

# “Nem tudo que reluz é ouro”<sup>1</sup>: considerações sobre a (Nova) Promoção da Saúde e sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil

Kathleen Elane Leal Vasconcelos<sup>2</sup>  
Valdilene Viana Schmaller<sup>3</sup>

## Introdução

É inegável a notoriedade que discussões, pesquisas e programas/projetos em torno da Promoção da Saúde (PS) vêm adquirindo no âmbito das políticas públicas, em diversas partes do mundo, sob a regência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas regionais. Esse processo é expressão de um verdadeiro movimento internacional, denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS) (VASCONCELOS, 2013), que afirma questionar o modelo biomédico<sup>4</sup> de atenção à saúde. Suas propostas abrangem

---

<sup>1</sup> A frase integra o segundo ato de “*O Mercador de Veneza*”, uma comédia trágica, escrita entre 1596 e 1598, por William Shakespeare, que diz: “ Oh inferno! Que temos aqui? Uma caveira, e dentro do orifício de um olho tem um rolo de pergaminho com um escrito. Vou ler: *Nem tudo que reluz é ouro*, certo? O ditado vale em terras longe e perto. Muito homem quis a vida empenhar. Para, no fim, minha forma contemplar (sepulcro dourado, vede bem, acolhe nossos vermes também) (...)” (SHAKESPEARE, 2007, p.41).

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail - leal.kathleen@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. E-mail - valdileneviana@uol.com.br

<sup>4</sup> Caracterizado pela ênfase no individualismo; no biologismo; na especialização médica; na tecnificação do ato médico; no curativismo (MENDES, 1996). Tal modelo propunha como foco da formação e dos serviços de saúde a doença e o indivíduo, tendo como figura central o médico e como unidade organizacional principal o hospital (VASCONCELOS, 2013).

questões relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), à equidade, à intersetorialidade, à participação social, ao *empowerment*, às redes de apoio social, num discurso aparentemente progressista (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a).

No Brasil, nos últimos anos, difundiu-se a questionável concepção de que os princípios da NPS são concatenados com o ideário do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) dos anos 1980<sup>5</sup>. Além disso, a legislação nacional, especialmente desde o início da década de 2000, faz várias referências ao termo, especialmente ao tratar da Atenção Primária à Saúde (APS). É importante registrar que já foram publicadas duas versões da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

No Serviço Social, apesar do termo ser recorrente nos discursos e textos da área da saúde e da categoria estar envolvida no planejamento, execução e avaliação de projetos/programas de PS ou inserida em espaços ocupacionais nos quais a Promoção aparece como uma das diretrizes do trabalho, o debate teórico-político e conceitual sobre o tema não aparece com densidade, sendo esparsos os estudos sobre a mesma, bem como o tratamento teórico-político do debate geralmente aparece de maneira embrionária (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014b).

Não obstante certo modismo em torno da PS/NPS<sup>6</sup>, é importante alertar que tal debate constitui um verdadeiro caleidoscópio, possuindo contradições que correspondem a distintos interesses (CZERESNIA, 2003) e requisita, indubitavelmente, o aprofundamento acerca de seus significados, para se desvelar a perspectiva teórico-política que lhe está subjacente. Nesta direção, Carvalho (2004) considera “o caráter ambíguo de suas premissas e estratégias”, visto que os preceitos da

---

<sup>5</sup> Conforme indica Soares (2010), a partir dos anos 2000 tem havido, entre defensoras/es da Reforma Sanitária, um certo revisionismo das proposições apregoadas nos anos 1980, que abrangiam a universalização da saúde, a luta contra a privatização, a perspectiva da determinação social da saúde, entre outras. Daí a necessidade de adicionarmos a adjetivação de “clássicas” quando nos referirmos às teses abraçadas pelo MRS em seus primórdios.

<sup>6</sup> É imprescindível situar que aqui utilizaremos o termo “Nova Promoção da Saúde” (NPS) para nos referir ao Movimento Internacional construído a partir da Conferência de Ottawa e a expressão “Promoção da Saúde” (PS) para indicações em geral.

NPS se encontram no centro de um complexo e contraditório enredo e correm o risco de se pautarem apenas numa abordagem voltada para os “estilos de vida”, funcional ao discurso neoliberal de redução do papel do Estado no que se refere aos direitos sociais.

Tendo tais considerações como horizonte, é fundamental situar que o artigo em tela se baseia nas discussões da tese de doutorado de uma das autoras (VASCONCELOS, 2013), tendo adotado a pesquisa teórica sobre o tema, bem como a análise documental das declarações finais das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (citadas adiante), abrangendo o período de 1986 a 2013.

Deste modo, nosso texto objetiva traçar um resgate dos fundamentos históricos e ideopolíticos e dos princípios da NPS, buscando empreender uma análise que vá além de sua manifestação fenomênica, relacionando o citado movimento às teses clássicas do MRS no Brasil. Para tanto, está organizado da seguinte forma: num primeiro momento, alude aos antecedentes da NPS, discutindo o contexto que possibilitou a emergência da proposta. Indica os princípios do movimento internacional e esboça algumas considerações sobre sua relação com o MRS. Em seguida, situa o cenário da expansão da NPS, tendo como pano de fundo o ideário Social-Liberal. Adiante problematiza os princípios da NPS e, por fim, delinea algumas considerações a título de conclusão.

## **1. Os antecedentes da Nova Promoção da Saúde (NPS)**

A priori gostaríamos de destacar o significado etimológico do vocábulo “Promoção”, que, de acordo com Ferreira [s.d.], pode ter dois sentidos: o primeiro é advindo do inglês *promotion* e está relacionado ao marketing e a técnicas ou atividades voltadas para fortalecer a imagem de algo ou alguém ou para influenciar na escolha (compra) de determinado produto. Já a segunda definição tem origem no latim *promoveo* (*promoves, promovere, promovi, promotum*). Pode significar, segundo Faria (1967), fazer avançar; estender, aumentar, avançar; desenvolver. É nesta última acepção que o termo é utilizado no debate sanitário (VASCONCELOS, 2013).

A expressão Promoção da Saúde foi usada pioneiramente em 1945, pelo historiador médico canadense Henry Sigerist, ao definir para a Medicina quatro tarefas essenciais: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (WESTPHAL, 2006). Para ele, o conceito de PS assumia um sentido amplo, que remetia à Medicina Social do Século XIX: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso” (SIGERIST, apud TERRIS, 1996, p.38). Ao buscar alcançar tal objetivo, o precursor defendeu o esforço coordenado dos políticos, setores trabalhista e industrial, educadoras(es) e médicas(os) no sentido de promover a saúde, donde se percebe o emprego do termo em um sentido amplo.

Conforme Vasconcelos (2013), na década de 1960, Leavell e Clark (1977) retomam o uso da expressão em suas proposições sobre a Medicina Preventiva. A PS aí é pensada como um dos níveis da Prevenção (Primária)<sup>7</sup>, que deveria ser desenvolvida antes do início do adoecimento. O termo assume uma dimensão de certa forma restrita, por ter como foco a (prevenção da) doença, além de não apreender os efeitos das condições de vida e trabalho nos níveis de saúde das populações (WESTPHAL, 2006).

Outro marco histórico da discussão sobre a PS foi a divulgação, em 1974, do documento “A New Perspective on the Health of Canadians” (conhecido como Informe Lalonde). Elaborado por Marc Lalonde, então assessor do Ministro da Saúde e do Bem-Estar Nacional do Canadá, o documento, partindo de estudos epidemiológicos, constata que, naquele país, tinham ocorrido mudanças nas condições de vida da população e que as doenças infecciosas não eram mais as principais causas de morte da

---

<sup>7</sup> Os autores mencionados “(...) partem da História Natural da Doença (HND), que significa a interface entre agente, hospedeiro e meio ambiente. A HND estaria dividida em dois períodos. O primeiro seria o da pré-patogênese, com o adoecimento ainda não iniciado, no qual se deve desenvolver a **prevenção primária**, que diz respeito a iniciativas voltadas para desenvolver uma saúde geral ótima (**promoção da saúde**), pela via da proteção específica do homem contra agentes patológicos ou através da tessitura de obstáculos contra os agentes do meio ambiente. O segundo período seria o de patogênese, no qual se aplicariam medidas de **prevenção secundária** (através de diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado; ou para evitar sequelas e limitar a invalidez) e de **prevenção terciária** (envolvendo a reabilitação) (LEAWELL; CLARK, 1977)” (VASCONCELOS, 2013, p.55).

população, mas sim as doenças crônicas e os acidentes, elementos associados principalmente ao comportamento individual e ao ambiente (LALONDE, 1981). Apesar do novo perfil de morbimortalidade, segundo o autor, o sistema de saúde canadense prosseguia médico-centrado (com foco na assistência médica, hospitalar, exames laboratoriais e prescrição de medicamentos).

Ao buscar ultrapassar essa visão tradicional de saúde, Lalonde (1996) elabora o conceito de “campo de saúde”, que seria composto por quatro elementos: a) a biologia humana, b) o meio ambiente, c) o estilo de vida, d) a organização da atenção à saúde. A partir desse referencial, o analista se debruça sobre a realidade sanitária nacional e constata que estavam sendo gastas grandes somas de dinheiro e a maior parte dos esforços do governo e da população no último campo. Contudo, segundo o autor, as causas de morte no Canadá mostravam que os outros três componentes eram responsáveis pela maioria delas e que o sistema vinha se voltando para tratar doenças que poderiam ter sido prevenidas. Dessa maneira, considerando a saúde para além dos serviços assistenciais, Lalonde propõe a priorização de medidas preventivas e programas educativos voltados para as mudanças comportamentais (WESTPHAL, 2006).

Sob a regência da OMS, as ideias do canadense se espalharam por diversas partes do globo, orientando as práticas de Promoção de Saúde com foco na modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais: o tabagismo, a obesidade, questões relacionadas à vida sexual e ao abuso de substâncias psicoativas, entre outros. Essa perspectiva de PS é denominada por Carvalho (2004) de **behaviorista**.

De acordo com Labonte (1996), por se focar no comportamento individual, este enfoque da PS apresenta várias limitações. Assim, devido às críticas ao caráter individualizante das proposições advindas de Lalonde, a pesquisadora Westphal (2007) defende a perspectiva de que o berço da “Nova<sup>8</sup>” PS, na verdade,

---

<sup>8</sup> Como mostra Vasconcelos (2013), a PS passa a ser adjetivada de “Moderna”, “Nova” ou de “vertente Socioambiental”, em contraposição seja à posição de Leavell e Clark, seja a de Lalonde, visando superar, de acordo com Carvalho (2004), a perspectiva behaviorista.

foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, em 1978.

Na Declaração final do citado evento, a grave desigualdade existente no estado de saúde da população, especialmente nos países “subdesenvolvidos” é vista como inaceitável e é considerado que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OMS, 1978, p.3). É feita uma conclamação para a ação dos governos, profissionais de saúde e de desenvolvimento e a comunidade mundial no sentido de proteger e **promover** a saúde de todos os povos. Na Conferência, o debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) vem à tona, atrelado à constatação da necessidade de **Promoção da Saúde** e de **Intersectorialidade**, sendo a APS considerada uma estratégia para se alcançar Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000), objetivo que tinha sido proposto pela OMS em 1976 (VASCONCELOS, 2013).

Antes de apresentarmos as proposições da NPS, é importante situarmos brevemente o cenário sócio-político em que emerge tal ideal, tarefa que empreenderemos a seguir.

## **2. Algumas considerações sobre o contexto de emergência da Nova Promoção da Saúde**

Especialmente a partir da década de 1970, delinea-se uma forte crise estrutural do capitalismo, indicando o esgotamento dos “anos de ouro” do crescimento capitalista. De acordo com Mota (2010), a crise contemporânea não se configura como setorial (comercial ou financeira), mas global, de caráter mundial. A autora afirma que esta é uma crise das relações de produção capitalistas, assim como de todas as relações sociais burguesas, que se alia a uma retração duradoura do crescimento econômico, agudizado pelas flutuações conjunturais da economia (MOTA, 2010).

Harvey (2006, p.117) afirma que, na busca da superação de tal crise, adota-se “uma transição no **regime de acumulação** e no modo de **regulamentação social e política** a ele associado”. Assim, o pacto keynesiano abre margem para a ideologia neoliberal, a financeirização se fortalece e o fordismo cede espaço à acumulação flexível com todas as suas consequências, inclusive as transformações no mundo do trabalho e na organização política dos trabalhadores.

Em tal contexto, os objetivos universalistas do Estado de Bem-Estar Social são frontalmente atacados, na defesa dos interesses do capital desregulado (PEREIRA, 2009). As medidas de proteção social são comprimidas em nome da crescente elevação da taxa de juros – que fertiliza o sistema bancário e instituições financeiras - e da ampliação do superávit primário, conforme afirma Yamamoto (2009).

As principais medidas neoliberais para o campo das políticas sociais, de acordo com Laurell (2008), são: corte nos gastos sociais estatais, com deliberado desfinanciamento das políticas sociais; esforços para incremento da demanda privada e para garantir a obtenção de formas estáveis de financiamento dos serviços sociais privados (seja através da compra, com recursos públicos, dos serviços-benefícios do setor privado, seja pela via do incremento da indústria de seguros privados); centralização dos gastos sociais em programas seletivos para pobres, justificando-se a privatização e a retração do Estado como melhor caminho para se alcançar maior equidade.

Na área da saúde, a partir do mesmo decênio, verificava-se, de acordo com Czeresnia (2003), um processo de expansão da tendência de capitalização intensiva e de ampliação das despesas da assistência médica. Não obstante, os elevados custos da medicina curativa não se expressavam no aumento da qualidade de vida e saúde da população, inclusive porque os serviços de saúde não estavam organizados para responder ao novo quadro sanitário, cada vez mais caracterizado pelas doenças crônicas não transmissíveis. Destarte, "a incorporação de alta tecnologia elevou progressivamente os custos dos procedimentos, conduzindo os

sistemas de saúde dos países ocidentais a uma crise estrutural” (CZERESNIA, 2003, p.9). Neste cenário, surgiram diversas propostas de racionalização dos gastos de saúde.

É importante situar que havia também outros elementos que colocavam em questão a racionalidade biomédica, como diversos movimentos sociais que, desde os anos 1960, lutavam por direitos sociais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Neste cenário, as lutas populares reivindicavam o enfrentamento do agudizamento das expressões da questão social, inclusive no campo da saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011). Estas influências vão desembocar no surgimento da Medicina Social Latino Americana (no lastro da corrente com mesmo nome que existia no século XIX na Europa), bem como no Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Tais movimentos criticavam as fragilidades do modelo hegemônico, que seriam, segundo Pasche e Hennington (2006), o distanciamento do compromisso com a qualificação da vida, expresso na medicalização e iatrogenia; a precarização da clínica, cujo foco estava na doença e não no sujeito portador de necessidades de saúde; o impacto pouco significativo das ações médicas na saúde da população, não obstante o crescente incremento das despesas na área; a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a submissão das necessidades sociais de saúde à lógica e à dinâmica do mercado e do consumo.

Desse modo, é em um cenário marcado, de um lado, por reivindicações pelo direito à saúde e por mudanças no modelo sanitário e, por outro, pela proliferação de recomendações de corte nos gastos de públicos e de enxugamento do Estado no que tange às políticas sociais, que emergem, com fortes tonalidades, proposições que questionam o modelo biomédico e vão contribuir para a tessitura da NPS.



### 3. O delineamento da Nova Promoção Da Saúde

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorre em Ottawa/Canadá, em 1986. No documento final do evento ocorre a reafirmação da meta SPT 2000 (BRASIL, 2002) e a “Nova” PS aparece como uma forma de reativar a necessidade de ações intersetoriais e as intervenções no solo político visando à melhoria das condições de saúde no planeta (RESTREPO, 2001). Na Conferência<sup>9</sup>, a (Nova) Promoção da Saúde é conceituada como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.20).

O mencionado documento define cinco campos da NPS: a) políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com a OMS (1998), podem ser considerados princípios da NPS: a) **Concepção “holística” de saúde** – pautada na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006) e de seus determinantes sociais; b) **Equidade** - “alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da

---

<sup>9</sup> É relevante informarmos que, a partir da Conferência de Ottawa, foram realizadas pela OMS outras conferências internacionais ou globais sobre a NPS: Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Bogotá (1992); Port of Spain (1993); Jacarta (1997); México (2000); Bangkok (2005); Nairóbi (2009) e Finlândia (2013). Em 2016, o Brasil sediou a 22ª Conferência Mundial da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação (IUHPE), em Curitiba /Paraná. Vale situar que tais eventos vêm cumprindo um importante papel na difusão do ideário da NPS.

saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (BRASIL, 2002, p.21); c) **Intersetorialidade** – ao apontar a necessidade de superar abordagens setoriais, posto que a NPS ultrapassa os cuidados de saúde, inserindo a temática sanitária na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, como indica o texto acima citado; d) **Empowerment** - a NPS objetiva aumentar “as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor” (BRASIL, 2002, p.23). Isso ocorreria através do apoio ao desenvolvimento pessoal e social pela via da divulgação de informação, educação em saúde e intensificação das habilidades vitais. Sícole e Nascimento (2003, p. 109) afirmam que o termo *empowerment* diz respeito “ao processo de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de poder”; e) **Participação social** – supõe a participação de todos envolvidos na saúde: membros da “comunidade”, profissionais de saúde, governantes e outros setores e agências nacionais e internacionais. Desse modo, a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre tais sujeitos (BRASIL, 2002). Assim, a NPS se desenvolve via “ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2002, p.23); f) **Ações multi-estratégicas** – “a política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais” (BRASIL, 2002, p.22); g) **Sustentabilidade**<sup>10</sup> – concebe-se que “saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica melhoria da

---

<sup>10</sup> O texto da OMS (1998) se refere expressamente à premissa da garantia de sustentação econômico-financeira e institucional nos programas de NPS. Contudo, os textos das Conferências indicam sua relação com o desenvolvimento sustentável, conforme demonstram Sícole e Nascimento (2003).

qualidade de vida e saúde, bem como preservação da sustentabilidade do meio ambiente” (BRASIL, 2002, p.44).

Segundo Ferreira e Buss (2002) a sequência de eventos sobre a NPS<sup>11</sup> evidencia a clara interface entre o ideário da NPS, das Cidades/Municípios Saudáveis, da Intersetorialidade, do Desenvolvimento Sustentável (DS) e da Atenção Primária de Saúde (APS).

Verificamos que as proposições em torno da NPS vêm sendo abraçadas e amplamente divulgadas pela OMS, influenciando as políticas públicas dos mais diversos países do globo, embora com intensidades distintas (VASCONCELOS, 2013). Mais recentemente, vem sendo preconizada a estratégia “Saúde em Todas as Políticas”<sup>12</sup>.

Não podemos perder de vista, contudo, que as propostas promocionais estão imbrincadas no contraditório enredo já sinalizado: de um lado, podem ser consideradas parte de um movimento que reconhece a saúde como direito de cidadania e que busca a superação do modelo biomédico; de outro, tendem a ser funcionais ao discurso de redução do papel do Estado, através da busca da responsabilização individual ou “comunitária” pelas condições de saúde. Deste modo, a NPS é um termo complexo e a própria concepção de PS se materializa num cenário de grandes tensões e disputas.

Antes de empreendermos uma incursão nas críticas aos princípios da NPS, traçaremos algumas considerações aproximativas sobre as relações deste movimento com o MRS no Brasil, especialmente com suas teses “clássicas”.

#### **4. O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e a Nova Promoção da Saúde**

---

<sup>11</sup> Alma Ata, Ottawa e demais Conferências Internacionais da OMS, inclusive a Rio 1992.

<sup>12</sup> “em saúde. Aumenta a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos na saúde em todos os níveis decisórios. Inclui a ênfase sobre as consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e bem-estar. Objetiva um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde” (OMS, 2013).

Inicialmente é importante lembrar que, conforme sinalizamos, o MRS faz parte de um conjunto de movimentos que, em nível internacional, criticavam o modelo biomédico e propunham a defesa da saúde como direito.

No Brasil, o MRS emergiu no final dos anos 1970, no bojo das mobilizações em defesa da redemocratização da sociedade brasileira, agrupando profissionais de saúde, usuários e movimentos sociais que lutavam pela construção de um sistema de saúde universal. Muitas das reflexões desse movimento foram pautadas no referencial marxista, especialmente através da adoção da perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, que punha em relevo as limitações da lógica explicativa das endemias e epidemias com base na dinâmica específica dos micro-organismos (CAMPOS, 2005) e buscava apreender as “determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” (TEIXEIRA, 1989, p. 18) e suas relações com as condições de vida e de saúde das populações.

Embora tenha sido um movimento heterogêneo em termos políticos e mesmo de projetos societários, a partir da perspectiva teórica acima, o MRS adotava, de acordo com Teixeira (2009): a concepção de saúde como resultante das formas de organização social da produção, mas também fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando na conformação de sua concretização histórica e singular; a luta pela democracia na sociedade brasileira, na política e no modelo de atenção à saúde; a consideração das classes populares como sujeitos políticos; a busca da generalização da consciência sanitária; a reivindicação da sustentabilidade financeira necessária à construção de um sistema amplo de proteção social; entre outros (TEIXEIRA, 2009)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Como resultado das mobilizações e articulações do MRS, a Constituição Federal de 1988 incorpora a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, bem como a ideia da saúde como um dos tripés da Seguridade Social (ao lado das políticas de previdência e assistência social). Com a Lei Orgânica da Saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e se iniciou a tentativa de construção de um sistema que se propunha universal, descentralizado, integral, com participação popular.

Analizamos que é por trilhas muitas vezes sinuosas, de aproximações ou diferenciações entre seus marcos teórico-conceituais que se vêm estabelecendo as relações entre o MRS e o ideário promocional no país (CASTRO; MALO, 2006). No mesmo sentido, Pasche e Hennington (2006) advertem que, embora seja comum que a história, a trajetória e os fundamentos do SUS e da NPS sejam confundidos, há necessidade de cuidadosa análise de seus contextos de emergência e princípios, buscando perceber contatos, confluências e tensões (VASCONCELOS, 2013).

Constatamos que ambos movimentos são contemporâneos e possuem alguns traços semelhantes de questionamentos ao modelo hegemônico, conforme indica Campos (2005). Não obstante, conforme este autor, enquanto a primeira ficou restrita ao âmbito nacional, o debate promocional foi imediatamente incorporado ao discurso de vários organismos internacionais, espraiando-se mundialmente.

Neste cenário, apesar do Brasil não ter estado representado em Alma Ata ou Ottawa, aparentemente alguns pontos do debate internacional sobre a NPS dialogaram com as requisições do MRS e sua luta pelo SUS. Segundo Campos, Barros e Castro (2004), o ponto de comunicação mais evidente é o conceito ampliado de saúde. Pasche e Hennington (2006) apontam como outro elo o princípio da intersetorialidade.

Contudo, embora sejam coetâneos e pareçam existir pontos de intersecção entre os dois movimentos, havia no Brasil, na década de 1980, uma postura de reserva – **política** – à incorporação do debate promocional. Na análise de Pasche e Hennington (2006), isso se devia ao fato do MRS ter como uma de suas categorias mais caras a perspectiva da totalidade, angulação esta responsável por boa parte da criticidade em relação à NPS.

Um importante elemento a ser destacado é que o MRS, no período indicado, tinha como concepção basilar a **determinação social da saúde**, que se distingue da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)<sup>14</sup>, presente no debate da

---

<sup>14</sup>É importante situar que a **determinação social da saúde** tem suas bases na perspectiva marxista; já os DSS, de acordo com Tambellini, Schutz (2009) e CEBES (I/s/d), tem como o modelo da

NPS.

Outro motivo para essa reserva inicial à NPS era a compreensão de que ela se constituía em um conjunto de propostas elaborado em países centrais, com realidades socioeconômicas e sanitárias bastante distintas do quadro nacional. Fora justamente contra essas importações teóricas descontextualizadas que a Medicina Social Latino Americana se colocara, ao defender a necessidade de análises sobre a realidade de periferia do capitalismo vivenciada pela nossa região<sup>15</sup>.

Os autores mencionados mostram que os defensores do movimento brasileiro, com sua preocupação com a reforma do sistema de saúde como um todo, contrapunham-se à tradição dos organismos internacionais de adoção da APS e da NPS “sem, muitas vezes, se propor mudanças na dinâmica da organização dos modos de produção de saúde, hegemônicos, como no Brasil, por serviços e práticas direcionados para a cura e reabilitação, sustentadas na lógica do mercado privado” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.20).

De acordo com estes analistas, outra peculiaridade do movimento brasileiro era a compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, do qual “se exigia (...) o cumprimento de orientações gerais inscritas na formalidade do Estado de Direito” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.21). Isso significa uma distinção em relação às proposições da NPS - que proliferavam no cenário internacional - como meras orientações de governo.

Observa-se que, no debate do MRS, existia uma ênfase na indissociabilidade entre a integralidade e os demais princípios do

---

epidemiologia tradicional, no qual estes aparecem unicamente na qualidade de fatores causais de morbidade e mortalidade, sendo um conceito puramente empírico. Não existiria aí nenhum tipo de teoria da sociedade de caráter crítico ou ao menos explicativo, conforme alerta o Cebes ([s/d]). Nesse sentido, de acordo com o CEBES ([s/d]), o problemático da concepção do DSS é acreditar que a atuação nos ‘fatores de risco’ pode minimizar a determinação social, sem que se transformem efetivamente as condições sociais” (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014b, p. 05).

<sup>15</sup> Carvalho e Buss (2008) assinalam que, por este motivo, foi cunhada na América Latina a expressão “Promoção da Saúde Radical” para indicar que o movimento de NPS precisa estar articulado à perspectiva da “mudança social”. No entanto, em toda a literatura a que tivemos acesso não encontramos maiores referências a essa NPS “radical”.

SUS, assim como uma discussão específica sobre o setor sanitário (distintamente do movimento em torno da Promoção).

É importante registrarmos também a ocorrência de forte resistência à vertente da NPS que normatiza estilos de vida e culpabiliza indivíduos, que, segundo Campos (2006, p.11) apareceria “[...] no Sistema Único de Saúde como mecanismo internacional de redução dos compromissos do Estado”. Isso porque, segundo este autor, embora os discursos se adornem do adjetivo “saudável”, continuam a priorizar o enfoque nos comportamentos individuais (ligados ao tabaco, atividade física ou alimentação).

Nesse contexto, durante os anos 1980 e até meados da década de 1990, o conceito de PS/NPS parece não ter assumido um lugar muito relevante nas elaborações teórico-conceituais dos sujeitos envolvidos com a luta pela Reforma Sanitária. No entanto, a partir do último decênio referido - contexto em que a influência do marxismo no âmbito da Saúde Coletiva arrefece -, passa a acontecer uma crescente incorporação da NPS em território tupiniquim.

Campos (2005), tratando do debate sobre a Promoção da Saúde no Brasil, lamenta que, a partir desse período, diversos pesquisadores e dirigentes, deixando de lado a amplitude das questões colocadas pela Saúde Coletiva (e pelas teses clássicas do MRS), até mesmo suas lacunas, “aderiram, com armas e bagagens, à novidade vinda do Norte” (CAMPOS, 2005, p.15), numa incorporação acrítica de um “similar estrangeiro”. Para o autor, “a Promoção transformou-se em uma espécie de discurso politicamente correto, o desafio estaria em aplicar suas diretrizes sem necessariamente analisá-las para eventuais retoques ou correções” (CAMPOS, 2005, p.14).

Conforme Vasconcelos e Schmaller (2014b), um marco da divulgação do ideário promocional no país é a publicação de Mendes (1996), que, segundo Buss e Carvalho (2009), incorporou explicitamente a discussão da NPS e dos municípios saudáveis.

Especificamente no tocante à política de saúde, ainda que fuja ao escopo desse artigo discutir como a NPS vem sendo incorporada no SUS, é importante situar a influência do ideário

promocional em diversas iniciativas do Ministério da Saúde<sup>16</sup>, particularmente na década de 2000, entre elas a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, e de sua reatualização, em 2014, conforme mencionado.

Apesar de tais iniciativas, constatamos a difusão de concepções e práticas bastante restritas sobre a PS, intimamente associadas à racionalidade da contrarreforma da saúde, visto que, como defende Soares (2010, p.104),

[...] ao não viabilizar a efetivação de políticas públicas estruturais e universais que promovam qualidade de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais [SIC], termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença.

Nesse momento, debruçar-nos-emos sobre o cenário de fortalecimento do ideário da NPS em nível mundial, buscando em seguida empreender uma análise crítica sobre seus princípios.

## **5. O cenário de expansão da Nova Promoção da Saúde: o Social-Liberalismo**

Em virtude do contexto no qual a NPS emergiu, que já situamos sumariamente, existe a compreensão, por parte de alguns analistas, de que esta constitui uma estratégia neoliberal de redução de custos com a política de saúde. Contudo, uma análise mais detalhada de seus princípios nos indica que, muito além de um movimento de

---

<sup>16</sup> Como podemos verificar, por exemplo: a) na própria escolha da APS como “estratégia” para mudança do modelo de atenção, já em meados dos anos 1990; b) na influência do ideário internacional em vários programas do MS (como o de Controle do Tabagismo, o de Controle do HIV/AIDS, o de Controle da Hipertensão e Diabetes, o Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT - no Brasil); c) nas iniciativas da Agência Nacional de Saúde (ANS) através da elaboração de uma política que visa à qualificação da atenção à saúde, incentivando a adoção da “prevenção de riscos e enfermidade e da promoção da saúde” no modelo de atenção até então promovido pelas operadoras de planos privados de saúde (BRASIL, 2011). Além disso, a partir de 2006, a PS ganha destaque na política nacional, em virtude de sua inclusão dentre as diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (CASTRO; MALO, 2006); da instituição da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).



simples racionalização de gastos, a difusão da NPS está imbricada em um ideário complexo e contraditório: com base nas considerações de Vasconcelos (2013), acreditamos que a NPS se alinha ao ideário do Social-Liberalismo<sup>17</sup>, tendo uma funcionalidade no alastramento e materialidade de seus valores e princípios.

Neste sentido, é importante ter clareza de que, a partir de meados dos anos 1990, vem acontecendo uma certa guinada no discurso das agências multilaterais, inclusive do Banco Mundial (principal executor e difusor dos ajustes estruturais), em relação às proposições neoliberais: estas organizações passam a reconhecer o agudizamento da pobreza, especialmente nos países periféricos, em decorrência de tais políticas. Assim sendo, “é neste contexto que o debate conceitual sobre a equidade adquire significação (ALMEIDA, 2002)” (STOTZ, ARAÚJO, 2004, p.10).

Tal alteração de rota, no entanto, não é acidental nem emerge de maneira abrupta: significa a incorporação de uma perspectiva que viera à tona “[...] na mesma ‘sala de máquinas’ do neoliberalismo – os Estados Unidos” (CALLINICOS, 2007, p.3), também nos anos 1970: nas palavras do autor citado, nasce certo tipo de liberalismo igualitário, que envolve teorias filosóficas sobre a justiça, nas quais a igualdade econômica e social é percebida enquanto um dos valores componentes das sociedades capitalistas liberais. Assim, sob diversas nomenclaturas<sup>18</sup> estaria uma tentativa da classe dominante de dar resposta às variadas tensões resultantes do acirramento das expressões da questão social advindas dos ajustes estruturais decorrentes da implementação do neoliberalismo.

---

<sup>17</sup> Ultrapassa os limites desse trabalho uma incursão aprofundada no universo do ideário do Social-Liberalismo, sobre os quais traçaremos apenas algumas breves considerações.

<sup>18</sup> Essa perspectiva de revisão ideológica do neoliberalismo, que Branco (2012) denomina de **Social-Liberalismo**, incluiria as teses contemporâneas do “socialismo burguês”, das quais o autor mencionado destaca a Terceira Via (Anthony Giddens), a Via 2½ (Alain Touraine), o pós-Consenso de Washington (John Williamson), a “Nova Questão Social” (Pierre Rosanvallon), o Desenvolvimento Humano (Amartya Sen) e as informações assimétricas e falhas do mercado (Joseph Stiglitz). Lima e Martins (2005) também situam sob a nomenclatura Social-Liberalismo a Vertente Centro-Radical, Centro-Esquerda, Nova Esquerda, Nova Socialdemocracia, Socialdemocracia Modernizadora ou Governança Progressiva.

A divulgação desse “novo” projeto político é decorrência de dois processos concomitantes: uma ampla crise econômica<sup>19</sup>, aliada a uma profunda crise de legitimidade do ideário neoliberal. Cabe indicar que esta última se expressa, de um lado, na inexorável ampliação da pobreza e da desigualdade em escala global e no interior dos diferentes países (CALLINICOS, 2007, p.1). De outro lado, o projeto neoliberal foi paulatinamente sendo posto em questão a partir de diversificadas reações das classes populares, que, segundo Leher (2012), assumiram fenomenais proporções, ainda que sob a tonalidade de explosões sociais (para usar os termos do autor); bem como na derrota em eleições presidenciais, em vários países da América Latina, de candidatos claramente vinculados ao ideário neoliberal, processo que atualmente parece que vem sendo redefinido.

Diante do tamanho da crise do que os capitalistas denominam de “governabilidade” (LEHER, 2012), tem havido um processo de redefinição das estratégias de legitimação do consenso face à sociabilidade burguesa, com crítica às proposições mais ortodoxas do neoliberalismo - como o Estado mínimo e a desregulamentação irrestrita – reconhecendo-se, ao menos em nível de discurso, os males advindos da aplicação de tal ideário.

Lima e Martins (2005) colocam que as ideias dessa vertente - sistematizadas por Giddens (2007) – propõem a reforma do sistema através de mudanças na política e na economia, apresentando uma nova agenda mundial no limiar do capitalismo. Latham (2007, p.51), defensor da Terceira Via, coloca que a base deste projeto “[...] é a crença de que uma economia e uma sociedade fortes se revigoram mutuamente”. Ou seja, o crescimento da economia de mercado pode conviver com a cooperação social (e esta abordagem se configura como uma interessante política eleitoral).

Neste contexto, ganham força as ideias do autoemprego; do empreendedorismo; do capital social; da sustentabilidade. “Tudo isso mediado pelo discurso das oportunidades e liberdade de

---

<sup>19</sup> Cujas expressões são as crises financeiras que eclodem em vários países desde os anos 1990, como a do México, dos Tigres Asiáticos, da Rússia, do Brasil, da Argentina, como mostra Branco (2012).

escolha individual” (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2010, p. 53). Contudo, longe de ser uma proposição radicalmente nova, de acordo com Lima e Martins (2005), o social-liberalismo coloca uma nova roupagem no projeto burguês, para **preservar as bases neoliberais**, agregando-o a componentes centrais do reformismo socialdemocrata.

De acordo com Mota (2012), o neoliberalismo e o Social-Liberalismo são componentes distintos do movimento universal de redefinição das relações entre Estado, mercado e classes sociais, sob a regência do capital financeiro internacional.

É neste cenário que o discurso promocional se torna extremamente funcional e atraente para distintos sujeitos. Destarte, conforme Vasconcelos (2013), verificamos uma íntima sintonia entre os princípios e diretrizes da NPS e as proposições social-liberais: termos como *empowerment*, equidade, sustentabilidade, capital social, participação ativa, responsabilidade individual, etc. perpassam ambos ideários e isso certamente não é mera “coincidência” histórica. Senão, vejamos.

## 6. Uma breve análise dos princípios da Nova Promoção da Saúde

Além da constatação dessa semelhança em termos de propostas, é importante tecermos algumas considerações sobre os princípios da NPS<sup>20</sup>, já citados.

Antes de tratarmos destes, porém, vale situar que a NPS não é aqui considerada

[...] como uma mera “aplicação” das orientações dos organismos multilaterais ao discurso e à política sanitária: o discurso promocional se forja num processo dinâmico, contraditório, de embates entre projetos sanitários mais amplos ou mais restritos, objetivando também responder às necessidades de saúde da população - especialmente num quadro de envelhecimento

---

<sup>20</sup> Para uma análise mais acurada de tais princípios, Cf.: VASCONCELOS (2013).

populacional e de expansão das DCNT-, e colocando questionamentos importantes em relação ao modelo biomédico (VASCONCELOS, 2013, p.99).

Assim sendo, nossa análise busca refletir sobre as contradições da NPS, com base em pesquisas acadêmicas que resultaram publicações elaboradas por Vasconcelos (2013) e Vasconcelos e Schmaller (2014b).

No tocante ao princípio da concepção holística de saúde (semelhante à concepção ampliada do MRS), não colocamos em questão sua importância para o (re)pensar da própria política de saúde e para o trabalho profissional. Porém, entendemos que é necessário estarmos atentos para os argumentos de Czeresnia (2003, p.11) de que, quando se concebe a saúde “em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida”. Camargo Júnior (2007) reforça tal argumento, ao denunciar o risco de ênfase excessiva da suposta definição positiva de saúde, ao se estender a saúde à totalidade da vida, o que causaria uma medicalização ainda mais larga que a efetuada pelo Movimento da Higiene, que confundia o objeto da saúde com a própria vida.

Destarte, constatamos que, sob a etiqueta da NPS, proliferam práticas excessivamente intervencionistas, coercitivas sobre a vida privada, apontando para a restrição de escolhas livres (CARVALHO, 2004; PASCHE; HENNINGTON, 2006) e discursos de ordenação à vida: “‘tem que fazer exercícios físicos’, ‘não pode fumar’, ‘sexo só com camisinha’, que perpassam as relações na sociedade e atuam como mecanismos de ‘controle social dos corpos’ constituindo o poder das práticas sanitárias na determinação dos modos de vida” (SILVA, 2009, p.53).

Assim, na ideia de que a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis deriva das decisões individuais, persevera a desconsideração das condições de vida e trabalho que obstruem a possibilidade da maior parte da população de “optar” por um estilo de vida mais saudável (CARVALHO, 2004). Tal tendência “[...] acena com a possibilidade de redução dos gastos com saúde curativa sem expressiva contrapartida governamental. Isto é, a ‘teoria do estilo de vida’ é extremamente compatível com a política

econômica predominante, fundada no rígido ajuste fiscal” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.70). Assiste-se, desse modo, nas discussões sobre a NPS, um desanuviamiento da premência de reformas sociais radicais em nações periféricas (como a ocorrida no Canadá durante o século passado, que gerou um sistema de proteção social universal-redistributivista) (CAMPOS, 2005).

Neste lastro, apesar do discurso da NPS denunciar a desigualdade em saúde, é evidente que não aborda a complexidade das expressões da questão social, que está indissociavelmente vinculada ao modelo de desenvolvimento socioeconômico adotado (CEBES, [s.d.]). Exemplo disso é que, segundo Carvalho (2004), em determinadas vertentes da NPS, temas como conflito de classes e a relação capitalismo e saúde tem uma presença quase sempre marginal.

Em relação à intersetorialidade, outro dos princípios da NPS, cumpre lembrar que sua discussão tem gênese no próprio processo de nascimento da APS e da NPS, já em Alma Ata. Enquanto chamado à ultrapassagem das fronteiras do setor saúde no enfrentamento do processo saúde-doença, consideramos que a intersetorialidade é indiscutivelmente válida e imprescindível para dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população. Como demonstra Costa (2010), este é um elemento chave do MRS brasileiro.

Em virtude da ênfase da NPS na intersetorialidade e nas Políticas Públicas Saudáveis, contudo, existe o risco de reportar ao exterior dos serviços de saúde suas mais importantes estratégias de intervenção, como se a responsabilidade pelas ações promocionais somente indiretamente dissesse respeito ao campo da saúde. Esta concepção pode acabar por traduzir uma tendência de desvio de recursos da atenção à saúde, bem ao gosto dos defensores de um enxugamento do Estado nas políticas sociais: para legisladores e gestores, se “tudo é saúde”, tais (parcos) recursos podem ser aplicados em outras áreas sociais (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Esse processo pode resultar também em uma secundarização da tessitura de formas de intervenção sobre os “núcleos duros” da

gestão e dos processos do trabalho, como a clínica (PASCHE; HENNINGTON, 2006), já que, segundo Campos (2005), ao que parece, embora critique a racionalidade biomédica, a NPS termina por não enfatizar a necessária reforma daqueles serviços de saúde de caráter assistencial, o que compromete a modificação do modelo de atenção.

Em nossa análise, o princípio das ações multi-estratégicas se articula intimamente com o princípio da intersetorialidade e atribui ao setor saúde o papel de catalisador das ações promocionais, mas não de único responsável. Como exemplo, é interessante retomar a discussão de Buss (2002) quando ilustra que uma alimentação pouco saudável não depende apenas de acesso a informações sobre uma dieta balanceada, mas também está relacionado ao preço dos alimentos e, acrescentaríamos, às propagandas que induzem ao consumo. Nesse caso, o incentivo a uma dieta equilibrada abrange também medidas no setor econômico relacionadas a prioridades relativas à produção e comercialização de alimentos, incluindo incentivos fiscais aqueles considerados saudáveis; bem como restrições a alimentos (e propagandas comerciais daqueles) que oferecem riscos à saúde. O autor citado comenta que "as ações de educação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis são importantes, mas estão condicionadas por outras ações do poder público e/ou resultantes da mobilização da sociedade" (BUSS, 2002, p.54). Avaliamos, dessa forma, que as ações multi-estratégicas, efetivamente, são fundamentais para se promover saúde, desde que não sirvam de justificativa para a diminuição da responsabilidade do setor sanitário na resposta às necessidades de saúde da população.

Há que se atentar, também, para o sentido do chamado da "comunidade" à participação, outro princípio da NPS: é importante analisarmos se a participação apregoada diz respeito ao envolvimento da população na decisão/avaliação dos rumos da política de saúde e das demais políticas sociais (conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde brasileira, com o controle social); a uma participação cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora em relação aos programas de ações de NPS (SILVA, 2009); à

participação referente apenas ao autocuidado, que pode desresponsabilizar o Estado da assistência à saúde; ou ainda à participação da população na “implementação” dos programas de PS/NPS, via voluntariado, conforme defendido pelo discurso neoliberal, o que implica no recuo da intervenção do Estado na esfera social (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

No bojo dessa discussão sobre a participação comunitária, Campos (2005) identifica na NPS uma fervorosa empolgação com a crença no poderio de ações comunitárias, locais e intersetoriais, ao enfatizar a resolução dos “problemas” de cada “comunidade”, como se pudessem ser isolados, desconectados da formação social e histórica que os geram.

O princípio da equidade, noção que atravessa todas as Conferências Internacionais sobre a NPS organizadas pela OMS, é outro denso debate que atravessa o debate promocional. De um lado, algumas vertentes analíticas consideram que as políticas equitativas podem se constituir em um meio para se alcançar a igualdade, no bojo dos direitos sociais (ESCOREL, 2008), colocando como foco grupos que tradicionalmente estão em situação desprivilegiada tanto social quanto no âmbito das políticas sociais, a exemplo da população negra, indígena, etc. Bem distinta é a análise de autores(as) que percebem a ênfase dada pelos organismos multilaterais à adoção da equidade como uma estratégia de redução de gastos no setor, sob a batuta neoliberal. Aqui, em nome da equidade, os investimentos públicos prioritários deveriam se voltar para as ações básicas de saúde e serviços clínicos essenciais para os mais pobres, enquanto que o restante ficaria a cargo do mercado (STOTZ, ARAÚJO, 2004). Deste modo, a equidade estaria servindo de justificativa para o desmonte das políticas sociais universais e estaria fundada na ideia social-liberal de enfatizar o desenvolvimento das “[...] ‘oportunidades sociais’ (saúde, renda mínima, educação básica) que se voltam para o [...] desenvolvimento das capacidades humanas dos agentes empreendedores individuais” (MARANHÃO, 2010, p.90), sob a égide da liberdade de mercado.

No que tange ao princípio do *empowerment*, Castiel e Ferreira (2009) demonstram que há grande semelhança com o conceito de NPS: o primeiro é tido como “[...] um processo através do qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (tradução livre); e a NPS seria justamente esse processo de capacitação. Embora seja apontado por Andrade, Barreto, Paula (2011, p. 26-27) como uma herança do movimento feminista, Castiel e Ferreira (2009) alertam que há necessidade de se qualificar os fundamentos ideopolíticos e teóricos que se encontram subjacentes ao conceito de *empowerment* - posto que tem sido usado pelos mais diversos organismos e para se referir a distintas situações, podendo dar margem a posturas conservadoras ou progressistas -, perspectiva analítica endossada por Carvalho (2004).

Outra discussão importante, no interior da NPS, se refere ao princípio da sustentabilidade. Sobre esta, embora não se refira especificamente à NPS, Silva (2010) revela que a programática ambiental, nas últimas décadas, tem como ícone o ideário do Desenvolvimento Sustentável (DS), amplamente presente nas discussões promocionais: não é à toa que a NPS seja também denominada de Vertente Socioambiental, conforme indicamos. Além disso, nas Conferências Internacionais sobre a NPS, a saúde é concebida como um dos importantes componentes seja do desenvolvimento econômico, seja do desenvolvimento social, discussões intimamente associadas ao ideário do DS.

A autora referida afirma que, apesar da larga divulgação do DS como estratégia de enfrentamento à crise ambiental, ele se configura como funcional à lógica do capitalismo coetâneo, já que “[...] trata-se da busca por compatibilizar acumulação capitalista, preservação ambiental e justiça social” (SILVA, 2010, p.110).

Segundo tal analista, esse ideário evidencia um discurso transclassista, que atribui a todos, indiscriminadamente, a responsabilidade pela dilapidação no planeta, ofuscando o caráter classista tanto da apropriação dos recursos naturais quanto da geração dos dejetos. As saídas preconizadas, de acordo com Silva (2010), circunscrevem-se a mudanças de atitude e comportamento



mais respeitoso frente à natureza, incluindo aí as posturas empresariais, porém que não colocam em xeque a lógica da produção capitalista. Neste sentido, é questionável a adoção de um discurso “idílico” sobre os problemas ambientais, sem que se denuncie a destrutividade do capital em suas buscas incessante por lucros crescentes, para usar terminologia de Mészáros (2009), o que certamente não é do interesse das agências internacionais envolvidas na divulgação da NPS.

É imprescindível situar ainda que o discurso da NPS, além das implicações para o setor sanitário, tem profundas conexões com os interesses do mercado. Chapela (2010) argumenta que, desde os anos 1990, vem ocorrendo uma forte vinculação entre saúde e produção e venda de mercadoria e a construção de um “[...] mercado del cuerpo-objeto consumidor y consumible aparece sin ningún recato como verdad naturalizada” (CHAPELA, 2010, p.34). Neste contexto, o saudável se entrelaça com o estético (CEBES, [s.d.]) e a saúde se alia a um estilo de vida “jovem”: a juventude é associada a valores e se transforma num modelo a ser alcançado por todas as idades (VASCONCELOS, 2002).

Assim, a disseminação da ideia de Promoção da Saúde incentiva um novo padrão de consumo, que abrange não somente a comercialização de medicamentos e sofisticados recursos tecnológicos, mas avança em todas as esferas do cotidiano. Esse processo contribui para a alimentação do “mercado da saúde” (ou do “bem-estar”), que constitui atualmente um dos sustentáculos fundamentais da acumulação capitalista, não arrefecendo nem mesmo em momento de crise econômica (CEBES, [s.d.]).

Gostaríamos de destacar que, apesar das avaliações críticas sobre os princípios da NPS, o movimento da NPS não é homogêneo e possui variadas gradações e tendências, tendo um caráter polifônico e polissêmico (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014b). Neste sentido, ressaltamos o alerta de Chapela e García (2010) acerca da existência de duas grandes vertentes de PS: a primeira diz respeito às perspectivas de PS subalternizantes, que envolvem a “Promoção da Saúde do mercado” e/ou a PS “oficial” e outras tendências que contribuem

para a culpabilização do indivíduo; a segunda tendência abrange concepções nas quais a PS é tratada na direção da emancipação.

Deste modo, apesar das diversificadas críticas aqui apresentadas à NPS, consideramos que o debate e as ações em torno da Promoção da Saúde, embora não possam ser confundidas com as proposições do MRS nem com o próprio SUS, podem contribuir para o fortalecimento deste, se for pensada, a partir da perspectiva da determinação social da saúde, conforme afirmam Vasconcelos e Schmaller<sup>21</sup> (2014b).

Fica aqui, portanto, o desafio de aprofundamento analítico sobre a NPS, bem como sobre as “lições” que podemos tirar de suas proposições.

## **Considerações Finais**

Nas reflexões tecidas nesse artigo, ainda que sumárias, procuramos demonstrar que uma análise mais acurada da NPS requer a ultrapassagem da manifestação fenomênica do discurso promocional, implicando a busca do desvendar dos seus fundamentos históricos e ideopolíticos e do seu engendramento e consolidação na política de saúde, ou seja, indo além de sua aparência “reluzente” e buscando apreender seu significado no cenário atual.

Esta é uma tarefa árida por lidar com discussões complexas e ambíguas, que conformam um terreno movediço no qual os termos do debate, por estarem travestidos de um discurso aparentemente progressista, podem assumir contraditórias significações, o que

---

<sup>21</sup> Para essas autoras, a partir de tal angulação, “[...] a PS deve se fazer presente na gestão pública em geral (e seus esforços no sentido da intersetorialidade entre as políticas econômicas e as demais políticas sociais) e, concomitantemente, nortear os serviços sanitários em todas as redes de atenção e nortear o trabalho dos diferentes gestores e profissionais, em suas formas de abordagem e atuação. Materializa-se mediante a combinação de ações e atividades que requerem necessariamente a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, as ações multiestratégicas e a participação popular, em sua articulação com as lutas sociais pela saúde em sentido ampliado, como direito de todos e dever do Estado” (2014b, p.139).

certamente demanda estudos mais aprofundados de pesquisadoras(es) da área de saúde, inclusive assistentes sociais.

No texto, buscamos apreender as contradições nas quais o ideário da NPS está fundamentado, sem desconsiderar as importantes contribuições da mesma no sentido de pôr em xeque o modelo biomédico, ao colocar em pautas temáticas como o direito à saúde, as iniquidades em saúde, a intersetorialidade, os determinantes sociais, a concepção holística de saúde, etc.

Temos clareza, contudo, de que o ideário promocional pode encobrir uma abordagem funcionalista e conservadora de favorecimento da manutenção da ordem social. Na medida em que tende a culpabilizar indivíduos, ao desconsiderar suas condições de vida e trabalho determinadas pela forma de organização da sociedade capitalista, estará concretizando um papel repressor e subalternizante sobre os mesmos, o que reforça a medicalização e amplia a mercantilização da saúde. Além disso, a NPS, ao ser associada à indústria do bem-estar, poderá contribuir para a expansão de um fenômeno claramente associado à conformação de uma nova pedagogia da hegemonia, a estética individualista da cultura de “vida saudável”<sup>22</sup>.

Deste modo, constatamos que as propostas da NPS e as “teses clássicas” do MRS não são necessariamente confluentes, porém se confrontam em pilares fundamentais.

Por fim, gostaríamos de reforçar a concepção de que, de um lado, há grandes contradições no debate e na consolidação da NPS. De outro lado, contudo, como demonstramos, face ao atual quadro sanitário, aos desafios colocados às modificações do modelo de atenção à saúde (inclusive no processo coletivo de trabalho em saúde), aos incipientes avanços no campo da intersetorialidade, seja nas políticas sociais ou no trabalho no território, entre outros desafios colocados ao SUS, é indiscutível a necessidade do

---

<sup>22</sup> A cultura de “vida saudável” pode abarcar, dentre outros, o fenômeno do culto ao corpo. Essa conformação estética individualista é mediada pela indústria e pela mídia, o que leva a uma massificação na crença de que o consumo de alimentos “saudáveis” e a ingestão cada vez menor de calorias, o uso de cosméticos que prometem rejuvenescimento e o acesso à cirurgia plástica, entre outros, nos levará a ter corpos perfeitos, dentro um padrão considerado normativo. Na contemporaneidade, a busca pela vida “saudável” pode ser identificada em indivíduos de diferentes culturas, faixas etárias e classes sociais.

adensamento de discussão da temática da Promoção da Saúde, associada às teses clássicas do MRS. Mais do que isso, a adoção de políticas públicas estruturais e universais que busquem efetivamente **promover** ou **produzir** saúde e que fortaleçam o SUS é uma necessidade que se coloca como extremamente atual, num cenário em que parece ocorrer uma “involução civilizatória” em nosso país.

## Referências

ANDRADE, L.O. BARRETO, I.C.H.C.; PAULA, J.B. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A.M.F.; DIAS, M.S.A.; FROTA, M.A.(orgs.). **Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

BRANCO, R.C. O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar. In: MOTA, A.E. (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução das desigualdades**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica-RN Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças**. Rio de Janeiro: ANS, ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. **Nova Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2014.

BUSS, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

\_\_\_; CARVALHO, A.I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

\_\_\_ . Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002; 2(6):50-63.

CALLINICOS, A. Igualdade e capitalismo. In: BORON, A.A.; AMADEO; J.; GONZALEZ, S. (orgs.). **A teoria marxista hoje**. Problemas e perspectivas. 2007. Disponível em <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/caCALLINICOS, 2007, p. 10.doc>>. Acesso em 01/04/2016.

CAMARGO JR, K.R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.76, n1, p.63-76, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; Prefácio. In: CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2005.

\_\_\_ . BARROS, R. B.; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.3p.745-749.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, 2006, p.23-33, Maio-Ago 2006.

CARVALHO, I.; BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs).

**Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva.** [online]: v.9,n.3, p. 669-678, 2004.

CASTIEL, L.D.; FERREIRA, M. S. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cad. Saúde Pública**, v.25,n.1, Rio de Janeiro Janeiro, 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100007>>. Acesso em 01 Mar.2012.

\_\_\_; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. Risco e estilo de vida saudável. In: \_\_\_. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010 (Coleção Temas em Saúde).

CASTRO, A.; MALO, M. Apresentação. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF).** [s.d.]. Disponível em: <[www.cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS\\_ok.pdf](http://www.cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CHAPELA, M.D.C. Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. In: \_\_.; GARCÍA, A.C. **Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos.** D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

CHAPELA, M.D.C.; GARCIA, A.C. Introdução. In: **Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos**. D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

COSTA, M. D. H. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.  
SCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. Ed ver.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em 09 ago. 2016.

FARIA, E. **Dicionário escolar Latino-Português**. Campanha Nacional de educação. Ministério de Educação e Cultura. 4. ed. Rio de Janeiro, 1967.

FERREIRA, A.B. H. **Aulete digital (Dicionário Eletrônico Aurélio)**. [(s.d.)].

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C.A. **Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança**. Disponível em <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>>.

GIDDENS, A. Introdução. In: \_\_. (org.). **O debate global sobre a terceira via**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: \_\_. et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: **A condição pós-moderna**. 15 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: 2009.

LABONTE, R. Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC):OPS; 1996.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**,1981. Disponível em <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>>. Acesso em 15 Out. 2011. (Lalonde Report).

\_\_. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In.: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

LATHAM, M. A terceira via: um esboço. GIDDENS, A. (org.). **O debate global sobre a terceira via**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

LAUREL, A. C. Avançando em direção ao passado: políticas sociais no neoliberalismo. In: \_\_. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.



LEAVELL; H.R; CLARK, E.G. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: \_\_. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 1977.

LEHER, R. Ideologia do desenvolvimento, pobreza e hegemonia. In: MOTA, A.E. (org.). **Desenvolvimentismo e construção da hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, K.R.S.; MARTINS, A.S. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, L.M.W.(org.). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

MARANHÃO, C.H. Desenvolvimento social como liberdade de Mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. In: MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MOTA, A.E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro. In: \_\_. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

\_\_. Apresentação. In: \_\_. (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução das desigualdades. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_.; AMARAL, A.S.; PERUZZO, J.F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A.E. (org.). **As**

**ideologias da contrarreforma e o serviço social.** Recife: Ed. UFPE, 2010.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). **Atención Primaria de Salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra, 1978.

\_\_. European Working Group on Health Promotion Evaluation. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers.** Copenhagen, 1998. Disponível em <<http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recommendations%20to%20policy-makers.pdf>>. Acesso em 10 Set.2012.

\_\_. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde.** Tradução da UIPES/ORLA-Brasil. Helsinque, Finlândia: OMS, 2013. Disponível em <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%AAncia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 14/01/2015.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social:** temas e questões. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: \_\_.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud:** cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Medica Panamericana Ltda, 2001.

SHAKESPEARE, William. *The Merchant of Venice.* [O Mercador de Veneza] Tradução, prefácio e notas de Beatriz Viégas-Faria. Versão para eBook. Edição: LPM, 2007.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

SILVA, M. G. Questão ambiental e desenvolvimento sustentável. In: MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. 210 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Cap. 3.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.5-19, maio-go. 2004.

TAMBELLINI, A.T; SCHUTZ, G.E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.83, set-dez. 2009.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: \_\_. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TEIXEIRA, S. M.F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **ERA**. São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidade de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: uma antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Infância, infâncias:** cotidianidades em espaços socialmente distintos. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002. Cap.3.

\_\_\_. **Promoção da Saúde e Serviço Social:** uma análise do debate profissional. 2013. 348 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Cap. 3.

\_\_\_. \_\_; SCHMALLER, V. P. V. (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social. Revista **Emancipação**, Ponta Grossa, 14(1): 129-146, 2014a. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em 31/08/2016.

\_\_\_. \_\_. **Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas.** In: VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.H.C. (orgs.) **Por uma crítica da Promoção da Saúde:** contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2014b. Pp. 47-110.

\_\_\_. \_\_. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011. Disponível em <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/686>>. Acesso em 31/08/2016.

WESTPHAL, M.F.; Promoção da saúde e a qualidade de vida. FERNANDEZ, J.C; MENDES, R. (orgs). **Promoção da saúde e gestão local.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. (Série Saúde em Debate).

\_\_\_. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Recebido em 01/04/2016 e  
aceito em 03/12/2016.

---

**Resumo:** As propostas em torno da "Nova" Promoção da Saúde (NPS) configuram um movimento internacional - orquestrado pela Organização Mundial de Saúde -, que tem adquirido notoriedade nas políticas públicas de vários países. Os termos da discussão, ao se contraporem ao modelo biomédico, são aparentemente progressistas e trazem à tona a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde, da equidade, da intersectorialidade, da participação social, do empowerment. Contudo, suas propostas e princípios são polissêmicos e envolvem interesses contraditórios. No Brasil, nos últimos anos, disseminou-se a ideia de que os princípios da NPS são concatenados às teses do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e o conceito começou a ser utilizado pelo Ministério da Saúde, incorporado na política nacional. O artigo em tela, baseado em pesquisa teórica e análise documental, objetiva realizar um exame crítico dos princípios da NPS e sua articulação com o Social-Liberalismo, problematizando a relação entre a NPS e o MRS.

**Palavras-chave:** Nova Promoção da Saúde, Política de Saúde, Movimento de Reforma Sanitária, Social-Liberalismo.

---

**Title:** "All that glitters is not gold": considerations on the (new) promotion of health and its relation with Brazilian movement for health reform

**Abstract:** The proposals around the "New" Health Promotion (NHP) constitute an international movement - ruled by the World Health Organization - which has gained notoriety on the public policies of many countries. The terms of the discussion, in opposition to the biomedical model, are apparently progressive and bring up issues related to the social determinants of health, to equity, intersectionality, social participation, and empowerment. However, their proposals and principles are polysemic and wrapped in conflicting interests. Recently in Brazil, the idea that the principles of NHP are concatenated to the theses of the Health Reform Movement (HRM) has been disseminated and the concept began to be used by the Ministry of Health, being incorporated in national politics. This article, based on theoretical research and document analysis, aims to conduct a critical examination of the principles of NHP and its relationship with the Social-Liberal ideology, questioning the relationship between NHP and the HRM.

**Keywords:** New Promotion of health, Health Policy, Health reform movement, Social liberalism.

---