

PROBLEMAS E PERSPECTIVAS ATUAIS DA*
PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA EM MEDICINA SOCIAL*

Naomar de Almeida Filho**

I.

O presente texto nasce de uma recusa fundamental. Rejeito a opinião de que os problemas característicos de formações sociais dependentes, como o Brasil, inevitavelmente determinam o empobrecimento da pesquisa de um modo geral, e em particular da investigação em Medicina Social. A busca premente de soluções adequadas para os problemas de saúde de nossa população, no contexto de uma permanente crise de realização do setor saúde no país, não conduz necessariamente a um pragmatismo imediatista da investigação, fruto de uma idéia distorcida de ciência aplicada. A pouca disponibilidade de recursos financeiros para pesquisa em saúde, reflexo evidente dos graves equívocos na definição da política científica do país, não justifica a falta de iniciativa que alimenta o abuso de replicações de pesquisas completadas no exterior, empregando toscas versões de instrumentos desenvolvidos em outras realidades.

Acredito que todas estas questões, além-naturalmente de demandarem respostas práticas imediatas, constituem-se em rico substrato para uma discussão competente sobre as bases epistemológicas da Epidemiologia Social. Esta é fundamentalmente a pretensão deste texto, ressalvados os limites da minha competência e do desenvolvimento atual dos debates sobre o assunto ao meu alcance.

* *Texto preliminar. Não deve ser citado sem autorização do Autor. Comentários, críticas e sugestões são bem-vindos. Encaminhar para o seguinte endereço: Mestrado em Saúde Comunitária UFBA. Rua Padre Feijó, 29 4º andar. Campus Canela. Salvador-Ba, 40.000.*

** *Ph.D. em Epidemiologia. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da FMUFBA. Pesquisador II-C do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq.*

II.

O principal problema da pesquisa em Medicina Social é exatamente a sua dificuldade em abordar ... o social. A fim de introduzir essa questão básica, tentarei inicialmente destacar alguns elementos essenciais das principais teorias oriundas da Ciências Sociais que, de modo generalizado ou restritas a situações específicas, abordam o processo saúde/doença, e que oferecem um referencial relativamente eficaz no que se refere às possibilidades de aproximação com a realidade. Duas dessas abordagens operam a nível micro-social, a teoria do estresse e a teoria do " papel de doente ", e a outra refere-se a um nível macro-social, o conjunto de hipóteses sobre as consequências da modernização. Devo acrescentar que, por representarem elaborações extremamente restritivas sobre um objeto mais especificado, não abordarei as teorias de causalção social das desordens mentais, apesar de sua variedade, importância, aderência ao respectivo objeto e do seu maior poder explicativo nesse particular, simplesmente porque merecem um tratamento mais adequado em melhor oportunidade.

A teoria do estresse deriva diretamente de investigações com animais, tendo sido inicialmente formulada em seus termos atuais por Cannon, na década de 30. Para esta teoria, de acordo com Cassel (1974), processos de origem social, atuando como estressores não específicos, poderão aumentar a susceptibilidade de determinados organismos frente a um estímulo nocivo direto (agente), através de alterações no seu equilíbrio endócrino. Os quadros clínicos decorrentes de tal processo não seriam uma manifestação de um tipo particular de estressor social mas sim do agente microbiano ou físico-químico ao qual o organismo se encontra exposto. Além disso, a teoria do estresse admite a determinação constitucional de morbidade desencadeada por fatores ambientais, conforme sobretudo o trabalho sistematizador de Cassel, 1974 e Langner e Michael, 1963. Mes

mo para os pioneiros dessa teoria, enquanto os agentes de doença exercem um efeito patogênico direto e unívoco, danificando ou distorcendo estrutura e função a nível tissular ou bioquímico, os estressores atuam indiretamente (ou condicionalmente) em virtude de sua capacidade de agir na esfera simbólica (Hinkle, 1973). Para esta teoria, os estressores não diferem em essência dos seus antagonistas, os " abafadores " (buffers), distinção mais a nível do contexto, do significado e das idiosincrasias do sujeito sob estresse, como por exemplo ocorre nos fatores genericamente denominados de " suporte social " (Cas- sel, 1974).

Proposta inicialmente por Talcott Parsons (1964), a teoria do " papel de doente " defende que a enfermidade não é ape- nas um processo fisiopatológico e sim implica em um papel so- cial claramente definido, delimitado por quatro expectativas bá- sicas : a) a " irresponsabilidade " do doente frente à sua incapa- cidade ; b) a depedência em relação a uma instância social (mé- dica) legitimadora ; c) a isenção em maior ou menor grau dos outros papéis sociais ; e d) a obrigação de buscar uma saída pa- ra este papel. O sistema social, por sua vez, tem o papel de doente como um mecanismo funcional de canalização dos desvios a través do controle social por agentes sociais competentes . Freidson (1970) propõe uma tipologia do papel de doente na qual a enfermidade é classificada como ilegítima, condicional- mente legítima e incondicionalmente legítima, onde a principal crítica à formulação originária parsoniana, o seu excessivo so- ciologismo ao ignorar a base orgânica do fenômeno, é de certo modo respondida. Para estes autores, configurações específicas de personalidade, antecedentes e experiências individuais condi- cionam o próprio desencadear da agressão ao organismo , desde o estabelecimento do quadro mórbido até uma certa " tendência " a adotar o papel de doente " . Apesar do fato de que pesquisado- res em busca de evidências em apoio a esta teoria tenham estuda- do a influência de fatores como " classe social ", sexo, origem étnica, etc. , sobre o comportamento de doentes, a nível teórico

mantêm-se uma indefinição quanto à natureza dos processos sociais envolvidos. Quando se apresenta uma especificação maior desta ordem de fatores, é flagrante a utilização da representação sistêmica parsoniana de um sistema social enquanto organismo homeostático, tendente ao equilíbrio, ameaçado nesta sua vocação pela expressão da doença como fenômeno social. Por outro lado, nota-se uma séria omissão (ou desinteresse) desta teoria no que se refere à questão da determinação social dos fenômenos mórbidos, contrabalançada pelo seu foco sobre os processos sociais secundários da doença. Num certo sentido, portanto, ambas as teorias se complementam na medida em que tratam de fases distintas de um mesmo processo mais amplo.

A contribuição do grupo de escolas sociológicas ditas funcionalistas melhor se exprime em um conjunto de hipóteses, que com certa liberdade se poderia chamar de teoria, sobre as consequências para a saúde do processo social fundamental (no seu modo de entender) por que passam as sociedades ocidentais, o processo de modernização. É preciso inicialmente notar que muitos dos elementos fundamentais de tal processo, podem ser tomados também como consequência do processo em si, porém aqui estou mais interessado em modelos teóricos que têm o processo de modernização como, em si e sob certas condições, de caráter patológico. No que se refere a tais processos básicos do modelo, Cassel, Patrick e Jenkins (1960) consideram que uma cultura popular tradicional fornece normas de vida bastante apropriadas à situação social da comunidade folk, porém uma cultura adaptada à vida rural pode aumentar, em vez de diminuir, os estresses relevantes ao processo saúde/doença. Este modelo em suma propõe que a modernização pode ou não levar a uma situação de incongruência cultural, dependendo da velocidade da transição e do " grau de ajustamento " entre a cultura tradicional daquele contexto sob mudanças e a nova situação social (Wilson, 1970). Tais incongruências tendem a provocar excessivo estresse sobre as redes de parentesco, e sobre os indivíduos isoladamente, que pode ou não ser absorvido pelos sistemas biológicos e psicológicos. Aí, é preciso trazer a crítica fundamental à noção de continuum

cultural folk-urbano, basicamente por apresentar um quadro extremamente ideologizado dos contextos sociais ditos tradicionais, como se eles fossem, por seu isolamento ou coexistência com um sistema cultural maior, "culturas" ou "sub-culturas", homogêneos na medida em que seriam supostamente formados por indivíduos que compartilham traços culturais e objetivos sociais em comum. Também aqui se pode vislumbrar a intenção sistêmica e integrativa desta teoria, a nível macro, com as outras abordagens mencionadas, a nível micro-sociológico.

Em minha opinião, a proposta de recuperação destas contribuições teóricas pela pesquisa em Medicina Social passa por dois caminhos: por um lado, pode-se propor uma "depuração" das suas formulações, modelos, hipóteses e achados, substituindo as noções da teoria social que as alimenta por conceitos fundamentais do marco teórico histórico-estrutural. Com relação à teoria do estresse, autores como Eyer & Sterling (1977), Timio (1979), dentre outros, buscam resgatar o potencial crítico desta teoria propondo-a como instrumento teórico fundamental para o estudo das relações entre trabalho, exploração e doença. Nesses exemplos, tenta-se negar o mecanicismo da teoria original. Um outro exemplo: Waitzkin e Waterman (1974), analisando as relações de poder no processo de tratamento médico, pretendem o mesmo efeito com a teoria do "papel do doente". Aqui, propõem quase que uma versão "dialética e progressista" da teoria dos papéis sociais. O trabalho de Laurell e colaboradores (1976) e o meu próprio conjunto de pesquisas (Almeida Filho, 1982), por exemplo, representam tentativas de avaliar algumas consequências específicas de processos correlatos ao processo de modernização, definidos a partir da perspectiva da formação econômica e social do capitalismo dependente. Neste caso, buscamos uma superação do "culturalismo" característico da teoria original, substituindo-o por uma interpretação provisoriamente economicista.

Por outro lado, alguns teóricos advogam uma especificação das bases epistemológicas formais de tais modelos teóricos, com a pretensão de construir o "novo" referencial por meio

da negação sistemática, ponto-por-ponto, dos elementos fundamentais da "velha" teoria. Nesse caso, que engloba autores mais comprometidos com a construção do objeto da Saúde Coletiva na América Latina, como Tambellini (1976) e Uribe (1979), entre outros, aponta-se para uma série de oposições conceituais e elementares : coletivo vs. individual, específico vs. geral, concreto vs. abstrato , prática vs. modelos, etc. À parte as possibilidades de fetichização dos termos envolvidos em tal "conflito epistemológico", fica implícito, no trabalho destes autores, uma insatisfação com a proposta digamos pragmática de recuperar hipóteses e achados considerados funcionalistas, conforme vimos acima. Na verdade, parecem propor um rompimento radical com as bases epistemológicas positivistas daquelas teorias, questionando principalmente a noção chave de causalidade formal.

Até o momento, nenhuma destas orientações conseguiu tornar-se hegemônica no panorama da moderna pesquisa em Medicina Social. Para enfrentar tal dificuldade de lidar com a dimensão social, algumas saídas tem sido recentemente propostas, ambas fundadas sobre o reconhecimento da Epidemiologia enquanto base metodológica para a investigação em saúde. A primeira saída, a mais imediatista e pragmática, propõe simplesmente a negação do social, com o recolhimento da Epidemiologia à sua origem — pretensamente clínica, isolando artificialmente os processos saúde/doença dos processos sociais mais amplos. Esta é uma proposta de tratamento exclusivamente técnico e de recuperação metodológica da disciplina, que passa por uma ampliação " para dentro ", " internista ". (perdoem, respectivamente, o paradoxo e o trocadilho) e, desemboca na constituição de uma Epidemiologia Clínica. Na outra vertente, as propostas de tratamento teórico e de recuperação conceitual da disciplina, que orientam uma ampliação " para fora ", para o social, fundamentam uma Epidemiologia Crítica.

O simples fato de ter sido possível a apresentação de tais propostas indica que, apesar de buscarem caminhos diferentes, elas crescem sobre falhas e fissuras que de fato comprometem o avanço da pesquisa em Medicina Social. Esse motivo permi-

te reconhecer o caráter incompleto de ambas as propostas. Porém há, neste ponto, um desequilíbrio em termos de expectativas de constituição de tais propostas. Refiro-me ao fato de que a Epidemiologia Clínica parece em princípio negar a necessidade de uma discussão das bases teórico-conceituais da disciplina, uma vez que admite a valência do modelo " clínico-experimental " como fundamento epistemológico formal. Ao contrário, a Epidemiologia Crítica, além de primariamente se preocupar com o nível teórico-conceitual, tem como expectativa secundária também a recuperação metodológica e técnica da investigação epidemiológica. Nessa dupla perspectiva de uma Epidemiologia crítica porém realista, penso ser possível provisoriamente resumir o debate em torno de tão importante problemática em três pontos essenciais: 1) Ampliação e des-valorização do espectro de desenhos de pesquisa; 2) Reconhecimento da necessidade de modelos teóricos, construídos sob o primado da lógica da refutação; 3) Rediscussão competente da noção da causalidade.

III.

Em qualquer investigação científica entram circunstâncias de desconfiança, descrença e incerteza; ninguém discute mais isso.

Crença, certeza, confiança, são as três palavras da " lei da ciência ". Para proferi-las positivamente, ou para tê-las mesmo como referência provisória, o cientista emprega sistemas de raciocínio auxiliares, que se organizam, como no caso da Estatística, em técnicas de análises. A propósito, detalhemos um pouco mais o exemplo da Estatística. Em verdade, o que a Estatística dá ao pesquisador é um ponto de apoio; ele pode ou não acreditar na eficácia do seu instrumental analítico. O investigador utiliza um " valor t " da mesma maneira como um antropólogo pode empregar algum outro meio para reduzir a sua incerteza,

atê mesmo partilhar a perspectiva prôpria do seu objeto de pesquisa (o que seria inconcebível na abordagem positivista das ciências como uma prática tēcnica). Tenta-se, no limite das possibilidades, alcançar uma neutralidade ideal - e o neo-positivismo, como vimos acima, expressa uma expectativa de viabilizar este projeto. Se o " valor t " me permite não falsificar a hipótese X, eu nada tenho a ver com isso, não sou eu, pesquisador, e sim a Estatística que estã dizendo. Um outro método menos conservador pode não atentar para o caráter instrumental da Estatística (lembrar a determinação social, cultural e política, bem como a função bem clara que historicamente se delineou para a Estatística) (Mora Y Araújo, 1973); pode mesmo passar para um tipo de determinação relativamente menos instantânea e formalizada, mesmo que seja útil apenas para um dado objeto de pesquisa, ou para uma etapa intermediária da investigação.

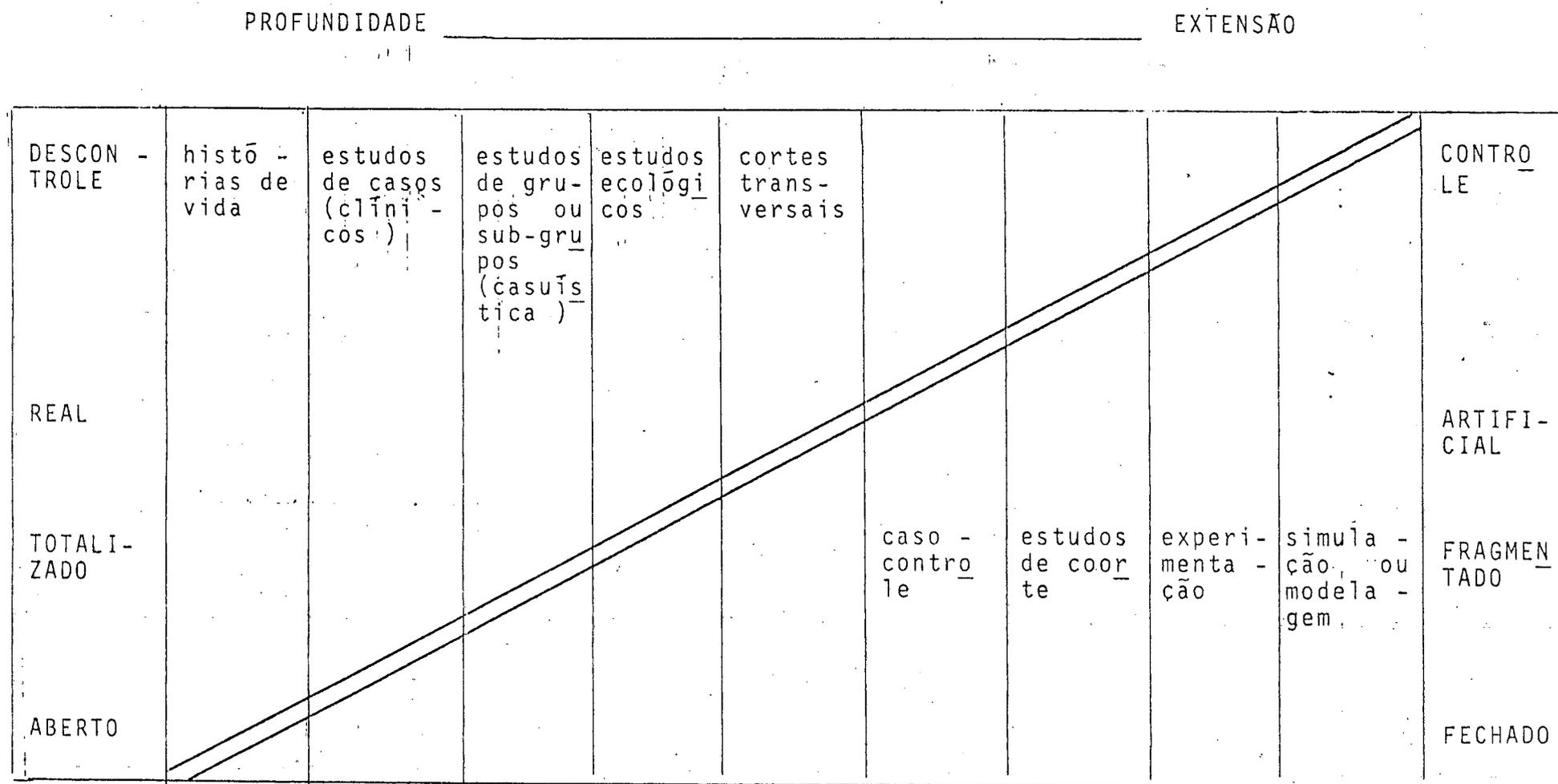
Na pesquisa em Medicina Social, notadamente na investigação epidemiológica, tais passos de análise constituem-se em reduções, simplificações, ou melhor, em padronizações de processos de questionamento mais gerais. Aqui se aplica uma sequência básica de perguntas : se o objeto de fato existe (na natureza ou na sociedade), em que circunstâncias, e qual a sua " verdade ". A primeira questão da pesquisa é : Existe o fenômeno objeto da investigação ? Segunda : Em que circunstância (como) ou ligado a que tal questão médico-social ocorre ? Terceira : A que nível de crença (ou de dúvida) situa-se o pesquisador (sujeito da investigação) a respeito daquela questão ? O ponto principal é que a tais processos de análise correspondem estratégias de pesquisa, desenhadas exatamente em função desses diferentes modos de pensar a organização do conhecimento, o que inclui a Estatística no que se refere ao repertório da Epidemiologia convencional (estudos ecológicos, de coorte, de caso-controle, etc.) . A adoção da lógica da refutação, do princípio do pluralismo da determinação (relativamente a causalidade) e do critério da subordinação do método ao objeto da pesquisa justificam a ampliação do espectro de estratégias disponíveis para a pesquisa em Medicina Social. Desse modo, será possível conter no mesmo espectro tanto a face clínica quanto a face sociocultu-

ral dos processos saúde/doença . A Figura 1 exemplifica uma tal " saída " .

A idéia deste esquema estrutura-se em cima de um diagrama proposto por De Bruynne et alii (1978) em um ensaio sobre pesquisa-ação. A ambição de colocar em um mesmo quadro todos os tipos de estudos empregados na pesquisa em Medicina Social possui limites evidentes, apresentando-se como uma tarefa não-acabada, aberta a reformulações portanto, e justifica-se apenas pelo seu potencial didático e simplificador. Feitas estas ressalvas, podemos passar ao conteúdo dos esquemas : No lado esquerdo das figuras, cresce o espaço do descontrolo, à direita, o controle ; e assim por diante com as outras polarizações fundamentais : real - artificial , totalizado - fragmentado , aberto - fechado . Na aproximação científica a um dado objeto de pesquisa, alguns procedimentos devem ser especificados na estratégia de abordagem empregada, o que a situará em posições diferentes nesse esquema , evidenciando graus diversos de proximidade aos polos do continuum . Toda a área acima das diagonais divisórias representa o que provisoriamente chamo de " tendência à profundidade " . Abaixo das linhas mencionadas, tento expressar uma certa " tendência à extensividade " . Com a palavra profundidade, pretendo resumir as qualidades de abertura, descontrolo, totalização, realidade, da apreensão imediata do objeto da pesquisa. Ao contrário, com o termo extensividade, busco sintetizar as qualidades de fechamento, controle, artificialismo e fragmentação do polo oposto, características que contraditoriamente propiciam a elaboração de formulações generalizadas, se bem que mediadas pelo processo da pesquisa, sobre o objeto científico. As duas linhas em diagonal representam a " proporção " em que cada tipo de estudo incorpora as qualidades de um ou de outro polo. Nenhuma pesquisa é completamente aberta ou completamente controlada. Na mesma medida, essas linhas não são precisas, constituem-se mais em uma " franja " .

Não há juízo de valor na idéia de uma polarização extensão vs. profundidade . Há talvez uma gradação, em algumas dimensões, que não supõe nenhuma valorização implícita. Idealmente, am

FIGURA 1 - O ESPECTRO DOS DESENHOS DE PESQUISA EM MEDICINA SOCIAL



bos os polos deveriam estar presentes simultaneamente. O desafio, nesse caso, será a descoberta de diferentes e adequadas maneiras de se destruir um tal continuum.

Não penso em defender uma linha ou critério chamado "cientificidade". Como sugestão, defendo o critério fundamental de adequação ao objeto da pesquisa - é o objeto que determina a estratégia de investigação adotada pelo sujeito da pesquisa (o pesquisador). Se, usando um exemplo extremo, a Psicanálise estuda o inconsciente, o possui como objeto, ela não pode, para ser coerente consigo mesma, usar estudos controlados para avaliação da eficácia das suas técnicas terapêuticas. O seu objeto na verdade se encontra além do alcance dessa estratégia de pesquisa. O mesmo caso se aplica à Etnometodologia, que não tem qualquer uso para o trabalho com populações amostrais. Tratam de objetos diferentes. Em resumo, em paralelo ao grau de cientificidade, categoria própria de uma epistemologia positivista, aceita-se outra categoria, a de adequação ao objeto da pesquisa científica (Feyerabend, 1970).

Realmente, não faço qualquer juízo de valor entre os polos de tal espectro. Porém há um critério de competência técnica para o planejamento e a execução de todas estas estratégias de pesquisa. Como não há uma estruturação para os procedimentos de aproximação ao seu objeto, as técnicas tendentes à profundidade são de mais difícil acesso, envolvendo o sério problema da preparação. A iniciação clínica, por exemplo, exige um domínio da tendência de aproximação a um objeto especial, o paciente. Para o domínio desse conjunto de procedimentos se demora digamos, uns cinco anos. Enquanto que em alguns meses de estudo intensivo se aprende Estatística básica. Em compensação, quando se aumenta a concentração em domínio de técnica, se diminui a possibilidade de comunicação padronizada dos procedimentos. E aí a observação bem feita vale muito, pois alguém pode vir a dizer, equivocadamente: todos os exames clínicos são bem elaborados rituais. Na verdade, em ambos entra toda uma preparação específica, quando se aprende a coletar dados e a enxergar a realidade de uma maneira particular e quase pessoal.

IV.

Um tipo de estratégia de pesquisa em que não houvesse nenhum controle, que nada tivesse de artificial, onde existisse absoluta totalização e completa abertura não poderia ser considerada como ciência, porque o absoluto dessas qualidades não teria utilidade prática na produção do conhecimento científico. Uma ilustração : a intenção da Psicanálise de conhecer mais do que a vida dos indivíduos faz com que ela tome o seu objeto em definitiva profundidade. Talvez se constitua no exemplo mais extremo, mais radical, ainda científico, dessa polarização. As histórias de vida na Figura 1, onde se trabalha com um único caso, seriam as estratégias mais próximas à abordagem total do objeto idealmente colocado. Nelas, há pouco controle sobre as circunstâncias, sendo único enquanto caso, e portanto totalizado ao limite, real (uma verdade que está aí, em se tratando de fonte única de informação) e é quase completamente aberto por não fixar limites à profundidade da abordagem. Ao seu lado, os limites : esses tipos de estudos não podem atingir uma abertura " plena ", porque os projetos abertos viram vida (este é um problema fundamental enfrentado tanto pelo clínico quanto pelo etno metodólogo). Tecnicamente, as histórias de vida e as anamneses biográficas teriam funções diversas, é bem verdade. Preferiria chamá-la ambas de estudos de caso (no singular). Os estudos de caso individual têm uma variedade de forma muito grande. Penso porém que seria muito difícil contestar a sua posição neste esquema. Quando há problemas no processo de aprofundamento, devem ser de intenção ou competência no realizar a operação.

Quanto se tem estudos de alguns casos, numa abordagem comparativa, isto já implica em uma certa fragmentação, pois é inviável comparar o todo de algum caso com a " totalidade " de todos os outros casos. Ora, a finalidade de operar comparações determina a quebra das totalidades individuais, em um processo de fragmentação inevitável. São os fragmentos que se comparam ; busca-se similaridade e diferenças em fragmentos daquele

total. A metáfora clínica da medicina dos sistemas, aparelhos e órgãos substitui a abordagem do ser humano total, produto da visão hipocrática da integridade vital. A classificação dos homens por culturas, classes ou grupos sociais desloca o foco dos seus invariantes enquanto espécie, corpo, inconsciente, linguagem. O descontrolo é reduzido em tal processo porque pelo fato de se trabalhar com mais de um caso, limites são impostos. Os controles já estão dados pelos próprios casos, uns em relação aos outros. Lembrar que aqui se fala de estudo de casos, no plural. No estudo de casos e de casos clínicos como na Figura 1, ao invés de se ter a vida de F*, ou a história da saúde de F*, dentro dos seus próprios limites, da sua própria realidade, é preciso adequar a história da vida ou da doença desse indivíduo à dos outros casos. Trata-se de outra faceta do processo de fragmentação do objeto da pesquisa. A distinção que se faz necessária entre história de vida e estudo de casos (comparativo, como vimos) é semelhante à que se pode fazer, por exemplo, entre Memórias de Adriano e Éramos Seis (apenas na forma, sem entrar em mérito de conteúdo). Tem-se um ou seis: fez-se uma seleção de um caso síntese de certa questão, ou uma fragmentação/valorização de seis casos imposta pela variedade do objeto trabalhado. As chamadas pesquisas conceituais, tão em voga atualmente na investigação sobre serviços de saúde, seriam também estudos de caso - que não são necessariamente seres humanos. Pode-se ter, por exemplo, análise de conteúdo de um depoimento, de um discurso oficial, de um documento, ou uma investigação sobre o duplo-vínculo na relação médico-paciente, ou uma análise institucional, tudo isso referente a um certo hospital ou centro de saúde. De todo modo, são pesquisas baseadas em casos.

A terceira estratégia consiste no estudo de grupos e subgrupos. Aqui nota-se uma aproximação com características predominantes de tendência à profundidade de grupos ou subgrupos que possuem algum elemento comum, seja uma identidade cultural ou um mesmo processo mórbido.

Conforme a Figura 1, este tipo também denomina-se estudo de casuística ou de série clínica. O melhor exemplo de empre

go desta estratégia talvez seja dado pela Etnometodologia, com estudos de vagabundos urbanos, alcoolistas, homossexuais, famílias de baixa renda, etc. São às vezes chamados de estudo de subculturas, na medida em que buscam com insistência a visão-de-mundo, a terminologia, o jargão que o subgrupo compartilha e que lhe dá a sua identidade. Em termos do esquema proposto, neste tipo de estudo ganha-se em extensividade o que se perde em profundidade. A idéia de estudo de grupos combina as propostas de história de vida (e de anamnese biográfica) e de estudo de casos (clínicos), mas com uma intenção diferente por parte do pesquisador. Num, o investigador parte do pressuposto da unidade, da identidade entre os membros do grupo ; no outro, entra no espaço da pesquisa sem definições prévias. Pode-se realizar um estudo de famílias, que são grupos identificados por laços de parentesco, alcoólatras ou fumadores de maconha, que como grupos desenvolvem uma identidade subcultural própria, e assim por diante. Um critério de distinção mais prático será talvez o de número de casos : mais de 10 sujeitos, desde que estejam unidos por alguma característica comum, definirão um estudo de grupos e subgrupos ou um estudo de casuística.

V.

O repertório da Epidemiologia convencional engloba estudos ecológicos, inquéritos tipo corte-transversal, estudos de caso-controle e estudos de coorte, que correspondem à área central do esquema apresentado na Figura 1. A Epidemiologia Clínica tem como proposta operacional uma ampliação da metodologia epidemiológica mais para a direita do espectro, sugerindo uma maior atenção para os desenhos experimentais e quase-experimentais na investigação epidemiológico-clínica. Farei nesta seção alguns comentários brevíssimos sobre este grupo de estratégias de pesquisa, apenas situando-as em relação ao esquema proposto, devido ao fato de que já se tornaram parte do conhecimento elemen

tar da pesquisa na área da Medicina Social e da Saúde Pública .

Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas analisando comparativamente indicadores globais, o mais das vezes por meio de correlações entre variáveis ambientais (ou socioeconômicas) e indicadores de saúde. Os coeficientes de uma dada área constituem-se em médias referentes à sua população total, que na verdade é composta por subgrupos com características internas diferentes. Qualquer pressuposta homogeneidade determina a chamada " falácia ecológica ", principal problema analítico deste tipo de investigação. Supõe-se, dentro deste equívoco, que os mesmos indivíduos são simultaneamente portadores do problema de saúde e do atributo associado. Porém tal pressuposto só é testado reduzindo-se a área ecológica ou " individualizando-se " a análise (o que significa realizar um estudo tipo corte-transversal). Segundo o raciocínio epidemiológico convencional, tais desenhos de pesquisa não teriam o poder de testar hipóteses. Poderiam tão somente indicar associações que, caso confirmadas pela investigação a esse nível, incentivariam o pesquisador a prosseguir dentro de um projeto positivista que lhe permitiria afinal escapar da falácia ecológica.

Um tipo semelhante de investigação, também vulnerável à falácia ecológica, inclui o estudo de correlação de séries temporais. Nesse caso, cada unidade de tempo (ano, mês, dia) deve ser tratada como uma unidade ecológica completa. O fundamento da falácia assim permanece, na medida em que cada unidade se revela através da média de um indicador qualquer. O que se faz, em termos de análise, é também correlacionar médias com médias, valores intermediários com valores intermediários.

Nem todos os estudos de corte-transversal são estudos de prevalência. Pode-se completar uma investigação deste tipo com o objetivo mais modesto de calcular frequências simples, numa população não delimitada, por exemplo. Os estudos de corte-transversal com população precisamente definida podem produzir medidas de prevalência instantânea de doenças. Somente inquéritos com

sucessivos cortes transversais ou estudos tipo seguimento permitem o cálculo da prevalência periódica, que será a soma da prevalência no início com a incidência acumulada em um período definido.

Façamos um destaque para falar de estudos de coorte, único tipo capaz de produzir estimativas de incidência. O primeiro passo para realizar um estudo de incidência é completar um de prevalência, destinado a identificar uma coorte livre da doença em questão. O desenho mais simplificado disponível é aquele em que se verifica o aparecimento da doença em uma população a partir do número total de casos novos que ocorreram no período, independentemente do número de mortes e/ou curas. Os casos de morte e cura não contribuem para a prevalência inicial do período, porém influenciam a taxa acumulada de número de casos novos sobre a população exposta, que é chamada incidência cumulativa. Um desenho analítico mais detalhado utiliza a noção de "densidade de doença", medida útil quando se tem uma população que aumenta ou diminui durante o período, variando portanto o denominador da medida (Kleinbaum & Kupper, 1980).

Formalmente, a análise de incidência é semelhante à de prevalência. Se pretendermos fazer um estudo "analítico", teremos que dividir a coorte ou o grupo populacional em dois subgrupos: expostos e não-expostos a um dado fator, ou variável independente. Porém o que define a incidência é o desenho da pesquisa e não a medida que é produzida por aquele desenho. Quando falamos em um estudo de coorte estamos nos referindo a uma investigação que pressupõe uma população livre da doença, acompanhada por um período determinado de tempo. A medida de associação típica dos estudos de coorte é o risco relativo ou razão de incidências. Uma medida de associação tipo proporcionalidade significa simplesmente uma comparação matemática entre duas medidas de ocorrência. O risco relativo portanto nada mais é que uma comparação de duas incidências, quantificando-se quantas vezes uma medida é maior que a outra (expostos vs. não expostos).

O estudo de caso-controle é indicado para abordar aquelas condições em que seria impraticável um estudo de coorte. Se fi -

zermos um estudo de coorte de uma doença rara, digamos de uma incidência de 2 por 200 mil ao ano, teremos que esperar anos para encontrar um caso em uma amostra de tamanho razoável. Não há como fazer a análise. Estas condições raras geralmente se concentram em determinados locais tipo hospitais ou serviços especializados. Para serem estudadas as associações dessas condições raras com certos atributos, utiliza-se o estudo de caso-controle. Este tipo de estudo não fornece medidas de ocorrência de doença, não é capaz de indicar incidência ou prevalência. Produz uma medida de associação tipo proporcionalidade denominada de odds ratio (MacMahon & Pugh, 1970), que tem a propriedade matemática demonstrável de aproximar-se do risco relativo no caso de doenças de baixa incidência na população.

Se alguém vai fazer um estudo de caso-controle, por definição limita os sujeitos participantes e busca um grupo controle para os seus casos. Tais restrições os afastam do polo da realidade, ao tirá-los de uma população de referência, fragmentando-os por um atributo que se chamará de variável dependente, distinguindo grupos de doentes e grupos de sadios. Nessa estratégia de pesquisa, outras variáveis serão controladas por desenho ou por análise, e com isso o estudo se torna até um certo ponto fechado. Em comparação, em um estudo de prevalência, relativamente mais superficial, temos uma população que está no seu ambiente. Se o desenho de uma determinada pesquisa é cego para esta potencialidade, então este é um problema do planejamento daquela investigação. Porém a chance está dada na própria definição do estudo de corte transversal, enquanto que o caso-controle, por mais aprofundada a abordagem do cientista, vai ter o seu desenho fechado e controlando todas aquelas circunstâncias.

VI.

Existe a divisão hierárquica, inconvincentemente sugerida pela Epidemiologia convencional, entre a descrição e a análise.

Em um estudo ecológico, na verdade a área ecológica (apesar da falácia) sintetiza um conjunto enorme de variáveis que, em minha opinião, aproxima mais esse tipo de estudo do real, " desartificializando-o ". Entendo que o estudo de área ecológica, ou estudo ecológico, tem vocação para uma abordagem macro, uma aproximação mais totalizada, aberta, real e descontrolada do que os outros. Quanto à questão de valorizar mais um ou outro tipo, considero que são coisas diferentes. Os trabalhos de mortalidade infantil, por exemplo, têm um alcance que é diferente do alcance de um estudo que tenha sido feito com prevalência específica, por exemplo. Um estudo de corte transversal desse tipo, em que se tem duas áreas e onde o tipo de análise é a comparação de áreas, sugere cautela na discussão, para que não se dê a ele poderes que não tem.

A principal crítica aos tipos de estudos tendentes à extensão é justamente a seguinte : quando se faz um estudo de campo, onde se delimita um dado diagnóstico como uma variável independente e a associa a uma única variável dependente, a única coisa que está se fazendo é empobrecer a realidade. No exemplo das pesquisas sobre sexo, que série de outros fatores, fenômenos e processos podem estar presentes além dos já conhecidos ? Participação da mulher na força de trabalho ? Família ? Origem ? Classe da mulher ? ... Uma única variável entre estas pode cristalizar as outras, impedindo a análise das mesmas.

Então, para tornar as coisas mais fáceis, um modo de conseguir um maior nível de profundidade para estes estudos de extensão é trazer para dentro da análise uma série de variáveis que não poderíamos controlar . Esta é uma alternativa técnica para trazer profundidade ao estudo que tende à extensão. Temos, para isso, alternativas analíticas. Acho que a única saída desse dilema é conseguir juntar as qualidades das diferentes estratégias , porque quando estamos realizando qualquer tipo de estudo nós perdemos o poder de fazer algumas coisas, mas não perdemos o poder de fazer outras.

Como dizia, há alternativas. Existem dois métodos funda -

mentais : um deles é o que se chama de análise estratificada , onde temos medidas de associação e medidas de significância sumarizadas ou ajustadas. Podemos ter então, no caso em questão, um ajuste da prevalência ou da incidência. Teríamos assim o sexo ajustado com a idade e com uma série de outros fatores. Há limites para isso : são os limites do banco de dados. Chegamos a um ponto em que não é mais possível fazer tais ajustes. A segunda alternativa é a sumarização de efeitos - usar um modelo multivariado e dele derivar uma variável artificial. Essa sumarização busca construir uma variável-síntese capaz de em si resumir toda a exposição das variáveis " estranhas " ao modelo de associação sob teste (Kleinbaum & Kupper, 1980).

Existe uma tendência relativamente moderna de considerar a metodologia dos estudos experimentais dentro da área da Epidemiologia. Cria-se, nesse caso, um espaço privilegiado para a Epidemiologia Clínica, porém de menor interesse para a pesquisa em Medicina Social. A Epidemiologia, nesse caso, devido à tendência analisada acima, torna-se a " metodologia da pesquisa clínica " , (Souza, 1983) e, enquanto tal, a análise dos seus desenhos experimentais e quase-experimentais extrapola os objetivos do presente trabalho.

A sequência do esquema da Figura 1 prossegue até, no outro extremo, a simulação ou modelagem. Aqui se trata de modelos matemáticos, onde, nos limites das equações de funções matemáticas, pode-se introduzir modificações dentro de um determinado modelo com previsões pré-fixadas. Levando em conta os extremos mais radicais, isto também deixaria de ser ciência e passaria ao campo da matemática. Nesse campo, um modelo é uma construção fechada por definição, além de fragmentada, porque tem necessariamente que reduzir os dados a um código, geralmente numérico, completamente artificial. Porque não tem a menor correspondência com a realidade, é absolutamente controlado; doutra forma, não funciona. A pretensão das análises multivariadas é, em última instância, se tornarem simulações ou modelos matemáticos.

Uma advertência final : é possível se ter uma história de

vida ou uma anamnese biográfica superficial, induzida, controlada, fechada, na mesma medida em que se pode completar uma modelagem bem ajustada aos seus pressupostos, com razoável consistência teórica; o que, em termos de produção de conhecimento científico, poderá atingir um maior valor heurístico. A pesquisa em Medicina Social modernamente amplia-se em direção a ambos os polos desse espectro. Entretanto, a sua principal área de ação ainda situa-se nas faixas intermediárias, timidamente arriscando-se a colonizar os espaços da Antropologia Médica, buscando uma maior profundidade, o que se apresenta como a sua mais recente e promissora tendência no campo metodológico.

VII.

A Epidemiologia tradicional é irremediavelmente positivista. A sua busca de afirmação enquanto ciência básica da área de saúde fez-se através de uma vinculação-submissão ao método indutivo, elegendo a observação como característica que a distinguia de outras disciplinas básicas da área, dependentes da experimentação para a produção do dado científico. Este caráter indutivo-observacional transparece em praticamente todos os livros de texto de Epidemiologia da década de 60 e 70, que trazem os cânones de Mill explicitados (ou sugeridos) como regras gerais de demonstração de hipóteses. A base empiricista da Epidemiologia também se revela na ênfase dada à distinção entre pesquisa descritiva e pesquisa analítica, distinção inconsistente, como vimos. Os elementos essenciais para a crítica da filiação indutivista da Epidemiologia são dados pela obra de Karl Popper, principal teórico do racionalismo crítico neo-positivista, conforme proposição de Buck (1975) específica para a investigação epidemiológica.

A interpretação indutivista da ciência é veementemente criticada por Popper em seus fundamentos lógicos, explicitando "cri

térios de demarcação " que, a seu ver, de fato possibilitam a apreensão do grau de cientificidade da teoria. Popper considera a indução (i.é., inferência baseada em grande número de observações) como um mito (Popper, 1972), daí a impossibilidade lógica da demonstração de hipóteses. O conhecimento progride por meio de conjunturas, de antecipações, mais ou menos refutáveis, obra da criatividade controlada pelo trabalho crítico do cientista. Nenhuma teoria pode ser justificada apenas racionalmente, porém o seu confronto com a realidade não será científico caso se proceda de modo positivo. As teorias são sempre provisórias, e nunca empiricamente confirmáveis. Popper defende que a forma lógica de um sistema de hipóteses, ou modelo teórico, deve possibilitar a sua validação através de provas empíricas somente em um sentido negativo, o sentido da refutação. A pesquisa científica, portanto, consiste em um conjunto de estratégias destinadas a " expor à falsificação " sistemas teóricos postos à prova, e a sua finalidade não é " salvar a vida de sistemas, pelo contrário, selecionar o que se revele, comparativamente, o melhor, expondo-os todos à mais violenta luta pela sobrevivência " (Popper, 1975).

A Epidemiologia tradicional possui uma maneira especial de abordar uma faixa particular do real, a dos objetos da doença nas populações, que paralisa essa realidade em um momento dado. Trata-se de uma maneira cômoda porque encontra referência no campo dos conhecimentos biológicos, e subjacente a ela situa-se o referencial filosófico das ciências naturais (pelo menos o da época de constituição da Epidemiologia enquanto " ciência "), que tem como opção observar a realidade e explicá-la a partir de uma perspectiva estática. Como sabemos, o positivismo é fundamentalmente baseado em modelos, que se tornam geralmente tão cristalizados que sequer são ditos (como o modelo de história natural das doenças, por exemplo).

A adoção do neo-positivismo poderá sacudir a Epidemiologia. Ancorada nas ciências biológicas, ela continuaria sem revelar os seus modelos, paradigmas e regras de sintaxe, sem discutir ou atualizar a questão do seu estatuto de ciência, escamoteando en

fim os seus impasses teóricos mais fundamentais.

A comodidade oferecida pelo referencial positivista à Epidemiologia justifica-se : a) porque a validade do método de prova repousa no critério de demonstração da hipótese, o que aumenta a " probabilidade " (no sentido popperiano - Popper, 1972), da sua aceitação ; b) porque a natureza das relações entre os termos da hipótese já se encontra reduzida à idéia de causa. A simples aceitação do princípio da refutação, embora atraente, atende apenas à crítica do item a). Entretanto, para os neo-positivistas, a relação que é pressuposta entre os elementos da teoria é de natureza similar àquelas do positivismo, o que portanto não atinge à crítica do item b). Na raiz de ambas as posturas, além disso, a questão da paralisação do real permanece, incomodando. Mesmo com todas estas considerações, será realista o abandono das hipóteses, dos paradigmas (implícitos e explícitos), do instrumental metodológico e analítico da investigação epidemiológica convencional ? Acredito que não. A insistência do neo-positivismo popperiano com relação à construção de modelos permite superar o problema da omissão da teoria, prevalente na Epidemiologia tradicional e, em minha opinião, dá a chave para uma integração de posturas de pesquisa dentro da proposta da Epidemiologia Crítica.

Se o cientista cria e desenvolve modelos, ele faz opções no sentido de paralisar a realidade. Toda vez que se institui um símbolo ou um conjunto de símbolos (outra definição de modelos) os objetos reais que se constituem em sua referência se quedam, a esse nível, " paralisados ", apesar de que as coisas (as causas) que se busca representar não param de se mover. É realmente necessário fazer " cortes de congelamento " ; na prática um modelo é exatamente essa paralisação. Em outras palavras, de modo mais superficial, podemos dizer que um modelo é como um " desenho " dos nexos que o cientista pretende " enxergar " na natureza ou na sociedade, e não como o resultado sistematizado do que a natureza ou a sociedade estão " dizendo " a partir de observações ou experimentos. Aí se encontra a utilidade dos modelos : é que através deles se pode simplificar a realidade, delimitando questões específicas, o que equivale a " demarcar " hipó

teses refutáveis. A provisoriedade dos modelos, criados para serem " destruídos " pelo processo de pesquisa, recupera parcialmente a dinâmica dos processos reais perdida quando da sua paralização em um sistema de hipóteses. Este processo de recuperação poderá ser acelerado, digamos que artificialmente, ao se trabalhar com modelos em competição, geradores de hipóteses antagônicas a um mesmo nível de " falseabilidade ". Evidente que as estratégias de testagem para ambas as hipóteses, e mais especificamente o instrumental analítico empregado, deverão ser de igual poder e eficácia. " A violenta luta pela sobrevivência ", de que fala Popper, terá sido então facilitada.

Darei um exemplo desse método com a minha própria prática de pesquisa (Almeida Filho, 1982) : Dentre as mais antigas hipóteses sobre a determinação social das doenças mentais , destaca-se aquela que sugere uma associação entre experiência migratória e patologia mental, dentro de um modelo de mudança cultural enquanto substrato e consequência dos processos migratórios humanos. Ao invés de testar esta hipótese isoladamente, buscando demonstrá-la, como deveria qualquer epidemiologista positivista que se preza, tentei desenvolver um modelo de explicação dos fenômenos migratórios baseado no processo de penetração do capitalismo dependente em áreas rurais e na formação subsequente de um proletariado urbano, convergindo para uma hipótese onde exclusão do mercado formal de trabalho substituíria experiência migratória enquanto fator associado à doença mental. O teste de ambas as hipóteses, visando à sua refutação evidentemente, seguiu rigorosamente o mesmo roteiro, utilizando material empírico produzido por um mesmo inquérito populacional. Os dados foram analisados pela mesma técnica estatística, com destaque para idênticas covariáveis " estranhas " aos modelos. O fato de que o efeito da variável experiência migratória foi " apagado " somente depois de controlar a influência conjunta de duas covariáveis (o que levou à rejeição desta hipótese), me fez pensar sobre o que teria acontecido caso a minha postura fosse positivista. Confirmaria a hipótese após o controle dos efeitos isolados das variáveis confundíveis ?

VIII.

O terceiro ponto que eu gostaria de destacar refere-se a um problema fundamental da ciência contemporânea em geral, que incide fortemente sobre a moderna Medicina Social. Trata-se da questão da causalidade.

Não se discute mais que o objetivo final da investigação em Medicina Social consiste no estudo da determinação do processo saúde/doença. Esta especificação, ainda que sumária, representa uma correção da posição de que " o propósito principal da Epidemiologia é a busca de associações causais entre doença e fatores de exposição ambiental " (MacMahon & Pugh, 1970). O convencionalismo deste aforisma traduz-se em três aspectos : Em primeiro lugar, as doenças, entidades convencionalmente (clinicamente, positivamente) delimitadas, há muito deixaram de ser o limite do objeto da Medicina Social (Arouca, 1975). Modernamente, fala-se em " eventos ligados à saúde " ou, para ser mais rigoroso, em " processo saúde/doença ". Em segundo lugar, os " fatores de exposição ambiental apenas metaforicamente podem ser isolados do conjunto de processos de determinação dos fenômenos da saúde/doença, evidenciando o biologicismo situado na raiz da Epidemiologia tradicional. Dentro de tal filiação restritiva, será impossível ampliar a noção de " risco ", ou de " exposição ", para um âmbito além do ecológico (ecologia = metáfora constituída a partir de uma analogia com os organismos da Biologia). O que se consegue com uma aparente e enganadora coerência, a " pax biológica " de que fala Ricardo Bruno (1983), que justifica paradigmas evolucionistas como o de história natural das doenças, ou figuras geométricas bem arrumadas como o triângulo agente-hospedeiro-ambiente, perde-se em capacidade de apreensão dos objetos reais da natureza ou da sociedade, reduzindo-se o potencial criativo da investigação. Em consequência, isto faz com que a Epidemiologia convencional encaixe-se apenas a um tipo de interpretação do social, também convencional. Os prejuízos científicos de tal dis -

criminação tem sido incalculáveis.

Em terceiro lugar, a insistência da Epidemiologia tradicional em estabelecer associações causais entre eventos observados especifica a sua vinculação à ideologia que Bunge (1969) chama de " causalismo ", com evidentes repercussões sobre a construção do seu objeto, sobre as suas estratégias de aproximação a tal objeto e sobre o " estilo " de organizar suas próprias expectativas de análise (baseadas no modo da explicação, aqui entendido como a representação de nexos causais, unívocos e assimétricos, em oposição a um modo de compreensão, que pode ou não incluir a alternativa da explicação, baseado na representação de nexos de determinação de variada ordem, nem sempre unívocos ou assimétricos - conforme veremos adiante). Os pesquisadores em Medicina Social sabem de cor os " cânones de Mill " e conhecem muito bem as suas limitações práticas. Creio que podemos concordar que eles são ótimos para dar aula de causalidade nos cursos de Epidemiologia da graduação, porém pouco valem para a construção do conhecimento epidemiológico. Não apenas porque se aderem com dificuldade às questões concretas da pesquisa, mas também porque às vezes impedem a sistematização do conhecimento produzido.

A contribuição de Susser para a discussão do " causalismo " na investigação em saúde é extremamente importante. Em seu antológico " Causal Thinking in the Health Sciences ", Susser fundamenta-se em uma crítica formal da lógica indutiva para propor uma superação do raciocínio causal em Epidemiologia (Susser, 1973). Para ele, as formas do argumento no sistema de lógica indutiva fornecem um embasamento para a formulação de hipóteses epidemiológicas, sem no entanto " provar as inferências causais propostas ", porque mesmos os métodos mais poderosos do sistema milliano ainda requerem certos pressupostos simplificadores sobre os quais paira um alto grau de incerteza. Conforme Susser, não há qualquer garantia de que todos os fatores relevantes, que poderiam influenciar uma associação em estudo, teriam sido localizados e considerados na investigação. A sua proposta de superação desse problema, aqui apresentada de modo muito sumário, passa pe-

la redução (e nunca eliminação) das fontes de incerteza através da elaboração criteriosa dos desenhos de pesquisa e do uso crítico do raciocínio probabilístico. Dessa maneira, Susser recupera, para a Medicina Social, a crítica originariamente popperiana fundamentada no critério da demarcação. Na verdade, faltou pouco a Susser para antecipar a proposta de Buck, que a propósito reconhece a sua condição de precursor de uma Epidemiologia fundada na lógica da refutação (Buck, 1975). Além disso, Susser, relativiza as regras de estabelecimento de associações causais, reconhecendo o valor do raciocínio probabilístico para a resolução provisória e pragmática da incerteza do investigador sobre a validade dos produtos da sua prática científica.

Quais são os limites da contribuição de Susser ? Por um lado, ele perde a oportunidade de uma crítica epistemológica mais radical do raciocínio epidemiológico convencional, simplesmente atualizando os impasses metodológicos da disciplina. Como uma consequência dessa " hesitação ", por exemplo, Susser pouco acrescenta ao projeto de uma Epidemiologia Crítica, sugerindo um modelo ecológico para os sistemas sociais que se caracteriza mais por uma complexa " inter-relacionalidade " dos seus níveis de organização (Susser, 1973). Por outro lado, a própria capacidade de persuasão da sua proposta, simples e bem acabada, de certa forma mistifica as potencialidades de emprego do instrumental estatístico, tornando-o árbitro da validade científica da investigação, reforçando a dependência da Epidemiologia perante esse conjunto de técnicas . De todo modo, creio que se pode detectar na obra de Susser uma intenção de " sutura " das questões aí tratadas, como que encerrando um debate, dizendo : " a Epidemiologia é uma prática científica orientada para a ação; a incerteza enfraquece a ação ; a Estatística quantifica a incerteza; ora, usemos a Estatística contra a esterilidade científica ". Talvez o tom destas minhas considerações pareça demasiado crítico. Deixem-me então acentuar que reconheço a importância da posição de Susser como : a) precursor da lógica da refutação em Epidemiologia; b) crítico do raciocínio indutivo simplificador predominante na área , e c) advogado do predomínio da noção de determinação probabilís-

tica como saída para a sua crise epistemológica.

Duas propostas de formulação da questão da causalidade em termos alternativos, dentro de um projeto de constituição de uma Epidemiologia Crítica, merecem a nossa atenção pelo seu pioneirismo e por seu caráter sistemático. Ambas emergem como marco teórico de estudos de morbidade que abordam o problema da causalção social das doenças, a partir da crítica de procedimentos analíticos ditos tradicionais.

A primeira delas foi apresentada por Laurell et alii (1976), considerando que " a conceitualização da causalidade social da enfermidade deve fazer-se com base na especificidade histórica de uma sociedade ". Nesse sentido, há que se distinguir dois planos distintos de operação da causalidade: o biológico e o social, assumindo o segundo uma importância decisiva no que se refere à saúde coletiva. Para estes autores, o social terá uma dimensão ambiental-ecológica e uma dimensão sócio-econômica propriamente dita. Não se distingue então diferentes modalidades de determinação e sim estabelece-se que as condições sócio-econômicas " se combinam para conformar a estrutura que desencadeia e transforma os fenômenos biológicos " (Laurell et alii, 1976). Por mais que neguem seus autores, recupera-se aí a noção macmahoniana de multicausalidade, onde as dimensões ambiental e social apresentam-se como conjunto de causas necessárias e determinantes, porém não suficientes. Estes elementos justificam a eleição de um desenho de pesquisa por eles chamado de " estudo de comunidade " (na realidade incorretamente definido - seria mais preciso denominá-lo de estudo ecológico) como estratégia-base da investigação em Medicina Social, tal como vista por aqueles autores. Conforme resumido no trabalho citado: " Não seria correto isolar cada variável e atribuir-lhe determinado efeito sobre a saúde (...) trata-se de demonstrar que o conjunto de relações sócio-econômicas de uma formação social específica reflete-se na saúde dos grupos que a compõem " (Laurell et alii, 1976).

A segunda proposta foi trazida por Tambellini (1976), com o objetivo de aplicar o princípio da " historicidade de etio

logia clínica " (originário de autores soviéticos como Sagatovski & Antipov, 1966) como possibilidade de análise da contradição entre o biológico e o social no organismo enfermo. Para a autora, " a essência da enfermidade, compreendida como forma de manifestação da vida humana, deverá considerar o complexo de relações que caracterizam a essência do homem, onde a constante oposição entre os polos contraditórios e suas soluções constituíram formas de adaptação humana ". A pretensão dessa proposta é explicitamente " contornar ", pelo menos em caráter temporário, o problema da causalidade em medicina, evitando tanto o monocausalismo aristotélico (antidiluviano, diz a autora) quanto o conceito de causação múltipla (condicionalismo), " que pouco explicam dos fenômenos reais ou concretos, podendo torná-los de tal maneira esquemáticos e simplificados que são correspondem parcialmente à verdade, ou terrivelmente complexos e indefinidos que se tornam indecifráveis " (Tambellini, 1976). A operacionalização de tal projeto orienta-se para a descrição de um certo complexo causal, que teria dois subconjuntos : causa genética (conglomerado de condições necessárias, porém não suficientes, para determinar o aparecimento de um dado efeito) e causa estrutural (conjunto de condições interatuantes, necessárias e suficientes, simultâneas ao efeito). Em outras palavras, trata-se mais ou menos do reverso da proposta anterior, partilhando com esta a aceitação da natureza de causalidade formal (a causa eficiente aristotélica, não puderam fugir) dos nexos entre os fenômenos elementares do processo saúde/doença.

~~Reconheço plenamente a provisoriedade de ambas as propostas (acredito até que os próprios autores já evoluíram em suas posições) e respeito profundamente o seu caráter de pioneirismo das as circunstâncias em que se apresentaram. Entretanto, acredito que nenhuma delas preenche a ambição original de deslocar um sistema de proposições precedente, com o fim de substituí-lo por um sistema novo, de eficácia igual ou superior. Talvez o contexto da época em que emergiram tenha prejudicado o seu potencial de contribuição ao debate em pauta.~~

IX.

Agora permitam-me apresentar sucintamente uma proposta que me parece mais adequada para abordar o problema da causalidade em Medicina Social, nos termos estabelecidos na introdução deste trabalho. Trata-se de uma sugestão de Guilherme Rodrigues da Silva (1982), que se baseia na aplicação à pesquisa em Medicina Social da crítica bungeiana ao monismo causal predominante na ciência contemporânea, que resultou na formulação de uma teoria da determinação em geral.

O enfoque alternativo apresentado por Bunge (1969) vê a causalidade não "como uma categoria de relação entre idéias, mas uma categoria de conexão e determinação que corresponde a uma característica real do mundo factual, de modo que tem índole ontológica, por mais que, como qualquer outra categoria dessa natureza, suscite problemas gnoseológicos". Segundo ele, o termo de determinação designa também conceitos distintos: a) o de propriedade - determinado é aquilo que adquire caracteres próprios e definidos; b) o de conexão necessária - "conexão constante e unívoca entre coisas ou eventos, ou entre estado ou qualidade das coisas, assim como entre objetos ideais"; c) o de processo, modo de vir-a-ser - através do qual um objeto chegou a ser o que é ou adquiriu suas determinações. Bunge fala do determinismo geral, sugerindo a existência de diferentes tipos de determinação, irreduzíveis entre si porém hierarquicamente relacionadas, se bem que nenhum tipo opera de forma pura. Na sua proposta, o espectro das categorias da determinação que ocorre na ciência moderna compreenderia o seguinte: a) Autodeterminação quantitativa: do consequente pelo antecedente. b) Determinação causal ou causação: do efeito pela causa eficiente (externa). c) Interação ou causação recíproca: por ação mútua. d) Determinação mecânica: pela adição de causas eficientes e ações mútuas. e) Determinação estatística: pela função conjunta de variáveis independentes ou semi-independentes no interior de um modelo matemático. f) Determinação estrutural: das partes pelo todo e vice-versa. g) Deter

minação teleológica : dos meios pelos fins. d) Determinação dialética : " da totalidade do processo pela luta interna e pela eventual síntese subsequente dos seus componentes essenciais opostos " (Bunge, 1969).

Os epidemiologistas tradicionalmente já raciocinam em termos de determinação causal para a construção dos seus nexos, enquanto que empregam a determinação probabilística para o teste das suas hipóteses. Esta não é nenhuma contradição insuportável, conforme pode ser evidenciado pela proposta de Susser, satisfatória apenas dentro dos limites de uma Epidemiologia biologicista, porém incompleta para servir a um projeto de superação da controvérsia sobre a natureza (gnoseológica ou ontológica ?) das relações entre os objetos da sociedade e o processo saúde/doença . As propostas " alternativas " discutidas acima ambicionavam estabelecer relações de determinação dialética (em um caso) ou estrutural (no outro caso) porém terminaram descrevendo determinações do tipo causal. Apenas Breilh & Granda (1980) admitem explicitamente a validade da posição pluralista, propondo o emprego de modelos como forma de produção da investigação científica e reconhecendo que a Epidemiologia Crítica poderá expressar os seus achados através de nexos tipo determinação causal, estatística e dialética.

Seguindo esta sugestão, a adoção do " pluralismo nômico " poderia compatibilizar diferentes níveis de abordagem ao objeto da Medicina Social. Seria preciso, em primeiro lugar, admitir a construção de modelos como estratégia básica para a compreensão do processo saúde/doença e seus determinantes . O grau de especificação das fases de tal processo, que se constituem em objeto da investigação, determinarão o nível de generalização das hipóteses geradas pela elaboração do modelo, o que por sua vez deve incluir o tipo de determinação mais adequado. Será regra básica para a elaboração de tais sistemas teóricos o estabelecimento não apenas da sua semântica (ou seja, da delimitação dos seus conceitos) mas também da sua sintaxe (equivalente à definição das regras de relacionamento entre os seus conceitos). Isto deve acontecer em todas as fases de aproximação do modelo à realidade,

desde os conceitos teóricos até aos operacionais e seus correspondentes em termos de variáveis e indicadores (se for o caso). Por outro lado, também o tipo de determinação escolhido (já que há obviamente controle do pesquisador sobre a sua própria opção) pode definir o grau e a qualidade da delimitação dos conceitos no interior do modelo.

Como operacionalizar esta proposta ? (Dificuldade aliás encontrada, e não resolvida a contento, pelas propostas que a antecederam). A posição de Rodrigues da Silva (1982) aceita a totalidade da tipologia de Bunge como útil para a pesquisa epidemiológica em geral (e não somente para a Epidemiologia Social) sugerindo implicitamente o critério da eficácia explicativa como fundamental para validar o processo de produção de conhecimento. Trata-se, em minha opinião, de uma postura mais realista para enfrentar a problemática em pauta. Mais importante ainda : possibilita a crítica ao objetivismo radical das propostas de apreensão direta do real sem recurso a artefatos de reconstituição conceitual (modelos) de maior ou menor grau de aproximação ao objeto da pesquisa, como querem alguns etnometodólogos (Kaplan & Manners, 1979) e epistemólogos materialistas (Badiou, 1976). Admitir que o isolamento experimental é, simultaneamente, uma grosseira representação da realidade complexa e, em sua forma ideal de critério último de demarcação, uma condição inevitável para a produção do conhecimento científico, responde também a posições idealistas de abandono das técnicas convencionais da análise epidemiológica. O desenvolvimento dos procedimentos de análises estatística de fato propicia o uso de recortes experimentais menos exagerados, possibilitando o emprego quase " neutro e descomprometido " (caso o pesquisador assim deseje se iludir) dos nexos de determinação probabilística.

Para esta proposta, importa mais a utilização do sistema de conexões mais adequado para cada nível de enfoque, devidamente explicitado em um ou mais modelos compreensivos, a depender do grau de generalidade das suas hipóteses definido pela face do objeto que o pesquisador prefira abordar. Argumenta Rodrigues da Sil

28. TAMBELLINI ,A. Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. Campinas, 1976 (Tese de Doutorado apresentada à UNICAMP).
29. TIMIO,M. Clases Sociales y enfermedad . México, Nueva Imagen, 1979.
30. URIBE,A.V. Salud, medicina y clases sociales. Medellin , Hombre Nuevo,. 1979.
31. WAITZKIN,H. & WATERMAN,B. Social Theory and Medicine. Int. J. Hlth. Serv. 6 (1) : 9-23, 1976.
32. WILSON,R. The Sociology of Health : An Introduction. New York, Random House, 1970.