



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Béhague, Dominique P.; Gonçalves, Helen
Explorando as múltiplas trajetórias de causalidade: colaboração entre antropologia e
epidemiologia na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 115-124
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240173016>

- 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

Dominique P Béhague^{I,II}

Helen Gonçalves^{II}

Explorando as múltiplas trajetórias de causalidade: colaboração entre antropologia e epidemiologia na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS

Exploring multiple trajectories of causality: collaboration between Anthropology and Epidemiology in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Embora a relação entre Epidemiologia e Antropologia tenha uma longa história, geralmente, ela tem sido compreendida por meio da integração dos métodos quantitativos e qualitativos em pesquisa. Recentemente, esses dois campos têm convergido para linhas conceituais e teóricas, enfatizando mais a explicação do que a simples descrição dos fenômenos investigados. O objetivo do estudo foi mostrar como a análise de dados etnográficos auxilia na interpretação aprofundada e teórica de dados epidemiológicos.

MÉTODOS: As análises antropológicas do artigo foram obtidas usando métodos etnográficos, de 1997 a 2007, de uma amostra pertencente ao estudo de coorte de nascimento de 1982 em Pelotas (RS). As análises etnográficas foram estruturadas de acordo com os resultados de dois artigos epidemiológicos sobre os determinantes de morbidade mental e da idade de iniciação sexual.

RESULTADOS E CONCLUSÕES: As análises etnográficas indicam diversos caminhos de influência e causalidade presentes nas associações estatísticas e que correspondem a experiências únicas de grupos específicos. Explorando esses caminhos, observaram-se vários fatores importantes que ajudam a explicar os resultados epidemiológicos, incluindo as respostas dos jovens às experiências de injustiça/desigualdade, o papel da violência na vida diária, os eventos de vida traumáticos, a reclusão social e introversão como resposta as dificuldades vividas, assim como a maturação psicossocial. A colaboração teórica e metodológica entre antropologia e epidemiologia é importante para a saúde pública, pois tem modificado positivamente esses dois campos do saber.

DESCRIPTORIOS: Causalidade. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Interdisciplinar. Antropologia Cultural. Epidemiologia.

^I London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London. London, United Kingdom

^{II} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Dominique P Béhague
Department of Epidemiology and Population Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Keppel Street
London WC1E7HT United Kingdom
E-mail: Dominique.Behague@lshtm.ac.uk

Recebido: 6/2/2008
Revisado: 17/10/2008
Aprovado: 22/10/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: Although the relationship between epidemiology and anthropology has a long history, it has generally been comprised of the integration of quantitative and qualitative methods. Only recently have the two fields begun to converge along theoretical lines, leading to a growing mutual interest in explaining rather than simply describing phenomena. This paper aimed to illustrate how ethnographic analyses can be used to assist with the in-depth and theoretically-imbued interpretation of epidemiological results.

METHODS: The anthropological analysis presented in this paper used ethnographic data collected as part of the ongoing 1982 birth cohort study, between 1997 and 2007 in Pelotas, Southern Brazil. Analyses were framed according to the results presented in two of the epidemiological articles published in this series on the determinants of mental morbidity and age of sexual initiation.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The ethnographic results show that statistical associations consist of multiple pathways of influence and causality that generally correspond to the unique experiences of specific subgroups. In exploring these pathways, the paper highlights the importance of an additional set of mediating factors that account for epidemiological results; these include the awareness and experience of inequities, the role of violence in everyday life, traumatic life events, increasing social isolation and emotional introversion as a response to life's difficulties, and differing approaches towards socio-psychological maturation. Theoretical and methodological collaboration between anthropology and epidemiology is important for public health, as it has positively modified both fields.

DESCRIPTORS: Causality. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Interdisciplinary Research. Anthropology, Cultural. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Embora a relação entre Epidemiologia e Antropologia tenha uma longa história, geralmente, ela tem sido compreendida por meio da integração dos métodos quantitativos e qualitativos em pesquisa.^{2,26} O crescente interesse na saúde pública com as mudanças sociais e institucionais mostra que esses dois campos têm começado a convergir para linhas conceituais e teóricas, e não somente nos métodos.^{27,28} Tal interesse redirecionou o foco da pesquisa, da descrição para a explicação dos fenômenos, provocando mudanças significativas nas duas disciplinas.^{1,7,15}

Ao longo das últimas décadas, várias mudanças no uso da antropologia na saúde pública têm ajudado a torná-la mais próxima da epidemiologia social, enfatizando a importância da explicativa da pesquisa. Os primeiros antropólogos que começaram a trabalhar na saúde pública nos anos 1970 e 1980 foram, com frequência, solicitados a contribuir com suas técnicas metodológicas. Os métodos qualitativos não estruturados, próprios da etnografia, foram julgados úteis principalmente para que os questionários quantitativos fossem precisos e válidos ao contexto ou para ajudar a explicar porque os programas de saúde pública que tentam mudar

comportamentos muitas vezes falham, fornecendo informações para torná-los mais eficientes.²⁸

Apesar da utilidade, muitos antropólogos acreditavam que essas atividades endossavam o reducionismo teórico, dando uma visão limitada da etnografia.^{12,14,17,20} Comentava-se que antropólogos engajados nesse tipo de trabalho metodológico restringiam o foco do seu inquérito à uma simples descrição da dimensão cognitiva. Em geral, esses trabalhos relatavam as opiniões, percepções, atitudes e comportamentos dos indivíduos, desconsiderando fatores que explicariam as transformações sociais e institucionais.^{18,24} Um foco priorizando unicamente as opiniões dos indivíduos forneceria respostas inadequadas a questões equivocadas, principalmente ao tentar explicar o motivo das mudanças sociais e o impacto dos programas de saúde pública.

Reagindo a essas críticas, alguns antropólogos tentaram reverter as limitações da Antropologia aplicada dessa forma. Usando o marco teórico da economia política da saúde, eles procuraram identificar os fatores que poderiam estimular a mudança social e institucional, explorando fenômenos como resistência social, mobilização popular e desenvolvimento da consciência política.^{16,22,25}

Assim como os antropólogos criticaram os trabalhos reducionistas na sua área, alguns epidemiologistas também apontaram que certas formas da pesquisa epidemiológica usariam métodos e teorias que seriam também demasiado reducionistas.^{3,8,28} Esses epidemiologistas criticaram a falta de análises teóricas ou de uso dos modelos conceituais na epidemiologia atual, destacando que muitas vezes a epidemiologia é percebida como um simples leque de métodos.^{6,7,19,29} Além disso, em alguns modelos epidemiológicos houve uma ‘sobre-dependência’ do modelo biológico com certa desconsideração nas análises de variáveis sociais para a compreensão da etiologia e forma como os determinantes poderiam estar relacionados aos desfechos.^{9,11} Uma consequência importante desta deficiência seria o uso acrítico da análise de regressão, sem considerar a posição hierárquica da variáveis antes mesmo de completar uma análise bivariada. Essa última crítica, denominada de “caixa-preta”, promoveu um entendimento superficial das trajetórias, ou caminhos, de causalidade.^{29,30}

Considerando estas críticas, deve-se questionar como esses dois campos podem atingir uma forma de colaboração menos enfocada na simples mescla de métodos, mas sim na elaboração teórica dos processos implicados nas mudanças sociais. Os estudos epidemiológicos são fundamentais na medida em que esclarecem padrões populacionais e que abrangem uma larga escala de características, histórias e experiências. Muitas vezes, no entanto, os modelos de análises epidemiológicas não permitem o entendimento aprofundado das complexas trajetórias de causalidade. Dificilmente a epidemiologia consegue mostrar a forma com que as associações estatísticas entre duas (ou mais) variáveis consistem em múltiplos caminhos de influência, que correspondem às experiências diferenciadas de subgrupos específicos. Nesse sentido, os dados etnográficos poderiam ajudar a melhor compreender e elucidar a forma como as associações estatísticas podem se estabelecer, trazendo à discussão uma compreensão mais detalhada da influência das dinâmicas socioculturais sobre o desfecho.

O objetivo do presente estudo foi mostrar como a análise de dados etnográficos auxilia na interpretação aprofundada e teórica de dados epidemiológicos. Ao contemplar resultados epidemiológicas apresentadas em dois artigos desse suplemento – saúde mental⁵ e iniciação sexual¹³ com análises etnográficas, mostramos que a interdisciplinaridade entre Antropologia e Epidemiologia contribui com análises menos descritivas e mais explicativas.

MÉTODOS

Os dados etnográficos apresentados foram coletados como parte do estudo da coorte de nascimento de 1982. A incorporação do componente etnográfico ocorreu em

1997, quando os jovens da coorte estavam com 15 anos de idade.¹⁰ Uma sub-amostra etnográfica estratificada foi selecionada, totalizando 96 pares (mãe-criança). Detalhes metodológicos estão descritos em outro artigo.³¹

Foram necessárias repetidas visitas para obter dados aprofundados sobre os cursos de vida e as mudanças relatadas na saúde. Mães e crianças foram visitadas – a maioria mais de 15 vezes – pelas autoras e uma equipe de sete pesquisadores. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado sobre tópicos sociais, econômicos e de saúde durante o trabalho. Períodos intensivos de trabalho de campo ocorreram em 1997, 1999, 2000, 2003-4, e 2006-07, intercalados com períodos de organização e análises dos dados. Durante a etnografia foi possível usar a história de vida para analisar mudanças na biografia dos jovens. A maioria das entrevistas aprofundadas foi gravada e transcrita inteiramente, e notas decorrentes da observação participante foram registradas. Todos os jovens consentiram em participar do estudo. Os nomes utilizados neste artigo são fictícios.

Foram realizados dois tipos de análises comparativas de dados etnográficos. Na primeira análise, foram selecionados todos os casos padrões da amostra etnográfica – jovens que apresentavam os determinantes e os desfechos identificados como estatisticamente associados – e comparados com uma amostra aleatória de controles padrões – jovens que não apresentavam os determinantes e os desfechos. O objetivo desta comparação foi analisar as múltiplas trajetórias pelas quais os determinantes influenciariam os desfechos nos casos padrões.

O segundo tipo de análise comparativa centrou-se em casos que representavam ‘exceções’ e, portanto, fugiam dos achados estatísticos apontados nos artigos epidemiológicos. Foram selecionados participantes que tiveram exposição a determinantes semelhantes aos dos casos padrões, mas que não desenvolveram o desfecho investigado. Esses foram chamados de controles atípicos e foram comparados aos casos padrões. Essa análise procurou explorar as razões pelas quais alguns indivíduos expostos aos conhecidos fatores de risco não desenvolveram o desfecho analisado. Com essa análise foi possível identificar fatores sociais que poderiam modificar ou alterar os resultados estatísticos estabelecidos.

As comparações mencionadas desenvolveram-se por meio de uma abordagem analítica indutiva. Destaca-se, no entanto, que para a identificação das múltiplas trajetórias de causalidade foi realizada uma análise longitudinal, não considerando somente as maneiras pelas quais os jovens percebiam suas experiências de doença e mudanças na vida. Exploraram-se também seqüências dos eventos de vida, relações sociais e suas consequências positivas e negativas ao longo do tempo.

Consentimento informado verbal foi obtido dos responsáveis pelas crianças nas fases do estudo de 1982-1986, como era a prática comum naquela época, quando inexistia um comitê de ética na Universidade Federal de Pelotas. Nas fases recentes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, filiado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), aprovou o estudo, sendo obtido consentimento informado por escrito dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Morbidade psiquiátrica entre jovens homens

O artigo de Anselmi et al⁵ mostrou que o alto nível de morbidade psiquiátrica entre jovens homens e mulheres estava associado a ter cor da pele negra ou parda e pertencer ao estrato mais pobre da população.⁵

Dois tipos de comparações analíticas foram realizadas para explorar os resultados epidemiológicos no que se refere a experiência dos jovens homens. A primeira delas identificou todos os casos com alta morbidade mental na amostra etnográfica: 14 jovens homens que, de acordo com os resultados do acompanhamento de 2004-5, tiveram um escore igual ou maior a seis pontos no SRQ-20 (*Self-reporting Questionnaire*, 20 itens). Entre esses, dez pertenciam a famílias com renda baixa (em 1982, ≤ 3 salários mínimos); sendo três deles com cor da pele preta ou parda. Estes dez jovens homens foram então considerados como casos padrão.

Na primeira análise foram comparados os dez casos padrão com uma seleção aleatória de dez controles padrão. Os controles padrão foram os jovens homens que tiveram uma contagem baixa no escore do SRQ-20 e não foram expostos a alguns dos fatores de risco em questão; ou seja, não eram de famílias com baixa renda ou de cor da pele preta ou parda.

Na segunda análise foram comparados os dez casos padrão com todos os controles atípicos encontrados no estudo etnográfico (N=16). O grupo de controles atípicos era composto por participantes que possuíam o fator de risco de interesse (baixa renda familiar), mas que, ao contrário dos casos padrão, não mostravam morbidade psiquiátrica e, portanto, tinham um escore baixo no SRQ-20 (≤ 6 pontos).

Na primeira análise, ser de cor parda ou preta e de família com renda baixa teve um impacto na morbidade psiquiátrica, principalmente pela experiência da marginalização socioeconômica. Ao contrário dos jovens que pertenciam a famílias de renda média e superior (dos quais a maioria é de cor da pele branca), entre os *casos padrões* havia muitos expostos a uma série de condições estressantes e difíceis, relacionadas à pobreza e à imprevisibilidade social e econômica ao longo da

vida. Foram frequentes relatos entre os *casos padrões* sobre o estresse e das pressões às quais o homem pobre deveria resistir, sobretudo em relação à busca e manutenção do emprego. Também foram ressaltados o impacto psicológico da insegurança financeira, o impacto psicológico da insegurança financeira, o convívio com a privação constante de dinheiro, a experiência de discriminação por classe social e a maior alienação social e econômica frente às instituições normativas, tais como escolas e centros da saúde.

Dentre os vários fatores relacionados à renda familiar, que ajudaram a explicar a relação entre marginalização socioeconômica e morbidade mental, pode-se destacar o papel da violência. Os jovens com alta morbidade psiquiátrica (*casos padrões*) mostravam ter mais medo da violência; ou o medo estava relacionado a algum evento, pois muitos destacavam que eles ou amigos próximos haviam sido assaltados. Além disso, a falta de apoio social nos bairros/vilas, a sensação de “ameaça” frente à vizinhança e a instabilidade social (estimulada pela migração interna), ampliavam o sentimento de angústia entre os *casos padrões*. Embora o estresse por violência tenha sido referido durante o início da adolescência, os dados longitudinais mostraram que a ansiedade relacionada a ela foi maior quando eles deixaram a escola e começaram a buscar emprego. Como alguns salientaram, essa transição levou a uma maior sensação de risco frente a possíveis assaltos.

João, por exemplo, mostrou-se muito ansioso e estressado quando mencionou casos de violência e assaltos ocorridos com conhecidos da vizinhança. Embora ele tenha sofrido somente um assalto, seu medo de sofrer outra violência aumentou quando conseguiu seu primeiro trabalho estável; ele percorria diferentes locais da cidade à noite, expondo-se a um perigo maior, conforme ressaltou. Procurando formas para minimizar sua ansiedade e estresse, João pensou em mudar de trabalho e local de moradia – desejando ir para um local mais seguro e calmo.

Embora essas soluções pareçam simples e práticas, nenhuma podia ser facilmente executada por famílias de baixa renda. Para essas famílias, as mudanças de emprego e do local de moradia tendiam a causar maior instabilidade econômica, social e emocional. João, por exemplo, nunca conseguiu mudar-se, nem trocou de emprego. Contudo, para se sentir mais protegido da violência, ficou mais introvertido socialmente do que era na adolescência, permanecendo mais em casa e reduzindo os encontros com os amigos. Para João, como para outros jovens, esses fatos contribuíram para a deterioração do seu bem-estar mental. Em outros casos, a relação entre presenciar ou sofrer uma violência e se isolar socialmente começou ainda mais cedo, na infância, um fato que afetou até a frequência com que essas crianças iam à escola.

Alguns jovens *casos padrão* não só foram assaltados, como estavam ativamente engajados em atos violentos (um deles foi preso). Descreveram-se como nervosos e ansiosos e com “personalidade explosiva”. Mesmo que esses jovens não tenham associado suas emoções à experiência da pobreza como aqueles jovens antes mencionados, eles vincularam sua “personalidade explosiva” à turbulência emocional interna. Leandro, ao lembrar de um episódio recente de violência, exemplifica este aspecto:

Não me lembro o que ele fez, eu olhei assim pro lado, o cara chegou eu mandei um soco, e ele me deu um soco de soqueira, soqueira feita de grade. Abriu assim de um lado ao outro. Aí eu sei que eu reagi e tal. No que os cara viram que eu tava me, me saindo bem, se amontoaram e me encheram de tanto bico, tanto bico [Meu Deus!] Meu Deus! No outro dia, uns roxão enorme assim.

Depois de um tempo, Leandro que queria quis sair de uma vida de violência. Tendo vinculado a violência mais a características internas dele – e menos a seu meio social – ele procurou maneiras de modificar seu comportamento e controlar suas emoções. Como Leandro descreveu “...comecei a melhorar a minha cabeça um pouco, aí deixei de brigar. Deixei de brigar também porque eu entrei pra capoeira e daí me, me disciplinei sabe”. Casos similares ao de Leandro mostraram que a experiência de estar engajado ativamente em atos violentos foi entendida por alguns jovens como um produto das suas características negativas mentais e cognitivas. Isso indicou que a relação estatística entre a pobreza e a morbidade mental poderia também ser explicada não somente pelo estresse de ter envolvimento em atos violentos, mas também pela percepção de que comportamentos violentos poderiam ser causados por uma fragilidade emocional, que, nesses casos, está relacionada à dificuldade de controle sócio-emocional.

Apesar da importância desses resultados, nem todos os homens que pertenciam ao grupo de *casos padrão* tinham uma relação intensa com a violência. De fato, é provável que a relação entre situação socioeconômica e morbidade mental tenha sido mediada por vários modos de influência. Outros caminhos de influência, revelados pelas análises etnográficas, destacaram que alguns dos *casos padrão* sofreram eventos bastante traumáticos na vida, incluindo perda do pai ou de um amor, abandono dos pais, opressão policial ou de outras autoridades. Esses eventos tenderam a ser mais frequentes entre os socialmente excluídos. Mesmo que alguns não tenham vinculado seus sentimentos de ansiedade e depressão explicitamente à vida na pobreza, as vivências emocionais desses jovens homens estavam claramente ligadas à marginalização socioeconômica.

Outro fator indicado nas análises foi a influência da mãe na vida e na saúde mental dos filhos. Um subconjunto dos jovens *casos padrão* vivia com mães que também

mostravam níveis elevados de ansiedade e de medo. Elas vinculavam esses problemas à dificuldade de viver com poucos recursos econômicos na zona urbana, em que os contrastes eram evidentes. Ao tentarem lidar com esses problemas, educaram seus filhos de forma controladora, limitando o lazer na rua e, conseqüentemente, estimulando-os ao medo da vida urbana. No entanto, eles se tornaram introvertidos, medrosos e estressados frente às suas necessidades de “batalhar” na vida e de vencer as dificuldades relacionadas à privação econômica. Embora as reações emocionais deste último sub-grupo de jovens tenham sido similares as dos que vivenciaram a violência e se isolaram da vida social diária, o principal fator mediador nestes casos não foi a violência urbana, mas o fato de ter vivenciado diariamente o estresse emocional das mães frente à privação econômica.

Como mencionado, o segundo principal tipo de análise comparativa foi conduzido para entender as exceções. Especificamente, tentamos compreender como a exposição à marginalização social e econômica desencadeou a morbidade mental em alguns jovens e não em outros. Sendo assim, foram comparados os dez casos padrão (com alto escore, SRQ-20) com os 16 controles atípicos – jovens que nasceram e viveram em circunstâncias sociais e econômicas bastante adversas, mas com boa saúde mental.

Essa análise destacou a importância da relação entre as desigualdades sociais e às experiências subjetivas do jovem em relação à discriminação e a injustiça social nos ambientes que procuraram ter maior circulação e não de um isolamento social. Esta é uma dimensão relativamente nova da experiência dos jovens pobres. Os *controles atípicos* foram menos sensíveis em relação às desigualdades sociais e econômicas que os cercavam. Apesar de viverem na pobreza, assim como os *casos padrões*, eles aparentavam ser menos preocupados com os riscos de serem pobres e da vida urbana moderna. Sentiam-se apoiados e não ameaçados pela vizinhança do bairro e possuíam fortes vínculos de solidariedade com amigos de mesma classe econômica.

Diferentemente, os *casos padrões*, além de se debaterem com o estresse decorrente da pobreza, se mostravam mais sensíveis aos riscos que eles consideravam estar vinculado com uma vida socialmente desigual e injusta. De fato, isso refletiu não somente diferenças de percepção, mas de diferentes modos de vivência diária. Os *controles atípicos*, por exemplo, tiveram mais experiências com amigos e conhecidos de outro estrato social e econômico; porém suas relações diárias eram menos estáveis e duradouras, constituindo uma forma chave pela qual a crítica social se manifestaria.

Otávio, por exemplo, atribuiu a grande ansiedade sentida por críticas recebidas por ele ser de uma “classe mais baixa”. Descreveu o modo como, muitas vezes, “as turmas” na escola se dividiam por classe e como as professoras manipulavam negativamente essa divisão da turma.

Porque os caras (professores) se sentam na tua frente pra ti queimar. Os professores sentam na tua frente e te queimam na frente de todo mundo, chamam as outras turmas pra ti queimar e eu tava nervoso cara, eu tava nervoso... Eu não gosto de injustiça e acho que não gosto de fazer com os outros esse troço assim. Acho que parece que a pessoa vai se sentir mal, chega a deixar o cara se sentindo mal também por causa dessas coisas.

Além de estarem expostos às desigualdades e aos julgamentos de membros de outras classes, os *controles atípicos* apresentavam uma sensibilidade maior às mudanças de renda familiar e da condição social desde a infância. Alguns desses, apesar de terem ascendido socialmente, desenvolveram elevados níveis de ansiedade frente a um futuro desemprego. Dessa forma, nos *controles atípicos* a ansiedade sentida resultou da experiência direta da desigualdade e da injustiça social nos ambientes em que estes jovens procuravam ter maior circulação e não do isolamento social, como foi o caso dos *casos padrões*. Essa é uma dimensão relativamente nova da experiência dos jovens pobres.

Esses exemplos mostram que as variáveis que mediram renda familiar puderam salientar não só a privação econômica, mas também a consciência e a experiência de injustiça vinculada às desigualdades. Decorridos 20 anos, diversas mudanças sociais, políticas e na saúde alteraram significativamente as experiências da população local pobre, por exemplo, maior acesso à escola e aos recursos médicos. Essas modificações estariam vinculadas, ironicamente, a uma maior consciência dos jovens do seu status de classe e das desigualdades, dos confortos e serviços que não poderiam ter. As maneiras como essa consciência afetaria a identidade, auto-estima e saúde mental do jovem estariam intrinsecamente relacionadas. A identidade de classe desses indivíduos incluiu, além da experiência material de ser pobre, uma experiência subjetiva mais politizada de viver em uma sociedade desigual e o que isso representava para o bem-estar geral.

Assim, não surpreendentemente, as noções de injustiça e crítica social se tornaram centrais nas experiências desses jovens, processo que contribuiu para a morbidade emocional. É essa consciência que acrescentou uma dimensão explicativa importante para o maior nível de morbidade mental entre os pobres, entretanto, seria difícil medi-la com um questionário.

Interação entre classe e sexualidade

No artigo de Gonçalves et al,¹³ os jovens que iniciaram a vida sexual mais precocemente (≤ 13 anos) faziam parte da população que concentra as maiores desigualdades: indivíduos com cor da pele preta ou parda, de baixa renda familiar e com pouca escolaridade (≤ 8 anos de estudo).

Dois casos padrões foram confrontados e, posteriormente, comparados aos controles atípicos. Os casos padrão e controle foram:

Casos padrão 1 (casos1) – jovens com iniciação sexual precoce, que haviam relatado ter tido algum intercurso sexual com ≤ 13 anos e com baixa escolaridade (≤ 8 anos). Também compuseram esse grupo aqueles com alta escolaridade (≥ 9 anos) e que pertenceram, em 1982, a famílias com renda média ou alta ($\geq 3,1$ salários mínimos).

Casos padrão 2 (casos2) – são jovens com maior escolaridade (≥ 9 anos) e que se iniciaram tardiamente (≥ 18 anos). A renda familiar baixa que se mostrou significativa e estatisticamente associada à iniciação precoce, englobou dois grupos de salários mínimos ($< 1,0$ e $1,1-3,0$).

Para cada um dos dois grupos de *casos*, foram identificados seus *controles atípicos*. Para o primeiro grupo, os *controles atípicos 1 (controles1)*, foram aqueles que tinham alta escolaridade e se iniciaram tardiamente. Para o segundo, os *controles atípicos 2 (controles2)* eram aqueles com alta escolaridade e que, por algum motivo, eram diferentes da norma e haviam se iniciado precocemente.

Para os objetivos propostos, foram analisados os dados etnográficos de 24 jovens como *casos* ou *controles*, dos quais 16 jovens (cinco homens e 11 mulheres) possuíam alta escolaridade, sendo dois de cor parda. Dos oito com menor escolaridade, três eram pardos.

As análises estatísticas mostraram que ser homem, negro ou pardo, baixas escolaridade e renda familiar aumentaram as chances da iniciação sexual ocorrer mais precocemente. Dificuldades escolares e socioeconômicas enfrentadas por esse grupo anteciparam eventos como a iniciação sexual, o trabalho e a evasão escolar. As análises etnográficas contextualizaram a iniciação sexual e os fatores socioculturais com marcada influência no comportamento juvenil.

Foram observados no primeiro grupo de jovens *casos1*: fraca coesão familiar, vivência de traumas emocionais na infância, baixo nível educacional da rede familiar, rede social pequena e ter sido vítima de violência urbana ou psicológica intrafamiliar. Na etnografia, não foram encontradas mulheres com iniciação sexual precoce. Portanto, as considerações que se seguem foram baseadas no universo masculino.

Suas histórias familiares foram compostas por grandes rompimentos desde a infância, como separação traumática dos pais e, posterior, raro contato com um deles ou a mãe ter delegado à criação do filho a parentes. O fato de terem tido pouco apoio familiar para os estudos e sustento os impulsionou a ingressar mais cedo no trabalho. A atividade sexual precoce ocorreu em paralelo ao

ingresso no trabalho. A necessidade de se iniciar sexualmente começou a se configurar no grupo de convívio do trabalho (homens adultos experientes sexualmente), principalmente porque o sexo foi um elemento marcador e valorizado da masculinidade/machismo. Ter se tornado ativo sexualmente propiciou a identificação com os homens adultos/trabalhadores, facilitando o pertencimento a este grupo, mas não se limitou a ele.

João teve sua primeira experiência sexual com uma colega aos 13 anos. Desde sua iniciação enfatizou suas relações freqüentes com distintas meninas, destacando a importância dessa prática na sua imagem frente ao grupo. Ele a relatava mesmo quando ela não ocorria: *“Tu dormiu (transou) com ela e depois... Nem que tu não comeu ela, tu come igual! É na palavra. Tu ganha sempre!”*.

Pode-se inferir que a iniciação precoce para os *casos1* esteve mais relacionada ao fato de pertencer a um grupo de convivência (com suas vantagens) e que, provavelmente, também se iniciou cedo. No contexto familiar desses jovens o desestímulo para os estudos era constante, geralmente baseado nos fracassos escolares anteriores. Assim, o mundo do trabalho e dos colegas mostrou-se uma referência de identidade importante. Todavia, o tempo dispensando ao trabalho reduziu o lazer com jovens da mesma idade e com outros comportamentos. Ainda, a família desses jovens requereu mais cedo do que outros a ajuda dos filhos na manutenção do domicílio (comprar alimentos, cuidar de crianças menores e pagar contas), valorizando mais a atividade laboral do que a intelectual. A responsabilidade, requerida constantemente pela família, os afastou dos ‘adolescentes’ (apenas estudantes), impulsionando-os a se sentirem e agirem como ‘adultos’ (apenas trabalhadores).

Ao contrário dos *casos1*, os *controles1* eram jovens homens e mulheres que não tinham o fator de risco de interesse (baixa escolaridade) e se iniciaram com ≥ 18 anos. Se nos *casos1* a iniciação e as relações sexuais, em geral, não foram baseadas no envolvimento amoroso, nos *controles1* elas ocorreram com namoradas(os) e/ou paqueras marcantes. No entanto, timidez, introversão, baixa auto-estima, elevada autocrítica, especialmente com seu corpo foram sentimentos comuns entre os *controles1* e fatores que modificaram a relação apontada na análise estatística (condição econômica e iniciação sexual). Esses últimos jovens se iniciaram posteriormente aos *casos1*. Para eles, estabelecer relações mais íntimas requeria superar a introversão e o isolamento social ligados a maior autocrítica. Portanto, postergar a iniciação sexual os protegeu de avaliações de outros que poderiam confirmar suas auto-percepções negativas.

Diferentemente do grupo dos *casos1* e, apesar da consideração pela educação que os *controles1* tinham, os planos futuros de ascensão social pela maior escolaridade não foram comuns entre eles. As suas trajetórias escolares não eram lineares, porém seus familiares

esperavam que tivessem “estudo” e progredissem mais do que a geração anterior. As desistências, abandonos ou repetências escolares foram freqüentes nesse grupo, assim como uma visão conformista e menos ambiciosa do futuro, conforme o relato: *“Eu acho... seguinte... que chegou um tempo na minha vida que eu tive que escolher ou trabalha, ou estuda, escolhi estudar... que é mais fácil”*.

Ser imediatista e ter pouca tolerância à frustração são comportamentos específicos e comuns a eles. A introversão e a insatisfação pessoal destacada se traduzem em pouco convívio com distintos valores juvenis e autoridades institucionais. Contudo, a escola representava uma diversidade de idéias e uma variedade de comportamentos do dia-a-dia pouco tolerados por eles. Assim, ver televisão o dia todo, jogar futebol diariamente eram exemplos de comportamentos desses jovens aos 23 anos, mostrando, um ‘amadurecimento’ mais tardio quando comparados aos outros jovens, incluindo a iniciação sexual.

Os *casos2* – jovens com alta escolaridade e que se iniciaram mais tardiamente, foram comparados aos *controles2* – com alta escolaridade e iniciação sexual aos ≤ 13 anos. Os *casos2* (dez mulheres e dois homens) enfatizaram que a iniciação sexual aconteceu quando se sentiram seguros em relação ao respeito e sentimentos do(a) parceiro(a) para com eles. Para que isso ocorresse avaliaram se havia planejamento para a continuidade do namoro, dando sentido a intimidade na relação.

Agora hoje eu e o Rafael (namorado), a gente tava mudando os planos, a gente tá pensando em ficar noivo e morar junto e depois casar entendesse. Porque não adianta a gente casar pra passar trabalho. Pelo menos deixar ele terminar a residência, arrumar um emprego fixo e eu conseguir um mestrado com uma bolsa.

Tal perspectiva de futuro não foi encontrada nos outros grupos. Parte desse perfil pode decorrer de padrões morais familiares, mais rígidos e tradicionais comparado a outras famílias. Isto é, as mulheres deveriam, prioritariamente segundo seus familiares, estudar e depois casar. No entanto, se as moças casassem com jovens que poderiam sustentá-las, o trabalho delas passaria a ser uma escolha pessoal dependendo do contexto econômico e da relação. Para os homens o processo seria inverso. Eles seriam os provedores e responsáveis pela família. Portanto, nesse grupo eles seriam instigados desde cedo a garantir a segurança familiar material e emocional. Mais explicitamente que outros jovens, os *casos2* mesclavam concepções modernas e tradicionais sem grandes conflitos nas relações e discursos. A postura tradicional (homem/trabalho/provedor/família) versus o discurso moderno (igualdade de gênero) se evidenciou, especialmente, quando citavam comportamentos de outros jovens, conforme o depoimento a seguir:

A mulher que fica com vários ela é galinha e aí o homem que pega um monte de mulher é o garanhão. Ah, acho até que discordo. Não tem nada a ver assim. Eu não sei, acho que se o homem faz uma atitude dessas - de ficar - não acho legal, assim com várias. Se tu tens uma guria que tu gosta, sei lá, tem que ficar sempre com ela.

Os *casos2* expressavam publicamente idéias românticas de casamento e família; não escondiam o desejo de casarem, serem profissionais inseridos no mercado de trabalho. Descreviam-se como “corretos” e auto-confiantes, com metas definidas. O investimento na educação para eles tornava-se fundamental, pois a ascensão social por meio do seu esforço (emprego/salário) e o ingresso em uma rede social economicamente superior a sua (amigos, namoros com “ricos”). Para as mulheres esse comportamento era mais evidente e uma postura mais “reservada” modificou e influenciou a idade de iniciação sexual. As suas relações afetivas estavam baseadas em valores morais mais tradicionais, cuja idéia do compromisso futuro requeria que passos/compromissos anteriores se realizassem. Para os jovens homens está arcadamente correto/claro que serão responsáveis pelo sustento da família, portanto buscavam parceiras que não diferiam do seu padrão. Tal postura explicaria a associação entre escolaridade maior e iniciação tardia entre esses jovens. Embora a análise estatística não possa captar as intermediações das relações pessoais com o social, pode ampliar os olhares com metodologias distintas, permitindo a contextualização do desfecho.

Todavia, nem todos jovens com alta escolaridade poderiam ser enquadrados nos *casos2*. Os jovens com bom desempenho escolar (≥ 9 anos), pertencentes a famílias de renda média e que se iniciaram sexualmente com ≤ 13 anos formaram o segundo grupo de *controles atípicos* (*controles2*). Esses jovens passaram por traumas ou conflitos familiares sérios na infância. Na etnografia a precocidade da iniciação sexual se relacionava, em alguma medida, a esses fatos.

Situações como: perder o pai tragicamente aos sete anos e se sentir responsável pela família; saber de sua adoção por um primo; conviver com as proibições e rigidez materna sem diálogo e ser proibido de jogar futebol profissional pelos pais quando convidado por um clube esportivo profissional foram eventos que alteraram a visão desses jovens sobre o futuro e os levaram a um amadurecimento “precoce”.

O desejo de ter tido uma relação diferenciada da que tinham com a família – isto é, menos crítica ou invasiva – levou-os a namorar mais cedo (± 12 anos) e a preservarem essas relações por mais tempo (≥ 6 meses) que outros jovens. A iniciação sexual precoce que ocorreu com namoradas(os) e a intimidade mantida garantiu a eles certo apoio/segurança, colaborando para o melhor manejo dos problemas com a família, propiciando uma

forte cumplicidade entre parceiros(as). Nesse contexto, considerando o valor dos estudos salientado na educação familiar, duas reações foram notadas: (1) começar a trabalhar e se tornar economicamente independente próximo aos seus 15 anos. Esses reagiram positivamente aos conflitos, adquirindo poder sobre seus atos, enquanto que outros (2) mostraram sentimentos de desânimo e insegurança frente ao futuro profissional, tornando-os mais apáticos diante das adversidades. Para esses, a iniciação sexual, além da possibilidade de aliança emocional representou uma dependência dos laços familiares “transferidos” para a parceira.

Embora os *controles2* fizeram parte do mesmo grupo socioeconômico e de escolaridade dos *controle1* (iniciação tardia), o fato de terem vivenciado eventos traumáticos e amadurecerem mais cedo foi determinante para a iniciação sexual aos ≤ 13 anos. A iniciação sexual nos *controles2* englobou por meio das alianças um manejo dos eventos traumáticos e, assim, tiveram outro grupo afetivo que suavizava uma vivência/experiência mais negativa da vida, impulsionando-os a uma prática diferente do grupo anterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste artigo mostram que as análises epidemiológicas forneceram uma importante estrutura para a condução da análise comparativa etnográfica. Para os antropólogos, esse tipo de uso da epidemiologia poderia ser uma ferramenta muito útil na condução de análises focalizadas em perguntas específicas relacionadas às trajetórias de influência. Esse tipo de análise estimula um entendimento que vai além das simples descrições do sistema de crenças e das práticas culturais. No presente artigo, especificamente, procurou-se mostrar como os antropólogos podem usar a análise comparativa de subgrupos heterogêneos para identificar fatores que poderiam esclarecer as razões pelas quais as associações estatísticas se estabeleceram. Para os epidemiologistas, as análises realizadas poderiam indicar a necessidade de uma estrutura interpretativa mais aprofundada e detalhada, esclarecendo empiricamente as complexas trajetórias pelas quais alguns fatores influenciariam os desfechos analisados.

Para a saúde pública a importância deste tipo de análise estaria na explicação das relações entre variáveis, e nas possibilidades de trabalhar essas relações, e particularmente a questão das desigualdades sociais e econômicas em programas de prevenção.^{4,21,23} As razões para a relação estatística entre pobreza e morbidade psiquiátrica poderiam parecer tão óbvias que não requereriam interpretação mais detalhada. Todavia, no presente artigo, novos dados foram revelados por meio da análise antropológica das relações entre pobreza e morbidade mental. O grau de relacionamento entre a pobreza e a morbidade mental pode ser explicado pela violência,

isolamento social, medo do desemprego ou consciência da população das desigualdades sociais necessita ser desvelado para desenvolver adequadamente programas nessa área da saúde.

Similarmente, avaliando a iniciação sexual precoce, as análises mostraram que a influência da renda familiar e da classe social depende de uma série de fatores sociais e culturais, requerendo um entendimento mais amplo da relação entre as duas variáveis e do que seria possível captar nas análises epidemiológicas. A maneira pela qual a renda familiar influenciou a iniciação sexual poderia variar de acordo com a compreensão sobre a maturação psicossocial, a visão sobre futuro, o contexto social atual e os eventos traumáticos em nível individual. Assim, os programas de saúde pública que desejarem comunicar com eficácia sobre a sexualidade juvenil devem incorporar resultados detalhados como esses em seu desenvolvimento.

Com efeito, os fatores mediadores que explicariam a razão das associações estatísticas e que foram objeto das análises do presente artigo, variaram com o contexto sociopolítico e econômico. Dessa forma, as estratégias de Saúde Pública necessitariam, de uma vinculação e ajuste detalhado, além da compreensão aprofundada das associações estatísticas. Os resultados das análises antropológicas apontaram a existência de

determinantes subjacentes similares para os dois desfechos considerados – como o papel da violência e dos eventos de vida traumáticos, as atitudes frente à classe socioeconômica e a natureza das relações dos jovens com sua família. É importante ressaltar que apesar das distintas considerações sobre os dois desfechos e seus determinantes, os casos contemplados compartilharam de um mesmo contexto sociocultural que os ‘agrupou’ conforme suas histórias.

As análises estabelecidas procuraram destacar a importância das iniciativas dirigidas no entendimento dos determinantes subjacentes e mais distais para diversos resultados. Além disso, os resultados indicaram que programas voltados para as experiências de jovens com as desigualdades sociais, a violência e eventos de vida traumáticos poderiam ter um efeito positivo em múltiplos desfechos na saúde, prevenindo problemas decorrentes de uma visão ou ação reducionista no campo da Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS

A Cesar G Victora da Universidade Federal de Pelotas e a Fernando C Barros da Universidade Católica de Pelotas, pelo apoio contínuo dispensado aos trabalhos antropológicos no estudo de coorte de nascimento de 1982.

REFERÊNCIAS

1. Agar M. Recasting the “ethno” in “epidemiology”. *Med Anthropol.* 1996;16(4):361-403.
2. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Cienc Saude Coletiva.* 1997;11(1/2):5-20.
3. Almeida-Filho N. Becoming modern after all these years: social change and mental health in Latin America. *Cult Med Psychiatry.* 1998;22(3):285-316. DOI: 10.1023/A:1005321431115
4. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs J. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health.* 2003;93(12):2037-2043.
5. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl.2):26-33.
6. Barreto M. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1(2):104-20. DOI: 10.1590/S1415-790X1998000200003
7. Barreto ML. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. *Int J Epidemiol.* 2004;33(5):1132-7. DOI: 10.1093/ije/dyh113
8. Barreto M. Epidemiologists and causation in an intricate world. *Emerg Themes Epidemiol.* 2005;2(4):3. DOI: 10.1186/1742-7622-2-3
9. Barreto M. Efficacy, effectiveness, and the evaluation of public health interventions. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(5):345-6. DOI: 10.1136/jech.2004.020784
10. Béhague D, Victora C, Gonçalves H. Socio-cultural influences of adolescent identity and early reproductive health: the roles of individual, household and community level psycho-social factors in Pelotas, Brazil”. Washington: Pan American Health Organization; 1997. (Project HDP/HDR/HPF/RG/BRA/1355)
11. Davey Smith G, Ebrahim S. Epidemiology - is it time to call it a day? *Int J Epidemiol.* 2001;30(1):1-11. DOI: 10.1093/ije/30.1.1
12. Duarte LFD. Os nervos e a antropologia medica norte-americana: uma revisão critica. *Physis.* 1993;3(2):43-73.
13. Gonçalves H, Béhague DP, Gigante DP, Minten GC, Horta BL, Victora CG, et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 2):34-41.
14. Good B. Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
15. Hammersley M. Deconstructing the qualitative-quantitative divide. What's wrong with ethnography? Routledge: London; 1992.

16. Hammersley M. The Logic of Theory-Testing in Case Study Research. What's wrong with ethnography? Routledge: London; 1992.
17. Inhorn M. Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences? *Soc Sci Med*. 1995;40(3):285-90. DOI: 10.1016/0277-9536(94)E0029-R
18. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
19. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*. 1994;39(7):887-903. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90202-X
20. Minayo M, Sanches O. Métodos quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica*. 1993;9(3):239-62. DOI: 10.1590/S0102-311X1993000300002
21. Minayo M, Minayo-Gómez C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Gomes M, Marsiglia R, editors. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Parte III. Trabalhando com a Diversidade Metodológica. Fiocruz: Rio de Janeiro; 2003.
22. Mitchell JC. Case and situation analysis. *Sociol Rev*. 1983;31(2):187-211.
23. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001
24. Sigaud L. "Fome" e comportamentos sociais: problemas de explicação em antropologia. *Mana*. 1995;1(1):167-75.
25. Singer M. Beyond the Ivory Tower: critical praxis in medical anthropology. *Med Anthropol Q*. 1995;9(1):80-106. DOI: 10.1525/maq.1995.9.1.02a00060
26. Trostle J. Anthropology and epidemiology in the twentieth century: a selective history of collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In: Jaines C, Stall R, Gifford S, editors. Anthropology and epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease. Dordrecht: D. Reidel Pub Company; 1986. p.59-94.
27. Trostle JA. Epidemiology and Culture. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p.228.
28. True WR. Epidemiology and Medical Anthropology. In: Johnson TM, Sargent CF, editors. Medical Anthropology: contemporary theory and method. Praeger: New York; 1990.
29. Victora C, Huttly S, Fuchs S, Olinto M. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI: 10.1093/ije/26.1.224
30. Victora C, Rodrigues L. Latin American epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):692-3.
31. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Béhague DP, Gonçalves H, Horta BL, et al. The Pelotas Birth Cohort Study, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2001. *Cad Saude Publica*. 2003;18(5):1241-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000500003

O artigo foi originalmente escrito em inglês e traduzido para o português por Helen Gonçalves, co-autora deste artigo. Artigo baseado em dados da pesquisa "Coorte de nascimentos de Pelotas 1982", realizada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas. O estudo da coorte de nascimentos de 1982 é atualmente financiado pela iniciativa da Wellcome Trust intitulada Major Awards for Latin America on Health Consequences of Population Change. Fases anteriores do estudo foram financiadas pelo International Development Research Center, pela Organização Mundial da Saúde, pelo Overseas Development Administration, pela União Européia, pelo Programa Nacional de Núcleos de Excelência (PRONEX) e pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Ministério da Saúde. Béhague DP foi apoiada pela Wellcome Trust Postdoctoral Fellowships (bolsa de pós-doutorado; Processo n.º GR077175MA).

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses