologia LILACS 107

Anexo 2: Artigos selecionados sobre Promoção da Saúde e Envelhecimento e/ou Idoso, 1994-2009 110

**CURRICULO LATTES**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação dos conceitos de Promoção da Saúde segundo abordagem/tipos de práticas	68
Tabela 2	Classificação dos Campos de ação da promoção da saúde	69
Tabela 3	Classificação dos Princípios da promoção da saúde	70
Tabela 4	Periódicos na área de ciências da saúde que publicaram artigos sobre Promoção da saúde e envelhecimento e/ou idoso, 1994-2009	73
Tabela 5	Distribuição das ocorrências nos artigos quanto à dimensão da abordagem em Promoção da Saúde	86
Tabela 6	Distribuição dos artigos segundo campos da Promoção da Saúde abordados e assunto do periódico	90

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides populacionais das Américas em 1980 e projeção para 2025	22
Figura 2	Proporção projetada da população de 60 anos ou mais nas américas: 2025	23
Figura 3	Índice de envelhecimento nos principais países das américas: 1997 e 2025	24
Figura 4	Fluxograma dos procedimentos de seleção dos artigos do trabalho	66
Figura 5	Distribuição dos periódicos que publicaram artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento no período de 1994 a 2009 segundo município em que foram publicados	74
Figura 6	Distribuição dos artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento, publicados no período de 1994 e 2009, segundo assunto do periódico em que foram publicados	75
Figura 7	Distribuição dos artigos publicados segundo estados e regiões em que o periódico é publicado, 1994-2009	77
Figura 8	Distribuição dos artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento segundo estado e região geográfica de origem do primeiro autor	78
Figura 9	Distribuição dos artigos segundo UF do periódico e UF de origem do primeiro autor*	79

Figura 10	Artigos sobre Promoção da saúde e envelhecimento e/ou idoso segundo ano de publicação. Brasil,1994-2009	80
Figura 11	Natureza da instituição de filiação do primeiro autor dos artigos analisados	82
Figura 12	Distribuição dos artigos segundo a natureza e delineamento do estudo	84
Figura 13	Distribuição dos artigos segundo concepção de Promoção da Saúde	85
Figura 14	Distribuição percentual quanto aos campos da promoção da saúde dos artigos com enfoque conceitual sócio-ambiental	86
Figura 15	Distribuição das ocorrências quanto aos princípios da promoção da saúde dos artigos com enfoque conceitual sócio-ambiental	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS ou SIGLAS UTILIZADAS**

**Desc**-Descritiva

**IPEA** – Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Panamericana da Saúde

**PS**- Promoção da Saúde

**Rev.**Bibliográfica revisão bibliográfica

**SP** – Saúde Pública

**UF**-Unidade Da Federação

**WHO**- World Health Organization

## 1 INTRODUÇÃO

*“Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”*

Declaração dos Direitos Humanos. Artigo III.

A partir da premissa da Declaração dos Direitos Humanos, nos voltamos para o direito à saúde como um direito fundamental, sabemos também, que ela, a saúde, é a expressão de como uma determinada sociedade se organiza, pois resulta de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de diferentes formas e em diferentes contextos.

Saúde, muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições – objetivas e subjetivas – que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas, somadas às diversas iniciativas em que convergem para luta pelo direito à saúde no Brasil. (Brasil. Ministério da Saúde, 2007)

A história recente do nosso país registra movimentos sociais e técnicos, tanto do setor saúde como de outros setores da sociedade civil, engajados com o direito à saúde e com a qualidade de vida da população brasileira. O próprio texto do Ministério da Saúde do Brasil (2007), reafirma esse direito em seu documento “Caminhos dos Direitos em Saúde no Brasil”, referindo: *“uma vida humana saudável depende de moradia digna, alimentação de boa qualidade e em quantidade suficiente, sistema de saneamento básico, serviços de saúde e educação de qualidade, processos pacíficos de intermediação e resolução de conflitos e relações ambientais sustentáveis. Depende ainda de um ambiente social fundado na valorização da cooperação e da solidariedade e no respeito à diversidade sociocultural.”*

Corroborando esses preceitos, aliamos ainda a afirmação de BUSS (2003) quando faz referência à saúde com qualidade de vida:

*Se cada pessoa se preocupar em desenvolver um padrão comportamental favorável à sua saúde e lutar para que as condições sociais e econômicas sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde de todos, certamente estará dando uma poderosa contribuição para que tenhamos uma população mais saudável, com vida mais longa e prazerosa.*

Destacamos então,... “*vida mais longa e prazerosa*” para incluirmos a questão da longevidade, cuja temática apresenta-se como alvo de destaque nas discussões em todos os setores da sociedade. A mídia tanto nacional como internacional tem abordado de forma recorrente os efeitos do envelhecimento populacional no mundo todo. O interesse dos pesquisadores tem se voltado para os idosos e aos impactos desse envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil.

Coloca-se aí uma importante questão: “estamos nós preparados para essa vida mais longa e prazerosa?”

Nós, enquanto sociedade como um todo e também como indivíduos, cada qual com sua subjetividade, que compõem e constituem essa mesma sociedade. Pergunta-se: estariam satisfeitas as condições necessárias para essa longevidade com prazer?

A reboque dessas questões surgem outras, quando nos deparamos com as estimativas que indicam o envelhecimento rápido da população mundial. É sabido que em 2002, nos países em desenvolvimento, quase 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam nesses países. Até 2025, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), este número terá aumentado para aproximadamente 840 milhões, e representará o equivalente a cerca de 70% do contingente das pessoas na 3ª idade, do mundo todo. (WHO, 2005)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo

o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

Alerta para o fato de que é importante considerar que nem todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças; nem tão pouco tratar o envelhecimento natural como doença lançando mão maciçamente de exames e tratamentos desnecessários, ignorando a clínica e os sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Nesse sentido, a senescência diz respeito ao envelhecimento natural, que possibilita ao idoso ter uma vida ativa até fases tardias da vida, apesar das limitações impostas. A senilidade, por sua vez, apresentada por grande parte dos idosos, é o envelhecimento que ocorre de forma anormal ou patológica e se manifesta como uma incapacidade progressiva para a vida saudável. Portanto, é de suma importância o conhecimento sobre as alterações esperadas que ocorrem na senescência, para que as alterações que podem significar doença sejam investigadas e tratadas de forma multidisciplinar (BOTTINO et al., 2003, Brasil Ministério da Saúde, 2007).

O envelhecimento populacional e a expectativa de vida elevada acarretam, por conseguinte, um aumento significativo do número de idosos com doenças em relação à população em geral, principalmente as doenças de caráter crônico-degenerativo (DCNT) que podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas.

Estudos mostram que no Brasil, a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 anos ou mais. Vale ressaltar que, dentro do grupo das pessoas idosas, aqueles com idade igual ou superior a 80 anos é o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, correspondendo a 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. (Brasil Ministério da Saúde, 2007)

A emergência das DCNT gera, por conseguinte um aumento na procura por serviços de saúde e também das internações; (SANTOS et al., 2006)

entrevistaram um grupo de idosos e verificaram que cerca de 60% destes, relataram ter procurado por um serviço de saúde nos últimos 6 meses, sendo que destes 6,6% referiram pelo menos uma internação hospitalar (PINTO e BASTOS, 2007)

A saúde do idoso tem sido alvo constante de preocupações na agenda política brasileira, ao se objetivar a manutenção da autonomia e capacidade funcional dos idosos, se discute além da qualidade dos serviços oferecidos; a própria realidade quanto aos custos com a saúde do idoso. A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (GIACOMIN et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (DUARTE, 2003; LIMA-COSTA, 2003; ROSA et al; 2003; GIACOMIN, 2005), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

Daí as questões colocadas acima se apresentarem como grandes desafios aos governantes, às entidades não-governamentais, ao setor acadêmico e também privado, e a todos aqueles responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento.

A própria Organização Mundial da Saúde renomeou seu “Programa de Saúde do Idoso” para “ “Envelhecimento e Saúde” fazendo menção à necessidade de se tratar o envelhecimento a partir de uma perspectiva ampliada, ao invés de compartimentalizar os idosos; reforça as ações intersetoriais e propõe como metas a implementação de políticas que assegurem a obtenção da melhor qualidade de vida possível aos idosos, objetivando uma alcance pelo maior tempo e maior número de pessoas possíveis. (OMS,1996)

Para alcançar essa meta, é disposição da própria OMS promover as bases de conhecimento sobre gerontologia e geriatria através de iniciativas de treinamento e de pesquisa. Enfatizando o incentivo às ações interdisciplinares e

intersetoriais, principalmente aquelas direcionadas aos países em desenvolvimento, que enfrentam os índices rápidos e sem precedentes, da população que está envelhecendo.

Sugere também que os profissionais da saúde liderem as iniciativas na promoção do chamado “envelhecimento ativo”, definido como “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem*” (WHO, 2005).

A mensagem subjacente a esta definição de envelhecimento ativo, tem um caráter inclusivo, que vai além do envelhecimento saudável, pois considera a participação como engajamento continuado na vida, não se restringindo apenas à habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho, desejável, portanto mesmo que limitado ao ambiente doméstico ou ainda coexistindo com algum nível de incapacidade.

Perseguir esse horizonte significa reconhecer a complexidade da interação dos determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo, tais como: econômicos, comportamentais, pessoais, além daqueles relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde. (ASSIS, 2005)

Segundo Camarano (2002), dados mais recentes do IPEA( Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas) constataram que: “*nos últimos 20 anos, o idoso brasileiro teve a sua expectativa de sobrevida aumentada, reduziu o seu grau de deficiência física ou mental, passou a chefiar mais suas famílias e a viver menos na casa de parentes. Também passou a receber um rendimento médio mais elevado, o que levou a uma redução no seu grau de pobreza e indigência*”.

Verifica-se, portanto, que o envelhecimento se constitui de um fenômeno em constante transformação, sujeito à interação de vários fatores, cuja compreensão de sua natureza se constitui como já dito anteriormente, um desafio dos mais complexos.

A partir das questões destacadas, debruçamo-nos agora, com vistas à Promoção da Saúde do Idoso, que em essência guarda uma estreita relação com o envelhecimento ativo, na medida em que visa a sua capacitação para

atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, com maior participação e controle deste processo.

Segundo DEBERT (1999), a preocupação em descrever o modo pelo qual a velhice é transformada em um problema que preocupa a sociedade vai se constituindo em um campo de saber especializado. Um campo com “experts” encarregados de definir não apenas quais são as necessidades dos idosos ou os problemas que enfrentam, mas também encarregados da formação de outros especialistas para atender a essas necessidades.

Lançar luz sobre as evidências que podem estar relacionadas a Promoção da Saúde do Idoso, certamente traz subsídios na elaboração de políticas e programas específicos, além de criar possibilidades para encurtar distâncias para obtenção de êxito na área do envelhecimento humano; através de esforços conjuntos de todos os envolvidos, de maneira tão urgente quanto necessária.

## **1.1 O Envelhecimento na America Latina**

Baseados no relatório “O Desafio do Envelhecimento na América Latina: Demografia e Política de Aposentadoria no Brasil, Chile e México, apresentado pelo Global Aging Initiative Center for Strategic and International Studies “(2009); temos que a América Latina de fato, encontra-se no meio de uma transformação demográfica de longo alcance.

A fecundidade caiu dramaticamente em quase toda a região nas últimas décadas e atualmente encontra-se perto ou até abaixo da taxa de reposição de 2:1, incluindo o Brasil, Chile e México. Enquanto isso, a expectativa de vida está aumentando muito; chegando aos níveis dos países desenvolvidos.

O resultado será uma dramática desaceleração no crescimento populacional e um igualmente dramático envelhecimento da população. As Nações Unidas projetam que a média de idade na América Latina aumentará 14 anos: de 26 a 40. Mas assinala que é importante mencionar que a “onda de envelhecimento” que chegará à América Latina não será a maior no mundo. Para 2050, mais de 30 por cento da população de alguns países da Europa e

do leste da Ásia terá 65 anos ou mais. Fazem referência à “onda de envelhecimento” que impõe dois desafios fundamentais na América Latina. O primeiro diz respeito à questão da necessidade das aposentadorias serem capazes de proporcionar um adequado nível de suporte para os idosos, sem impor uma esmagadora carga aos jovens. O segundo é melhorar os padrões de vida enquanto a população ainda é jovem e está crescendo.

O relatório alerta que se a América Latina não abordar o desafio do envelhecimento, crescerá a insegurança econômica e social e a desigualdade na distribuição da renda enrijecerá com o tempo. Por outro lado, se a América Latina tiver sucesso preparando-se para o desafio, irá prosperar enquanto envelhece. O padrão de vida melhorará e as grandes desigualdades de hoje entre pobres e ricos, do campo e da cidade, ou entre raças irão gradualmente diminuindo. Caso a América Latina tenha sucesso se preparando para o desafio também assumirá um papel muito mais importante em um mundo onde a maioria dos poderes econômicos globais estará envelhecendo ainda mais rapidamente do que ela.

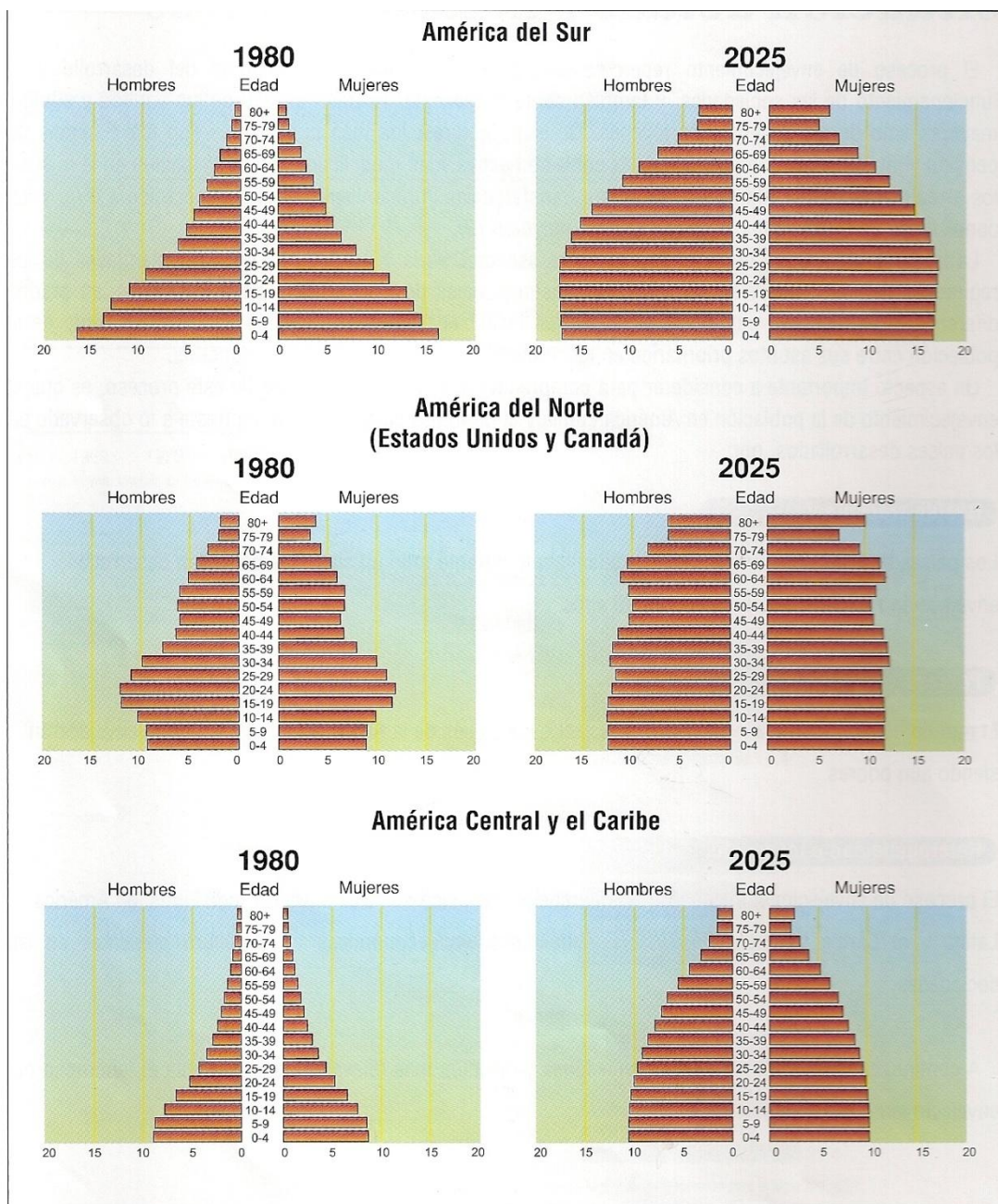
Para o ano 2050, na América Latina haverá mais pessoas com 65 anos ou mais do que pessoas que nascerão. A onda de envelhecimento tanto pode vir a ser uma ameaça e também criar uma sobrecarga aos jovens e deixar os idosos vulneráveis às dificuldades. Porém, isto não acontecerá se as sociedades se prepararem para o desafio. O relatório faz menção ao caractere chinês para a palavra “crise”, que é uma combinação de dois outros caracteres separados: um para “perigo” e outro para “oportunidades”. As mesmas forças demográficas que irão trazer o envelhecimento dramático da América Latina são também aquelas que criaram as condições atuais favoráveis ao crescimento econômico.

Segundo o documento existem sinais encorajadores de que a América Latina pode aproveitar estas oportunidades, contudo não se pode negar que há grandes desafios há serem superados.

Portanto urge que todos os setores da sociedade desses países se mobilizem, unindo esforços para que o ideograma aponte para outro que represente o bem estar e a qualidade de vida de suas populações.

A partir das figuras 1, 2 e 3, temos uma visualização da projeção do perfil de envelhecimento nos países das Américas.

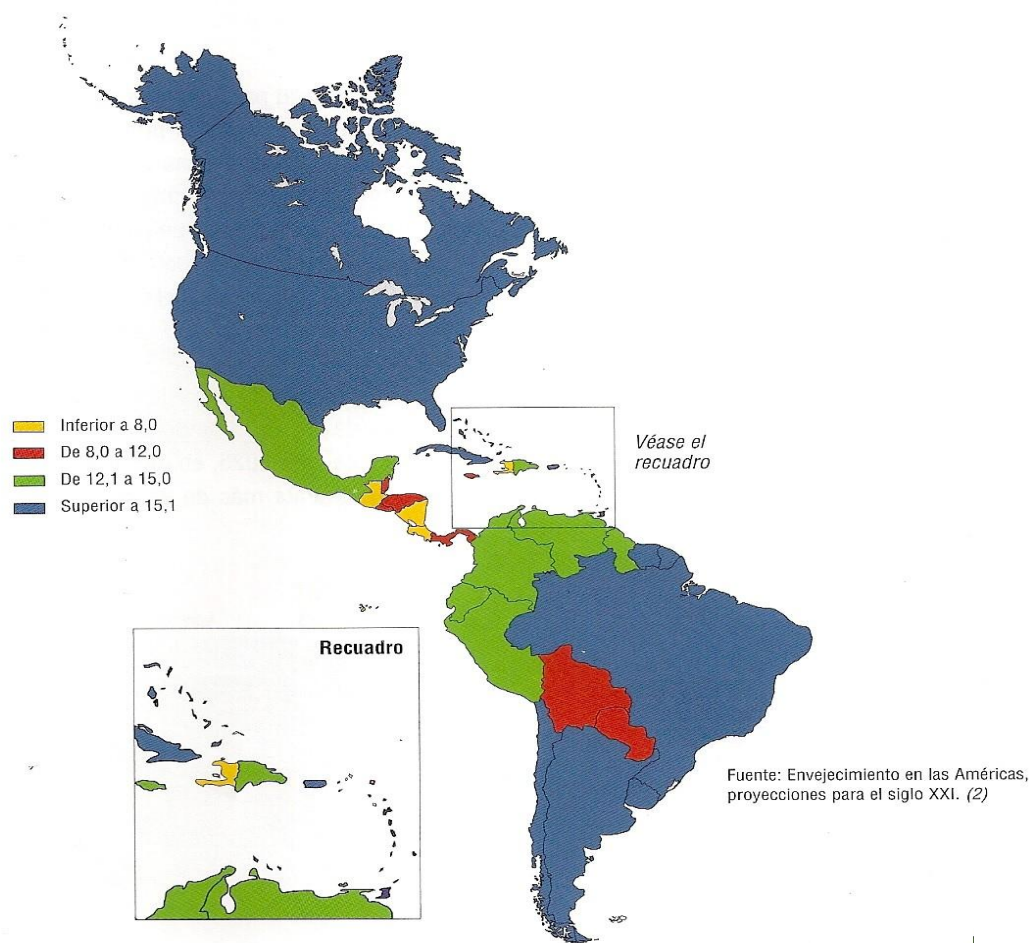
Podemos verificar que na década de 1980, as populações da América Latina e Caribe, composta por países em desenvolvimento, se caracterizavam por ter uma população jovem, com poucos idosos, enquanto a América do Norte, representada pelo Canadá e Estados Unidos da América, países economicamente desenvolvidos, já apresentava um estreitamento na base de sua pirâmide e uma maior proporção de adultos e idosos. As projeções para 2025 mostram a consolidação do envelhecimento populacional da América do Norte e o franco envelhecimento da população latino-americana.



Fonte:OPAS, (s/d)

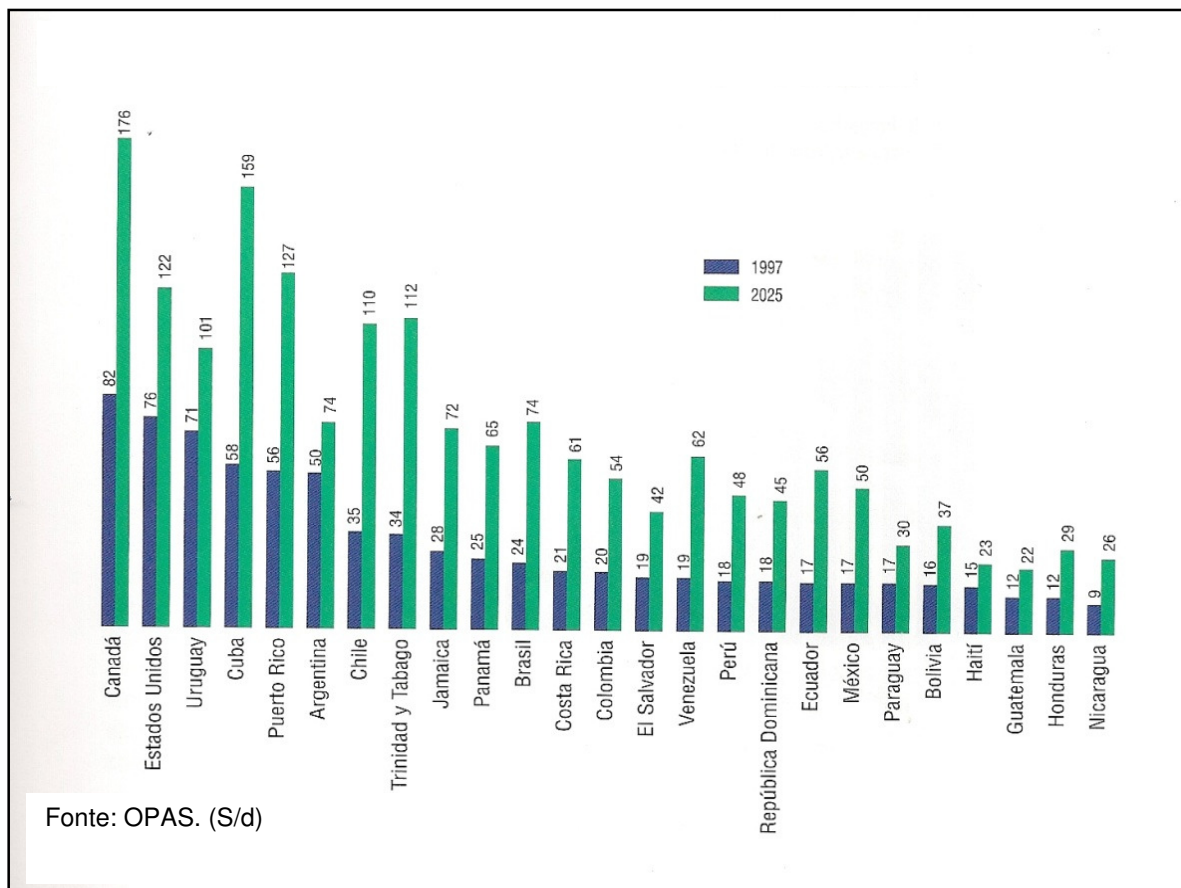
O envelhecimento da população pode ser observado em todas as Américas, principalmente os países em desenvolvimento do Hemisfério Sul, assumem perfil e características semelhantes, onde enfrentam questões como as desigualdades sócio-econômicas e de infra-estrutura, gerando desafios para todos os setores da sociedade.

Figura 2: Proporção projetada da população de 60 anos ou mais nas Américas: 2025



A figura 2 nos apresenta a projeção do envelhecimento na América Latina e Caribe no ano de 2025, quando mais de 14% da população terá 60 anos ou mais.

Figura 3: Índice de envelhecimento nos principais países das Américas:  
1997 e 2025



Podemos visualizar pela figura 3 que a proporção de idosos para cada 100 jovens até 15 anos de idade, crescerá em todos os países das Américas, sendo que as tendências demográficas de envelhecimento populacional mostram em sua maioria, que os índices se duplicarão ou triplicarão até 2025, demandando análises específicas por região, que certamente ao serem incorporadas ao planejamento local, contribuem para o fortalecimento das possibilidades de êxito na implementação de iniciativas de desenvolvimento dessas regiões. (OPAS, 1996)

O acentuado processo de envelhecimento populacional reveste-se de características peculiares, que afetam todos os setores, quando se verifica que a longevidade é acompanhada por mudanças a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que no Brasil assumem características regionais e sociais importantes.

Não obstante, quando são consideradas as questões que se apresentam principalmente no âmbito das políticas públicas, que tem à frente o desafio de administrar as demandas que advêm da chamada “carga dupla de doenças”, representadas pela superposição das doenças crônicas não transmissíveis cada vez mais presentes, com as doenças infecciosas ainda não totalmente resolvidas. Isto significará a necessidade de uma agenda dupla de atenção à saúde, obrigando aos poderes públicos, repensar necessariamente as políticas vigentes, incluindo no sistema formas inovadoras de atenção à saúde (CAMARANO, 2004; KICKBUSH, 1996, LAURENTI e LEBRÃO, 2003; LEBRÃO e LAURENTI, 2005; OMS, 1993; DUARTE e LEBRÃO, 2005).

Sabemos, que o chamado envelhecimento saudável, vai além da idade cronológica. Representa a capacidade do indivíduo em responder às demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente e na sua motivação e capacidade para continuar na busca e realização de objetivos e conquistas pessoais.

A longevidade com qualidade de vida é um ideal convergente com premissas da promoção da saúde, uma idéia antiga na saúde pública que, nas últimas duas décadas, tem sido apontada como estratégia mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo (TERRIS, 1992).

O enfoque da Promoção da Saúde (PS) POSSIBILITA IDENTIFICAR SEIS PRINCÍPIOS RELATIVOS À SAÚDE DOS IDOSOS. (DERNTL E WATANABE, 2004):

- *a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;*
- *a maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal;*
- *pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;*
- *do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens;*
- *a PS na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;*
- *muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde. Entretanto, os profissionais do setor social e de saúde estão em condições de propiciar essa atenção.*

Discutir a Promoção da Saúde dos idosos significa fazer um percurso reflexivo relacionando vários aspectos, desde as concepções teóricas e metodológicas até as suas aplicabilidades no campo do envelhecimento. Contudo, nos é seguro afirmar da legitimidade desta relação, referendada em vários documentos históricos, de diferentes instâncias, inclusive a própria Declaração Universal dos Direitos humanos.

## **1.2 As Pesquisas em Gerontologia e Geriatria**

A literatura tem testemunhado um aumento crescente no interesse despertado aos profissionais para o desenvolvimento de pesquisas que abordem a temática do envelhecimento populacional. Pesquisas como de

FREITAS et al. (2002), que realizaram um estudo de revisão sobre perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria, verificaram que em relação aos idosos, as mesmas apontaram para um crescente interesse dos profissionais pela temática, tanto pelos estudos demográficos quanto pelos aspectos relacionados às questões epidemiológicas afetas à esta população e também seus conseqüentes desdobramentos. Nota-se preocupação, ainda, com a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos, fundamentada no cuidar gerontológico, para atender aos idosos.

ASSIS et al. (2002) em seu artigo mostram a partir de outro estudo de revisão, que as experiências de avaliação em promoção da saúde do idoso; revelam um “campo multifacetado”. É como se referem os autores quanto às tendências teórico-metodológicas e às estratégias de pesquisa analisadas. Concluem ainda que a avaliação em promoção da saúde do idoso é pouco desenvolvida no Brasil e a validade da pesquisa de síntese dos programas, seria de contribuir como parâmetro para o desenvolvimento das experiências em nosso contexto.

PINTO E BASTOS (2007), ao estudarem sobre a abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil no período de 1995 e 2005, revelaram uma grande diversidade e abrangência nos enfoques das pesquisas realizadas. O tema epidemiologia associado à gerontologia foi identificado como de fundamental importância para se estabelecer as condições e determinantes de saúde dos idosos brasileiros, pois, com estes conhecimentos, será possível subsidiar políticas públicas direcionadas a necessidades específicas dessa população. Referem um predomínio das pesquisas que enfocam depressão e os estudos regionais, além de doenças relevantes para o envelhecimento.

Os autores PINTO e BASTOS (2007) verificaram também, que houve um aumento considerável, no número total de pesquisas que foram realizadas a partir do ano de 2001, com um índice maior de publicação no ano de 2005; confirmando dessa forma, o aumento no interesse sobre o tema.

DUARTE e LEBRÃO (2005) em seu artigo de revisão que analisa o “cuidado gerontológico” propõem uma análise crítica sobre essa questão,

repensando as práticas sobre a assistência em gerontologia. Baseadas no fato de que os idosos constituem um grupo com alta prevalência de condições crônicas e seqüelas associadas, muitas vezes incapacitantes, que podem representar um ônus com impactos tanto no âmbito individual e familiar do idoso, assim como para o próprio sistema de saúde.

SANTOS et al. (2006) por sua vez, enfatizam a necessidade de pesquisas direcionadas à promoção da saúde do idoso, que identifiquem intervenções, limites e potencialidades, fazendo frente ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias em saúde.

### **1.3 A Promoção da Saúde**

Falar em Promoção da Saúde do Idoso, nos leva a pensar antes de tudo, na própria Promoção da Saúde enquanto pano de fundo; que universo é esse onde estaremos adentrando, qual ou quais as concepções que a ela estariam afetadas? Para tanto, consideramos necessária, uma breve contextualização, mesmo que simplificada, das idéias centrais que subsidiam essa temática, para que a partir dela possamos embasar nossas reflexões, no curso deste estudo.

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Os avanços, além da tecnologia, vêm causando impactos transformadores em todos os setores da sociedade.

A saúde, sendo um desses setores, não ficou à margem dessa evolução, cujos efeitos, quer sejam positivos ou negativos, afetam a vida de todos os cidadãos.

Quando se examinam as condições de morbi-mortalidade prevalentes nos países em desenvolvimento, verifica-se a permanência ainda de problemas que em muitos países e para diversas populações já foram resolvidos; como as

doenças infecto-parasitárias e condições ligadas à infra-estrutura urbana básica. Há também o crescimento de outros problemas como as doenças crônicas não infecciosas (ex. as neoplasias); além do aparecimento de novos problemas, como a AIDS e outras questões que outrora não eram consideradas tão relevantes como a violência ou tampouco eram incluídas como questões de saúde, como o estresse por exemplo. (BUSS, 2000)

BUSS (2000) assinala que a resposta a tais problemas tem sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, mesmo se constatando que as medidas preventivas e a promoção da saúde, aliadas à melhoria das condições de vida em geral, tenham sido de fato, as razões fundamentais para as respostas positivas de solução aos referidos problemas. Pois, a análise do processo saúde-adoecimento tem evidenciado que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e que o aparato biomédico isolado, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas, não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo.

Por estas razões, o tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo. Nesse sentido, foi instituído o SUS, Sistema único de Saúde, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, que dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário com os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à

qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

O Ministério da Saúde propõe, em março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. (BRASIL.Ministério da Saúde, 2006)

Mas afinal de que Promoção da Saúde que falamos?

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (PEREIRA et al., 2000). O médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação, afirmando que *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso”*. (Terris, 1992)

O movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Relatório. (LALONDE 1996)

Lalonde, que era então ministro da Saúde daquele país divulgou esse documento aparentemente por motivação de natureza técnica, política e econômica, onde enfrentava altos custos com a assistência médica, destinada principalmente às doenças crônicas, cujos resultados eram pouco significativos. Destacara a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propusera então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.

As repercussões do Relatório Lalonde podem ser identificadas na concepção orientadora das práticas de promoção de saúde ao longo da década de 1970 que, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de

hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Tal abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

A exemplo de outros intelectuais da Saúde Pública, LABONTE (1996 a) critica tal concepção de promoção de saúde relativa aos hábitos particulares, explicitando que se tratava de uma tentativa de contenção de custos da atenção às doenças. A prescrição de certos comportamentos individuais é criticada inclusive pela OMS (WHO, 1984), que afirma que seria um tipo de abordagem contrário aos princípios da promoção de saúde.

CERQUEIRA (1997), além de apontar o alcance limitado de tal enfoque, destaca a responsabilização individual e a culpabilização conseqüentes a essa abordagem. Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-políticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas; os governos e os formuladores de políticas são desresponsabilizados e a “culpa” pela situação de saúde recai no indivíduo. A autora prossegue a crítica ao destacar o custo elevado e os baixos resultados das campanhas de marketing social realizadas na década de 1980.

LABONTE (1996 b) aponta três principais “paradigmas” caracterizadores dos problemas de saúde sendo que no primeiro grupo estariam os problemas “médicos”, baseados na existência da doença e cujas ações seriam voltadas ao tratamento dos sintomas, à erradicação das doenças e prevenção ao agravamento do processo. O segundo agrupamento, referente aos problemas de Saúde Pública, se encarregaria da prevenção, baseando-se na conduta e na promoção de comportamentos saudáveis, como a prevenção do hábito de fumar. O terceiro grupo responderia pelos problemas “socioambientais”, visando à criação de entornos físicos e sociais que favorecessem a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Suas ações destinar-se-iam a mudanças sociais e fundamentar-se-iam no trabalho comunitário, envolvendo medidas políticas e não dependeriam somente dos profissionais da saúde.

Seguindo esta última perspectiva, o autor explicita claramente a determinação social da saúde e a necessidade de atuar sobre as condições sócio-políticas e econômicas, a fim de promovê-la:

*“La pobreza, la precariedad del empleo y la contaminación desempeñan un papel cada vez mayor en los problemas de salud de nuestra sociedad y estamos empezando a comprender que ni los estilos de vida ni la epidemia actual de enfermedades crónicas pueden considerarse como hechos aislados y separados de nuestras estructuras políticas, sociales, económicas e industriales.”*  
(LABONTE, 1996a, p.153)

Este terceiro enfoque indica uma retomada da concepção original de promoção defendida por Sigerist (PEREIRA et al., 2000). Para Labonte, corresponde à direção seguida pelos profissionais da Saúde Pública que se filiam à “Nova Promoção de Saúde”, dirigida aos fatores gerais e estruturais. da saúde. São problemas característicos dessa ordem a pobreza, o desemprego, o estresse, as condições de trabalho e moradia precárias, o envelhecimento populacional, a violência, o isolamento social, entre outros.

Inspirada pelas novas perspectivas, a Promoção de Saúde (PS) ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente os determinantes sócio-econômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais.

Verifica-se dessa forma a chamada mudança de paradigma, entre o conceito anterior de saúde, para a atual. Compreendendo o termo paradigma como um conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos, compartilhados pelos membros de uma comunidade científica.

É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. A evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e daí para as novas teorias.

Relevante para esta argumentação é o fato de que as respostas dadas pela sociedade aos problemas de saúde, assim como a prática sanitária, decorrem do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito o qual, por sua vez, responde ao contexto sócio-econômico político e tecnológico operante.

Desde há alguns anos a visão da saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social. Ocorre, pois, claramente uma ruptura semântica entre o conceito anterior e o atual de saúde; surge um novo paradigma: a produção social da saúde.

RESTREPO (2001) sinaliza que a saúde não seria somente dispor de atenção à doença, implica em muitas outras coisas e que, portanto a meta da saúde pública deveria ter em vista outros aspectos, além dos serviços de saúde.

A autora define saúde como um conceito holístico e positivo, que integraria as dimensões do bem estar humano. Destacando dois aspectos fundamentais: a satisfação das chamadas necessidades básicas e o direito a outras aspirações, que todo ser humano e grupo desejam possuir. Significa que além do que ter onde viver, o que comer ter assistência a saúde e contar com trabalho remunerado; também necessita ter acesso a outros componentes da saúde: os direitos humanos, a paz, a justiça, as opções de vida digna, a qualidade dessa vida; a possibilidade de criar, de inovar, de sentir prazer, ter acesso a arte e cultura, enfim, de chegar a uma velhice sem incapacidades, com plena capacidade para continuar desfrutando a vida até que o ciclo vital termine.

Nas últimas décadas a Promoção da Saúde (PS) tem atingido grande relevância na implantação de projetos e programas que buscam melhorar não só a quantidade de vida como também a qualidade de vida. Porém ainda ocorre controvérsias quanto sua concepção no âmbito da saúde pública (TERRIS, 1992; RESTREPO, 2001).

Foi publicado nos Estados Unidos, em 1979, o documento intitulado “Health People: the surgeon general report on health promotion and disease prevention”, que definiu a Promoção da Saúde em termos de estilos de vida e, a prevenção de enfermidade como a proteção da população contra os riscos ambientais. É possível que essa definição possa ter contribuído para uma série de interpretações sobre o papel da Promoção da Saúde limitando-a às mudanças nos estilos de vida; gerando dificuldades inclusive para a definição

do campo de ação da Promoção da Saúde, no âmbito principalmente das instituições de saúde. (TERRIS 1992; RESTREPO, 2001)

Outro problema assinalado por RESTREPO (2001) foi o surgimento de duas correntes; onde cada uma privilegia uma dimensão da PS, a primeira delas forte nos EUA, prioriza as mudanças de comportamento, os estilos vida mediante intervenções mais individuais, a segunda, defende a ação sócio-política que envolve mais atores e transcende o setor saúde, nesta corrente estão mais relacionados aos europeus e canadenses, com o desenvolvimento de experiências mais integradas e multisetoriais como as cidades saudáveis.

Assim, observa-se certa falta de clareza no entendimento no fim último da PS, que seria de conseguir uma sociedade mais saudável no sentido holístico, e de se entender que através de modelos sócio-ecológicos é que se consegue obter respostas aos problemas do tipo sócio-políticos. Constituindo-se em um dos obstáculos para o desenvolvimento e aplicação da PS em nossos países. (RESTREPO, 2001)

Para muitas pessoas pode não ficar claro se a PS é uma disciplina, uma política, ou um programa.

Veremos a seguir alguns autores e suas concepções sobre Promoção da Saúde (RESTREPO, 2001):

Bunton, Macdonald (1992) apud RESTREPO (2001), concebem-na mais como conceito de uma disciplina acadêmica ou ainda um conjunto (um set) de várias disciplinas acadêmicas. Múltipla, porém com identidade própria, criando uma força multidisciplinar para produzir “bens sociais” em sua forma mais efetiva, ética e eqüitativa possível.

De fato a PS incorpora uma série de disciplinas em seu marco teórico-prático: política social, educação, sociologia, psicologia, epidemiologia, comunicação, filosofia e economia.

Quando se questiona como fica o papel da medicina no âmbito da PS, a resposta que se tem é a de que se aproxima da medicina social, porém é a saúde pública que se confunde com a PS; daí ser chamada de “Nova Saúde Pública” (Ashton, Seymour, 1988 apud RESTREPO, 2001; KICKBUSH, 1996), que se baseia nos novos conceitos, estratégias e métodos da PS e como tal

oferece as melhores potencialidades para fortalecer e apoiar um movimento social que busque melhores níveis de saúde e qualidade de vida, dos diversos grupos de população.

A Promoção da Saúde reúne vários campos de estudo para alcançar múltiplas ações e, portanto, tem cunho político enquanto envolvimento de aspirações, que implicam transformações profundas nos ambientes, nos indivíduos e nos grupos; modificando as condições negativas para seu pleno desenvolvimento.

O trabalho da Saúde Pública e da Promoção da Saúde, não pode ficar circunscrito ao fazer biomédico no setor saúde e sim se realizar também nos outros espaços, gabinetes de governantes locais, líderes políticos, gerentes de outros setores, ONGs e empresas privadas (RESTREPO, 2001).

A essência do que persegue a Promoção da Saúde, está nesta nova forma de atuar, buscando atingir o mais alto nível de compromisso para se alcançar uma sociedade não só mais produtiva, mas também mais justa e equitativa, enquanto saúde pública. (FREITAS, 2003)

#### **1.4 Promoção da Saúde: Atualizando concepções**

Ao buscarmos o sentido da Promoção da Saúde vimos que a mesma assume características polissêmicas, inclusive como podemos verificar em algumas citações:

1- A Carta de Ottawa que foi um importante marco, inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986 (TERRIS, 1992) traz em seu texto:

*“A Promoção da Saúde consiste em proporcionar às pessoas os meios necessários para a melhora de sua saúde e exercer um maior controle sobre ela mesma.”*

Mais do que definição é uma proposta de envolvimento das pessoas, como sendo as únicas que podem chegar a alcançar o poder de transformar sua realidade e de tomar as decisões para si.

A seguir apresentaremos uma recuperação histórica das concepções sobre Promoção da Saúde, de diferentes autores, feita por RESTREPO (2001):

- HANCOCK(1940) :

*“La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder a dos niveles: el primeiro, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud em el nivel personal y comunitário, y el segundo, em el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política”.*

Enfatiza a inter-relação entre saúde e poder, ou a capacidade dos grupos para influenciar em políticas publica que melhorem suas condições de vida e para tomar decisões que se refiram a sua própria saúde e qualidade de vida.

- NUTBEAM(1986)

*“La PS es o proceso pelo mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten, para poder fomentar la salud, Es necesario cambiar tanto las condiciones de la vida como o la forma de vivir”*

Segundo RESTREPO (2001) esta seria a definição mais completa para facilitar a compreensão da PS, sugerindo um caráter unificador.

- OPAS/OMS(1990)

*“La PS es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las*

*autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.”*

Definição aprovada pelos ministros de saúde dos países membros da OPAS/OMS- como compromisso governamental para incluir a PS como um componente das políticas nacionais de saúde.

5-KICKBUSCH (1996)

*“PS no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente se trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de La salud”*

A autora considera que a PS oferece espaços sociais legítimos, para assumir o desafio da mudança de uma agenda centrada no consumo de serviços de atenção médica, para a produção social da saúde com democracia e participação, na qual a PS está profundamente comprometida.

Diante dessas definições, observamos vários enfoques com diferentes alcances da Promoção da Saúde: envolvimento das pessoas, compromisso governamental, soma das autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos encaminhados para melhoria das condições individual e coletiva. Contudo, o ponto em comum entre elas se direciona fundamentalmente à modificação dos determinantes de saúde.

Destaca-se dentre essas conceituações, duas dimensões de implantação de intervenções (Sutherland e Fulton, 1992 apud BUSS, 2000; RESTREPO, 2001): a individual; e a populacional ou coletiva

Ainda que, para muitos especialistas, a PS sempre se refira à dimensão populacional; se aceita que haja algumas intervenções no âmbito pessoal, dirigidas a mudanças de comportamento, genericamente conhecidos como “estilos de vida”.

No âmbito mais social, mais “estrutural”, é onde se preconizam as ações para se modificar os ambientes, físicos, sociais, culturais e políticos,

para influir nos chamados determinantes de vida/ saúde. O importante é que ambos os níveis estejam conectados, pois não é possível conceber atividades educativas dirigidas ao indivíduo, visando a mudança de seu comportamento, desvinculadas do marco conceitual de políticas públicas saudáveis de processos participativos e de empoderamento.

RESTREPO (2001), dá destaque a algumas idéias centrais que fundamentam o entendimento de Promoção da Saúde (PS):

- A PS se nutre de diversas disciplinas e cria uma inovadora teoria e prática da saúde pública que cumpre com objetivos e metas sociais, como conseguir comunidades e indivíduos que atuem mais “salutogenicamente” alcançando maior bem estar com equidade social.
- A união dos esforços de todos os atores sociais e produtivos para intentar produzir mais saúde, não implica em desconhecimento das responsabilidades da pessoa em seu nível individual para com sua saúde e a dos demais, porém prima pelo trabalho com as comunidades mediante novos modelos e cenários de ação.
- A discussão sobre as bases conceituais e os argumentos contra são úteis e necessários para a construção teórica e prática da PS.
- A PS não se opõe à melhoria dos serviços de saúde para atenção aos riscos e enfermidades, porém assinala a necessidade de reorientá-los para que cumpram um melhor papel na melhoria da saúde coletiva.

Este paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para as ações políticas para a saúde, direcionadas ao coletivo. (PEREIRA et al., 2000)

A Carta de Ottawa explicita também que a promoção da saúde está além do setor Saúde e enfatiza como atribuição desta, fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a Saúde como meta e compreendam a importância de suas ações para a saúde da população.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide (Austrália) em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 2001). Na Declaração desta Conferência é afirmado que o principal propósito das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

A criação de tal entorno saudável foi o foco da 3ª Conferência Internacional. Realizada em Sundsvall (Suíça), em 1991 - um ano antes da ECO-92; o encontro firmou o compromisso das organizações das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. A Declaração de Sundsvall preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deva sempre ser guiada pelo princípio da equidade.

A Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (Brasil, Ministério da Saúde 2001).

A 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI, identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembléia Mundial da Saúde de 1998:

- a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde;
- b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos;

- c) aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde;
- d) assegurar a infra-estrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e
- e) reorientar os sistemas e serviços de saúde.

A 6ª Conferência Mundial, realizada na Tailândia, em 2005, onde as questões sobre a globalização e sua influencia nas questões de saúde foram amplamente discutidas, procurando ressaltar os efeitos negativos, mas também os aspectos positivos da difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação; cujos efeitos, pertinentes à própria globalização, deverão ser avaliados, inclusive quanto sua capacidade de reação frente à ação dos determinantes econômicos e tecnológicos da sociedade global na saúde e qualidade de vida da população (WESTPHAL, 2008).

Tendo a experiência brasileira em foco, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) muito tem sido falado sobre promoção de saúde (MELLO et al., 1998). A promoção é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição de 1988 (Brasil, 1988). Na seção II, capítulo II do título VIII, são encontradas as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob a ótica da saúde como fenômeno multi-determinado e produzido socialmente, o Artigo 196 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira ao instituir a Saúde como direito de todos e dever do Estado: “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196.).

A descentralização da saúde, uma das diretrizes do SUS prevista na Constituição de 1988, ao estimular o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde, criou condições para ampliar a participação social (outra diretriz do SUS) e fortalecer a democracia.

Oportunizar por lei essas diretrizes (descentralização da saúde e participação social) e em última instância a promoção da saúde, reafirma o que diz MELLO et al (1998) quando se refere a disposição dos próprios governos às iniciativas em prol da promoção de saúde: *“os pressupostos básicos para viabilizar projetos em promoção de saúde, continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas”*.

Apesar da promoção da saúde estar assinalada também na Lei Orgânica da Saúde e encontrar ancoradouro nos caminhos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, verifica-se que políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com freqüência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde. (MELLO et al.1998)

CERQUEIRA (1997) também ressalta que embora sejam numerosos os esforços para se consolidar o enfoque participativo e democrático da promoção da saúde, não raro esta tem sido ainda, identificada por práticas individualistas e medicalizantes, vinculando-a com um enfoque predominante de prevenção e cura de doenças.

Diante desses pressupostos defendidos por vários estudiosos como LABONTE (1996a) E MELLO (2000), a “nova concepção de promoção de saúde” busca promover a participação da população e fomentar a instituição de reais mecanismos democráticos para a tomada de decisão, implementação e avaliação das políticas públicas.

Diz respeito, portanto, a eficiência das ações sociais e ambientais, com envolvimento articulado de todos os atores, quer seja individual ou coletivamente, direcionados para o mesmo objetivo: o bem estar e a melhoria da qualidade de vida.

CARVALHO (2004) faz um importante contraponto quando chama atenção para a pluralidade de opiniões encontráveis na literatura sobre promoção da saúde, a necessidade de se discutir o significado e as conseqüências do uso das categorias “risco” e “empowerment” junto com a

Nova Promoção à Saúde/Nova Saúde Pública. Propõe a necessidade de cautela na incorporação dos princípios e estratégias de promoção à saúde ao SUS uma vez que eles podem “significar tudo para todos” e, exatamente por isso, podem servir tanto a projetos socialmente transformadores, para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários, como para propostas que, embora aparentemente inovadoras radicais e suficientes para efetivas mudanças no campo da Saúde, podem encobrir uma abordagem funcionalista e conservadora que mantem o *status quo* sanitário; que reforçariam a hegemonia neoliberal.

Cita como exemplo a categoria “empowerment”, que com uma utilização pouco rigorosa – ou politicamente interessada – poderia servir como justificativa para a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal.

Destaca-se que visar a consolidação e incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no SUS, mediante a realidade brasileira vigente, significa ter como parâmetro a necessidade de superar as raízes estruturais da iniquidade na saúde, que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de: a) garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; b) produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e c) contribuir para a democratização do poder político.(CARVALHO, 2004)

## **1.5 Definindo os Princípios da Promoção de Saúde**

A OMS (1996) caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: ações de promoção da saúde, intersetorialidade, participação social, equidade, e sustentabilidade .

**1.5.1 Ações de Promoção da Saúde** que devem pautar-se sob uma concepção holística, cujas iniciativas fomentem a saúde física, mental, social

e espiritual (WHO, 1998). Pressupõe a compreensão de saúde assumida pela Organização; onde a saúde é tida como fenômeno produzido socialmente. No documento produzido em 1984, a OMS declara que “a promoção de saúde envolve a população como um todo no contexto do seu dia-a-dia, ao invés de focar grupos de risco para doenças específicas”. Sendo as ações de âmbito coletivo no cotidiano da população, extrapolando o campo específico da assistência médico-curativa.

**1.5.2 A intersectorialidade** segundo JUNQUEIRA (1998) é entendida como: “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social”

**1.5.3 A participação social** – pressupõe as diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, na execução e avaliação dos seus projetos, quer sejam membros da comunidade, do governo, formuladores de políticas, profissionais da saúde ou de outros setores, resultando dessa maneira, no fortalecimento da ação comunitária e ao consequente empoderamento coletivo.

Empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998; Mendes, 2002 apud WESTPHAL, 2008)

**1.5.4 A equidade** consiste em “eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar” (BRASIL, Ministério da Saúde 2001).

Para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde (WHO, 1984), priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001), e revertam as desigualdades sociais instaladas. Cabe ainda assinalar que não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar

diferenças injustas e evitáveis, remetendo à dimensão moral e ética subjacente ao princípio e à busca por realizar os direitos sociais. (OMS,1996)

**1.5.5 A sustentabilidade** remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (WESTPHAL e ZIGLIO,1999). Assim como os demais princípios aqui enfocados, envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, intergeracionais e ambientais.

A continuidade das políticas de promoção de saúde é especialmente importante tendo em vista que se trata de iniciativas de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos com impacto a médio e longo prazo.

Ressalte-se que, segundo JACOBI (1999), a problemática da sustentabilidade assume, neste final de século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local.

A noção de sustentabilidade implica, não só uma necessária interpeleção entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte ,mas também se associa a uma premissa da garantia de sustentação econômico financeira e institucional.

## **1.6 Campos de Ação da Promoção da Saúde**

Os cinco campos de ação da Promoção da Saúde, inscritos na carta de Ottawa, diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de Prevenção de Doenças, exceto as que se referem a reorientação dos serviços de

saúde. Isto não impede, entretanto, que as inovações e transformações venham a ocorrer. Temos como campos de ação:

### **1.6.1 Elaboração e implementação de Políticas Públicas Saudáveis**

As políticas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade, a fim de minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde elas se localizam. Para serem reconhecidas como do campo da Promoção da Saúde precisam demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. Podemos citar como exemplo a Política Nacional da Pessoa Idosa e o Estatuto do idoso, (segmento da população que será alvo de nosso estudo em questão).

### **1.6.2 Reforço da ação comunitária**

Envolve a participação social, de atores do Estado e da sociedade civil na elaboração e controle das ações com iniciativas e programas de Promoção da Saúde e deve ter como resultado o empoderamento da comunidade.

Prioriza o fortalecimento de organizações comunitárias, a redistribuição de recursos, informações e o empoderamento coletivo, ou melhor, capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões, para se fortalecerem e formarem grupos de pressão para abertura do aparato estatal ao controle do cidadão (Organização Pan-Americana da Saúde, 1996; BRASIL, Ministério da Saúde, 2001)

### **1.6.3 Criação de Espaços Saudáveis**

Como a saúde é produzida socialmente e nós convivemos em diferentes espaços, é desejável que as pessoas participem da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência:

escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e muitas vezes no município como um todo. O que se configura atualmente infelizmente é ainda um número aquém do necessário para que seja significativo e faça diferença nas condições de vida e saúde.

#### **1.6.4. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais**

Viabilizam-se mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.

#### **1.6.5 A reorientação dos serviços de saúde**

Representa o esforço para a ampliação do acesso aos serviços e programas, para o incremento de atividades preventivas através da moderna abordagem da Promoção da Saúde e outras atividades relacionadas.

Diz-se que este é o ponto de inflexão desta discussão. Será através da reflexão, da revisão e ampliação das estratégias de prevenção de doenças, através do empoderamento dos doentes que advogarão por ações sobre as causas das doenças e pela equidade na distribuição de recursos, que será possível a transformação das ações essencialmente preventivas, em ações também de Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2000).

### **1.7 A Prevenção de Doenças e a Promoção de Saúde**

Até hoje muitos profissionais de saúde entendem a Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde como sinônimos; ao buscarmos na evolução histórica do pensamento em relação ao processo saúde–doença, é possível identificarmos as possíveis raízes desta confusão de conceitos.

O termo saúde tem sua definição mais tradicional, relacionada à ciência médica ocidental, tida como ausência de doença, tal definição foi contestada por alguns, por seu caráter biologicista e reducionista. Em 1946 a OMS propõe outra definição de saúde como sendo:

*“O estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.”* (WHO,1946,p.1).

Esta definição inclui outros aspectos além do físico, mas também os sociais e psicológicos; estes por sua vez abriram caminho para outras pautas de discussão no campo da promoção da saúde, incluindo a concepção de saúde como qualidade de vida. Segundo o glossário de promoção da Saúde da OMS, qualidade de vida se refere à percepção individual de cada um a respeito de sua posição na vida. Esta percepção está pautada no contexto cultural e no sistema de valores de cada indivíduo e é constituída de acordo com objetivos, expectativas e preocupações dos mesmos. (DOWBOR, 2008)

A OMS em 1984 propôs então, uma nova definição de saúde (extra-oficialmente). Saúde definida como:

*“...a extensão pela qual um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, portanto, vista como recurso para a vida diária, não objetivo da vida, é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas”*(WHO, 1984, p.20)

A referida definição faz frente à primeira, de 1946, pois traz a noção de um conceito dinâmico dentro de um processo e não acabado e idealizado. Em 1986, a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, traz uma definição que permeia as anteriores:

*“Para atingirmos um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar e se adaptar ao meio.Saúde é portanto, vista como recurso para a vida diária, não objetivo da vida.Saúde é*

*um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas”(WHO, 1986, p.5).*

A definição da carta reforça a ampla determinação do processo saúde–doença e a noção de direito do cidadão.

Assim, o campo da promoção da saúde caminhou para uma definição de saúde holística, positiva, multi-determinada e processual, ligada aos direitos básicos do cidadão; na busca da equidade com vistas à superação da visão dicotômica entre saúde e doença.

A partir de diferentes definições de saúde, como resultado, surgiram propostas com diferentes enfoques de promoção da saúde e modos de trabalho.

Para melhor compreendermos esse universo apresentaremos uma sistematização feita por DOWBOR (2008) que faz referencia a diferentes autores que propuseram suas concepções e modos de análise da promoção de saúde, tomando por base a diferenciação dos determinantes da saúde apresentadas (Caplan,1993; Seedhouse,1997; Naido e Wills,1994, apud DOWBOR,2008).

A autora verificou que existem intersecções e que podem ser classificadas em cinco grupos, a saber:

1-Biológico, caracterizado por uma definição de saúde como ausência de doença e pelo trabalho centrado na cura, tratamento e detecção precoce de doenças específicas;

2-Comportamental, que assim como o anterior não estaria pautado no conceito positivo de saúde, diferenciando-se do mesmo, pois considera a influência do comportamento dos indivíduos como determinante de saúde. A principal estratégia de ação desta categoria consistiria na orientação sobre fatores de risco individuais com objetivo de mudança de comportamento.

3-Psicológico, grupo cujo conceito de saúde positivo poderia estar presente ou não, da mesma forma que o anterior objetiva a mudança de

comportamento, porém com ênfase no suporte psico-social. A principal estratégia seriam grupos de auto-ajuda.

4-Social, caracteriza-se por um diferencial na concepção de saúde em relação aos anteriores, que passa a ser vista sob o prisma da qualidade de vida e recurso para a vida. Agrega também a idéia do social como determinante da saúde. Tem como estratégia de ação algo que DOWBOR (2008) chama de dual, ficando entre a assistência social e o empoderamento comunitário.

5-Estrutural, está pautado em um conceito positivo de saúde, onde esta é concebida como um direito humano; são considerados como determinantes da saúde os aspectos ditos macroestruturais da sociedade. Seria uma estratégia típica deste grupo a advocacia para a produção de políticas públicas saudáveis /ou equitativas.

Os cinco grupos segundo DOWBOR (2008), não devem ser vistos como fechados e estanques, mas podem servir de parâmetro para compreendermos a multideterminação da saúde, a qual pode ser relacionada, inclusive com diferentes valores que lhes possam atribuir. Outra contribuição desta categorização, diz respeito à visão histórica da evolução conceitual que a promoção da saúde vem sofrendo ao longo dos tempos. Mostra a complexidade em que é tecida dentro do campo da saúde, motivando discussões que não são de hoje, principalmente entre os profissionais da saúde ao tratarem das relações entre assistência, prevenção e promoção.

WESTPHAL (2008) apresenta uma análise que classifica as diferentes iniciativas de Promoção de Saúde realizadas desde o passado até os tempos atuais, em três grupos, de acordo com as conceituações subjacentes:

1. Biomédicas - caracterizadas por uma definição de saúde como ausência de doença e pelo trabalho centrado na cura, tratamento e prevenção de doenças específicas;

2. Comportamentais - dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, voltados aos estilos de vida, limitadas aos fatores sob controle dos indivíduos.
3. Socioambiental- na construção participativa de políticas públicas saudáveis, sendo orientadas pelo princípio da equidade, que orienta para a mudança das relações de poder e para ações sobre os determinantes sociais da saúde. São iniciativas que consideram a Promoção da Saúde como um processo participativo de produção social da saúde, que ocorre no contexto do desenvolvimento econômico e social das instituições, das cidades, das regiões, dos países, objetivando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações, mediante políticas públicas eqüitativas e intersetoriais.

Dessa forma, com base nos conceitos apresentados nessa classificação, sugerem que o dito moderno conceito da Promoção da Saúde, como algo em construção, apresenta elementos que agora permitem diferenciá-lo das práticas de Prevenção de Doenças de Leavell & Clark.

A prevenção de doenças focaliza os aspectos biológicos e não considera, nas suas estratégias de “dispor de maneira que evite” (CZERESNIA,2003), identifica riscos, atua sobre eles, mas não contempla como sendo de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência. Por outro lado, está a Promoção da Saúde, como a entendemos hoje, mais vinculada a uma visão holística e sócio-ambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético (WESTPHAL, 2000; AKERMAN et al., 2004).

A partir desses conceitos advém a questão

“É possível trabalhar no campo da prevenção em uma perspectiva da nova Promoção da Saúde”?

WESTPHAL (2008), citando, Rootman (2001), afirma que a Promoção da Saúde do ponto de vista sócio-ambiental, é uma nova forma de abordagem, um conceito positivo e pode ser aplicado inclusive nas

atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e até em atividades de assistência de longo prazo.

É necessário, portanto, que os princípios dessa nova abordagem, sejam seguidos e as estratégias ampliadas para haver desta maneira, a desejada compatibilização.

As ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população.

- prevenção de enfermidades e acidentes – amplia-se aqui o campo de ação da medicina preventiva no sentido do paradigma anterior, para incluir ações preventivas de caráter não-médico na prevenção às doenças.

Podem ser orientadas a problemas específicos ou a grupos de problemas e a grupos de risco. Como no caso das imunizações, acidentes de trabalho e de trânsito, câncer de colo e de mama, hipertensão, alcoolismo, drogas, doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo são exemplos de problemas ou grupos de risco que podem ser beneficiados com ações de promoção ou prevenção no interior dos serviços de saúde, na prática clínica dirigida aos indivíduos, às crianças e aos adolescentes escolares, bem como à comunidade, em ações de alcance coletivo;

- atenção curativa e de reabilitação – incluídos aqui os atos curativos do paradigma anterior.

Na reabilitação, o novo paradigma deve dar conta de que esta pode e deve ir mais além do que a causa física / biológica mediata. Também neste componente devem-se buscar inovações como, por exemplo, o hospital-dia e a assistência domiciliar, programa de saúde da família, práticas mais baratas e mais efetivas para a população, quando adequadamente aplicadas.

Vários programas de ensino de saúde pública vêm sendo estruturados adotando a ótica da promoção da saúde na concepção do

sistema de vigilância como um todo, contribuindo na reestruturação dos programas e das práticas, no sentido do conhecimento amplo dos determinantes da saúde e na indicação de estratégias que permitam envolver outros setores governamentais e a sociedade na resolução dos problemas. O sistema de saúde, de acordo com tal ideário, ultrapassa, portanto, a esfera do setor.

Verifica-se que o trabalho de vigilância em saúde pode ser mais amplo e deve integrar saberes de práticas do setor saúde hoje confinadas em compartimentos isolados e que muitas vezes estão excessivamente centrados nos fenômenos de morbimortalidade, em geral insuficientes para informar sobre os determinantes da saúde, prejudicando, assim, a capacidade de agir sobre os mesmos.

Esse trabalho deve, portanto ser articulado com outros setores, entre eles saneamento, habitação, drenagem, educação, trânsito, turismo. Viabilizando dessa maneira a utilização de indicadores adequados ao paradigma, elaborados para analisar o complexo de determinações de saúde expressas no nível macro e microepidemiológico.

## **1.8 A promoção da saúde no contexto atual**

As considerações sobre a Promoção da Saúde das quais temos discorrido, baseados inclusive na Carta de Ottawa, adotam o conceito de saúde numa concepção positiva, holística, multi-determinada, processual e ligada a direitos básicos do cidadão.

Sabe-se, entretanto, que o conceito hegemônico, no momento atual ainda é, saúde como ausência de doença, uma mercadoria, um bem comercializável, em oposição à concepção de saúde como direito do cidadão.

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização que ganha força a partir da

segunda metade do século XX, afetam todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento e se constitui no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista.

Em nossa história recente, desde setembro de 2008, o mundo vem sofrendo os impactos, com o “rombo financeiro” que assolou os EUA, daí nos deparamos com algo nada mais contemporâneo do que a afirmação de Santos (2001), quando diz que:

(....) a globalização é ao mesmo tempo um período da história da humanidade e também um momento de “crise”. Como um período, suas características variáveis influenciam todos os setores da vida, direta ou indiretamente. Como crise, as mesmas variáveis construtoras do sistema estão se chocando e exigindo novas definições e novos arranjos. A ideologia hegemônica com valores diferentes de outros períodos da história dá sustentação a esta nova fase do capitalismo e portanto à economia de mercado global, interferindo na dinâmica da vida e do trabalho”.

Ainda com referência aos tempos atuais WESTPHAL (2008) cita a dupla tirania, “do dinheiro e do poder”, que fornece as bases do sistema ideológico que justifica o processo de globalização, reforça-o como único caminho histórico, apesar das crises que acarreta e favorece aceitação de soluções internacionais para solucionar as crises ocasionadas por elas próprias.

Seja qual for o ângulo pelo qual se examinem as situações características do período atual, a dinâmica da realidade e seu *ethos* orientador podem ser vistos como responsáveis, por um lado, por um desenvolvimento econômico nunca visto antes, mas, por outro lado de grandes males. Os modelos de desenvolvimento assumidos pelos países, especialmente dos países em desenvolvimento, centrados no econômico, se tornam cada vez mais excludentes.

Os esforços voltados para o econômico, e não para as necessidades humanas, têm resultado em um empobrecimento crescente das massas, acompanhado da incapacidade da esmagadora maioria da população, de

participar de forma eqüitativa do consumo de bens materiais e culturais. Neste quadro global o Brasil, como um país em desenvolvimento, apresenta-se dependente, com poucos segmentos incorporados à economia global e grande proporção da população ainda marginalizada do processo. Parte da população tem acesso a uma proporção substancial da crescente produção de bens e serviços, ao passo que outra proporção muito grande é forçada a sobreviver com o restante.

Bens e serviços sofisticados ficam à disposição de um pequeno número de consumidores. O consumo se torna o grande produtor e encorajador dos imobilismos e oposição a processos de construção do cidadão.

A solidariedade se perde nesse novo universo de competitividade. A acumulação de riqueza sem distribuição eqüitativa de benefícios sociais exacerba a competição e o conflito. Uma conseqüência imediata do modelo de desenvolvimento adotado, economicista e neoliberal na sua essência, é a desigualdade que impacta sobre a qualidade de vida e saúde da população e das condições ambientais. A descentralização e mecanização dos processos produtivos provocam desemprego e ampliam o emprego informal. Atualmente no Brasil um terço dos empregos são informais. A desigualdade gera uma diversidade de posicionamentos e significados diante das situações de vida, que criam contradições e aumentam o conflito por interesses diversos.

Encampamos assim, a afirmação de Buss(2003) quando cita que:

*A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vvida”, ou seja, ampliem a capacidade de*

*autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas.*

### **1.8.1 A Promoção da Saúde no contexto do Brasil atual**

A prática da Promoção da Saúde suscita várias reflexões a respeito, apresentaremos a seguir algumas considerações relativas ao contexto brasileiro:

No Brasil, embora a Promoção da Saúde esteja explicitada na Lei Orgânica Nacional de Saúde e venha tendo respaldo nas conferências de saúde, políticas e/ou ações não têm sido implementadas a contento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou com a Constituição de 1988, como reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, que não estava mais dando conta dos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava.

O SUS, entretanto, tem se concentrado nos serviços de atenção à doença; esta dinâmica privilegia a utilização de tecnologias médicas mais sensíveis às injunções do mercado. Coerentemente com os valores da globalização, o sistema vem reforçando a abordagem individual, engessando a epidemiologia, que na origem, constituiu-se como área estruturante da saúde coletiva (WESTPHAL,2008).

A prática sanitária atual, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento e pelo contexto já descrito, marcado pelo processo de globalização.

Apesar dos progressos relativos às políticas e ações no setor econômico, contraditoriamente permanecem, no Brasil, profundas desigualdades sociais que maculam a imagem do país no cenário internacional.

Não obstante o desenvolvimento de experiências com pesquisas em Promoção da Saúde, persistem os equívocos ideológicos no que se refere à sua concepção, nos serviços de saúde, sendo freqüente o uso inadequado do termo pelos profissionais, que o confundem com práticas de prevenção e/ou de educação para a saúde.

Entretanto, não podemos negar que ocorreram avanços significativos nas condições de saúde da população durante os últimos 15 anos. Esses avanços estão explicitados através de vários indicadores, a exemplo da queda da mortalidade infantil e natalidade, e da consecução rotineira de programas, como os de pré-natal, e de prevenção de câncer de útero e mama, de estimulação ao aleitamento materno e de cobertura vacinal, entre outros. As ações que são predominantemente de natureza técnica e utilizam ferramentas do campo das ciências biomédicas, configuram um modelo de atenção à Saúde sob uma óptica quase exclusivamente médica.

A Promoção da Saúde, em seus aspectos ideológicos, é um empreendimento de natureza holística que, conectado as dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população. Para tanto, sabemos que a implementação de ações e/ou programas neste sentido segue caminhos de paciência, pois seus resultados, quase sempre, serão visíveis somente a médio e/ou longo prazo.

Os processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural. As experiências, às vezes conflituosas, colaboram para rupturas de paradigmas tanto no aparelho institucional público quanto da complexidade do conjunto dos sujeitos sociais envolvidos, demandando constantes desdobramentos de construção -reconstrução - transformação.

Sendo desejável, como prática orientadora da Promoção da Saúde, que a mesma esteja alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia Freiriana” (MELLO,2000).

A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, posto que entendemos o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida (ABRASCO,2003).

### **1.8.2 A promoção da saúde do idoso no contexto das políticas públicas**

A Promoção da saúde do idoso apresenta uma trajetória histórica que reflete as tendências que nortearam as próprias políticas nacionais no âmbito da saúde.

Destacaremos a seguir uma breve evolução histórica:

O direito à saúde no Brasil foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. (BRASIL, 2007)

A Política Nacional do Idoso foi promulgada em 4 de janeiro de 1994(Lei Nº 8.842) e regulamentada em 1996; representou um marco fundamental para trazer ao cenário de discussão no âmbito nacional, os interesses da população idosa na sociedade brasileira. Assegurou os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Conhecendo os Princípios e Diretrizes da Política Nacional do Idoso:

#### Dos Princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e, defendendo sua dignidade e, bem estar e o direito a vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação dessa lei.

#### Das Diretrizes

I - viabilização e formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível do governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação e informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicosociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento;

-1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso é anunciada, a qual assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, conforme o disposto em suas diretrizes.

-2002, proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

-2003, o Congresso Nacional aprova o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos; amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa embora seja bastante avançada, na prática revelou-se ainda insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, somado à ampliação da Estratégia Saúde da Família, revelaram a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social com demandas ainda a serem supridas.

-Fev/2006 foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em

última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A Política preconiza como sendo de fundamental importância a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, reconhecidamente há muito que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar revisão de literatura da produção bibliográfica sobre Promoção da Saúde do Idoso.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- I. Traçar um panorama da produção bibliográfica sobre Promoção da Saúde do Idoso, no Brasil.
  
- II. Identificar o enfoque conceitual de Promoção da Saúde e o tipo de delineamento de pesquisa dos artigos analisados.

### 3 MÉTODO

Realizamos um estudo exploratório descritivo, através de levantamento bibliográfico; para tanto, buscamos informações em um dos bancos de dados mais utilizados, para pesquisas sobre a literatura produzida na área da saúde, a base LILACS.

Realizamos também uma busca no banco de dados MEDLINE utilizando os descritores “aged”, “80and over”, “aging” e “health promotion”, considerando que vários periódicos encontrados se repetiam no LILACS; fizemos a opção por este último banco de dados.

#### **A base Lilacs como opção**

A metodologia LILACS é um componente da Biblioteca Virtual em Saúde em contínuo desenvolvimento, constituído de normas, manuais, guias e aplicativos: <http://bvsmodelo.bvsalud.Org/site/lilacs/P/componentes.htm>; destinados a coleta, seleção, descrição, indexação de documentos e geração de bases de dados. Foi desenvolvida a partir de 1982 e surgiu diante da necessidade de uma metodologia comum para o tratamento descentralizado da literatura técnica-científica em saúde, produzida na América Latina e Caribe. (Guia de Seleção de Documentos para a Base de Dados LILACS, 2008).

Optamos por realizar nossa busca na base de dados LILACS, justamente por sua cobertura na América Latina e Caribe, região onde se inclui o Brasil, cujas características de envelhecimento populacional são semelhantes dentre os países que compõem essa área geográfica. Consideramos assim, que o aporte oferecido por esta base estaria qualificado para responder quanto nossas indagações em relação ao cenário de artigos publicados em periódicos brasileiros, pelos países dessas regiões.

Para o desenvolvimento da pesquisa adotamos os seguintes procedimentos: busca do material na base de dados, pré-seleção e listagem

do material, leitura dos resumos dos artigos de forma exploratória para identificar o tema e o enfoque do trabalho e seleção dos artigos a serem avaliados.

### 3.1 A seleção do material

As referências bibliográficas incluídas na pesquisa deveriam conter como descritor de assunto, os termos: promoção da saúde, envelhecimento ou idoso.

Baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) considerou-se:

- a) o descritor idoso definido como pessoa de 65 a 79 anos de idade, sendo o idoso acima de 80 anos ou mais considerado como octogenário, nonagenário e centenário.
- b) o descritor envelhecimento definido como alterações que acontecem de forma gradual e irreversível na estrutura e no funcionamento de um organismo, e que ocorrem pela passagem do tempo.
- c) o descritor promoção da saúde definido como: processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social; um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país. (Ottawa Charter, 1986)

Utilizamos como estratégia de busca: IDOSO or IDOSO de 80 anos ou mais or ENVELHECIMENTO and PROMOÇÃO DA SAÚDE, como descritores principais. Para restringirmos aos trabalhos brasileiros essa busca foi refinada com a palavra BRASIL no campo denominado “ País e

ano de publicação”; nesse mesmo campo foi utilizada a formulação “1994-2009”, para concluir a busca.

Quanto ao período abrangido (1994 a 2009), elegemos como recorte temporal deste estudo, a promulgação da Política Nacional do Idoso, de 1994, pois se configurou como marco histórico em defesa dos direitos da pessoa idosa no Brasil.

Desta forma, com a referida estratégia de busca foram obtidos 112 registros de documentos; destes 26 eram teses, 21 eram livros (ou capítulos de livros), 63 eram artigos, além de 1 (um) editorial convocatório para a realização de campanha para prevenção à quedas e outro de divulgação da caderneta de saúde do idoso de um município da região nordeste do país. Como os artigos refletem resultados de pesquisas na área, este estudo teve como foco a análise somente desse material.

### **3.1.1 Seleção dos artigos conforme os objetivos da pesquisa**

Fizemos a seleção dos artigos considerando além dos descritores, aqueles que se referissem à temática do envelhecimento humano, cuja população alvo, no caso de estudos experimentais estivesse na faixa etária de 60 anos ou mais.

Foram excluídos 19 artigos que não preencheram o critério idade e outros 13 que versavam sobre assuntos diversos, que embora selecionados a partir dos descritores na base LILACS, à leitura de seus resumos, verificamos que não atendiam à temática deste estudo. Podemos citar como exemplos os artigos: “*Introdução de programa educativo em DST na comunidade da favela do Moinho de São Paulo-SP, Brasil*”, cujas idades da população estudada variaram de 20 a 54 anos; ou ainda no artigo “*Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação*”; cuja abordagem tinha como foco a amamentação.

Ao término da seleção dos 63 artigos, constatamos porém, que foram excluídos 32 deles, uma “perda” de material importante que mereceria uma análise para a compreensão dessa ocorrência, outrossim em outro momento, visto que foge ao objeto deste trabalho; onde se verificaria, desde os procedimentos de indexação até as diferentes possibilidades de busca e refino do material, nos bancos de dados.

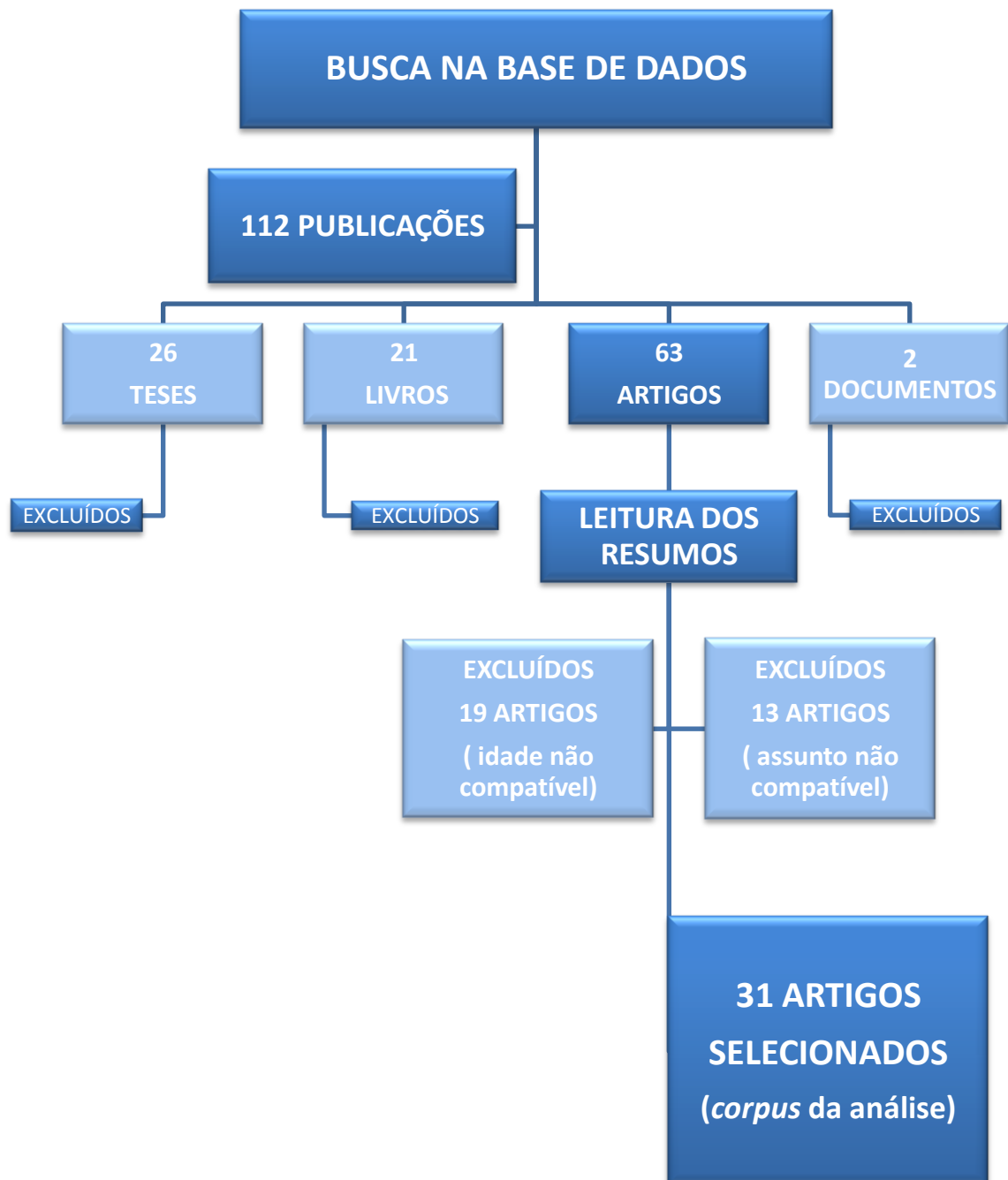
Chegamos por fim a um número de 31 artigos que corresponderam aos critérios pré estabelecidos e, portanto passaram a constituir o *corpus* da análise.

Para a realização da análise da literatura encontrada elaboramos uma tabela que organizasse os artigos por: título, autor, publicação, área do periódico, cidade e estado de publicação, ano de publicação, idioma de publicação, presença de descritores e palavra-chave nos artigos. Quanto ao autor: país e estado de origem. Além do levantamento desses dados, procedemos à identificação do tipo de metodologia apresentada pelo artigo, sua natureza (exploratória, descritiva ou explicativa) e também quanto ao seu delineamento, conforme o tipo de coleta de dados realizado (experimental, ou documental ou rev. bibliográfica)

Os artigos foram classificados conforme os dados acima e numerados de 1 a 31, cuja ordem foi seguida a partir de sua colocação na listagem obtida na base de dados LILACS.

A figura 4 ilustra de modo esquemático os procedimentos para a seleção do material deste trabalho.

Figura 4: Fluxograma dos procedimentos de seleção dos artigos do trabalho



### **3.2 Leitura e análise dos artigos de forma exploratória para definir o tema e o enfoque da pesquisa.**

Após leitura minuciosa, os artigos encontrados foram submetidos à uma marcação no texto, de unidades de registro que representassem as idéias centrais do conteúdo abordado.

Procedemos à transcrição das unidades de registro, que poderiam ser palavras ou frases.

Na fase seguinte baseamos nossa análise em uma síntese proposta por WESTPHAL (2008), onde se propõe uma classificação das três abordagens de Promoção da Saúde, os conceitos de saúde e os determinantes que os orientam, bem como os tipos de práticas dominantes em cada vertente: biomédica, comportamental e sócioambiental.(Tabela1)

Na etapa posterior, com base nessa tabela agrupamos as unidades de registro nas categorias temáticas com as quais se relacionavam: conceito de saúde, visão de Promoção da saúde e tipos de estratégias e / ou ações praticadas em cada uma delas.

Após isso, uma vez classificados os artigos segundo as dimensões de Promoção da Saúde a que se referiam (individual ou populacional), buscamos a partir das estratégias levantadas, a análise dos campos e princípios de promoção da saúde a que se relacionavam. Sendo classificados:

a) Quanto aos campos de atuação da Promoção da Saúde: Políticas públicas, Reforço da ação comunitária, Criação de Espaços Saudáveis, Desenvolvimento de habilidades e Reorientação de serviços. (Tabela 2)

b) Quanto aos princípios orientadores das iniciativas de Promoção da Saúde: Equidade, Intersetorialidade, Participação Social, Sustentabilidade e Ações promotoras de saúde. (Tabela3)

**Tabela 1: Classificação dos conceitos de Promoção da Saúde segundo abordagem/tipos de práticas**

<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>BIOMÉDICA</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>	<b>SÓCIO-AMBIENTAL</b>
<b>Conceito de saúde</b>	ausência de doenças e incapacidades	capacidades físico-funcionais, bem estar físico e mental dos indivíduos	estado positivo, bem estar bio-psico social realização de aspirações e atendimento de necessidades
<b>Determinantes de saúde</b>	condições biológicas e fisiológicas específicas das doenças	biológicas, comportamentais, estilos de vida saudáveis	condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
<b>Principais estratégias</b>	vacinas, análises clínicas, terapias, drogas, cirurgias	mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	empoderamento da população, coalização para advocacia e ação política, desenvolvimento de habilidades reorientação de serviços

Fonte: Westphal, 2008.

Tabela 2: Classificação dos Campos de ação da promoção da saúde

CAMPOS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	DEFINIÇÃO
<b>Elaboração e implementação de Políticas Públicas Saudáveis</b>	Podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade, a fim de minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde elas se localizam.
<b>Reforço da ação comunitária</b>	Envolve a participação social, de atores do Estado e da sociedade civil na elaboração e controle das ações com iniciativas e programas de Promoção da Saúde e deve ter como resultado o empoderamento da comunidade.
<b>Criação de Espaços Saudáveis</b>	Participação das pessoas da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência: escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e muitas vezes no município como um todo, buscando influenciar nas condições de vida e saúde.
<b>Desenvolvimento de Habilidades Pessoais</b>	Viabilizam-se mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à transformação do <i>status quo</i> sanitário.
<b>A reorientação dos serviços de saúde</b>	Esforço para a ampliação do acesso aos serviços e programas, para o incremento de atividades preventivas através da moderna abordagem da Promoção da Saúde e outras atividades relacionadas. Por meio da reflexão, da revisão e ampliação das estratégias de prevenção de doenças, através do empoderamento dos cidadãos que advogarão por ações pela equidade na distribuição de recursos, transformação das ações essencialmente preventivas, em ações também de Promoção da Saúde.

Fonte: Westphal, 2008.

Tabela 3: Classificação dos Princípios da promoção da saúde

<b>PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>Ações de Promoção da Saúde</b>	Sendo as ações de âmbito coletivo no cotidiano da população, extrapolando o campo específico da assistência médico-curativa.
<b>Intersetorialidade</b>	“Articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social”.
<b>Participação social</b>	Diversas formas de participação direta dos cidadãos, fortalecimento da ação comunitária e ao consequente empoderamento coletivo.
<b>Eqüidade</b>	Reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” e revertam as desigualdades sociais instaladas.
<b>Sustentabilidade</b>	Iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte.

Fonte: Westphal, 2008.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados discussão serão apresentados em 2 seções, uma referente aos periódicos e filiação dos autores e outra referente ao conteúdo dos artigos.

### 4.1. Os Periódicos e autores

Conforme se verifica na tabela 4, 23 periódicos publicaram artigos sobre a temática da promoção da saúde e envelhecimento. Para a análise, entretanto, devemos esclarecer, que como o periódico “Textos sobre envelhecimento” mudou seu título para “Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia” em 2006 e teve artigo publicado no período analisado, foi computado como um periódico. Neste mesmo quadro, são apresentados os periódicos segundo algumas características levantadas junto ao Portal de revistas científicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS <http://portal.revistas.bvs.br>).

Estes 23 periódicos são publicados, em sua maioria, na Região Sudeste do país (17), mormente no estado de São Paulo (12), seguida pela Região Sul (5) e a região Nordeste (1).

Quanto ao início de publicação, verificamos que dos 23 periódicos, 2 começaram a ser publicados na década de 60, sendo portanto os mais antigos: a Revista de Saúde Pública e a Revista Mineira de Enfermagem. Observamos também que nenhuma foi iniciada na década de 70 e que na década seguinte 6 dos periódicos foram iniciados a partir de 82. Quase a metade dos periódicos listados (11) começou a ser publicada na década de 90 e 6 a partir do ano de 2000.

É possível que o aumento significativo de publicações de periódicos da área das ciências da saúde a partir do final década de 80 e durante a

década seguinte nos anos 90, estejam refletindo não só um maior interesse dos pesquisadores em divulgar os conhecimentos na área, mas também uma influência positiva das políticas de fomento à pesquisa, instituídas a partir do SUS em 1990.

Quanto ao número de artigos publicados pelos periódicos brasileiros no período estudado, temos aqueles que publicaram 1(hum) artigo sobre promoção da saúde, idoso e/ou envelhecimento: Acta Paulista de enfermagem, Arquivo de ciências da Saúde, Arquivos em odontologia, Cadernos de Saúde Pública, Einstein, Fisioterapia em movimento, Interface: comunicação, saúde, educação; O mundo da saúde, Revista brasileira de cineantropometria & desempenho humano, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista de Ciências Médicas (Campinas), Revista de Nutrição, Revista Mineira de Enfermagem, Revista RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste, a revista Salusvita e a revista Semina: Ciências biológicas e da saúde.

Periódicos que publicaram 2 (dois) artigos foram: Revista Divulgação em Saúde para Debate, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Saúde Pública, Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia , revista Saúde e Sociedade e a revista Textos sobre Envelhecimento; sendo que apenas um deles a revista Texto & Contexto-enfermagem publicou 3 (três) artigos, totalizando assim a distribuição dos 31 artigos selecionados neste trabalho

Tabela 4 Periódicos na área de ciências da saúde que publicaram artigos sobre Promoção da saúde e envelhecimento e/ou idoso, 1994-2009

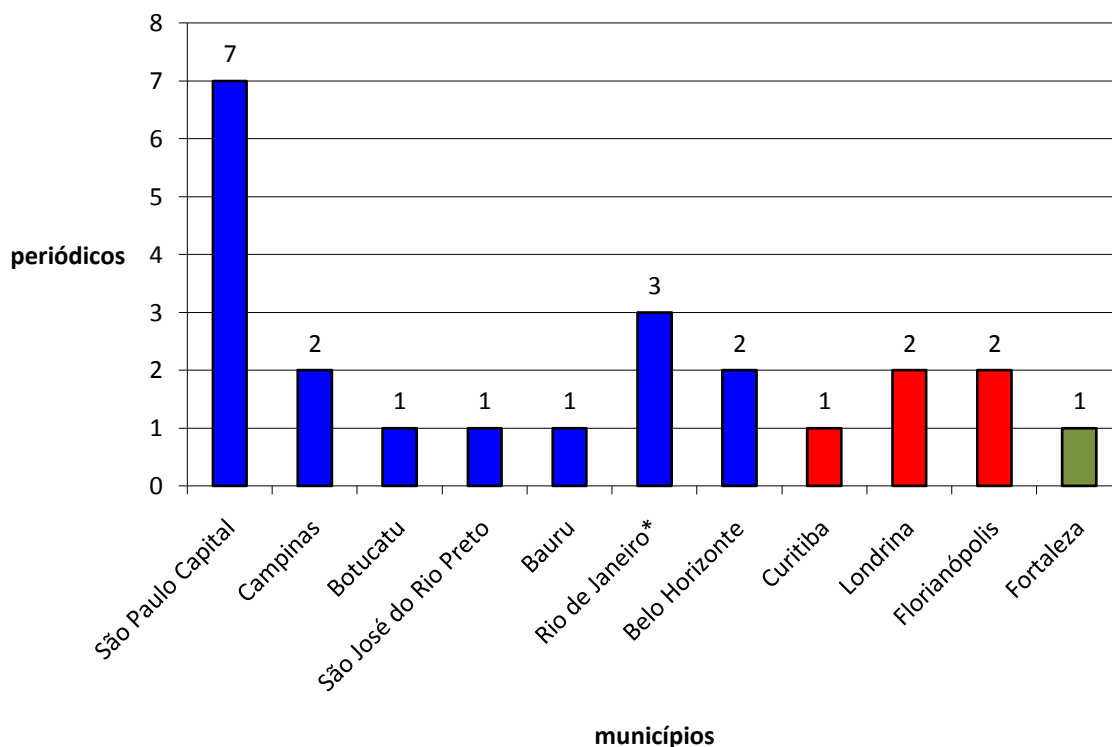
Título do Periódico	Ano	Cidade	Assunto	n bases em que é indexada	Formato eletrônico disponível desde
Acta Paulista de enfermagem	1988	São Paulo	Enfermagem	6	1988
Arquivo de ciências da Saúde	2004	São José do Rio Preto	Medicina	1	2006
Arquivos em odontologia	1997	Belo Horizonte	Odontologia	2	2004
Cadernos de Saúde Pública	1985	Rio de Janeiro	Saúde Pública	11	1985
Divulgação em saúde para debate	1989	Londrina	Saúde Pública	1	2007
Einstein	2003	São Paulo	Medicina	1	2003
Fisioterapia em movimento	1989	Curitiba	Reabilitação	1	2000
Interface: comunicação, saúde, educação	1997	Botucatu	Educação, saúde pública	2	1997
O mundo da saúde (1995)	1995	São Paulo	Saúde Pública, Medicina	1	não disponível
Rev Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2006	Rio de Janeiro	Geriatria, gerontologia	2	2006
Revista brasileira de cineantropometria & desempenho humano	1998	Florianópolis	Medicina Esportiva, Medicina Física, Educação Física	1	1999
Rev. da Associação Médica Brasileira**	1992	São Paulo	Medicina	5	1997
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1967	São Paulo	Enfermagem	7	1996
Revista de Ciências Médicas (Campinas)	1998	Campinas	Medicina	1	1999
Revista de Nutrição	1998	Campinas	Ciências da Nutrição	5	1999
Revista de Saúde Pública	1967	São Paulo	Saúde Pública	11	1967
Revista Mineira de Enfermagem	1997	Belo Horizonte	Enfermagem	1	1997
Revista RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste	2000	Fortaleza	Enfermagem	1	2009
Salusvita	1982	Bauru	Biologia	2	não disponível
Saúde e Sociedade	1992	São Paulo	Saúde Pública	2	1992
Semina: Ciências biológicas e da saúde	1987	Londrina	Biologia, Medicina	1	2001
Texto & contexto-enfermagem	1992	Florianópolis	Enfermagem	3	2004
Textos sobre envelhecimento*	1998	Rio de Janeiro	Envelhecimento, Gerontologia	2	não disponível

\* iniciada em 1954, mudou de nome em 1968 e em 1992

\*\* Este periódico foi encerrado em 2005 e continuou com o nome de Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia em 2006.

Fonte: Portal de revistas em ciências da Saúde <http://portal.revistas.bvs.br>

Figura 5: Distribuição dos periódicos que publicaram artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento no período de 1994 a 2009 segundo município em que foram publicados.



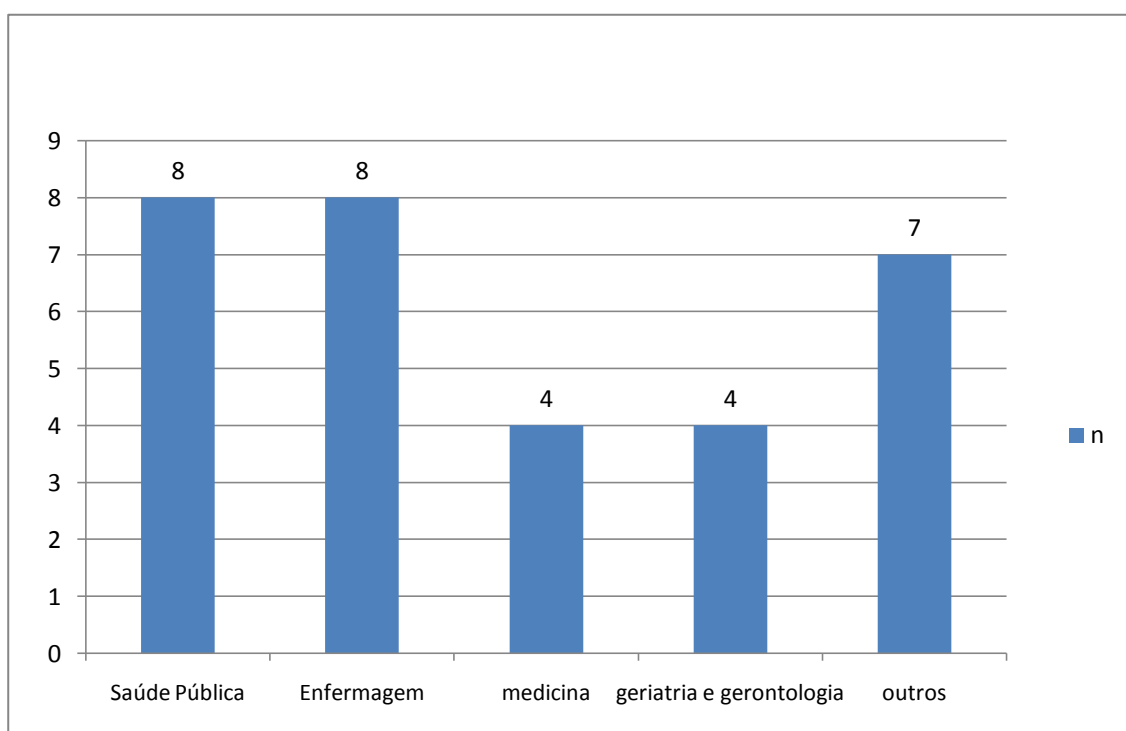
Quanto ao número de bases que cada periódico está indexado temos que 10 estão indexados apenas na base de dados LILACS, 6 estão em duas bases, 1 em 3 bases, 2 em 5 bases, 1 em 6 bases, 1 em 7 bases e 2 estão em 11 bases de dados. Os seis periódicos indexados em pelo menos 5 bases são publicados em municípios da região Sudeste do país. É interessante assinalar que destes, 2 são da área de saúde pública, ambos indexados em 11 bases, 2 de enfermagem (6 e 7 bases), 1 de medicina (5 bases) e outro de nutrição (5 bases). A figura 5 nos dá uma mostra dos periódicos segundo o município em que estão localizados., a cidade de São Paulo concentra a maioria das revistas com 7 publicações, Rio de Janeiro 3 Londrina e Florianópolis com 2 , Curitiba e Fortaleza com 1 periódico.

A maioria (21) está disponível eletronicamente, destacando-se a Revista de Saúde Pública que disponibiliza neste formato, artigos publicados desde sua origem, isto é, 1967, o mesmo ocorrendo com a Cadernos de Saúde Pública (1985) e a Acta Paulista de Enfermagem (1988). Dos dois

periódicos não disponíveis eletronicamente um mudou de nome em 2006, quando passou a ser disponibilizado nesse formato também.

Quanto aos assuntos abordados, segundo classificação do Portal de revistas em Ciências da Saúde, dos periódicos que publicam artigos sobre a temática da promoção da saúde do idoso, verifica-se a partir da figura 6 que estão inseridos principalmente na área da Saúde Pública e Enfermagem.

Figura 6: Distribuição dos artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento, publicados no período de 1994 e 2009, segundo assunto do periódico em que foram publicados.



Acreditamos que o maior número de artigos publicados em revistas cujo assunto é a saúde pública (8), pode ser creditado ao fato do envelhecimento ser um fenômeno relativamente recente em nosso país, demandando políticas públicas, programas e ações específicas de saúde pública dirigidas aos idosos e ao processo de envelhecimento da população em geral.

O destaque da enfermagem neste trabalho, como uma das áreas que mais publicaram artigos (8), sobre a promoção da saúde do idoso, pode ter como uma das motivações sua própria essência, enquanto campo de atuação, centrado no cuidado, nas orientações e na promoção da saúde em todo ciclo vital, justificando seu interesse inclusive na faixa etária mais longa.

Além disso, quase um terço dos artigos foi publicado em periódicos de outras áreas profissionais, disciplinares ou especialidades, que classificamos como “outros”, cada uma com um artigo. Isto pode ser justificado pelo fato de que o envelhecimento é um fenômeno multifacetado e interdisciplinar (NERI e DEBERT, 1999).

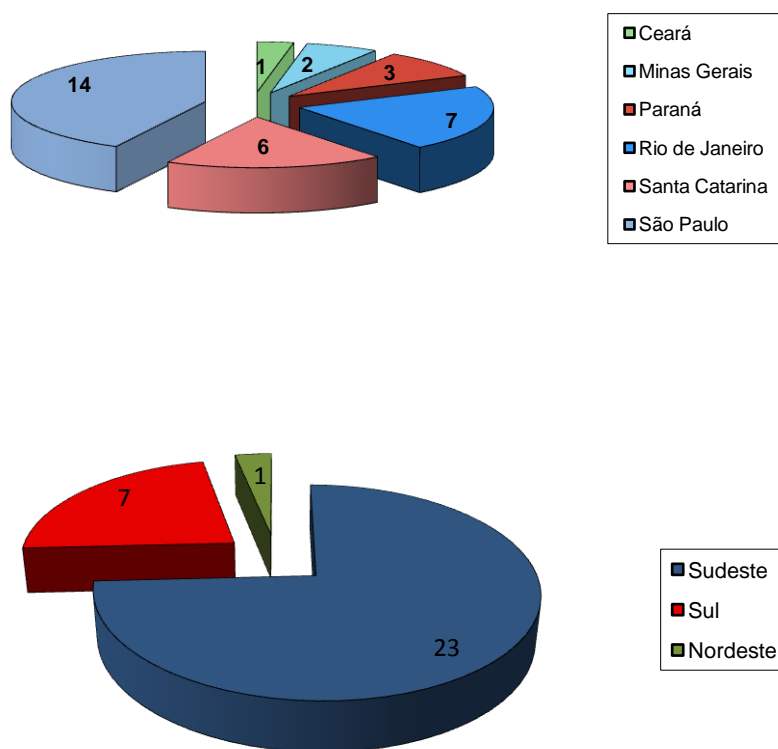
PRADO (2003) ao estudar as pesquisas sobre envelhecimento humano no Brasil, a partir dos grupos e linhas de pesquisa com base nos registros do Diretório dos grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nos apresenta um cenário em que o interesse pela temática do envelhecimento aparece, não só de maneira predominante na área das ciências da saúde, mas também em outras áreas como as ciências humanas e sociais; corroborando os achados deste trabalho quanto à diversidade de áreas se ocupando dessa temática e reafirma o envelhecimento humano como objeto de estudo de pesquisadores de diferentes campos de conhecimento.

A partir da figura 7, observamos os estados e regiões onde os artigos foram publicados. Verificamos uma distribuição que se concentra prioritariamente nas regiões Sudeste (23 artigos) e Sul do país (7 artigos), havendo apenas 1(hum) registro de artigo publicado em periódico da região Nordeste e não havendo registros para as regiões centro-oeste e norte.

É interessante notar que a região Sudeste, particularmente os estados de São Paulo e Rio de Janeiro têm maior número de periódicos; este é um dado encontrado também em literatura, segundo GUIMARÃES(2006), a distribuição geográfica de pesquisa em geral assim como a pesquisa em saúde, apresentam um padrão semelhante de

concentração na região Sudeste, com 63% dos grupos, 17% na região Sul, 13% na região Nordeste, 5% na região Centro-Oeste e 2 % na região Norte.

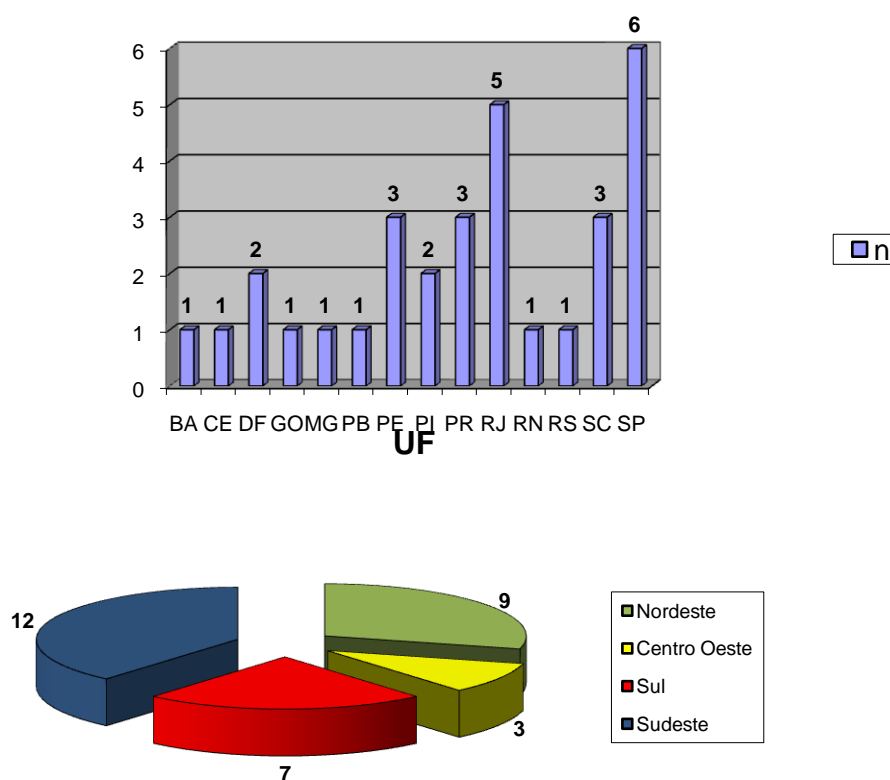
Figura7: Distribuição dos artigos publicados segundo estados e regiões em que o periódico é publicado, 1994-2009



As figuras 8 e 9 nos mostram, a distribuição dos periódicos quanto aos estados (UF) de origem do primeiro autor, que neste estudo foi considerado o principal autor; as mesmas mostram sua distribuição segundo as regiões do país, cujo perfil apresenta certa similaridade com a distribuição das regiões de origem dos periódicos, visto anteriormente.

Observamos uma concentração de autores nas regiões Sudeste e Sul com 12 e 7 artigos, respectivamente; porem vale assinalar que há um numero significativo de autores do Nordeste publicando artigos (9); isto pode ser um indicador positivo de um movimento de crescimento desses grupos de pesquisa no campo do envelhecimento naquela região, dado que a região Nordeste concentra quase 29% dos idosos do país. (TELLES, 2003).

Figura 8: Distribuição dos artigos sobre promoção da saúde e envelhecimento segundo estado e região geográfica de origem do primeiro autor\*



\*Considerado como autor principal

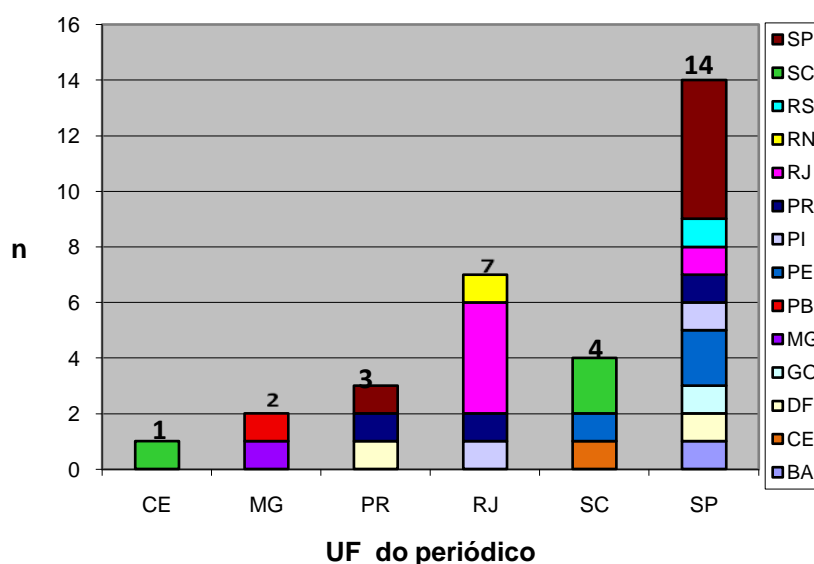
A figura 9 nos mostra que periódicos de São Paulo publicaram artigos de 9 autores de outros estados(UF), além de 5 de seu próprio estado, o cruzamento feito entre os estados de origem dos autores e dos periódicos onde são publicados os seus artigos, nos permite visualizarmos esta relação.

Podemos buscar na história os indicadores que nos expliquem de alguma forma esse predomínio geográfico (nas regiões Sul e Sudeste).

É sabido que os primeiros grupos de pesquisa voltados para a saúde do idoso datam da década de 1970. Na década de 80, houve um aumento três vezes maior desses grupos, sendo que se destacaram como específicos da área: o grupo da área da enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), outro da enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto e o grupo da área de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (CACHIONI,1999; PRADO,2003).

A partir de então essas instituições cada qual em sua região, encabeçaram e pelo visto cultivam até hoje a tradição científica no estudo do envelhecimento humano.

Figura 9: Distribuição dos artigos segundo UF do periódico e UF de origem do primeiro autor\*.

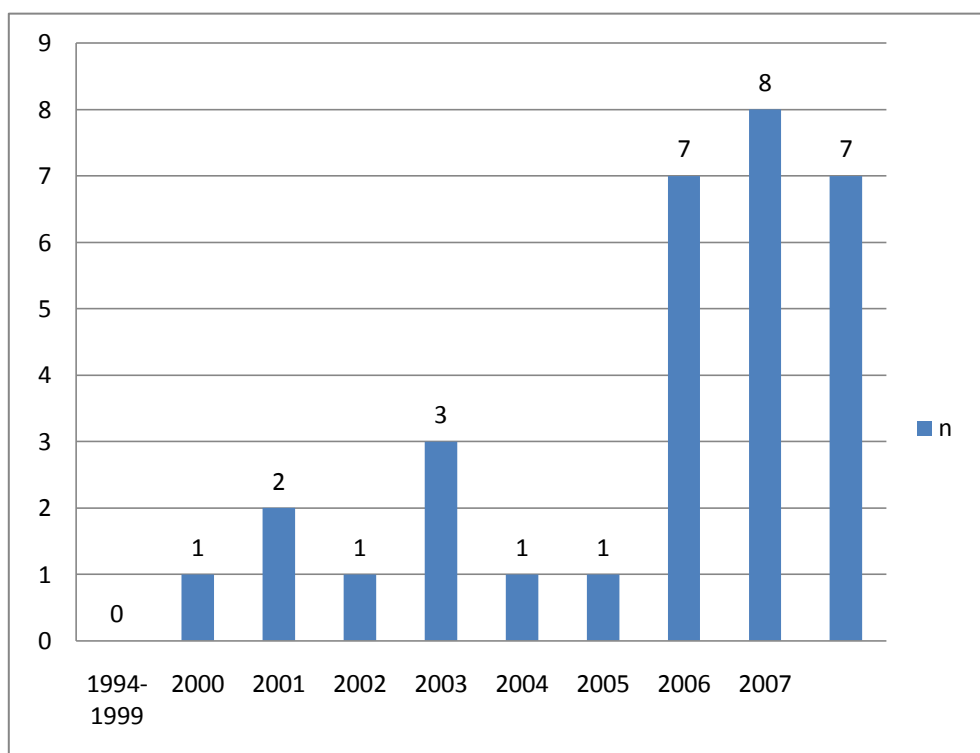


Verificamos a partir da figura 10 a distribuição dos artigos publicados segundo o ano de sua publicação, onde nitidamente se destacam os três anos mais recentes do período pesquisado a partir de 2006, como sendo os

mais profícuos em termos de produção científica da temática do envelhecimento relacionada à Promoção da Saúde.

Novamente relacionamos os momentos históricos vivenciados pela sociedade e principalmente a comunidade científica, quanto aos aspectos referentes ao conceito de velhice, de saúde e da própria promoção da saúde.

Figura.10: Artigos sobre Promoção da saúde e envelhecimento e/ou idoso segundo ano de publicação. Brasil,1994-2009.



Segundo Groisman (1999) apud PRADO (2003), seria possível identificar três momentos históricos de destaque para a construção de uma história da velhice no Brasil, a saber: a virada do século XIX para o século XX, quando o envelhecimento teria contornos diferenciados a partir das aposentadorias, onde a velhice teria uma conotação específica de uma fase da vida; as décadas de 1960-70, com o surgimento das sociedades científicas da área e conseqüentes avanços nas instituições e então na década de 1990 o envelhecimento toma proporções e peso até então jamais

registradas, principalmente no contexto de veiculação através dos meios de comunicação.

A promoção da saúde por sua vez, acompanha essa evolução histórica na sociedade, cujo paradigma biomédico passa a sofrer questionamentos enquanto concepção de saúde subjacente à mesma, influenciando os estudiosos da medicina social e coletiva, disseminando-se entre os profissionais da saúde e, por conseguinte refletindo suas posições e possíveis transformações conceituais. A institucionalização da promoção da saúde no Brasil se dá após a Constituição Federal de 1988, ganhando impulso após a I Conferência Internacional da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986.

A ausência de publicações no período de 1994 a 1999 parece estar relacionada com um período de carência que começa a ser suprido, pelas transformações e mudanças que ocorreram, principalmente a partir de 1994, com a promulgação da Política Nacional do Idoso, com a Lei 8.843, que dentre sua premissas, dá competência ao Ministério de Previdência e Assistência Social para organizar e promover a capacitação de profissionais interessados em atender essa parcela da população.

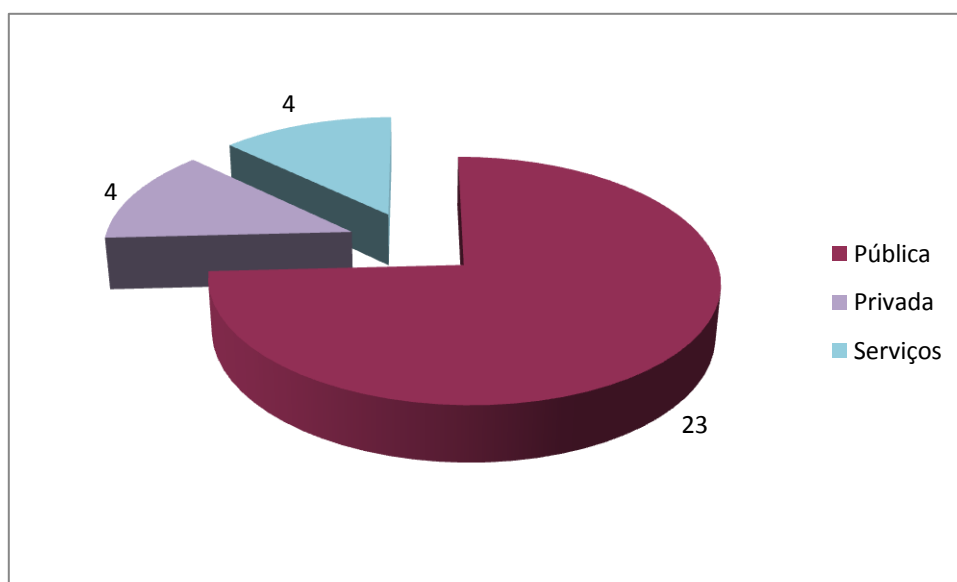
Há um movimento de “necessidade-resposta”, cuja responsabilidade do setor de ensino principalmente na área da gerontologia é inegável. Conferindo à Promoção da Saúde do Idoso maior visibilidade desde então.

A significativa inter-relação do campo da promoção da saúde e o envelhecimento evidenciam-se por meio do interesse cada vez maior demonstrado pelos diferentes pesquisadores no crescente número de publicações científicas, provocando as necessárias reflexões que contextualizam a saúde do idoso nos tempos atuais.

Quanto ao idioma de publicação, o português é a língua prioritariamente utilizada nos artigos pesquisados; encontramos apenas dois artigos em inglês e nenhum em espanhol. Sabe-se, contudo, que embora a base de dados consultada (LILACS) tenha uma cobertura na literatura Latino-Americana e Caribe, grande parte da literatura indexada é brasileira. (GUIMARÃES, 2006)

Observamos a partir da figura 11, que os autores dos artigos analisados são em sua maioria de instituições de ensino, correspondendo a 83% da autoria dos artigos publicados, com preponderância daqueles vinculados a instituições de ensino público (23), Quatro artigos tiveram como autores, profissionais vinculados a serviços, mostrando que a academia é ainda a grande responsável pela divulgação científica.

Figura 11: Natureza da instituição de filiação do primeiro autor dos artigos analisados



FREITAS et al.(2002) relata em seu estudo sobre as perspectivas das pesquisas em geriatria e gerontologia no Brasil que a demanda por capacitação em recursos humanos para a assistência a população idosa, tem aumentado tanto no âmbito profissional como domiciliar e que para tanto, as instituições de ensino superior seriam, conforme sua vocação primeira, de produção e divulgação de conhecimento, sendo portanto referência como centro formador de opiniões e também de profissionais. Diz ainda que essa temática também é implementada nos cursos de graduação e pós-graduação que, além de utilizarem pesquisas, investem na

subjetividade dos idosos, em atividades nas universidades de terceira idade, tendo em vista o processo de envelhecer e a velhice.

PRADO e SAYD (2004) também reforçam a idéia de que a produção científica relacionada ao envelhecimento em nível da pós-graduação stricto sensu vem crescendo de forma acentuada, particularmente a partir da década de 1990 concentrando-se nas Regiões Sudeste e Sul, com destaque para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Vale lembrar porém, que em nosso estudo o estado de Santa Catarina, obteve as maiores taxas de representatividade enquanto publicações na região sul.

Quanto à indexação temática por descritores, verificamos que nem sempre se apresenta compatível com as palavras-chave listadas pelos autores em seus artigos. Vale ressaltar que a primeira (indexação temática) é da competência do indexador, que mediante seus critérios de análise, confere os possíveis descritores ao artigo. Essa divergência ficou evidente quando chegamos aos seguintes dados: 26 artigos apresentaram coincidência de pelo menos 1(hum) descritor e 1(uma) palavra-chave; em 4 artigos não houve coincidência e em 1 (hum) artigo não foram apresentadas palavras-chave.

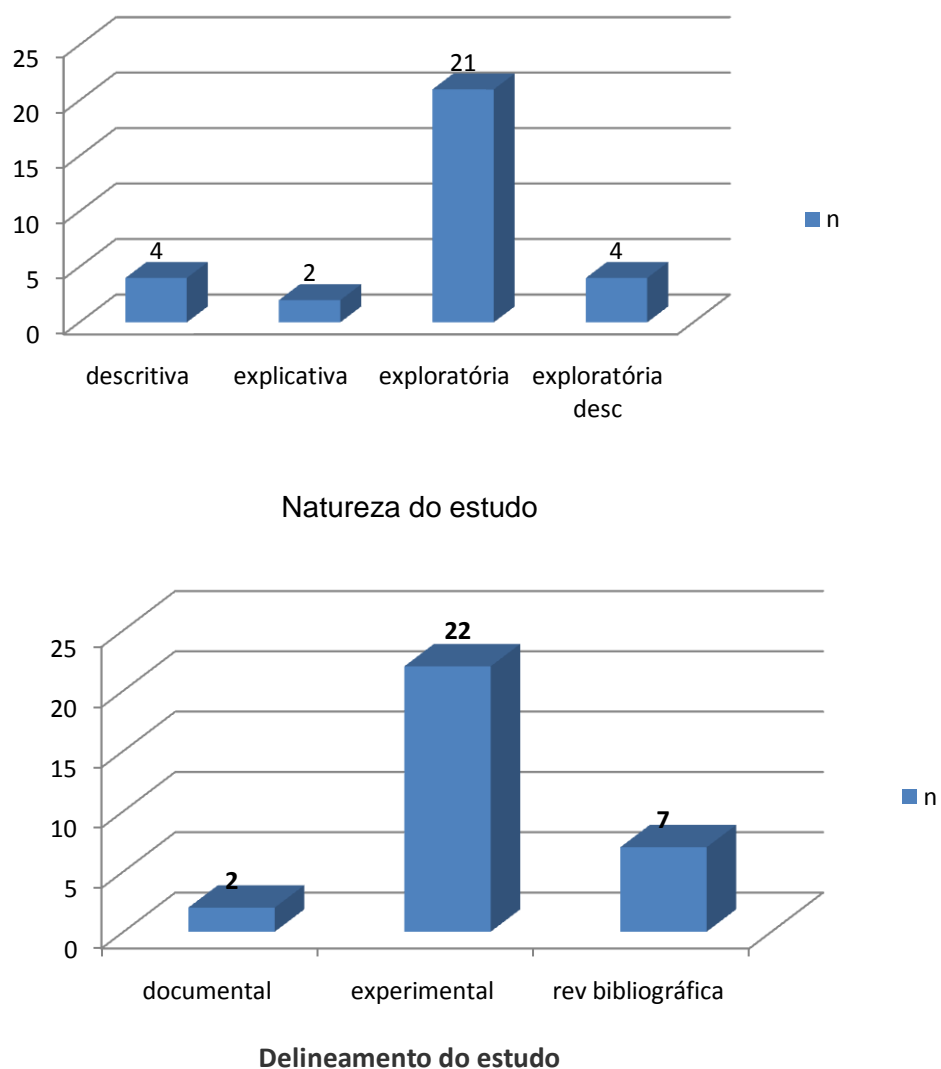
## **4.2 Análise dos artigos levantados:**

Quanto a natureza e delineamento de pesquisa apresentados nos artigos publicados, verificou-se que sua maioria é de natureza exploratória (21), seguida pelos de natureza descritiva (4), exploratório-descritivas (4) e explicativa (2). Quanto ao tipo de delineamento da pesquisa há predomínio dos estudos experimentais, com 22 artigos, seguidos pelos estudos de revisão bibliográfica 7 artigos e 2 artigos documentais. (Figura 12).

Diante dessas ocorrências, podemos assinalar que em sua maioria se relacionam a estudos do tipo qualitativo que segundo LOPES e FRACOLLI (2008), têm como um de seus fundamentos a busca da compreensão dos múltiplos significados que os indivíduos atribuem às suas concepções de

“estar no mundo”, relacionando-as aos múltiplos fatores que compõem o universo do processo saúde-doença. A saber, pela diversidade de áreas dos quais são provenientes os artigos que ora analisamos, acreditamos que o olhar multidisciplinar, numa perspectiva sócio-cultural além do estritamente biológico, possa ser uma possibilidade de explicação para esses achados.

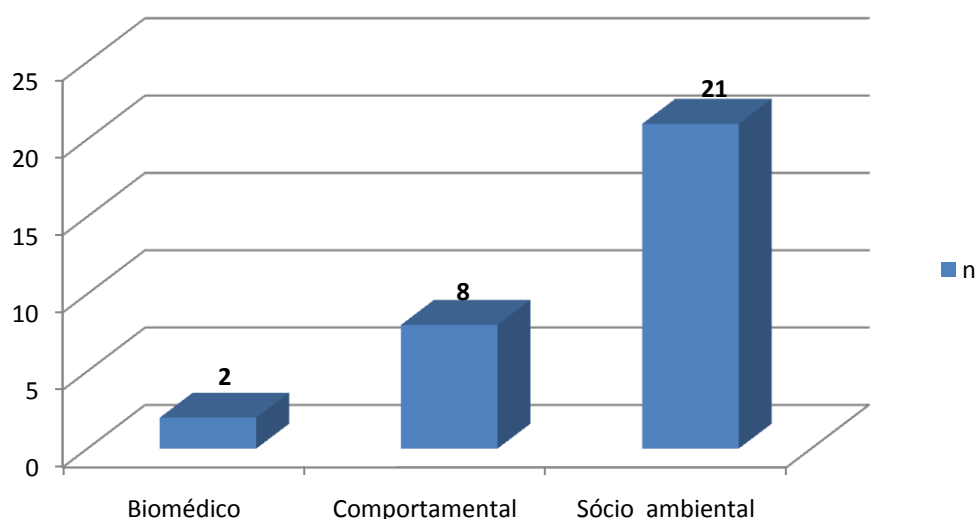
Figura 12: Distribuição dos artigos segundo a natureza e delineamento do estudo



A concepção de Promoção da Saúde com enfoque sócio-ambiental, foi abordada na maioria dos artigos (21), o enfoque comportamental foi utilizado em 8 artigos e biomédico em 2 artigos.( figura13)

Autores como HEIDEMANN et al (2006) chamam a atenção para o fato da maioria dos profissionais desconhecer o verdadeiro significado da promoção da saúde; gerando contradições entre os conceitos de promoção e prevenção. Predominando o enfoque comportamental de mudanças de estilo de vida, sendo a saúde ainda compreendida como ausência de doença.

Figura13: Distribuição dos artigos segundo concepção de Promoção da Saúde



Há tendência de mudança no cenário em questão, começando pelas academias, mudanças estas refletidas em suas produções científicas.

A partir da idéia de “tendência”, ao visualizarmos as ocorrências da Tabela 5, quanto à dimensão da abordagem de promoção da saúde do idoso há um predomínio da dimensão no âmbito individual com 67,7% (21). A menor ocorrência, a do tipo populacional com 12,9% (4) poderia nos indicar como ponto de reflexão, que talvez pela recente inserção do tema, os estudos estariam preferencialmente no campo das práticas e aplicações dos pressupostos da “Nova Promoção da Saúde”. “Tendendo” a caminhar do micro para o macro, partindo dos estudos de iniciativas voltadas para o plano individual para os estudos populacionais. Os demais 19% (6) dos artigos não abordavam em sua temática as referidas dimensões.

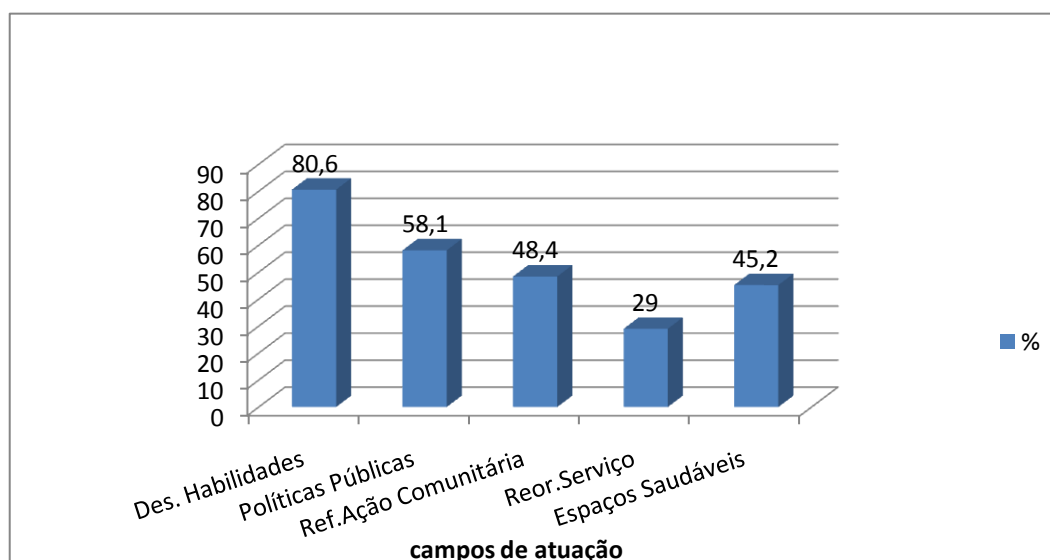
TABELA 5: Distribuição das ocorrências nos artigos quanto à dimensão da abordagem em Promoção da Saúde.

Dimensão da PS	n	%
Individual	21	67,7
Populacional	4	12,9
Outros	6	19,3
Total	31	100

A partir da figura 14 verificamos que os artigos apresentam a promoção da saúde do idoso de forma disseminada nos vários campos onde se operacionalizam as iniciativas e estratégias afeitas a esta temática.

A abordagem no campo do Desenvolvimento de Habilidades aparece em 80,6% (25) dos artigos, seguidos pelos campos das Políticas Públicas com 58,1% (18), Reforço da Ação Comunitária 48,4% (15), Criação de Espaços Saudáveis 45,2% (14) e Reorientação de Serviços 29% (9).

Figura 14: - Distribuição percentual quanto aos campos da promoção da saúde dos artigos com enfoque conceitual sócio-ambiental.



Vale ressaltar que, se por um lado o conjunto dessas ocorrências nos vários campos pode ser indicador de uma visão mais ampliada do conceito de saúde; por outro lado, o predomínio de artigos que versavam sobre o campo do desenvolvimento de habilidades, somados à ênfase em iniciativas na dimensão individual; pode indicar que de alguma forma, as iniciativas e entenda-se, portanto os profissionais tenderiam a se concentrar preferencialmente nos aspectos educativos da promoção da saúde, mais voltados aos componentes relacionados aos controles dos próprios indivíduos.

Verificamos que dentre os artigos classificados como de abordagem socioambiental, em 4 destes as estratégias utilizadas consistiam em mudanças de comportamento ou de estilos de vida. O que denota o quanto o processo de transferência da teoria para o campo das práticas, não é tão simples quanto se deseja. Temos aqui um ponto de inflexão a ser considerado com atenção.

Os achados deste estudo ao mostrarem que a maioria dos artigos analisados se apresenta sob um enfoque conceitual de Promoção da Saúde de natureza socioambiental, com predomínio do campo de desenvolvimento de habilidades; enseja um otimismo e ao mesmo tempo um alerta para que se exerça uma vigilância constante na busca de um embasamento teórico consistente, pois só assim poder-se-á subsidiar ações e iniciativas coerentes com seus reais princípios.

CARVALHO (2004) refere que: *“é preciso que se abram os horizontes, não se pode perder de vista o cidadão de direito, e do direito a ter direitos; para tanto se reivindica dentro da noção de desenvolvimento de habilidades, sua expressão máxima no significado de “empowerment”, que trabalha com a significação de noção de poder enquanto recurso material e recurso não material, que se distribuído de maneira desigual gera conflitos, entre diferentes grupos de interesse, com diferentes níveis de poder, onde não raro quem o tem, resiste à sua redistribuição”*.

Tais desníveis podem acontecer dentro e fora do setor saúde, entre especialistas e não especialistas, médicos e pacientes, países pobres e países ricos, homens e mulheres e tantos outros mais. Portanto, cuidar que o campo do desenvolvimento de habilidades seja terreno seguro para a modificação do *status quo* sanitário, que se eduque para um debate com vistas à transformação, onde a essência seja a liberdade de escolha, distanciando-se do “poder sobre o outro” para um “poder *com* o outro”, objetivando a emancipação humana.

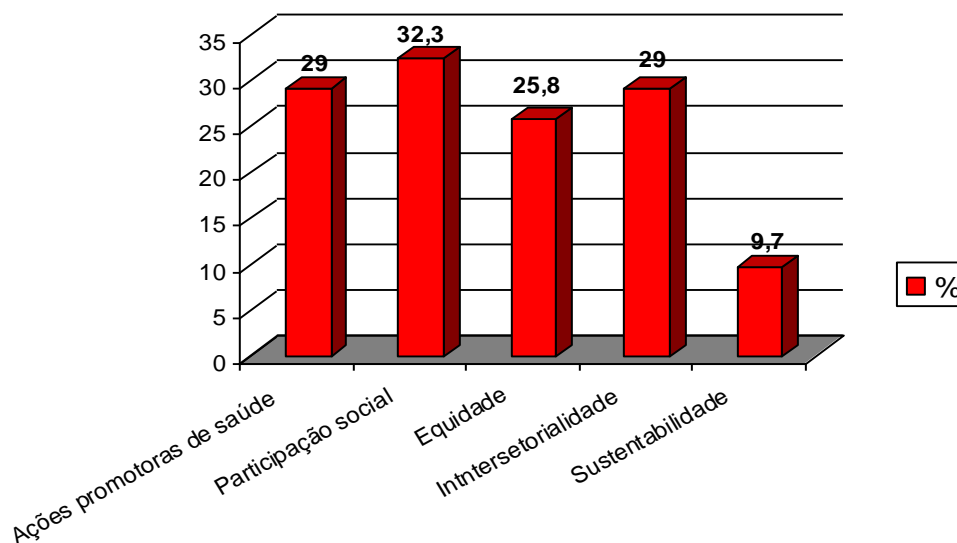
CARVALHO (2004) faz também outro alerta para que as iniciativas em promoção da saúde não caiam em discurso vazio; mas sim que garantam o “*empowerment comunitário*”, que em essência fala da possibilidade de indivíduos e coletivos virem a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também pensamento reflexivo e ação política.

A seguir, a figura 15 mostra que os artigos em sua maioria se relacionam em maior ou menor grau, com os princípios da promoção da saúde preconizados na carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual.

A participação social foi referida de maneira acentuada em 32,3% (10), seguida da chamada intersectorialidade 29,0% (9), pela equidade 25,8% (8) e as ações promotoras de saúde 29,0% (9)

A sustentabilidade esteve presente no conjunto de valores e, portanto não menos importante, porém foi menos referenciada com ocorrência de 9,7% (3). Podemos tentar uma aproximação reflexiva a partir do que nos fala WESTPHAL, (2008), que esse campo por se referir à continuidade dos impactos (desejáveis) das iniciativas da área da Promoção da Saúde, requerem um investimento e acompanhamento a médio e longo prazo. É possível que as iniciativas abordadas nos artigos não se debruçaram mais longamente sob este prisma pela própria história recente da temática, nos estudos da área do envelhecimento, como vimos pontuando ao longo deste trabalho.

Figura 15: Distribuição das ocorrências quanto aos princípios da promoção da saúde dos artigos com enfoque conceitual sócio-ambiental.



Ao relacionarmos os assuntos dos periódicos e os campos da promoção da saúde na tabela 4 verificamos que todos os 8 artigos publicados em periódicos da área de enfermagem abordavam o desenvolvimento de habilidades, seguidos pelo reforço da ação comunitária (6). Já dos 8 da área de Saúde Pública, 7 abordaram desenvolvimento de habilidades.

Dentre os 4 artigos da área da medicina, apenas 1 mencionou todos os campos; que foi justamente o artigo da UNATI(Universidade Aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro), entidade que tradicionalmente desenvolve iniciativas baseadas nos princípios da “Nova Promoção da Saúde”, outros 2 artigos não fizeram menção aos campos e as revistas que os publicaram foram Einstein e Rev. Da Associação Médica Brasileira, observa-se que há uma coerência inclusive quanto à visão de promoção da saúde abordada, pois foram classificados respectivamente sendo de concepção biomédica e comportamental.(Tabela 6)

Todos os 4 artigos publicados em periódicos da área de Geriatria e Gerontologia abordaram o desenvolvimento de habilidades, políticas públicas e espaços saudáveis, que pode ser indicativo do caráter mais ampliado ao olhar a Promoção da Saúde do idoso.

TABELA 6: Distribuição dos artigos segundo campos da Promoção da Saúde abordados e assunto do periódico

Campos	Desenvol habilidades	Política publica	Ref ação comunitária	Reorientação de Serviços	Espaços saudáveis	Total de artigos
Assunto	n	n	n	n	n	n
Enfermagem	8	3	6	1	3	8
Saúde Pública	7	5	5	3	4	8
Medicina	2	2	1	1	1	4
Geriatria e geronto	4	4	2	3	4	4
Outros	5	5	2	2	3	7
	26	19	16	10	15	31

Mais um aspecto a considerar neste trabalho, é a carência de artigos publicados sobre avaliação de programas em Promoção da Saúde; dentre os 31 artigos analisados, apenas 1(hum) versava sobre o tema. Tal carência, necessita ser suprida na medida que se reafirma a importância de se reunir esforços transdisciplinares e intersetoriais, que se permita um efetivo trânsito entre diferentes áreas e grupos de produção científica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos a partir deste estudo nos permitiram realizar um levantamento panorâmico do “estado da arte” em relação aos artigos publicados em periódicos brasileiros sobre a promoção da saúde do idoso. Panorâmico, pois quiséramos dar a idéia de visão do conjunto, onde os múltiplos olhares de diferentes áreas convergem, tendo como foco a temática da promoção da saúde e o envelhecimento humano.

Através deste estudo de revisão da literatura brasileira, a produção bibliográfica sobre promoção da saúde do idoso se expressou, para o período de 1994 a 2009 por meio de 21 livros, 26 teses e 63 artigos.

O trabalho realizado mostrou uma ausência de artigos que abordassem a temática, no período de 1994 a 1999, sendo que a partir de 2000 até 2005 houve a publicação de 1 a 3 artigos por ano sobre o assunto, mas é a partir de 2006 que se verificou um maior número de publicações.

As indagações iniciais: *quem publica? onde publica? quais seriam as concepções de promoção da saúde refletidas nas publicações?*,

Permearam nosso pensamento durante todo o percurso, indagações que ora se transformavam em provocações, ora desafios e muitas vezes descaminhos que pareciam à primeira vista “dar em quase nada”. O *nada* passou a se tornar tudo, não em respostas, mas em idéias reflexivas, que então passaram lançar luz na descoberta de um campo que se revelou altamente fértil, complexo e vasto.

A opção então, talvez a mais prudente, foi de encaminharmos o nosso pensar construindo-o passo a passo, como um quebra-cabeça que aos poucos fora se delineando e que ao final, quando concluído mostrou-se multidimensional.

Considerando que objetivávamos traçar um panorama das publicações científicas brasileiras sobre o tema da promoção da saúde do idoso; vimos que a própria trajetória histórica das transformações que vem se operando na sociedade, quanto à compreensão do processo saúde-doença, se refletem nos artigos publicados a respeito da promoção da saúde do idoso.

As produções indicam que os pesquisadores estão escrevendo mais, talvez impulsionados inclusive pelas políticas públicas, como as próprias políticas Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional do Idoso que, em essência são inclusivas. Superando as dificuldades que por certo existem, exigindo esforços cremos individuais e de grupos de trabalho. Nota-se, evidente concentração desses artigos nas regiões Sul e Sudeste, que mantêm o perfil e talvez a tradição dos pólos iniciais de geração do conhecimento na geriatria e gerontologia, principalmente as faculdades e cursos de pós-graduação na área da saúde. Por outro lado, outras possibilidades como: acesso, fomento à pesquisa e até motivações poderiam ser discutidos, no que tange às publicações científicas.

Os artigos são publicados preferencialmente no idioma português, o que nos leva a outra importante questão: *estariam os pesquisadores brasileiros interessados em divulgar seus trabalhos somente no âmbito nacional?* Divulgar as produções científicas também em outros idiomas não tornaria mais fácil o acesso a um maior número de leitores, na América Latina e no Caribe?

Quanto à opção pela temática da Promoção da Saúde como referencial para este trabalho, partiu de nossa própria crença em seu valor: favorecer o desenvolvimento da saúde no seu sentido mais amplo, o desenvolvimento de indivíduos e coletividades, a melhoria da qualidade de vida, em todas as suas dimensões.

O percurso de construção deste trabalho nos confrontou a todo momento com a complexidade do campo da Promoção da Saúde, que ganha diferentes conotações e que se refletem sobre estratégias, programas

e ações. No que se refere à Promoção da Saúde, encontramos as bases que reafirmam as questões relacionadas aos princípios democráticos que fundamentam a própria Saúde Pública, bem como seu objetivo de garantir os direitos de qualquer cidadão ao acesso e oportunidades para um viver melhor.

Os achados da revisão de literatura empreendida por este estudo, ao mostrarem um predomínio da visão da Promoção da Saúde, de natureza socioambiental, no campo do desenvolvimento de habilidades; ao mesmo tempo em que nos entusiasma; nos alerta para a necessidade de desenvolvimento de pesquisas com enfoques mais coletivos, de desenvolvimento de políticas públicas, e também do reforço da ação comunitária.

Fazendo a interface com a promoção da saúde do idoso, destacamos a importância das pesquisas sobre o envelhecimento, em especial no Brasil, pois trazem os argumentos para manutenção dessa temática no cenário da discussão sobre o tema.

Consideramos que conhecer o “estado da Arte”, promove mais do que um estado contemplativo, e sim a ampliação do “olhar crítico”, para além das tendências, mostra também as lacunas na produção e as necessidades de aprofundamento de estudos, pois só assim será possível avançar, como diz CAMPOS et al (2004) que possamos caminhar em direção de propostas em Promoção da Saúde “...*que sejam transversais, que operem articulando e integrando as várias técnicas especializadas,...como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.*”

Novos campos de pesquisa são necessários, quer sejam do setor saúde ou de outros, iniciativas que recrutem e incentivem novos grupos de pesquisadores para que possam consolidar o escopo de conhecimentos que dêem conta das questões demandadas pelo envelhecimento da população brasileira. Destacamos como fato altamente positivo a geração de pesquisas

advindas de autores das regiões Nordeste e Centro-Oeste do país, que sinaliza a nosso ver, um desejável alargamento dos limites geográficos na geração de pesquisa.

O estudo confirma a gama de diferentes áreas que hoje voltam seus interesses para a temática da promoção da saúde e do envelhecimento humano, por sabê-la interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial. Acreditamos para tanto, na Nova Promoção da Saúde, como uma referência dos estudos relacionados e interligando os diferentes setores da sociedade.

Por outro lado, constatamos que se faz necessário um exercício constante para não cairmos no dilema “promocionista”<sup>1</sup> como adverte CAMPOS (2006), cuidarmos para que não seja uma aplicação acrítica e automática de um referencial importado do primeiro mundo; nos alerta da importância dos espaços para análise e reflexão do cotidiano, nos quais as equipes e trabalhadores da saúde “*processem sua demandas e discutam suas ofertas à comunidade*”,

As pesquisas e estudos científicos, sem dúvida fazem parte do rol dessas ofertas que ao mesmo tempo são meio e fim.

Esperamos assim, que a tendência de crescimento verificada nos últimos anos se mantenha, e que haja uma ampliação das evidências com novas dimensões, aliando os saberes técnicos às suas práticas; subsidiando o desenvolvimento de ações, programas e políticas públicas voltadas, não só aos idosos, mas às pessoas de todas as idades.

---

<sup>1</sup> Segundo Santos (2006) compreendido como desafios e tensões na promoção da saúde. (saúde x doença; individual x coletivo....)

## 6 REFERÊNCIAS

ABRASCO. Pró-GT de Promoção da Saúde e Dis. Fórum Social Mundial. Delineando um marco conceitual para a promoção da Saúde e Qualidade de vida [texto na Internet]. Porto Alegre: ABRASCO; 2003 [acesso 2010 Junho 10]. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>.

Akerman M, Bogus CM, Mendes R. É possível avaliar um imperativo ético? Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):605-15.

Andrade LOM, Barreto ICHC. Promoção da saúde e cidades / municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Assis M (Org.). Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: CRDE UNATI UERJ; 2002. [Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos]. [acesso 2010 Jun 10]. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao\\_da\\_saude.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao_da_saude.pdf).

Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório no núcleo de atenção ao idoso da UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ; 2004.

Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Rev APS. 2005; 8(1):15-24.

Ayres JR. Normas e horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3); 583-592.

Bottino CMC. Diagnóstico precoce da doença de Alzheimer: contribuição da neuroimagem estrutural. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2003; 30(3).

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-177.

Buss PM. Saúde sociedade e qualidade de vida [texto na Internet]. Rio de Janeiro: Invivo-Museu da Vida-COC Fiocruz; 2003. [acesso 2008 set 16].

Disponível em:

<<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilna.exe/sys/start.htm?sid=8&infoid=34>>.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1998-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2305-16.

Brasil. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde

suplementar: manual técnico [monografia na Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007 [acesso 2010 Junho 15]. Disponível em:

[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/promocao\\_saude\\_prevencao\\_riscos\\_doencas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: anexo 1 [monografia na Internet]. Brasília:

Ministério da Saúde; 2006. [Série B. Textos Básicos de Saúde]. [acesso 2010 Junho 15]. Disponível em:  
<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPomocaoSaude.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa [texto na Internet]. 2006 [Acesso 2010 Junho 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata; 1978, Carta de Ottawa, declaração de Sundsvall. Brasília; 2001. p.2.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Caminhos do direito à saúde no Brasil. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007. p.24 [Série B. Textos Básicos de Saúde].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde [monografia na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2010 Junho 15]. Disponível em:  
[http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/cartas\\_promocao.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/cartas_promocao.pdf).

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília, 1996.

Cachioni M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: Neri AL, Debert GG (Orgs.). Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus; 1999.

Camarano AA (Org.). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Instituto de pesquisas econômicas e aplicadas (IPEA): Rio de Janeiro; 2002.

Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):745-749.

Campos RO. A promoção à saúde e a clínica, o dilema “promocionista”. In: Castro AG, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS; 2006. p.62-74.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):669-78.

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Guia de Seleção de Documentos para a Base de Dados LILACS. BIREME / OPAS / OMS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS. Agosto; 2008.

Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo HV, Cerqueira MT. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Puerto Rico: OPS/UIPES; 1997. p.7-43.

Czeresnia, D.O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p 39-53.

Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo / Fapesp; 1999.

Dernt AM, Watanabe HAW. Promoção da Saúde. In: Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.

Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa de saúde da família do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública; 2008.

Duarte YA. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YA (Orgs). SABE - Saúde Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.185-200.

Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência gerontológica. Mundo Saúde (1995). 2005; 29(4):566-74.

Freitas CM. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AM. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(2):221-8.

Fundação Oswaldo Cruz. Promoção de saúde e qualidade de vida: Cidades Saudáveis, Radis; 2000. p.12-3.

Giacomin KC, et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas gerais/FM; 2004.

Giacomin KC, Uchôa E, Firmo JO, et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1):80-91.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas;1989. v.2.

Guimarães R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. Rev Saúde Pública. 2006; 40(N Esp):3-10.

Heidmann ITS, Almeida MCP, Boebis AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(2):352-8.

Jackson R, Strauss R, Howe N. As dimensões do desafio do envelhecimento na América Latina. In: Jackson R, Strauss R, Howe N. O desafio do envelhecimento na América Latina [monografia na Internet]. Washington: CSIS; 2009 [acesso 2010 Junho 15]. Disponível em: < [http//www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)>.

Jacobi P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. Saúde Soc. 1999; 8(1):31-48.

Junqueira RCP. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. Rev Adm Pública. 1998; 32(2):79-91.

Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Organización Pan-americana da Saúde (opas). Promoción de la salud: una antología. Washington: Opas; 1996. [Publicación científica, 557].

Labonte R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización Panamericana de la salud; Washington: OPAS; 1996a. p.153-65 [Publicación científica, 557].

Labonte R. Community empowerment and leisure. Journal Leisurability, [periódico na Internet]. 1996b; 23(1):4-20 [acesso 2008 Mar 02] .Disponível em: <<http://www.lin.ca/resource/html/Vol23/v23n1a2.htm>>.

Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Pan-Americana da Saúde Promoción de la Salud: una antología. Washington: Opas; 1996.

Leavell H, Clark EG. Preventive Medicine for the doctor in his Community. New Yorque: Mcgraw-Hill; 1965.

Laurenti R, Lebrão ML. Condições de Saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.15-32.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. São Paulo: Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):127-41.

Lima-Costa MFF, et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):745-757.

Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4):771-8.

Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadei M, Souza J, Bento LF, et al. Promoção da saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular [Distrito São João dos Queirós, Quixadá, Ceará, Brasil]. Cad Saúde Pública. 1998; 14(3):583-95.

Mello DA. Reflexões sobre a promoção de saúde no contexto do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(4):1149.

Minayo MCS, Hartz ZMA. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-31.

Neri AL; Debert GG. Velhice e sociedade. Campinas: Papirus; 1999. [Coleção Vivacidade].

Oliveira CO, Denize CO. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(4):569-76.

Organização das Nações Unidas [ONU]. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002. Organização das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. [Série Institucional em Direitos Humanos; v.1].

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud; Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996. p.367-72. [Publicación Científica N.557].

Pereira IM, Penteadó RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. Mundo Saúde (1995). 2000; 24(1):39-44.

Pinto RBR. Bastos LC. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão da literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(3):361-9.

Prado SD. A produção do conhecimento sobre envelhecimento no Brasil: o papel das revistas científicas. Textos Envelhecimento [periódico na Internet]. 2003 [acesso 2010 Jun 18]; 6(1):[1 página]. Disponível em:[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1517-59282003000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517-59282003000100001&lng=pt&nrm=iso).

Prado SD, Sayd JD. Teses e dissertações sobre envelhecimento no Brasil. Textos Envelhecimento [online]. 2004; 7(1):37-56.

Restrepo HE. Agenda para la acción en promoción de la salud. In: Restrepo HE, Malaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001. p.34-55.

Rosa TEC, et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003; 37(1):40-48.

Santos BS. Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Santos LM, Da Rosa MA, Crepaldi MA, Ramos RL. Grupos da promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia: condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):346-52.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface Comun Saúde Educ. 2003; 7(12):101-22.

Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. p.37-44. [Publicación científica, 557].

Westphal MF, Ziglio E. Políticas públicas e Investimentos: a intersectorialidade. In: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam. O município no século XXI: cenários e perspectivas. ed. Especial. São Paulo: CEPAM; 1999. p.111-22.

Westphal MF. O movimento Cidades/Municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):39-51.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond Junior M. 2º ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Whitehead M. Las conceptos y principios de la equidad em La salud. Copenhague: Oficina Regional para Europa; 1990.

World Health Organization [WHO]. Constitution 1946. (Preamble to the Constitution of the World Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June; 1946; signed on 22 July 1946 by the representation of 61 States. Official Records of the World Health Organization, nº2, p.100 and entered into force on April 1948).

World Health Organization [WHO]. Discussion document on the concept and principles. In: Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1984. p.20-3.

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Canadá: WHO; 1986

World Health Organization [WHO]. Health promotion glossary. Geneve: WHO; 1998.

World Health Organization [WHO]. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO; 2001. [WHO Regional Publications, European Series, N.92].

World Health Organization [WHO]. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.

World Health Organization [WHO], Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

## **Anexo 1**

### **Sobre a metodologia LILACS**

A seguir faremos algumas elucidações breves sobre a metodologia LILACS, a qual serviu de base para nosso estudo de revisão de literatura. (Guia de Seleção de Documentos para a Base de Dados LILACS,2008).

Em termos gerais, a cobertura temática da LILACS está expressa, em linguagem documentaria, no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, vocabulário controlado que auxilia o documentarista na análise do conteúdo dos documentos a serem ingressados, assim como na posterior recuperação dos mesmos.

Assim, sempre que o conteúdo possa ser descrito utilizando um ou mais dos descritores específicos de Saúde do DeCS, o mesmo deverá ser considerado para inclusão na LILACS.

A expansão para a área de Saúde Pública (SP) deu-se principalmente para atender as necessidades dos Centros Especializados e Programas da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere ao tratamento da informação gerada por essas instituições. Na Categoria SP foram incorporados temas como: Administração e Planejamento em Saúde, Prestação de Cuidados de Saúde, Epidemiologia e Bioestatística, Demografia, Saúde Ambiental, Nutrição, etc.

Devem ser ingressados na base de dados documentos representativos da produção científica dos países da Região, cujo conteúdo seja de interesse e validade nacional e/ou internacional.

### **1 Critérios de seleção por tipo de literatura:**

A regra principal de seleção é: um documento será considerado para inclusão na LILACS sempre que seu conteúdo se refira às Ciências da

Saúde e possa ser descrito utilizando-se um ou mais dos descritores do DeCS.

Satisfeita esta condição essencial e respeitados os limites da cobertura geográfica, cronológica e idiomática da LILACS, também deverão ser considerados os seguintes pontos:

## **2 Qualidade do conteúdo**

O conteúdo dos documentos ingressados na LILACS deve ser de natureza técnico-científica, preferencialmente pesquisas básicas ou aplicadas, conduzidas com o rigor do método científico, e documentos técnicos e normativos de agendas governamentais ou organismos internacionais.

As monografias, artigos de periódicos, teses, dissertações e trabalhos apresentados em eventos passam por um controle de qualidade intelectual por especialistas e/ou revisão por pares ("peer review") antes de serem publicados.

## **3 Seleção de títulos de periódicos LILACS**

Os periódicos a serem incluídos na LILACS serão selecionados por Comitês de Seleção designados em cada país ou Centro Especializado.

O Comitê de Seleção determinará os títulos a serem incluídos e o nível de seleção dos mesmos, isto é, se o título deve ser analisado em sua totalidade (capa a capa) ou de forma seletiva, extraindo-se deles somente artigos de interesse para LILACS. Por exemplo, um periódico de Economia ou Administração Pública poderá ser selecionado se publicar com frequência artigos de interesse para a área da Saúde e, nesse caso, somente estes artigos seriam indexados.

Uma vez selecionado um periódico para a base de dados LILACS, obedecendo-se os critérios acima descritos, o título deverá ser descrito na base de dados SeCS (Seriados em Ciências da Saúde). As Instituições Coordenadoras da LILACS em cada país devem comunicar a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) a seleção dos títulos enviando a descrição completa deles para a base de dados SeCS ou enviando cópia da capa, página de rosto, expediente, etc., para que os mesmos possam ser descritos pela BIREME. Sem a descrição do título na SeCS, os registros enviados para LILACS correspondentes a eles serão rejeitados pelos controles automáticos de qualidade.

**ANEXO 2**

Artigos selecionados sobre Promoção da Saúde e Envelhecimento e/ou Idoso, 1994-2009.

<b>N</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Publicação</b>	<b>Ano</b>
1	Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB	Santos, FB; Morais, MB; Barbosa, AS; Sampaio, FC; Forte, FDS.	Arq. Odontol	2007
2	Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde	Madureira, VSF; Peliser, SR; Beltrame, V; Stamm,	REME rev. min. enferm	2008
3	Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável	Alencar, MSS; Barros Júnior, FO; Carvalho, CMRG.	Rev. nutr	2008
4	Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ	Assis, M; Pacheco, LC; Menezes, MFG; Bernardo, MHJ; Steenhagen, CHVA; Tavares, EL; Santos, DM.	Mundo da saúde	2007
5	Caminhada, saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver	Costa, SM; Barbosa, AAA; Brito, EWG	Divulg.Saúd e debate	2008
6	Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá.	Palácios, AROP; Nardi, ACF	Divulg.Saúd e debate	2007

7	Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico	Barroso, WKS; Jardim, PCBV; Vitorino, PV; Bittencourt, A; Miquetichuc, F	Rev. Assoc. Med. Bras.	2008
8	Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos	Souza, LM; Lautert, L	Rev. Esc. Enferm. USP	2008
9	Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas participantes de programas de atividade física no Brasil e Bélgica	Farinatti, PTV; Assis, BFCB; Silva, NSL	Saude Soc	2008
10	Problematização de temáticas de promoção da saúde do idoso a partir de uma vivência dramatúrgica	Espírito Santo, ACG; Marques, APO; Leal, MCC; Mota, SKA; Silva, MRA	Saude Soc	2008
11	Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos, jovens e idosos	De Vitta, A; Neri, AL; Padovani, CR	Salusvita	2006
12	Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem	Hammerschmidt, KSA; Borghi, ACS; Lenardt, MH	Texto e contexto enferm.	2006
13	Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano	D'Alencar, BP; Mendes, MMR; Jorge, MSB; Rodrigues, MSP	Texto e contexto enferm.	2006
14	Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade	Victor, JF; Vasconcelos, FF; Araújo, AR; Ximenes, LB; Araújo, TL	Rev. Esc. Enferm. USP	2007

15	A critical analysis of gerontological nursing practice guided by Leininger's theory of culture care diversity and universality	Hammerschmidt, KSA; Zagonel, IPS; Lenardt, MH	Acta paul enferm.	2007
16	Mutirão da saúde do idoso: o desenvolvimento de uma estratégia de promoção da saúde do idoso por avaliação funcional de indivíduos oriundos da comunidade	Monaco, TO; Jacob Filho, W	Einstein (São Paulo)	2007
17	Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio	Martins, J ; Albuquerque, GL; Nascimento, ERP; Barra, DCC; Souza, WGA; Pacheco, WNS	Texto e contexto enferm.	2007
18	Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos	Freitas CMSM; Santiago MS; Viana AT; Leão AC; Freyre C	Rev. bras. cineantropom. desempenh o hum.	2007
19	A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil	Freire Júnior, RC; Tavares, MFL	Rev. bras. geriatr. gerontol.	2006
20	Uso do tempo no cotidiano de idosos: um método indicador do estilo e modo de vida na velhice	Doimo, LA; Derntl, AM	Rev. bras. geriatr. gerontol.	2006

21	Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil	Araújo, SSC; Freire, DBL; Padilha, DMP; Baldisserotto, J	Interface comun. saúde educ.	2006
22	Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão	Monteiro, PC; Santos, FS; Fornazari, PA; Cesarino, CB.	Arq. cienc. Saúde	2005
23	O envelhecer ativo e os desafios para a odontogeriatria na promoção da saúde	Mello, ALS; Erdmann AL.	Rev. RENE	2003
24	Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.	Santos, LM; Da Ros, MA; Crepaldi, MA; Ramos, LR.	Rev. saúde pública	2006
25	O processo de reminiscências: um meio de integrar gerações; uma alternativa de promover saúde	Souza, EM.	Semina. cienc. biol. saúde	2003
26	Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões.	Carvalho, CMRG; Fonseca, CCC; Pedrosa, JI	Cad. saúde pública	2004
27	Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil	Souza, EM.	Rev. saúde pública	2003
28	O envelhecimento e a saúde	Garcia, MAA; Rodrigues, MG; Borega, RS.	Rev. ciênc. méd. (Campinas)	2002

29	Fisioterapia preventiva em grupos na terceira idade.	Gandolfi, LM; Skora, MC.	Fisioter. mov.	2000
30	Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para idosos.	Nunes, ATGL.	Textos envelhecimento	2001
31	Universidade para a terceira idade: uma lição de cidadania	Goldman, SN	Textos envelhecimento	2001



## Cintia Missue Kitano Yamamoto

Possui graduação em Curso de Graduação em Fonoaudiologia pela Escola Paulista de Medicina (1980). Atualmente é fonoaudióloga - Beneficência Nipo Brasileira - Enkyo, fonoaudióloga do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, aluna da Universidade de São Paulo e fundador do Grupo Interdisciplinar de Estudos Avançados em Longevidade. Tem experiência na área de Fonoaudiologia, com ênfase em Fonoaudiologia

(Texto gerado automaticamente pelo Sistema Lattes)

Última atualização em 25/06/2010

Endereço para acessar este CV:  
<http://lattes.cnpq.br/3328699777167364>

### Dados Pessoais

**Nome** Cintia Missue Kitano Yamamoto

**Nascimento** 07/07/1958 - São Paulo/SP - Brasil

**CPF** 99004569804

### Formação Acadêmica/Titulação

**1980 - 1980** Especialização em Curso de Especialização em Fonoaudiologia.  
 Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil  
 Título: Atualizações de Conhecimentos Fonoaudiológicos

**1978 - 1980** Graduação em Curso de Graduação em Fonoaudiologia.  
 Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil

**1974 - 1976** Ensino Médio (2o grau).  
 Escola Estadual de I e II Grau D. Pedro I, EEPSP, Brasil

**1970 - 1973** Ensino Fundamental (1o grau).  
 Ginásio Estadual do Jardim Penha, GEJP, Brasil

### Atuação profissional

#### 1. Universidade de São Paulo - USP

##### Vínculo institucional

**2008 - Atual** Vínculo: Outro (especifique) , Enquadramento funcional: aluna

##### Atividades

**2008 - Atual** Projetos de pesquisa, Faculdade de Saúde Pública

*Participação em projetos:  
 Perspectivas em promoção da saúde do idoso: revisão de literatura de 1994 a 2008*

#### 2. Grupo Interdisciplinar de Estudos Avançados em Longevidade - IDEAL

##### Vínculo institucional

**2007 - Atual** Vínculo: Fundador , Enquadramento funcional: Fundador, Regime: Parcial

##### Atividades

**2002 - Atual** Direção e Administração, Grupo Interdisciplinar de Estudos Avançados em Longevidade

*Cargos Ocupados:  
 Membro Fundador do Grupo Interdisciplinar de Estudos Avançados em Logevidade*

#### 3. Beneficência Nipo Brasileira - Enkyo - BNB



## Helena Akemi Wada Watanabe

Possui graduação em Enfermagem (1982), Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1983), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1985) mestrado (1993) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1999). Atualmente é professor doutor da mesma universidade. Tem experiência nas áreas de Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Pública com ênfase em Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde do idoso, Promoção da Saúde, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e saúde pública. Foi membro e vice-coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 17/06/2010

Endereço para acessar este CV:  
<http://lattes.cnpq.br/9291284753904386>


### Links para Outras Bases:

[SciELO - Artigos em texto completo](#) 

#### Dados Pessoais

**Nome** Helena Akemi Wada Watanabe  
**Filiação** Tadayosi Wada e Norico Wada  
**Nascimento** 29/01/1961 - São Paulo/SP - Brasil  
**Carteira de Identidade** 108872993 SSP - SP - 17/12/1997  
**CPF** 06027191864

#### Formação Acadêmica/Titulação

- 1994 - 1999** Doutorado em Saúde Pública.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil  
 Título: O Consentimento Esclarecido na Prática de Enfermeiras de Centros de Saúde Escola de São Paulo, Ano de obtenção: 1999  
 Orientador: Sueli Gandolfi Dallari
- 1988 - 1993** Mestrado em Saúde Pública.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil  
 Título: O Processo de controle do câncer cérvico uterino no Sistema Regionalizado e Hierarquizado de Saúde : Projeto Cotia, 1987-1989, Ano de obtenção: 1993  
 Orientador: Sueli Gandolfi Dallari   
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- 1985 - 1985** Especialização em Especialização Em Saúde Pública.  
 Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Sao Paulo, Brasil
- 1980 - 1983** Graduação em Licenciatura Em Enfermagem.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
- 1983 - 1983** Graduação em Habilitação Em Enfermagem de Saúde Pública.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
- 1979 - 1982** Graduação em Enfermagem.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
- 1976 - 1978** Ensino Médio (2o grau).  
 Colégio Bandeirantes, CB, Brasil
- 1972 - 1975** Ensino Fundamental (1o grau).  
 Colégio Bandeirantes, CB, Brasil

#### Formação complementar

- 2009** Extensão universitária em 3º Curso de Pedagogia Universitária.  
 Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
- 2009 - 2009** Extensão universitária em Pacote estatístico STATA.  
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil
- 2005 - 2005** Extensão universitária em EPIINFO.  
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)