



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

de Camargo Jr., Kenneth Rochel

As armadilhas da "concepção positiva de saúde"

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 63-76

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838212005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR. ■

RESUMO

Uma das linhas mais estruturadas de crítica ao modelo biomédico, em geral, e em particular da aplicação do mesmo a intervenções coletivas no bojo da tradicional saúde pública, centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade da categoria doença neste modelo, o que levaria a uma série de consequências indesejáveis. Como contraponto, cresce cada vez mais o clamor pela promoção da saúde, baseada numa “concepção positiva” desta, que, visando a extrapolar o empobrecimento da simples evitação das doenças, restaura em toda sua plenitude os valores mais amplos da vida. Este artigo apresenta dois contrapontos, um à crítica e outro às proposições dela decorrentes. Em primeiro lugar, o problema não consiste exatamente na categoria doença, mas na sua reificação, isto é: doença pode ser entendida como um artefato teórico e heurístico, que organiza o conhecimento disponível e delimita uma classe de problemas em que a intervenção técnica é não apenas justificada como eticamente mandatária, circunscreve a esfera de atuação dos profissionais de saúde e cria, ao menos em princípio, uma barreira à medicalização da vida. Em segundo lugar, o risco da ênfase excessiva numa suposta “definição positiva” da saúde como orientadora da atuação dos serviços de saúde está em estender a esfera de atuação do chamado “setor saúde” à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas.

Palavras-chave: Saúde; doença; epistemologia; estilo de pensamento; paradigma.

Recebido em: 28/02/2007.

Aprovado em: 15/03/2007.

Introdução

Uma das linhas mais estruturadas de crítica ao modelo biomédico, em geral, e em particular da aplicação do mesmo a intervenções coletivas no bojo da tradicional saúde pública, centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade da categoria *doença* neste modelo. Isto levaria a uma série de consequências indesejáveis, em particular a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças, o que traria como corolário a ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa, ou no máximo contemplando a prevenção das ditas doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações, por exemplo, toda a dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana.

Como estratégia de enfrentamento desse problema, tem sido recorrente a idéia da necessidade de produção de uma “definição positiva de saúde”, que, visando a extrapolar o empobrecimento da simples evitação das doenças, visa a restaurar em toda sua plenitude os valores mais amplos da vida. Esta idéia encontra desdobramentos até mesmo em termos do desenho de políticas públicas, com a idéia de “promoção da saúde” - expressão por si só passível de críticas pela sua indefinição (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002).

Ainda que concordando em parte com a crítica apontada no início deste texto, gostaria de oferecer dois contrapontos, um à crítica e outro às proposições dela decorrentes: proponho um deslocamento do fulcro da crítica à noção de doença para a sua reificação, para em seguida apontar algumas dificuldades decorrentes da proposta de concepção ampliada.

A doença

A concepção de doença na biomedicina articula três ordens de dificuldades interligadas:

- a própria indefinição conceitual;
- o reducionismo biológico da biomedicina;
- a reificação da noção de doença.

A indefinição conceitual da categoria doença é apontada por diversos autores, entre os quais destaca-se Canguilhem, que descreve a dupla tautologia

da doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença (CANGUILHEM, 1966). Transcorridos mais de 60 anos da publicação do trabalho original desse autor, contudo, a biomedicina segue a ignorar essa importante contribuição teórica.

Isto não significa dizer que não há uma concepção de doença na racionalidade biomédica; esta é, contudo, uma vaga noção implícita no discurso biomédico, especificada numa coleção de doenças tal como a CID, caracterizando o eixo teórico da biomedicina como uma teoria das doenças (CAMARGO JUNIOR, 2003). O fato de ser implícita impede seu exame crítico e faz com que esta concepção, inculcada por práticas específicas de socialização, se torne um retrato “natural” das enfermidades (GOOD, 1994).

O reducionismo biológico da biomedicina (precisamente o que autoriza esta denominação), também apontado por diversos autores, é destacado por Arouca (2003, p. 157-74), em sua análise dos conceitos básicos da medicina preventiva. Essa redução exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença fatores sociais ou individuais, ditos “subjettivos”, com implicações para todas as intervenções da saúde. Este seria um exemplo daquilo que Canguilhem chama de *ideologia científica* (CANGUILHEM, 2000), no caso, a extensão de uma concepção limitada, fundada numa ótica disciplinar específica, à totalidade de um campo complexo.

A reificação da categoria doença, por fim, desloca o indivíduo doente do foco do olhar médico; o artefato heurístico para lidar com determinadas modalidades de sofrimento (ver mais adiante), torna-se *coisa*, às expensas de seus portadores - v. entre outros, Clavreul (1983).

A articulação dessas três linhas num paradigma ou estilo de pensamento (KUHN, 1996; FLECK, 1979) é que determina, a meu ver, as dificuldades apontadas no início deste texto. A doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade “natural” que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo. Essa articulação se torna clara na tentativa de explicitação das noções básicas do que chamei em outro momento de *teoria das doenças*: as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (leia-se,

medicamentosa ou cirúrgica). Esta é uma definição ausente de qualquer manual médico, mas que nem por isso soaria estranha a um profissional da área. A descrição é perfeitamente compatível, por exemplo, com o chamado “modelo de história natural da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 14-35).

Finalizando esta parte da argumentação, portanto, o fundamento teórico dos problemas postos em relevo pela perspectiva crítica sobre a biomedicina resulta não de uma concepção equivocada ou restrita de saúde, mas é consequência de uma dada configuração paradigmática, onde uma noção fluida e implícita de doença desempenha papel fundamental.

A constituição da demanda por “saúde”

O pano de fundo da discussão precedente é a constituição de uma demanda, através de processos culturais, políticos e sociais bastante estudados, por serviços ditos “de saúde”. Com frequência, as análises sobre esse processo fazem uso recorrente da expressão “necessidades de saúde” (por vezes, *reais* necessidades de saúde). Este uso decorre da necessidade lógica de identificar metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso de ação escolhido. Como em outras situações, contudo, a aparente simplicidade da expressão oculta importantes problemas conceituais com repercussões bastante concretas na prática.

Deixando de lado momentaneamente a questão da(s) definição(ões) de saúde, parto do princípio de que, como se trata de formular intervenções, o que se tem em mente são *problemas* de saúde¹ que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, traduzíveis na racionalidade biomédica por doenças claramente identificadas. Ao longo da história, as sociedades ocidentais desenvolveram um conjunto de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões para dar conta de tais “problemas”, que em seu conjunto constituem aquilo que usualmente se tem em mente quando se fala no *setor de saúde* ou *área da saúde*, expressões também frequentes na discussão sobre planejamento em saúde. Num ajuste perfeito, teríamos a emergência (ou ameaça) de problemas de saúde que constituiriam a demanda por serviços de saúde; ao setor saúde caberia identificar e responder a essa demanda, identificando prioridades e alocando recursos de acordo com as mesmas.

Esta imagem idílica de perfeito ajuste, contudo, não resiste nem mesmo a um exame superficial. Ela parte da premissa de que os tais “problemas de

saúde” são objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, bastando serem corretamente identificados pelas técnicas adequadas. Contra essa perspectiva simplificadora, poderíamos propor uma concepção mais matizada, descrevendo o processo de definição e identificação dos problemas de saúde como uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo. Esta concepção, informada pelo campo dos chamados *Science Studies*, tem norteado parte significativa da produção nacional e internacional no campo da Saúde Coletiva.

Esse campo é diverso, com conflitos internos e talvez até mesmo excessivamente heterogêneo para ser considerado um *campo*,² mas acredito ser possível apresentar um conjunto mínimo de características comuns a esse grupo de pesquisadores: em primeiro lugar, a rejeição da idéia de que o conhecimento científico é simplesmente um registro passivo cada vez mais exato de uma realidade pré-configurada; em segundo, e em decorrência do primeiro, a crítica continuada a concepções essencialistas do quê seria este real; e, finalmente, uma ênfase na necessidade de abordar-se a produção do conhecimento científico como empreendimento humano, devendo portanto estar aberta também às descrições baseadas nas Ciências Sociais e Humanas, em especial a História, a Antropologia e a Sociologia, em articulações interdisciplinares. Em decorrência dessas características, segue-se que parte significativa das análises produzidas no campo dos *Science Studies* busca reconstruir a narrativa perdida dos objetos da ciência, evidenciando o papel da agência humana na mesma.

As implicações da naturalização das “necessidades de saúde”

Um pré-requisito para o entendimento dos possíveis problemas gerados pela naturalização de tais necessidades é a apreensão, ainda que esquemática, do escopo das técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões envolvidas neste campo, ou seja, o chamado *complexo médico-industrial* - CMI (CORDEIRO, 1980).

Numa primeira aproximação, e sem a menor pretensão de esgotar o tema, em torno da assistência à saúde gravitam a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições oficiais de formação de pessoal na área de saúde (universidades e suas faculdades de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia etc.), as empresas de seguro-saúde, ou de

medicina de grupo e seus equivalentes, os vários tipos de serviços de saúde (hospitais, ambulatorios, clínicas etc.), públicos e privados, um setor da indústria de publicações (revistas, livros específicos das várias áreas disciplinares), instituições de pesquisa (não necessariamente universitárias), instituições alternativas de formação de práticas idem, praticantes de várias formas de terapia alternativa com ou sem reconhecimento do Estado. Todos a disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos, buscando caracterizar para a população em geral e para auditórios técnicos específicos do próprio campo, potenciais usuários diretos ou indiretos dos bens e serviços que produzem, que estes são necessários e adequados no enfrentamento dos problemas de saúde, e mais, que são estes atores e instituições os capacitados a definir o quê é um problema de saúde.

Agregue-se a isto que, na grande maioria das vezes, a decisão de buscar um serviço de saúde e submeter-se a ele é do usuário, ou ao menos daqueles que os cercam; sendo assim, sem o convencimento do usuário final, as tais “necessidades” jamais se materializarão em demanda por cuidado.³ Tendo em vista as inúmeras vantagens (e não apenas econômicas) que uma crescente expansão de necessidades traz para pessoas e organizações que têm por objetivo atendê-las, é de se esperar que eventualmente estes tentem ativamente expandir sua base de usuários.

Os processos designados nos últimos 40 anos como *medicalização* (v. SAYD, 1998) podem ser entendidos como manifestação dessa tendência mais geral. Classicamente, o termo *medicalização* pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”, e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos.

Este seria talvez o principal exemplo de conseqüências indesejáveis trazidas pela naturalização das necessidades de saúde, uma vez que obscureceriam justamente o seu processo de produção através da medicalização.

Por outro lado, ao retomar-se a perspectiva do complexo médico-industrial, é possível pensar numa concepção ampliada desse conceito, colocando em questão a adequação do próprio nome “medicalização”; tendo-se em vista que os agentes que a promovem não são necessária ou primariamente médicos.

Deste ponto de vista, quaisquer agentes do CMI - e mesmo os praticantes não-hegemônicos, "alternativos" - podem ser agentes dessa medicalização em sentido lato, convencendo segmentos cada vez mais amplos de que um dado evento é um "problema de saúde", que possuem uma solução para o mesmo, e ainda que sua solução, e não qualquer outra, é eficaz e segura - em outras palavras, *confiável*.

Alguns exemplos concretos podem deixar mais claros os processos acima descritos: Moynihan descreveu em artigo publicado no *British Medical Journal* (BMJ), em 2003, a criação de uma nova categoria diagnóstica (disfunção sexual feminina) como estratégia para aumentar o mercado potencial, e possivelmente estender o período de proteção patentária, de drogas já utilizadas com outros fins (MOYNIHAN, 2003); Smith, ex-editor do BMJ, denunciou a transformação dos periódicos médicos em veículo da propaganda farmacêutica (SMITH, 2005); Rampton e Stauber apresentaram exemplos nos quais certas companhias conseguiram contratar cientistas para produzir (ou, nos piores casos, apenas assinar) artigos refletindo seus interesses, que foram publicados em revistas de prestígio, até mesmo o *New England Journal of Medicine* (RAMPTON; STAUBER, 2000, p. 200-204), ou ainda como o financiamento envia os protocolos de pesquisa e, conseqüentemente, seus resultados (RAMPTON; STAUBER, 2000, p. 217-221). E apesar da idéia de que a totalidade do conhecimento médico está em permanente modificação, vê-se que na indústria farmacêutica (novamente, como exemplo) inovações radicais são a exceção, e não a regra (NIHCM, 2002).

O que se vê aqui é um conjunto de estratégias de extensão de mercado focalizadas principalmente nos médicos, principais agentes a operar a certificação das necessidades de saúde e das modalidades legítimas de responder às mesmas. Uma outra estratégia reside na utilização dos meios de comunicação de massa para veicular não apenas a propaganda, ainda que dissimulada, de determinados remédios, mas todo um imaginário de "saúde perfeita" através do consumo (CAMARGO JUNIOR, 2003, p. 49-59).

Como a biomedicina representa a visão hegemônica do CMI, é evidente que será o principal alvo e instrumento dessas operações de produção e extensão de demandas; mas facilmente constata-se que mesmo racionalidades terapêuticas alternativas participam do mesmo jogo, ainda que em posição dominada e portanto mais limitada no alcance de suas estratégias.

Resumindo, então, pode-se dizer que uma peça fundamental das estratégias de legitimação e expansão de oportunidades de intervenção dos vários agentes do CMI - incluindo-se os alternativos - é o estabelecimento de “necessidades de saúde”, que, apesar de constantemente em expansão, são apresentadas como naturalmente existentes.

As consequências imprevistas da “definição positiva”

Em que pese a legitimidade da busca por uma definição “positiva” de saúde enquanto empreendimento filosófico, dado o anteriormente exposto, é questionável a eficácia de uma tal definição em solucionar as dificuldades já mencionadas. Em primeiro lugar, questões fundamentais (em particular, o reducionismo e a reificação) não são de fato resolvidas. Com efeito, essas propostas com frequência recaem no mesmo deslizamento, ao tomarem os modelos propostos como expressão de verdades mais essenciais sobre as questões do adoecer e do cuidado do que os modelos das doenças. Um modelo mais abrangente, é verdade, mas sempre limitado frente à inesgotável diversidade da experiência humana, e portador de um essencialismo ainda mais aprisionador, ao supor que dá conta da “totalidade” (outra expressão recorrente) do processo saúde/doença.

Canguilhem antecipa essa crítica ao abordar a noção de saúde em um texto de 1988, no qual, após citar Artaud, assim se pronuncia sobre uma concepção abrangente de saúde: “Nós estamos longe da saúde medida por aparelhos. Nós chamaremos esta saúde: livre, não-condicionada, não-contabilizada. Esta saúde livre não é um objeto sobre o qual se diga ou se acredite o especialista da saúde” (CANGUILHEM, 2002, p. 62).

Em segundo lugar, e mais importante, essas propostas incorrem no risco de expansão ilimitada das oportunidades de intervenção sobre os indivíduos e coletivos por parte das instituições de saúde. Dispomos de claros precedentes históricos destes riscos: as teses apresentadas à Faculdade Nacional de Medicina, estudadas por Jurandir Freire Costa, no já clássico *Ordem médica e norma familiar* (COSTA, 1983), eram exemplos de “promoção de saúde” *avant la lettre*. Eram também propostas de medicalização em larga escala da sociedade: dos currículos e arquitetura escolares às relações familiares, nada lhes escapava.

Creio ser neste sentido também que caminha a leitura que Nogueira (2003) faz das contribuições originais de Arouca, ao apontar não apenas para o

potencial medicalizador daquilo que chama de “medicina promotora”, mas ainda como a leitura peculiar da produção epidemiológica sobre o risco produz uma culpabilização dos indivíduos ao adoecerem, precisamente por não “saberem cuidar de si”, numa apropriação particularmente perversa das noções ampliadas de saúde.

Dito de outra forma, se de fato a definição do que se entende por saúde é relevante, ao mesmo tempo, precisamente por esta relevância, ela remete para um universo que escapa - felizmente - ao da discussão do cuidado, e particularmente da discussão sobre o cuidado prestado por profissionais, no âmbito de políticas de Estado. A saúde como valor existencial nos envia a uma dimensão estético-ética fundamental da experiência humana, e que precisamente por isso deveria estar preservada de intervenções de cunho normativo, como são as intervenções terapêuticas.

E, encerrando, é esse o risco que percebo na ênfase excessiva numa suposta “definição positiva” da saúde como orientadora da atuação dos serviços de saúde: se é de fato desejável que todos os indivíduos possam estender ao máximo suas aspirações, sem limitá-las à mera evitação de doenças, por outro lado é igualmente indesejável supor que é lícito estender a esfera de atuação do chamado “setor saúde” à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas. Parece-me possível apontar exatamente este caráter na generalização da idéia de “saúde” que passa a incluir quase que literalmente tudo, e a busca obsessiva de um viver saudável passa a ser tão dominada por essa idéia quanto se queria evitar. E mesmo do ponto de vista das políticas públicas, este “expansionismo sanitário” acaba se traduzindo no desvio de recursos da atenção à saúde, onde legisladores e o Executivo (federal e estadual) propuseram que os mesmos fossem aplicados, para os mais variados tipos de programa de cunho assistencialista, já que “saúde é tudo”.

Uma função positiva para o conceito de doença?

Doença pode ser entendida como um artefato teórico e heurístico, que organiza o conhecimento disponível sobre determinadas modalidades de sofrimento e auxilia na captação de informações, junto àqueles que sofrem, que idealmente serão utilizadas para, ao menos, minorar seu sofrimento. Mais ainda, ao delimitar uma classe de problemas em que a intervenção técnica é não

apenas justificada como eticamente mandatória, circunscreve a esfera de atuação dos profissionais de saúde e cria, ao menos em princípio, uma barreira à medicalização da vida.

É possível, contudo, pensar numa forma de conceituar a doença que ofereça não apenas a possibilidade de crítica, como a de relativização de sua essencialidade, tomando-a como um recurso heurístico e classificatório - e, portanto, pesadamente convencional (v. KEATING; CAMBROSIO, 2000) - que ajuda a explorar e organizar o sofrimento apresentado pelo paciente, de modo a facilitar a seleção e o acompanhamento de processos terapêuticos. Essa concepção descarta a idéia de uma essência inerente às doenças, enfatizando seu uso pragmático. Nesta concepção, “doença” refere-se a um tipo de sofrimento no qual o tipo de abordagem técnica oferecido pelos profissionais do cuidado é desejável - mais do que isso, necessário - e capaz de responder, ainda que parcialmente, a esta demanda, aliviando o sofrimento que a motivou. Ou seja, subordina-se claramente o campo de atuação técnica a princípios éticos fundamentais. Lembrando (mais uma vez) a clássica citação de Canguilhem:

Ora, a clínica não é uma ciência e jamais será uma ciência, mesmo que utilize meios de eficácia cada vez mais cientificamente garantida. A clínica não se separa da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim, ter satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo (CANGUILHEM, 1966, p. 153).

Tomando emprestados alguns conceitos da discussão de Ayres, poderíamos dizer que *doença*, neste sentido restrito, designa um conjunto de obstáculos à plena fruição dos projetos de felicidade dos indivíduos (AYRES, 2001), obstáculos passíveis de controle ou mesmo eliminação por meio do conjunto de saberes, práticas e técnicas da biomedicina.

Tal conceito pragmático de doença pode delimitar, ainda que de forma provisória, o conjunto de problemas que poderiam ser denominados “de saúde”, e que portanto justificam o recurso aos especialistas da terapêutica. Isto ainda deixa, contudo, o problema das situações em que ocorre discordância sobre a pertinência deste recurso entre o indivíduo que sofre e demanda cuidado, e o especialista a cargo de fornecê-lo. Na biomedicina, por exemplo, isto ocorre nas situações dos chamados “quadros mórbidos mal definidos”, “somatizações”,

“sintomas de origem psicológica”, zona cinzenta onde o desencontro terapêutico é freqüente. As respostas tradicionais têm sido de negar o sofrimento - recusando o cuidado - ou de tentar forçá-lo no molde da doença - medicalizando o sofrimento. Mesmo nessas situações, acredito que a idéia de doença como recurso heurístico-classificatório pode ser útil, ao reconhecer o sofrimento como tal, sem negá-lo, mas ao mesmo tempo barrando o recurso a tipos de intervenção terapêutica inadequados - no exemplo em questão, o que freqüentemente ocorre, como a prescrição de tranqüilizantes.

De toda forma, voltando aos conceitos propostos por Ayres, nesta concepção os projetos de felicidade seguem sendo responsabilidade e direito dos sujeitos, a salvo da ação normativa de profissionais e gestores da saúde...

Referências

- AROUCA, S. *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1996.
- _____. Qu'est-ce qu'une idéologie scientifique? In: _____. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences et de la vie*. Paris: Le Vrin, 2000.
- _____. La santé: concept vulgaire et question philosophique. In: _____. *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil, 2002.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CORDEIRO H. A. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.

KEATING, P.; CAMBROSIO, A. “*Real compared to what?*” Diagnosing leukemias and lymphomas. In: LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. (Org.). *Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.

KUHN, T. S. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

LATOUR, B.; CALLON, M. Introduction. In: _____. (Org.). *La science telle qu'elle se fait*. Paris: La Découverte, 1991.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

MOYNIHAN, R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, n. 326, p. 45-7, 2003.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT. *Changing Patterns of pharmaceutical Innovation*. Washington, DC: NIHCM, 2002.

NOGUEIRA, R. P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In AROUCA, S. *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP, 2003.

RAMPTON, S.; STAUBER, J. *Trust us, we're Experts!:* How Industry Manipulates Science and Gambles With your Future. New York: Putnam, 2000.

SAYD, J. D. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SMITH, R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 5, p. 364-366. Disponível em <http://medicine.plosjournals.org/perlerv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020138>

NOTAS

■ Professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; editor de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*; International Associate Editor - *American Journal of Public Health*. Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br.

¹ Essa é claramente uma expressão também cheia de problemas e imprecisões, mas estou utilizando-a precisamente pelo seu caráter quase coloquial, como ponto de partida para a discussão.

² Bruno Latour e Michel Callon, na introdução de um livro que organizaram sobre o autodenominado “programa forte da sociologia da ciência” (LATOUR; CALLON, 1991), fazem um relato histórico sobre as origens do “programa forte”, aplicável também ao campo mais geral dos *science studies*.

³ Uma descrição já clássica desses processos de formação da demanda por cuidado a partir de referenciais culturais, denominada por Maria Andréa Loyola de itinerários terapêuticos, é apresentada em Loyola (1984, p. 170-191).

ABSTRACT

The Pitfalls of the “Positive Concept of Health”

One of the most structured critiques of the biomedical model, in general, and particularly with regards to its application to collective interventions under the aegis of traditional public health, focuses on the distortions produced by the central role played by disease, which would in turn lead to a series of unwanted consequences. As a counterpoint, there is an ever increasing demand for health promotion based on a “positive concept” of health, which in order to go beyond the limitations of a mere avoidance of diseases, aims to restore the wider values of life in their full extension. This paper presents two counterpoints, one to the criticism and the other to the proposals that arise from it. First, the problem is not exactly with the concept of disease but in its reification, that is: the term disease can be understood as a theoretical and heuristic artifact that organizes the available knowledge and delimits a certain class of problems where the technical intervention is not only justified but mandated, circumscribes the sphere of action of health care professionals and creates, at least in principle, a barrier to medicalization. Second, the risk of an excessive emphasis on a supposed “positive definition” of health as a guideline for the functioning of health care lies in the extension of the range of action of the so called “health sector” to all aspects of life, of the human experience, in an even more radical form of medicalization than what was denounced by the pioneers of the field four decades ago.

Key words: Health; disease; epistemology; thought style; paradigm.