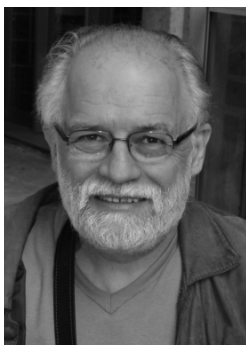


**Artigos originais**

# A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação

DOI: 10.3395/reciis.v1i2.88pt



*Fernando  
Lefevre*

Faculdade de Saúde Pública  
da Universidade de São  
Paulo, São Paulo, Brasil  
flefevre@usp.br



*Ana Maria  
Cavalcanti  
Lefevre*

Instituto de Pesquisa do  
Discurso do Sujeito Coletivo,  
São Paulo, Brasil  
ana@ipdsc.com.br

## Resumo

Discute-se no presente trabalho as possibilidades oferecidas pela Promoção de Saúde, revista como Negação da Negação e a sua identidade, por contraste com o modelo de entendimento atualmente hegemônico da Saúde/Doença, de natureza circular e reprodutiva. A partir de um componente humano historicamente constante, caracterizado pela dialética “estar mal e por isso buscar estar bem”, a Promoção de Saúde como Negação da Negação é também analisada como oportunidade de emancipação, por contraste com o modelo circular, entendido como oportunidade de negócios. Destacam-se finalmente, as condições e obstáculos a serem superados para a efetivação da mudança de perspectiva no entendimento e na prática da Saúde/Doença em direção à Promoção de Saúde como Negação da Negação.

## Palavras chave

Promoção de saúde, saúde-doença, emancipação, ruptura de paradigma, modelo bio-médico

## Apresentação

O esquema (que é uma reformulação daquele apresentado em LEFEVRE et al., 2004) busca sintetizar a nossa visão sobre o conceito de Promoção de Saúde e, de forma correspondente, sobre os de Tratamento e Prevenção, uma vez que, sendo a Promoção um nível de entendimento e de intervenção na realidade da saúde, tal conceito só pode ser explicado por contraste com os outros dois níveis de entendimento e de intervenção, ou seja, os de Tratamento e de Prevenção.

## Dois pressupostos

Antes, porém, é preciso enunciar dois pressupostos teóricos básicos.

Primeiro, entendemos que a discussão contemporânea sobre o conceito de Promoção de Saúde é mais proveitosa se a Saúde e a Doença forem entendidas, sempre, como um par inseparável.

É claro que é possível – como fazem muitos – entender a saúde separada da doença, como sinônimo de busca da felicidade, da qualidade de vida, etc.; entende-se até que com tal uso os pesquisadores e teóricos estejam buscando uma visão mais ampla de saúde, menos contaminada pelo pensamento biomédico hegemônico, etc.

Entretanto, como pretendemos sugerir adiante, além de não ser simples operar tal separação, no jogo real do poder, ela parece não ter condições de constituir ou representar um avanço real para o campo da saúde.

Acreditamos, por outro lado, que a busca por uma visão ampliada da saúde é perfeitamente possível não se a separando da idéia de doença.

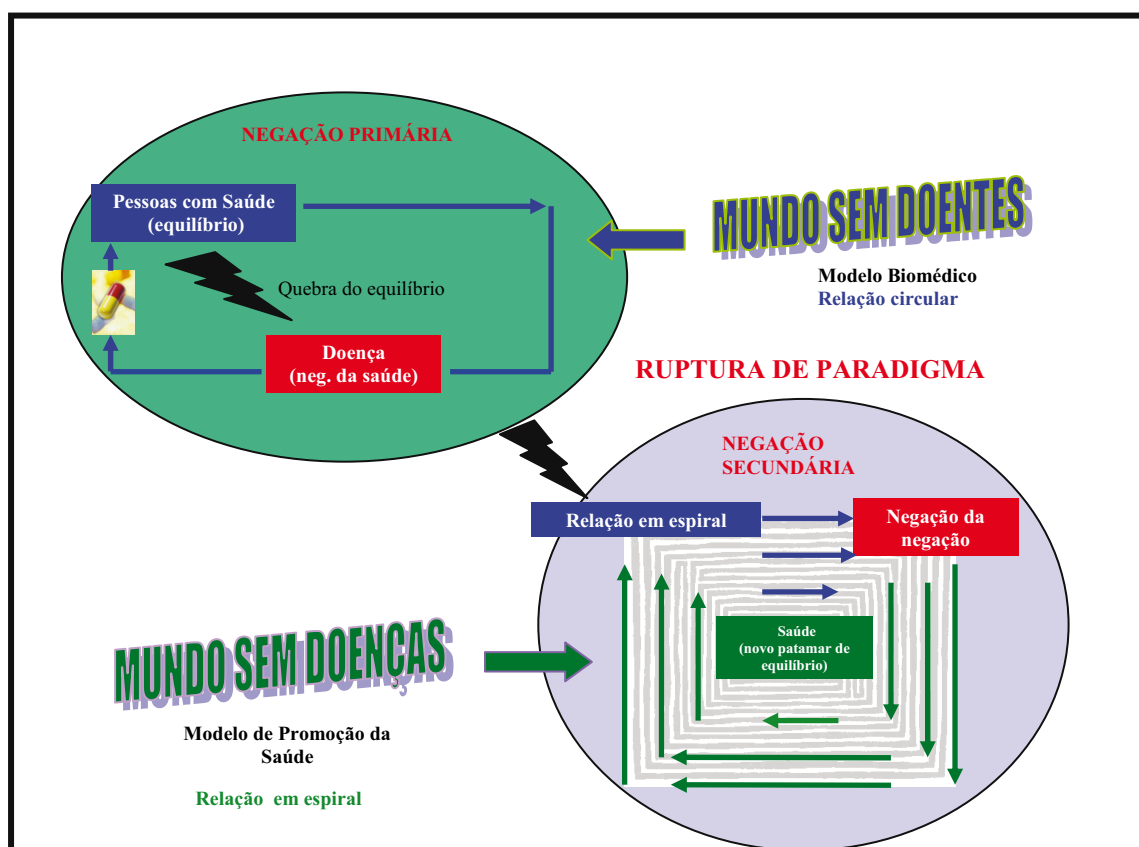
Segundo pressuposto: o par saúde/doença, tanto na teoria quanto na prática, é uma realidade histórica e, portanto, não definitiva, nem perene, nem imutável: o que se entende e se pratica hoje como saúde está ligado aos pressupostos e fundamentos das sociedades atuais, que, portanto, dizem respeito a estas formas, necessariamente transitórias, de sociedade e não a todas as formas possíveis.

Enunciados os pressupostos, podemos começar a explicação do esquema pela esfera da negação primária.

## A esfera da negação primária

Tomando como base o tempo presente, no plano sincrônico, a doença vista como negação primária acaba fazendo, necessariamente, com que a coloquemos, no campo das necessidades ou carências básicas constituintes do ser do homem, junto com a fome, o frio e outras condições do gênero e, por conseqüência, na esfera da cultura, o que implica dizer, parte do sistema produtivo de bens e serviços e, conseqüentemente, do conhecimento/ciência e da tecnologia, suportes deste sistema, uma vez que a cultura é generalizada e naturalmente entendida, também, como construção e desenvolvimento de aparelhos, de tecnologia e conhecimento para o enfrentamento das carências a que o homem está submetido.

## O esquema



Ficar, estar, ser doente e, conseqüentemente, mobilizar os aparatos do sistema produtivo de bens e serviços para o enfrentamento desta carência, é um processo visto como natural, espontâneo, fatal, a ser repetido sempre quando do (esperado) reaparecimento de uma nova doença ou evento mórbido.

A circularidade deste processo produz a sua naturalização e des-historização sendo re-asseguradora para o sujeito social, na medida em que provoca nele o sentimento de que “o mundo é assim mesmo, sempre foi e sempre será”. E é esta circularidade que, no plano simbólico, faz o “sistema” funcionar e se reproduzir.

Esta des-historização, por certo, não é sinônimo de falta de história, mas de presença da história como repetição, no caso como repetição do padrão narrativo básico da luta (eterna) dos agentes do bem, ou seja, neste caso, os produtores da saúde que hoje são a ciência e a tecnologia e seus operadores (médicos, cirurgiões, enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas etc.), contra os agentes do mal, no caso, os produtores da doença (micróbios, o acaso, os genes, homens agressores, etc) quando e no momento em que tal doença tenha atingido ou esteja em vias de atingir os corpos e mentes humanas.

A esfera da negação primária que estamos discutindo é aquela do modelo biomédico do entendimento e da intervenção na díade saúde/doença, cuja ação central consiste na produção e reprodução permanente, tanto na teoria quanto na prática, da saúde como resposta à doença, num quadro ou contexto que tem como horizonte ou tipo ideal o *mundo sem doentes*.

Neste modelo, *doença* é, definitiva e cabalmente, *algo a ser tratado*, para que deste tratamento decorra *saúde*, e tratado no cenário do corpo do homem/mulher ou (como no caso das vacinas) de uma coletividade de homens/mulheres, consistindo tal tratamento evitar ou impedir que o corpo adoça, ou adoça novamente (prevenção) ou, tendo sido atingido pela doença, controlar, minimizar os efeitos ou extrair, química ou fisicamente, tal doença do corpo (controle, reabilitação, cura).

Tal processo é simbolicamente eficaz na medida em que tem na sua base um dos elementos essenciais e perenes da narratividade, que consiste em combinar “novo” com “mesmo”, promovendo no receptor da mensagem a expectativa sobre a nova forma ou disfarce que o Mal (no caso, a doença) vai aparecer e sobre como o Bem (no caso, a saúde) vai acabar se impondo, mais uma vez.

Todavia, ao lado deste aspecto mais perene, é importante constatar a mudança atual de qualidade na eficácia narrativa e simbólica associada à saúde/doença na medida em que o Bem (a Saúde) passa a ter como fundamento a racionalidade científica, que veio (e ainda vem) tomando progressivamente o lugar do seu anterior fundamento místico, religioso, sobrenatural, de sorte a escamotear e ocultar sua natureza essencial de crença (a crença na ciência não implica de forma alguma uma contradição em termos) fazendo com que as antigas fantasias humanas da vida, da juventude, da potência, de beleza eternas passem a ganhar contornos de realidade e possibilidade no imaginário social.

## A ruptura

Para que se possa pensar num avanço, numa mudança de qualidade no entendimento da Saúde, enfim, para que a expressão “Promoção de Saúde” tenha algum significado teórico ou prático será preciso, pois, romper a circularidade do modelo anterior e conceber a saúde não como a ausência ou a não-doença provocada pela intervenção tecnológica nos corpos/mentes enfermos mas sim como a negação **desta relação circular primária**, isto é, como negação da negação.

Porém, o amplo movimento atual de crítica contemporânea a este modelo indica que há várias formas e caminhos possíveis para negar esta relação circular.

Pode-se, é claro, no bojo deste movimento de crítica, *pensar em outra coisa*, especialmente na saúde divorciada da doença e situada em outro campo semântico, mas tal pensamento oferece o risco de constituir um caminho especulativo, sem conseqüências práticas visíveis tendo, ademais, como implicação política grave o fato de que, *ao pensarmos em outra coisa* estaríamos, involuntariamente, contribuindo para fazer com que a problemática e a prática da saúde/doença continuasse, porque estaria sem adversários, existindo e se reproduzindo, livremente, no campo do conhecimento e no tecido social, nos moldes desta relação circular primária.

## O estar mal e por isso buscar estar bem

Por isso parece-nos necessário recusar este caminho, recusar o *pensar em outra coisa*, para *pensar na mesma coisa de modo diferente*.

Mas como seria *pensar na mesma coisa de modo diferente*?

Para responder a esta questão precisamos fazer uma digressão e introduzir um novo conceito como elo explicativo.

Este novo conceito diz respeito a uma constante histórica, uma condição primária, inerente ao ser-do-homem, que vem acompanhando o homem ao longo da sua história, e que pode ser expressa na dialética: ***estar mal e por isso buscar estar bem (ou, estar bem e poder estar mal)***, ou seja, no sentimento humano, necessariamente difuso e vago, de estar com seu corpo/mente ameaçado de sofrimento, angústia, dor, morte, incapacidade, deformação e dialeticamente, na energia ou impulso para superar tal condição e, conseqüentemente estar bem, isto é com saúde.

*Estar-mal-e-por-isso-buscar-estar-bem* é, primeiro de tudo, algo lógica e cronologicamente primário quando o tema em discussão for a conceituação de saúde/doença.

É o alicerce necessário a considerar sempre que se tratar de construir algum entendimento e/ou encetar alguma intervenção em saúde/doença.

*Estar-mal-e-por-isso-buscar-estar-bem* é, ao mesmo tempo, um constructo e uma realidade (ainda que vaga).

É um constructo, porque se trata de instrumento necessário para pôr ordem na reflexão sobre a natureza do conceito ou idéia de saúde/doença.

Assim, *estar-mal-e-por-isso-buscar-estar-bem* poderia ser visto como o que PEIRCE (1975) chama de *primeriedade*, ou seja, a base ou aquilo que vem antes do signo ou de todo o processo de significação, em suma o referente, sempre que a conceituação de saúde/doença estiver em jogo.

Este constructo-referente é, por outro lado, uma realidade, algo que existe, ainda que vagamente, como uma qualidade (PEIRCE, 1975), sentimento ou sensação e um movimento, que gera ou dá condições de possibilidade para um tipo de discurso e prática (o discurso e a prática da saúde-doença) real, verossímil.

*Estar-mal-e-por-isso-buscar-estar-bem* é também uma *primeiridade temporal*: a história vem *sempre depois* deste sentimento/movimento, como resultante dele.

Tal sentimento/movimento, que vem acompanhando o homem desde sempre, acabou dando lugar a um investimento libidinal, cognitivo, simbólico, imaginário, prático, religioso, estético, místico, financeiro, político, científico e tecnológico que, cumulativamente, acabou, ao longo da história humana, configurando um lugar específico, uma nítida região ou campo social, no sentido que Bourdieu (BOURDIEU, 2004) dá ao termo.

*Estar-mal-e-por-isso-buscar-estar-bem* é uma condição permanente do ser humano, uma angústia, uma ansiedade e uma energia constitutiva. Nesse sentido, dizer que a história vem *sempre depois* deste sentimento/movimento equivale dizer que o sentimento/movimento nunca desaparece, acompanhando *sempre* a história, como uma linha paralela.

## Permanência, aspecto provisório e poder

Em certo sentido e paradoxalmente, apesar de sua inerente vaguidade, tal sentimento/movimento é mais concreto exatamente porque é mais básico e permanente quando comparado com o aspecto provisório, a instabilidade e até a “liberdade” associada aos processos de significação e ressignificação aplicados sobre esta base concreta, que, por sua vez, dão lugar à produção dos diversos discursos possíveis sobre saúde/doença.

Por estar baseada num sentimento e movimento tão amplo e vago como *buscar estar bem* com seu corpo/mente, a Saúde poder aparecer como o que chamamos de “positividade difusa” (LEFEVRE et al., 2004) ou seja *um valor em aberto* permitindo, em tese, associá-la a uma ampla e diversificada gama de sentidos, como bem assinala Ayres (AYRES, 2007) : “...estou saudável (“porque me sinto bem”; “porque sou muito ativo, empreendedor”, “porque consigo fazer minhas coisas”, “porque não dependo de ninguém”, “porque estou feliz”.....)” ( p. 47)

Porém, se enfocarmos o tema da saúde/doença no contexto atual e do ângulo do PODER, podemos verificar um interesse generalizado, não apenas da biomedicina, como assinala AYRES (2007), mas também do próprio Mercado de maneira geral, em negar ou cercear tal liberdade, aspecto provisório e arbitrariedade na medida em que este cerceamento e a conseqüente “positivização” ou

reificação da saúde/doença abre o acesso ao forte poder ligado aos atos de fazer propaganda, vender, legislar, decretar, arbitrar e produzir saúde/doença.

De fato, o poder, tal como é, hoje, hegemonicamente praticado no campo da saúde/doença exige a “positividade”, que permite afirmar (e, conseqüentemente, considerando o que os linguistas chamam de “atos de linguagem” exercer, de fato, o poder) que “doença é isso”, “saúde é isso”; que “as (verdadeiras) doenças são estas (as da CID)”; que “você está doente”, “está saudável”; que “para ter saúde é preciso tomar o remédio x” “praticar o exercício y”, provocando e promovendo também a violência simbólica de que falam BOURDIEU et al. (1970).

É claro então, que tais “positividades”, “concretudes” ou “fatos” são peças ideológicas (VERON,1980), produções de sentido; que a saúde/doença nunca é um *ser* mas sempre um *vir a ser*, objeto de competição econômica, disputa intracorporações e entre as corporações técnicas e os leigos.

Estamos agora em condições mais adequadas para encaminhar uma resposta possível à nossa questão: ***como, para superar os impasses do modelo mercadológico e biomédico da saúde/doença, recusar o pensar em outra coisa para pensar na mesma coisa de modo diferente.***

Assim, pensar na mesma coisa seria ter como objeto de pensamento o sentimento/movimento de *estar mal/estar bem*, que poderia ser visto como aquilo que está “*em jogo*” (BOURDIEU, 1997) no Campo da Saúde como um todo, e pensar nesta coisa de modo diferente seria entender este objeto como *oportunidade de emancipação*.

## A negação secundária e o estar mal como oportunidade de negócios x oportunidade de emancipação

De fato, *estar mal* na qualidade de referente ou virtualidade, ou condição humana permanente pode gerar, dialeticamente, uma *oportunidade* ou condição de possibilidade para a emergência da saúde.

Tal oportunidade é a nossa hipótese, e que pode ser lida hoje, sob uma perspectiva sociológica e política seja como *oportunidade de negócios* seja como *oportunidade de emancipação*.

Assim, no quadro histórico das economias de mercado, tal oportunidade passa a ser lida como *oportunidade de negócios*, que só pode dar lugar a uma negação primária e circular do estar mal, que tem como produto um sentimento *sempre provisório* de estar bem, uma vez que um *negócio* tem que estar sempre “em circulação”, ou seja, sendo permanentemente reproduzido.

A Promoção de Saúde como negação da negação, na medida em que é proposta como ruptura paradigmática, aparece então, necessariamente, como negação desta relação circular.

Entretanto, para poder negar tal relação circular é preciso admitir que o modelo circular não consegue dar conta, no plano simbólico e no plano prático, de todo o sentimento de estar mal e da energia para estar bem.

Pode-se dizer com segurança que o movimento de Promoção de Saúde, desde o conhecido Relatório Lalonde (BUSS, 2004), nasce deste sentimento de insuficiência e articula um modelo alternativo como saída.

A proposta da Promoção de Saúde, com efeito, postula que o modelo atual de entender e cuidar da saúde/doença e a relação mercantil baseada na ciência e na tecnologia que lhe corresponde não podem ser vistos como “o fim da história” da saúde/doença; que investir em tal modelo não apenas não resolveria os problemas como criaria ainda mais problemas, provocando os chamados efeitos yatrogênicos, classicamente denunciados por ILLICH (1978).

Porém, no bojo desta crítica, esta primeira Promoção de Saúde acaba “jogando o bebê com a água do banho”, abandonando a doença como seu foco e buscando centrar a ação e a reflexão numa saúde “positivada” e desvinculada da doença (LEFEVRE et al., 2004), o que acaba levando o movimento a sérios impasses teóricos e práticos, esvaziando seu poder crítico radical.

Desta forma, fica claro que o significado do rompimento que estamos discutindo, que gera a Promoção de Saúde como negação secundária qualitativamente distinta da negação primária, precisa apontar para um novo entendimento ou para uma re-significação da condição básica ou referente: *estar mal* e jamais para um abandono dele, jamais para uma negativa de jogar, com o mercado e com a biomedicina hegemônica, o “jogo do estar mal/estar bem”.

Neste novo entendimento, que é o da Promoção de Saúde como Negação da Negação, muda o pressuposto-base: o homem e a mulher não *estão mal* porque seu corpo/mente está mal (pressuposto do modelo mercadológico e biomédico da negação primária) mas, ao contrário, o corpo/mente do homem e da mulher está mal porque os homens e mulheres estão mal, isto é estão vivendo mal, se relacionando mal, trabalhando mal, vivendo mal nas cidades, e isto deixa marcas no corpo/mente.

Desta forma, o estar com o corpo/mente mal - porque tal estado incomoda, agride, perturba o homem, o cidadão - gera uma oportunidade para entender o estar mal como uma espécie de *mal estar da civilização* freudiano oferecendo, conseqüentemente, uma possibilidade concreta de conhecimento para a transformação ou para emancipação, como diria SANTOS (1996).

O programa da Promoção de Saúde como Negação da Negação tem por objeto primário estudar (e até tratar) o estar mal corporal/mental procurando nele a sociedade, buscando entender como o estar mal corporal/mental reflete o estar mal da civilização ou como revela a sociedade.

Por isso a “cidade saudável” e assemelhados - “ícones” da Promoção de Saúde tradicional - não podem ser o *objeto primário* das propostas de Promoção de Saúde, mas uma decorrência ou desdobramento dos resultados de pesquisas, ou de intervenções baseadas em pesquisas, que permitam revelar e esclarecer as relações ou cadeias causais entre os dados (quantitativos e qualitativos) de mortalidade e os relativos aos diversos estados mórbidos

e seus determinantes sociais, socioeconômicos, psicossociais, culturais, sócio-ambientais.

Fora destas relações causais, tal Promoção de Saúde “direta” ou “imediate” é facilmente absorvida por um mercado infinitamente voraz que tudo abarca e que, como se sabe, é dotado de alto grau de plasticidade para acomodar supostas contestações, como mais um novo nome, ou marca, ou classe de mercadoria ou serviço de saúde destinado a compor o estoque de mercadorias e serviços do gênero “disponíveis para a compra”.

## Mundo sem doentes x mundo sem doenças

O pressuposto do modelo circular, como se assinalou, é um corpo/mente que está mal, ou seja, um ser doente, e neste modelo, é preciso saber o que há ou o que aconteceu com tal corpo/mente e o que fazer *nele ou com ele* para negar (curar, controlar, proteger, aliviar, minorar etc) tal estar mal.

Neste modelo circular de saúde-doença, então, a unidade de conhecimento e de ação ou prática é sempre o corpo/mente individual porque na sociedade da mercadoria, da qual tal modelo é um subproduto, a compra de mercadorias e serviços específicos pelos indivíduos é vista como o único (ou o mais nobre) recurso para deixar de estar mal. Neste contexto, uma variedade de mercadorias e serviços para deixar de estar mal são oferecidos para os indivíduos comprarem, incluindo, além de medicamentos, cirurgias, exames e também a Promoção de Saúde privatizada sob a forma, por exemplo, de modos/locais saudáveis de morar, *com muito verde, lugar para caminhar, supermercados com alimentação orgânica, equipamentos para “malhação”* etc.

A utopia, o horizonte, a energia, o desejo que move o modelo circular é o *mundo sem doentes*, que se confronta pois, com sua antítese, isto é, com o *mundo sem doenças*, energia que move o modelo de Promoção de Saúde como Negação da Negação.

O foco agora é a doença e não o doente e a doença não como condição de pessoas doentes consideradas em si mesmo, mas como atributos ou qualidades do *homem da história, vivendo em sociedade*.

O que não significa qualquer desconsideração do homem-doente ou qualquer movimento de desumanização, constituindo, ao contrário, uma proposta de humanização de segundo grau e socialmente mais eficiente, na medida em que tem como agentes homens historicizados, portadores de doença ou mal estar e, portanto, dotados, ao menos em tese, de um poder maior para operarem mudanças sociais concretas.

Desta forma, para a Promoção de Saúde, a doença é algo que vai mal com o homem como ser social e histórico e que se reflete em seu corpo/mente, e que é preciso entender, examinando-se as causas ou as relações de dependência entre o ir mal e a vida em sociedade como experiência histórica; o entendimento destas relações, por sua vez, pode ser usado como uma oportunidade para a emancipação humana.

Contudo, é preciso que fique claro que a *démarche* da Promoção de Saúde implica entender ou buscar entender e intervir na a sociedade e em suas mazelas a partir da doença e não o inverso, ou seja, a doença a partir da sociedade, o que significa, ao contrário do que coloca a Primeira Promoção de Saúde, que o responsável político maior pela teoria e prática da saúde/doença é o Setor Saúde e não a sociedade como um todo.

As regras de sintaxe do discurso da Saúde Coletiva não devem ordenar seu sintagma de base como: “a sociedade está mal organizada, há injustiça social, desigualdade, etc. *então* deve haver doenças que estejam refletindo estas mazelas”; a sintaxe adequada deveria, a nosso ver, dar conta do sintagma inverso, ou seja: “há doenças, *então* tais doenças podem estar refletindo desequilíbrios e desajustes sociais”.

Então, dar conta deste segundo sintagma, tarefa magna da Promoção de Saúde, implica entender a doença e enfrentá-la buscando não a cura ou o bem-estar individual, mas a emancipação coletiva.

## Saúde como performance x Doença como incômodo

Na atual sociedade (e mundo) em que vivemos, a liberdade para o indivíduo buscar e mesmo atribuir sentido à “sua” saúde, ao seu bem estar e à sua cura é fortemente cerceada na medida em que, sendo tal sociedade regida pelo princípio do consumo, a figura do indivíduo é subsumida pela do consumidor e a da busca da saúde pela performance, ou seja, pela procura individualizada de bem-estar e pelo consumo de comportamentos, produtos ou serviços supostamente propiciadores de saúde; tudo isso torna o indivíduo e as coletividades aprisionados e dependentes do mercado e de sua lógica, fazendo com que as pessoas sejam obrigadas a consumir o comportamento, produto ou serviço supostamente saudável sob pena de não “performar”, ou seja não conseguir atingir o estado corporal/mental estabelecido arbitrariamente como saudável e, conseqüentemente, perder pontos no “jogo da vida”.

Tal raciocínio vale também para a saúde positivada como performance coletiva: cidades ou países (e até continentes) que não se comportam “saudavelmente”, que não consomem as políticas públicas saudáveis, perdem pontos nos *rankings* globalizados e, conseqüentemente, não se tornam merecedores de investimentos.

Portanto, a condição básica humana do *estar mal* é aproveitada ou cooptada pelo Mercado para nos obrigar, individual e coletivamente, para não estar mal e ter saúde, a consumi-la sempre incorporada na mercadoria, o que implica tanto não estar com as doenças da CID, como positivamente, estar “performando” adequadamente.

Contrapor-se a isto, portanto, é entender a Promoção de Saúde como o aporte possível de um novo sentido do estar mal, entendendo-o como um tipo de ameaça de doença, dor, morte, sofrimento que permite e possibilita, pela leitura que se fizer da ameaça e pelo uso político-pedagógico da energia transformadora gerada por ela, a abertura de um caminho para a emancipação.

Conclusão: evidenciar negativamente as insuficiências do modelo circular e apontar positivamente para as possibilidades de emancipação presentes no modelo dialético

Duas conclusões podem ser destacadas, uma **negativa**, a de que é preciso reconhecer as insuperáveis insuficiências do modelo de entendimento e de prática da saúde/doença, largamente hegemônico hoje, entre nós e alhures; e outra, **positiva**, ligada ao fato de que a condição humana permanente caracterizada por *estarmos mal e, por isso, buscarmos estar bem* deixa abertas largas possibilidades de redirecionar as questões da saúde e da doença para a **emancipação**, caso consigamos, através de uma adequada leitura da nossa morbidade e mortalidade, entender porque *estamos mal* e como poderíamos, a partir deste entendimento e aproveitando a insatisfação com nosso estado, caminhar positivamente em direção a um *estar melhor* como indivíduos e coletividades.

Todavia é preciso reconhecer que tal emancipação, para que deixe de ser mera “palavra de ordem”, precisa contrapor-se à atualmente dominante negação da doença resultante de uma intervenção de base científico-tecnológica (diga-se de passagem, cada vez mais sofisticada) de forma inextricável associada a uma relação mercantil (cada vez mais) timidamente regulada por um Estado (cada vez mais) largamente a serviço do pólo hegemônico.

Enfim, para nos emanciparmos vamos precisar descobrir, entre outras coisas, por quê tantos de nós, seres humanos morremos de câncer antes do tempo, nos estressamos tanto, nos drogamos cada vez mais, nos matamos uns aos outros em larguíssimas proporções nas periferias das megalópolis e nas rodovias de alta velocidade; porque agredimos nossas mulheres e nossos filhos, entupimos nossas veias e artérias e inchamos nossos ventres, envenenamos nossos peixes, transformamos as telas de nossas televisões em espelhos voyeristas e assim sucessivamente.

Como se vê, tarefas nada fáceis nem agradáveis.

## Referências bibliográficas


- AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**: a influência do jornalismo e os jogos olímpicos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- BOURDIEU, P; PASSERON J.C. **La reproduction**: elements pour une theorie du systeme d'enseignement. Paris: Ed. Minuit, 1970.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: **Promoção de Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ILLICH, I. *Medical nemesis : the expropriation of health*. New York : Pantheon Books, 1982.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent 2004.

PEIRCE, C.S. **Semiótica e filosofia**. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1975

SANTOS, B.S.S **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1996.

VERON, E. **A produção do sentido**. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1980. 

## Sobre os autores

### *Fernando Lefevre*

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (1969), mestrado em Semiótica pela Universidade de Paris - Sorbonne (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Desde de 2000 é professor titular da Universidade de São Paulo e desde 2005 assessor do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: pesquisa qualitativa, representação social, comunicação social em saúde e metodologia qualitativa. É criador junto com sua esposa Ana Maria Cavalcanti Lefevre da técnica de processamento de depoimentos em pesquisas de opinião, chamada Discurso do Sujeito Coletivo bem como do software Qualiquantisof, ambas desenvolvidas na Universidade de São Paulo. Bolsista de produtividade do CNPq.

### *Ana Maria Cavalcanti Lefèvre*

possui graduação em Ciências Biológicas- Bacharelado e Licenciatura pela Universidade de São Paulo (1972), graduação em Pedagogia pelo Centro Universitário Nove de Julho (1985) , graduação em Ciências de 1º Grau pelo Instituto de Biociências da Usp (1973) , Especialização Em Educação Em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1981) , Especialização Em Administração de Recursos Humano pelo Fundação Armando Álvares Penteado (1987) e especialização em Capacitação Desenvolvimento de Recursos de Saúde pela Universidade de São Paulo (2001). É mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1996) e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000) . Atualmente é Sócia administradora do Instituto de Pesquisa do Sujeito Coletivo e pesquisador do Instituto de Pesquisa do Sujeito Coletivo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva. É criadora junto com seu marido Fernando Lefevre da técnica de processamento de depoimentos em pesquisas de opinião, chamada Discurso do Sujeito Coletivo bem como do software Qualiquantisof, ambas desenvolvidas na Universidade de São Paulo.